



Farmácia Portuguesa

BIMESTRAL • Nº 170 • JULHO/AGOSTO '07

Relatório de Primavera 2007
ANF com peso
acrescido

Ordem dos Farmacêuticos
Irene Silveira eleita bastonária

Responsabilidade Social
Farmácias, uma mais-valia
para a comunidade

- Fraqueza
- Fadiga muscular
- Rigidez Muscular
- Cãibras
- Stress

Magnésio
300 mg

1 comprimido de **VITAcélsia[®] PLUS** fornece 300 mg de Magnésio

O **magnésio** tem influência na produção de energia, na contração muscular, na formação dos ossos e dos dentes e na regulação do ritmo cardíaco.

A falta de **magnésio** depende, além da alimentação, de outros factores tais como: stress, consumo de álcool, gravidez ou toma de certos medicamentos.

Os sintomas mais comuns associados à carência de **magnésio** são: fadiga, cãibras, fraqueza, perda de apetite e náuseas.



POSOLÓGIA: 1 COMPRIMIDO POR DIA

VITAcélsia[®] PLUS

A dose diária recomendada de Magnésio num suplemento minero-vitáminico completo



21 nutrientes fundamentais

20 Relatório de Primavera

FARMÁCIAS E MEDICAMENTOS VISTOS PELO OPSS

O Governo falhou na sua intenção de controlar o peso da ANF no sector das farmácias. Esta é uma das conclusões do Observatório Português dos Sistemas de Saúde espelhadas no Relatório de primavera 2007.



Editorial	5
Editorial	
Irene Silveira, a primeira Bastonária da Ordem dos Farmacêuticos Irene Silveira, new head of the Pharmacists Association	6
Estudo sobre a responsabilidade social das farmácias Study about the pharmacies social responsibility	12
Relatório de Primavera 2007 – OPSS 2007 Spring Report – OPSS	20
Flashes	25
Flashes	
Farmácia Clínica Clinical pharmacy	26
Simpósio Internacional de Estudantes de Saúde International Health Students Simposium	30
UE avalia atitude face ao tabaco EU evaluates attitude towards tobacco	34
CE FAR em tempo de mudança CE FAR in time of changes	38
Plataforma define prioridades Plataforma establishes priorities	42
Informação Terapêutica – Hepatites A e B Therapeutic Information – Hepatitis A and B	44
Informação Veterinária – Intoxicações em pequenos animais Veterinary Information – Intoxications in small pets	56
Museu da Farmácia – Onde há um explorador Pharmacy Museum – Where is there an explorer	58
Consultoria Jurídica Law Consultory	62
Expofarma Expofarma	65
Consultoria Fiscal Tax Consultory	66
Laboratório RH HR Laboratory	68
Noticiário News	74
Reuniões e Simpósios Meetings and Simposia	78
Cursos de Formação Courses	79
Cartoon Cartoon	80
Desta Varanda From this balcony	82

6 Ordem dos Farmacêuticos

IRENE SILVEIRA, A PRIMEIRA BASTONÁRIA DA ORDEM DOS FARMACÊUTICOS
Defender os interesses dos farmacêuticos, repondo e ampliando a confiança na classe e na instituição - estas são as prioridades centrais da primeira bastonária na história da ordem dos Farmacêuticos. A professora Irene Silveira conquistou a maioria dos votos num acto eleitoral e muito participado e disputado por duas listas.

última hora

Programa do Medicamento Hospitalar

O Programa do Medicamento Hospitalar foi apresentado no passado mês de Julho, nos Hospitais Universitários de Coimbra, pelo Secretário de Estado da Saúde, Francisco Ramos, que focou a necessidade de adopção de uma visão integrada do circuito do medicamento. O grupo de trabalho responsável pelo Programa aponta acções prioritárias a desenvolver no âmbito do uso eficiente, seguro e económico dos medicamentos no hospital.

Os cuidados farmacêuticos em ambulatório são um dos aspectos destacados pelo documento, que define os farmacêuticos como elementos indispensáveis nas equipas clínicas com impacto francamente positivo na adesão à terapêutica.

Estudos revelam que o envolvimento dos farmacêuticos permite “reduzir os erros com a medicação em cerca de 66,0 por cento e melhorar significativamente os resultados que os doentes obtêm com a terapêutica”. Além disso, o novo programa “ajuda a mudar os padrões de qualidade da

prescrição em populações especiais de doentes”.

O Programa deixa, no entanto, por concretizar um dos pontos do Compromisso com a Saúde que estipula que “os medicamentos actualmente distribuídos nos hospitais e que possam tecnicamente ser dispensados em farmácias poderão ser por elas distribuídos, em termos a regulamentar”.

Relativamente a este ponto, refere apenas que o “ sistema de distribuição em dose unitária é o que garante uma maior segurança e eficiência, permitindo o acompanhamento farmacoterapêutico do doente e diminuindo os erros associados”.

Durante a sessão de apresentação do Programa do Medicamento Hospitalar, em que participaram representantes de todos os hospitais do país, anunciou-se a intenção de o Governo premiar unidades hospitalares distinguindo as suas boas práticas. O prémio traduz-se numa filosofia de reconhecimento do mérito e das boas práticas na gestão do medicamento.

PROPRIEDADE

anf

Associação Nacional das Farmácias

DIRECTOR

DR. FRANCISCO GUERREIRO GOMES

SUB-DIRECTORES

DR. LUIS MATIAS
DR. NUNO VASCO LOPES

COORDENADORA DO PROJECTO
DRª MARIA JOÃO TOSCANO

COORDENADORA REDACTORIAL
DRª ROSÁRIO LOURENÇO
Email: rosario.lourenco@anf.pt

Telef. 21 340 06 50

PRODUÇÃO

30 anos de influência
LPMcom
Marketing Institucional

Edifício Lisboa Oriente

Av. Infante D. Henrique, 333 H, escritório 49
1800-282 Lisboa

Telef. 21 850 81 10 - Fax 21 853 04 26
Email: farmaciaportuguesa@lpmcom.pt

DIRECTOR DE PUBLICIDADE

NUNO MIGUEL DUARTE
nunoduarte@lpmcom.pt
Tel.: 96 214 93 40

CONSULTORA COMERCIAL
SÓNIA COUTINHO
soniacoutinho@lpmcom.pt
Tel.: 96 150 45 80

Tel.: 21 850 31 00 - Fax: 21 853 33 08

ASSINATURAS

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

POWERED BY
Boston Media

IMPRESSÃO E ACABAMENTO
RPO - Produção Gráfica, Lda.

Depósito Legal n.º 3278/83

Periodicidade: Bimestral
Tiragem: 5 000 exemplares

Distribuição

 **farmacopeia**

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

www.anf.pt

A responsabilidade de informar



O aparecimento do primeiro exemplar da *newsletter* "Marketing Box", de Maio de 2007, elaborado pela Direcção de Marketing da Associação Nacional das Farmácias, fez-me recordar, mais uma vez, a responsabilidade de informação que nos liga aos sócios e ao país que nos rodeia.

Em 2008, a Revista Farmácia Portuguesa completa 30 anos de existência, sendo assim a publicação mais antiga deste universo onde a "Marketing Box" se veio agora inscrever.

Conosco coexistem ou coexistiram, na imprensa, o "Boletim Medicamento História e Sociedade", o "Boletim CEDIME", a "Farmácia Saúde", a "Farmácia Técnica", o "Boletim LEF" e a "Farmácia Observatório". Paralelamente, editam-se também circulares destinadas aos proprietários de farmácia e folhetos para o público. Os meios virtuais disponíveis para a informação são o *site* da ANF e a plataforma de comunicação com os

sócios que se chama ANFONLINE.

Mas hoje a novidade é o Marketing. Para quem, como nós, é simultaneamente leitor e responsável pelo desencadear da informação, o conteúdo do novo mensário vai ser seguido com duas expectativas principais.

A Farmácia (e as farmácias em particular) está a sofrer alterações legislativas que a tentam descaracterizar face ao padrão que vinha a assumir – local de prestação de cuidados e dispensa de medicamentos e produtos de saúde sob a responsabilidade de farmacêuticos.

É forçoso que as nossas associações usem a divulgação para manter no exterior a imagem que referimos, reforçando-a sempre que possível.

No entanto, as leis e os governantes têm vindo a referir-se às vantagens que os cidadãos poderão ter com a concorrência entre os pontos de acesso a tais serviços e produtos. O desejo de criar concorrência é pois notório.

Quando manifestamos a opinião de que sendo profissão liberal temos um código de ética que nos limita os comportamentos, somos apelidados de corporativos.

É nesta vertente que a minha segunda expectativa se deposita.

A direcção de Marketing e o seu responsável, João Guerra, já conduzem e vão multiplicar iniciativas de formação destinadas aos proprietários de farmácia e às suas equipas, levando-os a seguir técnicas e assumir comportamentos adequados ao cliente que os contacta. O primeiro número da *newsletter* da ANF indica mesmo oito regras a adoptar pelo leitor.

É portanto sem falsas retóricas, mas com verdadeira satisfação e ambição de aprender, que aguardamos as próximas mensagens desta publicação.

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

Francisco Guerreiro Gomes



Irene Silveira,
a primeira
bastonária da
Ordem dos
Farmacêuticos

Repor e ampliar a confiança

Defender os interesses dos farmacêuticos, repondo e ampliando a confiança na classe e na instituição – estas são as prioridades centrais da primeira bastonária na história da Ordem dos Farmacêuticos. A Professora Irene Silveira conquistou a maioria dos votos num acto eleitoral muito participado, disputado por duas listas.

Mais de metade dos farmacêuticos que votaram nas eleições de dia 21 de Junho depositaram na lista liderada por Irene Silveira, Professora da Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, a confiança para conduzir os destinos da Ordem ao longo dos próximos três anos. Saiu assim vencedora a lista B, com 1 641 dos votos expressos, de entre os 3056 eleitores que manifestaram as

suas preferências. Menos 341 votos obteve a lista A, também presidida por uma farmacêutica – Filomena Cabeça, farmacêutica hospitalar nas Caldas da Rainha.

Estas eleições constituem um marco na história da Ordem dos Farmacêuticos: antes de mais pela eleição de uma bastonária, pela primeira vez em mais de um quarto de século de existência – o que aconteceria inevitavelmente, perante as duas candidaturas apresentadas. Mas também porque se submeteram ao sufrágio da classe duas listas, o que há muito não acontecia. E pela participação: é que a afluência às urnas se situou nos 33,6 por cento, valor só ultrapassado nas eleições de 1995, a que concorreram igualmente duas listas.

São, pois, sinais de vitalidade os que emergem deste acto, em que foram eleitos 52 farmacêuticos, de entre órgãos nacionais, regionais e colégios da especialidade. Com a Professora Irene Silveira a nova direcção da Ordem compõe-se ainda dos vogais Elisabete

Faria, Carlos Marques e Pedro Barosa. Preside à Mesa da Assembleia Geral António Proença da Cunha, enquanto que ao Conselho Jurisdicional Nacional preside Fernando Jorge dos Santos.

Também a nível regional as eleições suscitaram um particular interesse e entusiasmo: em Lisboa e Coimbra concorreram duas listas, com a secção do Porto a ser disputada por três candidaturas. A preferência dos farmacêuticos ditou que para a maior secção regional da Ordem (a da capital) fosse eleito João Pedro Mendonça, afecto à lista vencedora a nível nacional. Em Coimbra, sagrou-se vencedora a lista E, tendo sido eleito Francisco Batel Marques. Refira-se que, na “cidade dos estudantes”, se registou uma afluência às urnas superior à média nacional – 44,67 por cento. Quanto ao Porto, a vitória coube a Franklin Marques, que apresentou uma lista independente.

Franklin Marques preside também ao Colégio da Especialidade de Análises Clínicas, tendo sido reconduzido.

O mesmo aconteceu nos demais colégios: assim, Manuela Machado mantém-se à frente dos Assuntos Regulamentares, Olga Freitas continua na Farmácia Hospitalar e Nuno Moreira na Indústria Farmacêutica. Esta reeleição advém do facto de ter sido sufragada uma única lista.

Comprometida com consensos, mas sem receio de rupturas

O facto de se ter tornado a primeira bastonária da Ordem dos Farmacêuticos esteve em evidência na cerimónia de posse, a 11 de Julho. Na presença do ministro da Saúde, Correia de Campos, e perante uma plateia dominada por farmacêuticos, mas também por representantes da classe política e dos parceiros institucionais, a Professora Irene Silveira começou precisamente por evocar algumas mulheres que

política profissional

mereceram o mundo no século XX, o primeiro século de emancipação.

Foi o exemplo que a levou a citar Marie Curie, como também foi pelo exemplo que reservou palavras de apreço para o primeiro bastonário, Professor Carvalho Guerra – “líder reconhecido e prestigiado farmacêutico que, ao longo dos anos, me honrou com o seu avisado conselho” – bem como para a professora Odette Ferreira – “uma referência na classe farmacêutica que tanto tem dado à ciência, à profissão e à sociedade”.

As suas primeiras palavras foram, assim, de reconhecimento perante as

“amizades tutelares” que se disponibilizaram para servir de mediadores simbólicos e que, com o seu prestígio, avalizaram a sua candidatura.

Não esqueceu, naturalmente, os anteriores bastonários – incluindo o cessante, Aranda da Silva – nem todos quantos se associaram à sua campanha, nomeadamente a sua equipa. Uma equipa que – sublinhou – está consciente das dificuldades mas que, imbuída de uma forte coesão, saberá “lançar e enfrentar desafios e ultrapassar os mais difíceis obstáculos”.

É com essa equipa que a Professora Irene Silveira se propõe desempenhar

o cargo de bastonária, uma tarefa a que prometeu entregar-se com todas as capacidades, mas também com “o desprendimento de quem não está agarrado ao poder nem dele depende e que, por isso, o pode utilizar, exclusivamente, na concretização dos fins que lhe são mais nobres: a defesa dos valores da Ordem dos Farmacêuticos”. “Os que me conhecem sabem que gosto de trabalhar em equipa, que procuro os mais amplos consensos e que nisso ponho todo o meu empenho e todas as minhas capacidades. Mas saibam igualmente como sou capaz de assumir rupturas, com coragem e de-

Um percurso multifacetado

“No plano profissional, cumpri há muito os objectivos que poderia ter definido para a minha vida”. Foi assim que a Professora Irene Silveira se referiu ao seu percurso, ao intervir na cerimónia de posse dos órgãos nacionais da Ordem dos Farmacêuticos. Um percurso vasto e multifacetado, repartido entre a docência, a investigação e a intervenção político-profissional.

Catedrática da Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, Irene Silveira é actualmente directora do Laboratório de Bromatologia. O seu percurso académico é longo e profícuo, quer enquanto docente e investigadora, quer enquanto membro de órgãos de gestão da Universidade.

Assim, de 1998 a 2003 ocupou o cargo de vice-reitora, tendo de 2004 a 2006 integrado o Senado. Durante este

mesmo período presidiu ao Conselho Científico da Faculdade de Farmácia. Ainda na Faculdade é desde 2004 coordenadora do estágio de pré-licenciatura em Ciências Farmacêuticas. Fora da Academia, destaca-se a presidência, assumida em Novembro último, do Conselho Científico da Autoridade de Segurança Alimentar e Económica (ASAE). A sua actividade científica abrange ainda a participação e a coordenação de projectos nacionais e europeus, o desenvolvimento e/ou aplicação de novas metodologias analíticas em áreas como os resíduos de fármacos em alimentos. É autora e co-autora de 130 artigos e resumos em publicações nacionais e estrangeiras, tendo participado em congressos nacionais e estrangeiros com cerca de

90 comunicações científicas e proferido conferências em três dezenas de encontros e seminários.

Também a nível político-profissional se fez sentir o seu envolvimento, tendo presidido à Secção Regional do Centro da Ordem dos Farmacêuticos de 1994 a 2000, em paralelo com o lugar de vogal da Direcção Nacional. Uma intervenção que culminou com a eleição para bastonária, a 21 de Junho último.

A sua carreira tem sido reconhecida ao longo dos anos, a nível nacional e internacional.

Exemplo recente desse reconhecimento foi a atribuição, pelo Brasil, da Grã-Cruz da Ordem Internacional do Mérito ao Descobridor do Brasil Pedro Álvares Cabral, que lhe foi atribuída em Abril de 2006.

terminação, quando entendo que por elas passam os superiores interesses da instituição que sirvo e que me comprometo, acima de tudo, a defender”.

Foi assim que se apresentou neste início de funções, assumindo o desafio de representar uma profissão de saúde com reconhecimento e solidez. E assumir este desafio – frisou – representa uma permanente atenção face às novas exigências que se colocam aos farmacêuticos. Porque os novos tempos transportam novos desafios, requerem capacidade de adaptação e de uma mudança tranquila.

Uma mudança em que – disse – a sua candidatura apostou e que agora vai praticar, num mandato que será guiado pelos valores da lealdade, da transparência, do rigor e da verdade, sustentáculos do dever ético de servir. Com o objectivo central de “repor e ampliar a confiança nos farmacêuticos e na instituição que os representa”. Confiança que, sendo um valor imaterial, facilmente se degrada e dificilmente se recupera: uma palavra basta para a destruir e um milhão de acções pode não ser suficiente para a recuperar e consolidar. Mas é esse o propósito da nova Ordem.

Defender os direitos de todos

Foi como bastonária de todas as farmacêuticas e farmacêuticos portugueses que Irene Silveira se definiu, assumindo a defesa dos seus direitos como pilar da sua intervenção nos próximos três anos. Os direitos de quem, perante

a população que serve, é sinónimo de segurança, de qualidade, de eficácia e de valor acrescentado para o país. Porque os farmacêuticos têm, com sucesso, posto em prática o seu saber e, em cada momento, correspondido aos desafios que a saúde e o interesse público vêm colocando. Daí o crédito e o reconhecimento que a sociedade portuguesa tem demonstrado e que diversos indicadores independentes reputam muito positivamente.

Esta é – sublinhou a nova bastonária no seu discurso de posse – “a orientação matricial” da profissão e é neste eixo que a Ordem promoverá o exercício da profissão farmacêutica de excelência. Defendendo o acto farmacêutico, não como reivindicação de poder, mas como salvaguarda da própria sociedade. E, neste contexto, “é fundamental a autonomia técnico-científica do farmacêutico e que o acto farmacêutico não seja exercido por quem não está habilitado para tal”.

É um exclusivo dos farmacêuticos, na medida em que assentam a sua intervenção num percurso de qualificação e competência profissional que se inicia na sua formação universitária diferenciada e prossegue ao longo da vida, mediante acções de formação contínua pós-graduada que os qualificam a exercer novas competências

de acordo com o evoluir da ciência.

Sobre a sua actuação no mandato que lhe foi conferido pela maioria dos eleitores, Irene Silveira adiantou que assentará em três pilares: qualidade, segurança e informação.

No cumprimento de uma missão em prol dos doentes e da sociedade, para a qual afirmou contar com a competência, profissionalismo e elevada diferenciação ética de cada farmacêutico. “Estou consciente dos desafios e das dificuldades que se colocam à nossa profissão e, de forma alargada, ao sistema de saúde no nosso país. Há mudanças e reformas inadiáveis. Há medidas e compromissos desajustados. Há propostas e soluções a concretizar”. Neste cenário, a professora da Universidade de Coimbra prometeu uma atitude dialogante e pró-activa com a tutela governativa e parceiros da saúde, com o objectivo de estimular o debate e a reflexão sobre a intervenção farmacêutica. Afirmou-se ainda apostada em estratégias que valorizem os ganhos em saúde, em nome dos doentes e de um sistema de saúde que dê respostas sustentadas às necessidades da sociedade.

“Sabemos em cada momento posicionar a intervenção farmacêutica para que, positivamente, faça parte da solução dos problemas do sistema de saúde”.



Novos órgãos nacionais



Prof. João Mendonça

Foi a 11 de Julho que tomaram posse os novos órgãos nacionais da Ordem dos Farmacêuticos, resultantes do escrutínio de 21 de Junho. A par da bastonária, Irene Silveira, assumiram funções os membros da Direcção Nacional, da Mesa da Assembleia Geral Nacional, do Conselho Jurisdicional Nacional e do Conselho Fiscal Nacional.

Além da bastonária, a nova Direcção Nacional integra, como vogais, Elisabete Faria, Carlos Marques e Pedro Barosa e os presidente das três Secções Regionais da Ordem – João Mendonça Lisboa, Franklim Marques Porto, e Francisco Batel Coimbra.

Quanto à Mesa da Assembleia Geral, é presidida por António Proença da Cunha, tendo como secretários Paulo Arriscado e Adelina Gomes. A presidência do Conselho Jurisdicional Nacional está a cargo de Fernando Ramos, acompanhado por Aurora Carranho e Fátima Neutel. Do Conselho Fiscal Nacional fazem parte os presidentes dos Conselhos Fiscais Regionais de Lisboa, Porto e Coimbra, respectivamente Manuel Teixeira Figueiredo, Humberto Antunes Gameiro e João Carlos Figueiredo de Sousa.

João Mendonça em Lisboa

A Secção Regional de Lisboa é presidida, desde 10 de Julho, por João Mendonça, que encabeçava a lista J, vencedora das eleições de Junho. Com ele integram a direcção regional Paula Coelho, Maria Amélia Frade, Maria José Justo e José dos Santos Miranda.

Para a Mesa da Assembleia Geral foi eleita Isaura Martinho, que presidirá acompanhada de José Gouveia Marques e Joana Simão da Cruz, como secretários.

São membros do Conselho Jurisdicional de Lisboa Maria Augusta Soares, Jorge Barbosa e Jorge Martinho, enquanto o Conselho fiscal é integrado por Manuel Figueiredo, João Chaves e Helena Fetal.

Batel Marques em Coimbra

Com a vitória da lista E em Coimbra, Francisco Batel Marques é o novo presidente da Secção Regional, cujos novos órgãos foram empossados a 10 de Julho. A sua equipa na direcção integra ainda Paulo Fonseca, Maria Angelina Martins, Maria Mafalda

Tomaz e Ana Constança Picado. Margarida Caramona preside à Mesa da Assembleia Regional, tendo como secretários Paulo Soares e Rute Salvador. No Conselho Jurisdicional assumiram funções Amílcar Ferreira, Natália Valinha e José António Feio, enquanto no Conselho Fiscal de Coimbra tomaram posse Humberto Gameiro, César de Pinho e Vladimiro Rodrigues da Silva.

Franklim Marques no Porto

No Porto, foi a lista M que se sagrou vencedora nestas eleições, pelo que Franklim Marques é o novo presidente da Secção Regional. Foi empossado a 10 de Julho, a par dos restantes membros da sua direcção: os vogais Susana Fraga, Susana Maia, Hélivio Bastos e João Ribeiro.

Empossados foram também os membros do Conselho Jurisdicional regional – Natércia Teixeira, Maria Luísa Graça e Nuno Guimarães – e os do Conselho Fiscal regional – João Carlos Figueiredo, Vera Costa e João Paulo Carneiro.



Prof. Batel Marques



Prof. Franklim Marques



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.menariniidiag.pt | mdportugal@menariniidiag.pt



multiCare®
Colesterol sob Controlo



política profissional

Estudo sobre a responsabilidade social das farmácias

Uma mais-valia

As farmácias e os farmacêuticos que nelas trabalham constituem uma considerável mais-valia para a sociedade. A conclusão é de um estudo sobre a responsabilidade social das farmácias promovido pelo ISCTE para a Ordem dos Farmacêuticos.



O desafio partiu da Ordem dos Farmacêuticos e foi concretizado pelo Instituto de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE): tratava-se de caracterizar e dimensionar a responsabilidade social das farmácias portuguesas. Perante este desafio, a equipa de investigadores – Francisco Nunes, Luís Martins e Alzira Duarte – colocou duas questões essenciais, que viriam a nortear o estudo. Em primeiro lugar, qual o reconhecimento da sua responsabilidade social, por parte dos

farmacêuticos que nelas trabalham e dos seus clientes? Em segundo lugar, em que medida esta orientação social integra a identidade das farmácias?

A resposta a estas questões envolveu cerca de 1400 farmacêuticos e 1200 clientes de farmácias, resultando, das respectivas percepções, aquilo que os investigadores reputam como “um retrato fiel do sector das farmácias”.

Desse retrato emerge a conclusão de que os farmacêuticos portugueses partilham valores de profissionalis-

mo, de colectivismo e de realização: “Num momento em que a crise de identidades está na ordem do dia, os farmacêuticos estão a construir uma identidade forte, além de apresentarem um elevado nível de identificação com a profissão”.

Além disso, as farmácias orientam a sua razão de ser para a prevalência da ideia de promoção da saúde, e não tanto para a mera dispensa de medicamentos: “Diríamos que a sua missão poderia ser enunciada como

a criação de condições de saúde para a comunidade, constituindo-se como um espaço de saúde ao serviço do utente”.

E, dado tratar-se de negócios criados e geridos por profissionais, as farmácias emergem como territórios em que se desenvolvem duas lógicas distintas sobre a sua natureza e funções a desempenhar: um sistema organizado para competir no mercado *versus* um espaço profissional ao serviço da comunidade.

Em análise esteve igualmente a percepção quanto ao desempenho das farmácias, evidenciando-se que os farmacêuticos tendem a considerar esse desempenho elevado, se bem que haja ainda bastante espaço de progressão. Elevada é também a reputação percebida, ou seja, o que os farmacêuticos pensam acerca da imagem da farmácia no exterior.

A par, foi identificado um “fortíssimo” envolvimento em práticas de responsabilidade social, tanto internas como externas, o que, segundo a equipa do ISCTE, faz deste sector de micro-empresas “um caso verdadeiramente paradigmático no contexto europeu”.

É esta orientação das farmácias que ajuda a explicar a avaliação “extremamente positiva” que os clientes fazem da qualidade do serviço prestado. Aliás, os clientes são mesmo capazes de diferenciar este nível de qualidade

do que reconhecem existir noutras entidades, como centros de saúde, hospitais ou consultórios.

Acresce que a sua relação com os profissionais das farmácias se caracteriza por forte confiança e sentimento de personalização, ao mesmo tempo que é reconhecida “nitidamente” a contribuição das farmácias para a comunidade, o que lhes granjeia um elevado nível de reputação.

De forma concordante, a satisfação global com o serviço e a lealdade face à farmácia são muito elevadas, com os clientes a sinalizarem taxas muito significativas de aconselhamento por parte do farmacêutico. Neste âmbito, 80 por cento dos que participaram no estudo afirmaram ter pedido pelo menos uma vez em seis meses um conselho ao farmacêutico, com 50 por cento a revelarem ter evitado, assim, pelo menos uma ida ao médico. A qualidade do serviço – conclui o estudo – é o factor que melhor se associa à satisfação dos clientes, nessa qualidade se incluindo o serviço em si, os horários e a disponibilidade dos produtos. A satisfação está igualmente relacionada com a contribuição das farmácias para a comunidade e com o grau de confiança depositado na interacção com os seus profissionais.

Em resumo, “enquanto elementos integrantes do domínio da prestação

de cuidados de saúde, os farmacêuticos e as farmácias nas quais trabalham, pela orientação da identidade organizacional e dos modelos de gestão, pelo seu envolvimento activo na criação de estruturas, programas e acções tendentes à promoção da saúde, constituem uma considerável mais-valia para a sociedade”.

Uma missão de saúde

O ponto de partida para o desenvolvimento deste estudo, assente nas duas questões já mencionadas, constituiu precisamente a definição daquilo que se entende por responsabilidade social.

Assim, para a equipa do ISCTE, abrange as decisões dos gestores sobre aquilo que consideram ser as melhores formas de conduzir os seus negócios, bem como o desenvolvimento de acções que vão para além dos interesses económicos e técnicos inerentes à existência das empresas e dos seus detentores, conferindo um sentido mais amplo ao exercício da actividade económica, designadamente de contribuição para a qualidade de vida das populações.

No que respeita às farmácias foram equacionadas três vertentes: os valores e crenças dos farmacêuticos, as práticas de responsabilidade social

e o reconhecimento por parte das audiências relevantes. Num contexto específico: o facto de os gestores das farmácias serem, também, representantes de uma profissão em evolução, caracterizada por elevados níveis de institucionalização e capaz ela própria de moldar a auto-imagem de quem a exerce.

O primeiro aspecto em análise foi o dos valores dos farmacêuticos, com os resultados a apontarem para uma forte identificação com a profissão, com uma média de 6,4 pontos num máximo de oito. E com algumas particularidades: o facto de as farmacêuticas apresentarem um nível de identificação ligeiramente superior ao dos farmacêuticos, o mesmo acontecendo com os directores técnicos face aos demais profissionais. Além disso, com a idade aumenta essa identificação.

Enquanto profissionais, os farmacêuticos trabalham em organizações dotadas de identidade própria, que o estudo procurou também avaliar. Uma análise com base em três componentes essenciais: a missão da farmácia (isto é, a sua principal razão de ser), a força da identidade organizacional e a identificação organizacional.

O que se verificou foi que os farmacêuticos concebem a missão das farmácias a partir de duas dimensões: a dispensa de medicamentos e a pro-

moção da saúde. Mas ficou claro que predomina a identidade focada na saúde do utente, em detrimento da mera dispensa, mesmo eficiente, de medicamentos: numa escala de um a cinco, a promoção da saúde obteve uma valoração média de 4,6 pontos, contra 3,6 para a dispensa.

Ainda neste âmbito, e visando afinar o conteúdo da missão das farmácias portuguesas, foi pedido aos inquiridos que, numa só frase, definissem essa missão. A maioria das respostas oscilou entre a criação de condições de saúde para a comunidade (40 por cento), a criação de um espaço de saúde (28 por cento) e o serviço ao utente (24 por cento). O que orientou os investigadores no sentido de definir a missão das farmácias portuguesas – com base na percepção dos que nelas trabalham – como sendo a criação de condições de saúde para a comunidade, constituindo-se como um espaço de saúde ao serviço do utente.

Porém, na lógica do estudo, esta aceção da farmácia apenas poderá ser potenciada se for perceptível a existência de uma identidade forte, isto é, um entendimento claro e partilhado sobre o propósito da farmácia. E neste aspecto particular os inquiridos revelaram-se moderados, com o resultado médio a situar-se nos 3,3 (em cinco pontos possíveis).

Um resultado que contrasta com a intensidade da identificação do farmacêutico com o seu local de trabalho, dimensão que obteve uma média global de quatro pontos.

Um negócio mas orientado para a comunidade

Em foco neste estudo esteve também a dimensão das farmácias enquanto empresas, com requisitos de estruturação interna, com finalidades de maximização de resultados e a operar num ambiente concorrencial. Nelas coexistem duas lógicas distintas no que concerne à caracterização do modelo de negócio – uma lógica profissional e uma lógica administrativa. E o que se verificou foi um predomínio da primeira sobre a segunda, com os farmacêuticos a atribuírem à lógica profissional uma média de 4,4 pontos, contra 3,6 da lógica administrativa.

Este é o modelo de negócio existente. E qual o desejado pelos farmacêuticos? Essencialmente, um modelo com o mesmo padrão, o que, na leitura dos investigadores do ISCTE, traduz a capacidade de os profissionais, a partir da sua experiência colectiva, introduzirem mudanças que têm permitido chegar ao patamar que precorizam.

NUNCA FOI TÃO FÁCIL MARCAR AS SUAS FÉRIAS



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

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



TopAtlântico

Viaje na maior.

CONSULTE-NOS

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

CONTACTE-NOS

707 227 700

VISITE-NOS

80 Agências

Significará esta aproximação que os farmacêuticos vêem a sua farmácia como uma entidade com elevado desempenho? O estudo procurou dar resposta a esta questão, verificando-se que o desempenho médio percebido pelos farmacêuticos se situa nos 3,75 pontos (na mesma escala de um a cinco).

E quanto ao grau de reputação que a farmácia projecta no exterior? Qual o grau de consciência que os farmacêuticos possuem sobre o impacto da sua farmácia na comunidade? As respostas foram bastante consensuais, com a média a alcançar os 4,4 pontos, o que permite concluir que os farmacêuticos atribuem uma forte eficácia social às farmácias nas quais exercem a sua actividade.

A esta realidade não é certamente alheia a orientação das farmácias para a comunidade, visível quer no modelo de negócio, quer na actividade em si, alicerçada na crença dos farmacêuticos sobre a natureza profissional e social do sector.

Responsabilidade social: uma realidade exemplar

Com a responsabilidade social das farmácias a determinar este estudo, foram identificadas as diferentes práticas passíveis de enquadramento no sector, tanto a nível interno como externo.

Na vertente interna, os investigadores puderam, desde logo, registar uma grande intensidade de práticas, sendo consideradas de excelência pelos directores técnicos as que se prendem com as condições de saúde e de segurança, a auscultação dos colaboradores, a não discriminação, a flexibilidade de horários e os ajustamentos entre a vida profissional e a vida familiar.

A dimensão interna da responsabilidade social nas farmácias mostrou ser particularmente expressiva em termos de condições de trabalho (espaços destinados aos colaboradores, condições de saúde e de segurança), bem como de desenvolvimento pessoal (formação, condições de capacitação e empregabilidade) e no que se prende com a qualidade de vida dos colaboradores.

No que respeita à dimensão externa da responsabilidade social nas farmácias, as práticas mais frequentes – referidas por mais de 75 por cento dos directores técnicos – envolvem o programa Valormed, a informação à população através de folhetos e publicações periódicas, o apoio à promoção e utilização de medicamentos genéricos, o apoio a instituições sociais e o encaminhamento ou indicação de doentes para consulta médica. Os investigadores salientam, neste âmbito, a elevada percentagem de farmácias – 89

por cento das envolvidas no estudo – que praticam a venda de medicamentos a crédito, valor “de muito difícil aproximação noutros sectores da economia”.

Assim, as práticas mais frequentes são, “como seria expectável”, as que se orientam para a relação com os clientes da farmácia e as orientadas para a comunidade em geral. Destaca-se igualmente uma dimensão mais institucionalizada orientada para a adopção e integração de iniciativas, *multistakeholder*, que abrangem os programas de cuidados farmacêuticos, o recurso aos centros de informação e a colaboração em estudos de utilização de medicamentos.

No caso particular da intervenção farmacêutica, o estudo salienta que quase metade das farmácias inquiridas esteve ou está envolvida em programas de identificação de suspeitos de risco em doenças crónicas, em programas de cuidados farmacêuticos na diabetes e na hipertensão, bem como em campanhas de cessação tabágica.

Perante estes resultados, e atendendo ao facto de o sector ser composto por micro-empresas, concluem os autores deste trabalho estar-se perante “uma realidade exemplar do ponto de vista das práticas de responsabilidade social, tanto do ponto de vista interno como externo”.



As farmácias vistas pelos clientes

Satisfação, confiança, reconhecimento: estes são os denominadores comuns da avaliação das farmácias pelos seus clientes, de acordo com as conclusões do estudo do ISCTE.

Do inquérito aos profissionais – directores técnicos e demais farmacêuticos – resultou evidente uma clara orientação da actividade para o bem-estar da comunidade. Uma orientação visível na identidade das farmácias, nos modelos de negócio a elas associadas, nas práticas de responsabilidade social e na reputação que os farmacêuticos reconhecem nas farmácias em que trabalham.

Uma tendência muito vincada que, na óptica dos investigadores, apenas ganha significado se ratificada pelos clientes das farmácias. Daí que o estudo tenha envolvido uma abordagem centrada na visão das farmácias pelos clientes, com base em seis dimensões – qualidade, relação entre os clientes e os profissionais, reputação, satisfação, lealdade e percepção da contri-

buição da farmácia para o bem-estar dos utentes.

Disponibilizaram-se a participar 1200 clientes, de um conjunto de 30 farmácias previamente identificadas e distribuídas aleatoriamente pelo país. O critério de inclusão considerou clientes todos os utentes que, nos seis meses anteriores ao estudo, tinham ido pelo menos uma vez à farmácia em causa.

Com uma média de idades a rondar os 50 anos e maioritariamente do sexo feminino, verificou-se, antes de mais, uma elevada intensidade de contacto com a farmácia, com 45 por cento a contabilizar 11 ou mais visitas no espaço de tempo em questão, outros oito por cento a mencionar sete a dez visitas e 30 por cento a indicar quatro a seis idas.

Um valor decerto influenciado pelo facto de a maioria (60 por cento) ser portador de doença crónica, o que implica a realização de terapêutica continuada com medicamentos.

À frequência das visitas também não será alheia a acessibilidade, porquanto, em média, os inquiridos demoram 8,6 minutos a chegar à farmácia, com 34 por cento a necessitarem de apenas cinco minutos e 19 por cento a levarem mais de dez minutos.

Valores difíceis de superar

E como vêem os utilizadores o serviço prestado pela farmácia? Numa escala de um a cinco, a média das respostas apontou para os 4,5, com a pontuação mais baixa – mas ain-

Os farmacêuticos são vistos como fonte credível de informação e conselho: 80 por cento dos inquiridos declararam ter recorrido ao aconselhamento farmacêutico pelo menos uma vez nos seis meses em apreço, 53 por cento solicitaram conselho uma a três vezes e 20 por cento quatro a seis vezes.

da assim de quatro – a ser atribuída ao espaço disponível para esperar em caso de necessidade. Os demais parâmetros suscitaram níveis de satisfação superiores, nomeadamente a localização da farmácia, a disponibilidade dos medicamentos, os serviços disponíveis, a imagem da farmácia, o horário, a facilidade de movimentos no seu interior e a existência de espaço reservado para um diálogo mais privado com o farmacêutico.

A par da qualidade, os clientes valorizam o contacto com os profissionais, com a dimensão de confiança a atingir um nível médio de 4,4, seguida da personalização, com 4,1. Um pouco abaixo ficou o factor de antecipação (das necessidades), com 3,6.

Quanto à reputação, verificou-se um claro reconhecimento da contribuição das farmácias para a comunidade, avaliada em 4,3 num máximo de cinco pontos.

Para um melhor conhecimento da

percepção dos clientes sobre o sector, os autores deste trabalho integraram na análise dois tipos de respostas dos clientes: por um lado a satisfação, de carácter mais emocional; por outro a lealdade, de natureza mais comportamental.

Os resultados obtidos denotam níveis de satisfação “elevadíssimos”: uma média igual ou superior a 6,5 em todos os parâmetros, em sete pontos possíveis. Um valor – sublinham – “extremamente difícil de ultrapassar pelas próprias farmácias, ao mesmo tempo que se situa num padrão muito dificilmente atingível por outras entidades”. O que se comprova quando se compara o grau de satisfação gerado por outros prestadores de cuidados de saúde: as farmácias são as mais bem colocadas de entre entidades públicas e privadas, sendo os centros de saúde e hospitais do SNS os que geram uma satisfação mais modesta (três pontos contra 4,3 das farmácias, num máximo de cinco).

Não são, pois, de estranhar os elevados índices de lealdade dos clientes face à farmácia: é muito intensa (4,5) a disponibilidade para a recomendar a amigos e elevado o desejo de se manter como cliente (4,1), mesmo que outras farmácias ofereçam melhores condições (4,1). E é clara (4,1) a disponibilidade para argumentar a favor da farmácia se outros a criticarem.

Ficou ainda evidente que os farmacêuticos são vistos como fonte credível de informação e conselho: 80 por cento dos inquiridos declararam ter recorrido ao aconselhamento farmacêutico pelo menos uma vez nos seis meses em apreço, 53 por cento solicitaram conselho uma a três vezes e 20 por cento quatro a seis vezes. Em consequência, 50 por cento dos clientes reconheceram ter evitado, pelo menos uma vez naquele período, uma ida ao médico.

Daqui se infere que é notório, e reconhecido, o contributo das farmácias para o bem-estar da comunidade.

FILLAST

revitalizante

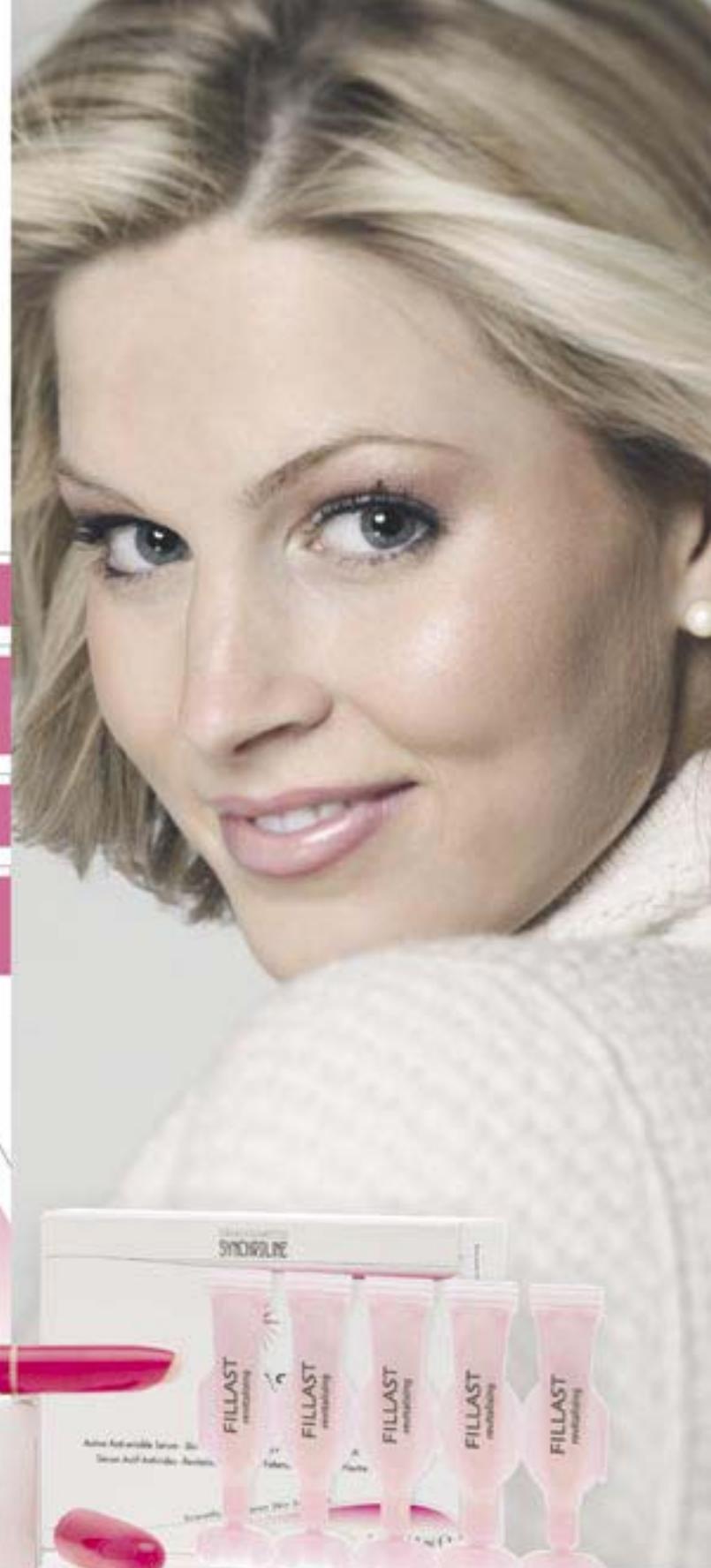
A VERDADEIRA INOVAÇÃO
NA UTILIZAÇÃO TÓPICA DO
ÁCIDO HIALURÓNICO

☀ Efeito "FILLER" (preenchimento)

☀ Diminui MICRO-RÍDULAS profundas

☀ Diminui o MICRO-RELEVO

☀ Prolonga o efeito dos implantes de Ácido Hialurónico



A venda em farmácias

umenta o
volume dos
LÁBIOS

preenche as rugas
do **CONTORNO** de
OLHOS e LÁBIOS

diminui o
micro-relevo do
ROSTO e PESCOÇO

política profissional

Relatório de Primavera

ANF com peso acrescido

Farmácias e medicamentos vistos pelo OPSS

O governo falhou na sua intenção de controlar o peso da ANF no sector das farmácias. Esta é uma das conclusões do Relatório de Primavera 2007, do Observatório Português dos Sistemas de Saúde, que passa em revista a governação na área da Saúde. Com olhar crítico, que avalia prioridades e sustenta recomendações.

Desde o início da sua governação que o Ministério da Saúde elegeu, como um dos eixos da política do medicamento, o controlo da acção da Associação Nacional das Farmácias (ANF), nomeadamente enquanto intermediária financeira. Volvidos dois anos, e ao contrário do que pareciam ser as intenções do governo, parece

indiscutível o peso acrescido da ANF na área da farmácia em Portugal. Foi a esta conclusão que chegou a equipa do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) na sua avaliação da acção governativa na área da Saúde, em particular no capítulo sobre as farmácias e os medicamentos. Uma conclusão que se

transcreve do documento produzido – o Relatório de Primavera 2007. Justificando a contradição entre as intenções atribuídas ao Ministério da Saúde e a realidade, o Observatório invoca um conjunto de factos, neles incluindo a “profunda reorganização interna” a que a ANF procedeu, nomeadamente a empresarialização de

estruturas como o LEF e o CEFAR e a criação da Escola de Pós-Graduação em Saúde e Gestão. Destaca, igualmente, a constituição da empresa de factoring Fininfarma, a que “praticamente a totalidade das farmácias cedeu as dívidas dos fornecimentos ao SNS, tornando inoperante o Fundo de Garantia do Estado”.

No domínio das relações entre as farmácias e o Ministério, o Observatório avalia ainda o Compromisso com a Saúde, firmado em Maio de 2006 entre o Governo e a ANF. Das medidas legisladas à data da produção deste relatório, a criação de farmácias de venda ao público nos hospitais merece um olhar cauteloso, por se afigurar um dossier complexo, sobretudo pela “natureza do impacto que poderá vir a ter no mercado dos medicamentos e nas próprias farmácias comunitárias”.

Venda de MNSRM: balanço contextualizado, precisa-se

Medida emblemática da actual governação é a desregulamentação da venda de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM). É com ela, aliás, que o Observatório abre o capítulo reservado às farmácias e aos medicamentos, primeiro para elogiar a disponibilização de dados sobre a evolução do novo mercado, depois para reclamar um balanço global dos resultados obtidos face aos objectivos pretendidos. Um balanço que o Governo deveria apresentar até final da legislatura, contextualizando-o à luz dos exemplos e experiências internacionais.

É precisamente à luz da “vasta experiência internacional” que o OPSS chama a atenção para uma das consequências

desta desregulamentação: o facto de, segundo dados do Infarmed, os analgésicos e antipiréticos constituírem 26 por cento do total de embalagens vendidas fora das farmácias. Números que suscitam preocupação face aos conhecidos efeitos da utilização inadequada daqueles fármacos, nomeadamente toxicidade renal e toxicidade hepática. Daí – defende – a necessidade de medidas educacionais junto da população em geral por parte do Ministério da Saúde. Necessária é igualmente informação sobre a existência e o número de estabelecimentos de venda de MNSRM autorizados que, entretanto, tenham descontinuado a actividade, bem como uma comparação de preços praticados pelas farmácias e pelos novos canais de venda.

Controlo da despesa: que impacto sobre os cidadãos?

Ainda em matéria de preços, o OPSS faz uma breve retrospectiva das alterações mais recentes, designadamente a descida de seis por cento registada no início do ano, com afectação das margens dos agentes. Menciona ainda medidas anunciadas, como o novo método de cálculo de preços a partir dos países de referência e a diminuição do preço dos genéricos em função das quotas de mercado das respectivas substâncias activas, para sublinhar que carecem de uma análise mais sustentável, em particular no que concerne ao seu impacto sobre os cidadãos. Uma análise com lugar já garantido no próximo relatório, que abordará dez anos de investimento político e económico nos medicamentos genéricos.

As mexidas a nível de preços e participações permiti-

ram que se verificasse uma das metas do Governo – o crescimento zero na despesa com medicamentos em ambulatório.

O Observatório reconhece que se trata de “um êxito político para o Governo”, mas ressalva que, face ao crescimento global do mercado, a natureza da construção deste objectivo carece de análise mais profunda, nomeadamente num dos seus pontos fulcrais: a repartição dos encargos entre o SNS e os cidadãos.

A propósito, o Observatório espera que seja disponibilizada pelo Infarmed a informação estatística que permita delinear conclusões mais consistentes sobre o ambulatório e sobre a despesa em meio hospitalar, cuja taxa de crescimento - anunciou-se - não deveria ultrapassar os quatro por cento.

Em relação aos hospitais, o Observatório considera louvável a criação de uma comissão para avaliação pericial prévia à introdução de novos medicamentos. Salvaguarda, contudo, que seria muito útil que as avaliações propostas fossem objecto de comentário e acompanhamento por entidades interessadas e que o relatório final fosse alvo de divulgação pública. E que os resultados

apresentados fossem confrontados com os produzidos por entidades congéneres e/ou fontes independentes de avaliação de medicamentos. Em nome da transparência.

É ainda de informação que se trata quando o OPSS critica a ausência de medidas destinadas à promoção da racionalidade da farmacoterapia. Não se regista – sublinha – produção de informação sobre utilização de medicamentos, nem divulgação dos relatórios de avaliação pericial dos pedidos de comparticipação de medicamentos para o mercado ambulatório. Não se regista também um investimento detectável no sistema de farmacovigilância nem a existência de planos de formação e de informação dirigidos à prescrição e utilização racional dos medicamentos.

Ora, sendo esta uma matéria tão sensível do lado do cidadão e tão estruturante do lado do sistema de saúde, é com “apreensão” que o Observatório encara esta ausência de investimento. Em seu entender, a identificação e prevenção da iatrogenia medicamentosa deveria constituir uma prioridade na agenda do Ministério da Saúde.

Dois anos em balanço

A finalizar o capítulo dedicado às farmácias e medicamentos, o OPSS aponta os riscos de dois anos centrados exclusivamente no controlo da despesa: é certo que se conseguiram resultados imediatos favoráveis, mas não se procedeu a investimentos organizativos, funcionais e técnico-científicos na relação com a oferta e com a procura, o que “poderá ter limitações a curto prazo”, além de que “não foi demonstrado que (este foco exclusivo na despesa) se constitua em garante da sustentação a médio e longo prazo”.

Ao Governo, recomenda que tenha “muito clara” a extensão na qual as medidas centradas em cortes na despesa - exclusivamente ditadas por metas orçamentais pré-estabelecidas, com aumento de encargos directos para os doentes - induzem ganhos de eficiência e não comprometem o acesso e a equidade no acesso aos medicamentos.

Um aspecto a que o Observatório promete estar atento.

Luzes e Sombras

É este o título do Relatório de Primavera 2007 do OPSS. Das luzes de um ano de governação destaca a determinação para empreender reformas. Já das sombras lamenta a insuficiente sensibilidade social e uma sensação de défice de transparência.



É um balanço sumário de um ano de governação o que o Observatório faz a terminar o Relatório de Primavera 2007. Um ano em que – reconhece – houve aspectos e decisões positivas e até consonantes com um “novo serviço público de saúde”, anunciado quando o actual Governo tomou posse.

Desde então, o Governo “tem criado na opinião pública uma imagem de determinação e até coragem para fazer reformas necessárias”. Todavia, esta imagem tem sido, muitas vezes, acompanhada de uma outra, a de “uma insuficiente sensibilidade social face às condições reais em que vivem os portugueses”.

Ao mesmo tempo, “manteve-se

uma sensação de défice de transparência”, acompanhada por uma sequência de decisões e avanços com “a aparência de desagregados” e até “descoordenados”.

Na óptica do Observatório, não basta que os governantes tenham estratégias, competência técnica e experiência ajustadas ao cargo, nem que o desempenhem com base nos legítimos interesses da população. As boas práticas de governação exigem uma interacção entre o Estado, a sociedade civil e o sector privado e um papel crítico no desenvolvimento humano.

Exigem participação, visão estratégica, prestação de contas e transparência.

Pela positiva

Numa retrospectiva dos aspectos mais relevantes do último ano, o observatório elege, pela positiva, a reforma dos cuidados primários, a atenção aos cuidados continuados, a racionalização e reorganização da rede de cuidados e a dotação e execução orçamental.

Em matéria de cuidados primários, considera que o (re)início da reforma constitui uma das políticas sociais de maior alcance do Governo. Reconhece que é um processo difícil e com riscos, mas essencial, na medida em que cria pequenas equipas de saúde próximas das pessoas e torna a gestão dos centros de saúde finalmente viável.

Uma política fragmentada pode levar à percepção de retracção do serviço público e da protecção social na saúde e à imagem de pouca sensibilidade social.

Quanto à reforma dos cuidados para os doentes crónicos, socialmente dependentes, entende o Observatório que contribuirá também para um melhor funcionamento das unidades hospitalares e de toda a rede de cuidados.

Em relação à racionalização desta rede, nota o encerramento de blocos de parto que, por razões de qualidade e segurança, deviam ser fechados, as medidas de reestruturação das urgências e de intervenção nos SAP. São medidas que permitem uma utilização mais inteligente dos escassos recursos humanos da saúde, tomadas no âmbito de um processo que afectou a imagem do Ministério da Saúde e a coerência do seu processo de decisão.

No domínio orçamental, destaca o facto de nenhum ministro antes ter conseguido um orçamento próximo de verdadeiro, apesar de muitos o terem tentado. Esta é, sublinha, uma importantíssima contribuição deste ministro para a saúde do sistema de saúde português.

Pela negativa

Igualmente relevantes, mas pela negativa, foram, na leitura do OPSS, a ausência de debate sobre a política de saúde, a fragmentação e inconsistência da abordagem local e a falta de centralidade do acesso e qualidade nos cuidados de saúde no âmbito das prioridades do ministério.

Enquanto na Europa se assiste “a uma feliz e frutuosa turbulência de ideias” no sentido de reformar os sistemas de saúde e nos Estados Unidos se começam a sentir “os ventos de uma política de saúde mais preocupada com o bem-estar dos cidadãos”, por cá esse debate quase não existe.

Mas, para o Observatório, é urgente promover tal debate com discussões públicas e propostas assumidas pelos partidos políticos e inseridas nos programas eleitorais. Só assim haverá legitimidade para tomar decisões.

A crítica do Observatório estende-se à sucessão de reestruturações, intervenções em curso, considerando que deveriam fazer parte de um “plano

local de infra-estruturas da saúde”, segundo uma gestão local integrada, com definição de prioridades e participação dos vários actores locais. É que – adverte – uma política fragmentada pode levar à percepção de retracção do serviço público e da protecção social na saúde e à imagem de pouca sensibilidade social. É preciso criar confiança no cidadão.

Nesta análise dos pontos negativos, o Observatório lamenta que o acesso dos cidadãos aos cuidados pareça estar fora da centralidade das prioridades do ministério e do discurso político.

E defende uma divulgação transparente da situação de espera cirúrgica, com dados por hospital, serviço e tipo de intervenção: um direito dos cidadãos.

Em resumo, para o Observatório Português dos Sistemas de Saúde, a governação deste último ano “tem aspectos francamente positivos, faltando-lhe, no entanto, uma maior preocupação social na implementação, no concreto, das medidas tomadas”.

Madrid testa prescrição electrónica

Um projecto-piloto destinado a testar a utilização de prescrições electrónicas foi lançado a 20 de Abril em Madrid. O projecto foi desenvolvido pelo Departamento Autónomo de Saúde e Consumo de Madrid e pelo Colégio Oficial de Farmacêuticos de Madrid. Os testes serão efectuados em seis farmácias, prolongando-se por seis meses, pelo que os resultados da experiência poderão ser aferidos em Setembro.

O projecto envolve médicos e farmácias que, por via electrónica transmitem informação sobre a prescrição e sobre o modo de administração da terapêutica. Os doentes têm oportunidade de aceder à terapêutica mais facilmente, bastando para tal apresentar o cartão de identidade nacional. O projecto visa reduzir o tempo de consulta médica e melhorar o acesso aos medicamentos. Por um lado o médico prescreve mais fácil e rapidamente; por outro, o doente tem um acesso facilitado aos medicamentos.

Nos doentes crónicos, a medida evitará repetidas consultas médicas para renovação da prescrição, uma vez que a renovação pode ser automática. Foi prevista a concessão de subsídios para auxiliar as farmácias a cobrir as despesas iniciais com a introdução do sistema. Prevê-se que a prescrição electrónica seja implementada em toda a região de Madrid até ao final de 2009.

In SCRIP News, 4/04/2007

Mylan Laboratories acquire Merck Generics

O laboratório farmacêutico norte-americano Mylan Laboratories comprou a divisão de genéricos da Merck por 4,9 mil milhões de euros, ou seja, 2,7 vezes o volume anual de negócios desta, que é de 1,8 mil milhões de euros. Esta aquisição permite à Merck concentrar-se nos sectores químico e farmacêutico, e ao grupo Mylan ascender à terceira posição do ranking mundial de produtores de genéricos, atrás do líder Teva e da Sandoz (da Novartis). A Merck Generics concentra a sua actividade nos EUA, Canadá, França, Sul da Europa e Austrália.

In www.exopharm.de Maio 2007

Propriedade de farmácia é direito exclusivo de farmacêuticos

O Parlamento da Bulgária adoptou uma nova lei do medicamento, que vem colocar a legislação nacional em consonância com a regulamentação da UE. Consta desta lei a disposição que limita a propriedade de farmácia de oficina às pessoas individuais licenciadas em Ciências Farmacêuticas com, pelo menos, um ano de prática profissional. O proprietário terá de trabalhar na própria farmácia. Controversa foi a medida que permite que as cadeias de farmácia estabelecidas antes da introdução da nova lei se possam manter.

In SCRIP News, 23/05/2007

Irlanda reduz preços de medicamentos de marca e genéricos

O Health Service Executive (HSE) da Irlanda implementou a primeira fase de uma redução de 35 por cento no preço dos medicamentos de marca que são protegidos por patente há muitos anos, e também

dos genéricos. Inicialmente, a redução será de cinco a 20 por cento. A redução de 35 por cento levará quatro anos para ser atingida. A descida dos preços nos medicamentos que já perderam a sua patente levanta algumas questões relativamente à necessidade de redução dos preços nos medicamentos genéricos equivalentes, dado que em alguns casos a molécula original é mais barata que a genérica. Esta medida de redução de preços, acordada entre o HSE e a associação da indústria farmacêutica, afecta sobretudo as estatinas, um dos grupos mais prescritos na Irlanda. As farmácias terão um mês para esgotar os *stocks* que adquiriram ao preço antigo.



In SCRIP News, 2/03/2007

reuniões profissionais

Farmácia Clínica

Um termo ainda incompreendido



Quem o afirma é Mara Guerreiro, membro da direcção da Sociedade Europeia de Farmácia Clínica. Com o simpósio anual da ESCP à porta, lança um repto aos farmacêuticos de oficina portugueses: num mundo global, é preciso conhecer o que se faz noutros países neste domínio intrínseco à intervenção profissional.

É em Outubro que se realiza, na cidade de Istambul, o 36º Simpósio Anual da Sociedade Europeia de Farmácia Clínica (ESCP, na sigla inglesa). Uma oportunidade para a partilha de experiências e conhecimentos num domínio da intervenção farmacêutica que carece de maior divulgação e que ainda se presta a algumas percepções incorrectas.

É esta desinformação que explica – na óptica de Mara Guerreiro, membro da direcção da ESCP desde 2004 – a escassa participação de farmacêuticos de oficina portugueses, quer na so-

cidade europeia, quer nos eventos científicos que promove.

“O termo é muito incompreendido, não obstante dizer respeito a todos nós diariamente”, sustenta. E este “todos nós” são os farmacêuticos de oficina, como ela própria, que aplicam, na sua intervenção quotidiana, os conceitos da Farmácia Clínica.

Para o público em geral, “clínico” é o médico. No entanto, em rigor, o termo aplica-se a qualquer intervenção de um profissional de saúde junto de um doente. É certo que o médico é um clínico, mas o farmacêutico também

o é, nomeadamente por via do aconselhamento associado, ou não, à dispensa de medicamentos. Esta é, aliás, a actividade clínica mais frequente, e também a mais visível, no que respeita aos farmacêuticos comunitários.

Assim, é considerada clínica qualquer actividade que, orientada para o doente, envolva ajudá-lo na utilização dos medicamentos da forma mais racional e de modo a retirar o máximo benefício terapêutico. Naturalmente que há actividades na farmácia de oficina que não são clínicas – são todas as actividades de retaguarda, que se prendem com a gestão. E há outras intervenções mais complexas que vão para além da farmácia clínica. É o que acontece com a gestão da terapêutica e os cuidados farmacêuticos. Também aqui – ressalva Mara Guerreiro – se gera alguma confusão, mas há critérios que facilitam a distinção: assim, os cuidados farmacêuticos são, essencialmente, orientados para os resultados em saúde, envolvendo o acompanhamento e a monitorização a longo prazo, enquanto a farmácia clínica é sobretudo orientada para o doente, em circunstâncias mais pontuais e com procedimentos menos padronizados. Entre as percepções erradas que gravitam em torno da farmácia clínica está, também, a que a relaciona com a actividade hospitalar e não em ambulatório.

É um facto – reconhece Mara Guerreiro – que os farmacêuticos hospitalares têm uma oportunidade acrescida de influenciar a prescrição, na medida em que acompanham os médicos nas suas rondas diárias. Isso não significa, contudo, que a farmácia clínica seja específica, podendo ser aplicada em qualquer outro ambiente de saúde.

ESCP – uma mão cheia de vantagens

Pela dimensão que a farmácia clínica assume na intervenção farmacêutica, Mara Guerreiro gostaria de ver mais farmacêuticos de oficina portugueses envolvidos na ESCP e nas suas actividades. São diversas as vantagens que encontra nesse maior envolvimento, nomeadamente ao nível do acesso a recursos formativos e informativos. Um desses recursos, a que atribui inegáveis potencialidades, é o PSAP – Pharmacotherapy Sel-Assessment Programme (à letra, Programa de Auto-Avaliação em Farmacoterapia). Trata-se de uma fonte de informação sobre medicamentos cuja mais-valia é, sobretudo, a de incluir as novidades e os avanços dos últimos anos, abdicando da revisão de toda a terapêutica de uma determinada área, prática comum da literatura tradicional. Abrange, ainda, temáti-

Promover a Farmácia Clínica

Este é o propósito genérico da ESCP – Sociedade Europeia de Farmácia Clínica, fundada em 1979 e que actualmente conta com membros de 53 países, entre farmacêuticos, médicos, investigadores e formadores. Organização sem fins lucrativos, assume como sua a missão de promover e desenvolver o uso racional e apropriado dos medicamentos, pelo indivíduo e pela sociedade.

Uma missão cuja concretização passa pela formação dos profissionais de saúde, mediante a realização de encontros e cursos, e pelo acompanhamento das novas áreas de investigação e formas de desenvolvimento profissional da prática da farmácia clínica.

Neste âmbito dinamiza grupos de interesse especial – os Special Interest Groups – em diversas áreas como a Farmacocinética, a Oncologia, a Geriatria, a Farmacoeconomia e a Farmacoepidemiologia.

Anualmente, promove dois grandes encontros – a Conferência da Primavera, dedicada a um tema mais específico, e o Simpósio Anual, de temática mais abrangente. Além disso, a cada quatro anos promove uma conferência em conjunto com a sua congénere norte-americana, o American College of Clinical Pharmacy.

reuniões profissionais

cas que os livros mais clássicos não cobrem.

Entre elas Mara Guerreiro destaca o capítulo sobre segurança dos medicamentos (medication safety), que reputa de muito interessante, particularmente para quem frequentou o primeiro curso de pós-graduação em Farmacoterapia da Escola de Pós-Graduação em Gestão e Saúde.

Esta é, sublinha, uma ferramenta essencial para quem já detém os conhecimentos básicos num domínio específico e pretende aprofundá-los.

Ainda no domínio do conhecimento, Mara Guerreiro destaca o acesso à revista Pharmacy World & Science (PWS), indexada no Medline e noutras bases de dados bibliográficas.

Trata-se de um importante repositório de informação sobre a prática profissional e a investigação em farmácia clínica que os membros da ESCP recebem por correio mas a que também podem aceder online.

Aliás, o simples acesso à PWS rentabiliza a filiação na ESCP. Basta dizer que a quota anual é de 50 euros, inferior à de qualquer outra sociedade científica congénere. Uma quantia que tem retorno imediato, na medida em que só a assinatura da revista orça em cerca de 260 euros.

Para os farmacêuticos portugueses existe agora mais um aliciante para integrarem a Sociedade Europeia de Farmácia Clínica: mediante acordo com a Ordem dos Farmacêuticos, beneficiam de um

desconto de 15 por cento na inscrição anual. Um incentivo que poderá contribuir para alargar a presença portuguesa. Dos cerca de mil membros, são menos de 40 os portugueses.

Não obstante, não faltam vantagens: ser membro da ESCP é, obviamente, custo-efectivo. Basta a inscrição numa reunião para compensar o valor da quota. Istambul é a reunião que se segue. Na qualidade de membro da direcção da ESCP, mas sobretudo de farmacêutica, Mara Guerreiro gostaria de ver mais portugueses presentes.

O que se faz em Portugal é importante e – sublinha – são inegáveis as vantagens de uma estrutura como a ANF, mas isso não invalida que se saia e se veja o que os colegas fazem.

Uma portuguesa na direcção

Foi durante o Simpósio Anual de 2004, em Praga, que Mara Guerreiro foi eleita para o Comité Geral (direcção) da ESCP, em representação de Portugal e por um mandato de quatro anos.

Esta não foi, contudo, a sua estreia em organismos internacionais, pois em 2002 e 2003 havia já integrado a delegação portuguesa do Grupo Farmacêutico da União Europeia.

A sua participação nas organizações farmacêuticas nacionais passa tanto pela ANF como pela OF. De 2001 a

2003 fez parte da direcção nacional da Associação, tendo integrado, de 2002 a 2004, o grupo consultivo para o desenvolvimento informático das farmácias e, de 2003 a 2004, integrado o grupo consultivo para a informação ao doente.

Foi igualmente membro do grupo consultivo do Departamento de Qualidade em Farmácia, que congrega a ANF e a OF.

Quanto à sua intervenção na OF, pertence actualmente ao grupo

de peritos para acreditação das licenciaturas em Ciências Farmacêuticas e ao Conselho para a Qualificação e Admissão na Ordem.

É ainda membro do Conselho Fiscal da Valormed.

Proprietária e directora técnica da Farmácia Fialho, em Portel, tem ainda vasta experiência como formadora e organizadora de encontros científicos, tendo visto vários dos seus trabalhos publicados em revistas de circulação nacional e internacional.

“O que se faz em Portugal é importante e são inegáveis as vantagens de uma estrutura como a ANF, mas isso não invalida que se saia e se veja o que os colegas fazem. Há que ganhar o hábito de participar em reuniões e na troca de experiências”

Há – defende – que ganhar o hábito de participar em reuniões e na troca de experiências: “Precisamos de nos posicionar num mundo que é cada vez mais global”.

Partilhar experiências em Istambul

Durante três dias – de 24 a 26 de Outubro próximo – Istambul acolhe o 36º Simpósio Anual da Sociedade Europeia de Farmácia Clínica. “Implementing Clinical Pharmacy in Community and Hospital Settings – Sharing the experience” é o tema do encontro. Um tema pensado para ser suficientemente abrangente e com a necessária relevância e pertinência para a prática profissional de modo a atrair farmacêuticos que intervêm nos diferentes ambientes. De modo a interessar tanto aos hospitalares como aos comunitários.

Mara Guerreiro acredita que o objectivo será atingido. No programa elaborado identifica facilmente pontos de interesse, a começar pela sessão plenária do primeiro dia em que

serão apresentados exemplos da prática clínica em diversos países. “É importante aprendermos uns com os outros, ver como problemas comuns são resolvidos nas diferentes realidades, independentemente das políticas de saúde e até da legislação”.

Do primeiro dia destaca igualmente uma sessão sobre terapêutica da dor, que considera uma óptima oportunidade de actualização. Neste domínio, considera, aliás, existir alguma falta de preparação e de formação em Portugal: “Tem-se investido muito em áreas como a diabetes, a asma, as dislipidémias e as doenças cardiovasculares, enquanto na terapia da dor não têm sido feitos tantos esforços”.

Dada a experiência dos cuidados farmacêuticos, Mara Guerreiro destaca também um workshop sobre aconselhamento dos doentes com DPOC. Esta é – diz – uma área em que a oferta formativa em Portugal é de boa qualidade, mas ainda assim este workshop poderá constituir uma mais-valia, porquanto permite tomar contacto com outras intervenções. “Aprende-se sempre muito”.

Já no segundo dia de trabalhos assume particular relevância a sessão plenária sobre a integração de cuidados entre o ambiente hospitalar e o ambulatório. Este é um campo em que ainda se verificam muitos problemas, com frequência derivados da ausência de comunicação. São sobretudo problemas relacionados com medicamentos que se poderiam obviar se houvesse uma maior articulação entre profissionais de saúde.

Quanto ao terceiro e último dia do simpósio, merece realce a sessão plenária sobre a forma de tornar o farmacêutico competente do ponto de vista clínico. Estas são as temáticas que Mara Guerreiro elege como principais polos de atracção para os farmacêuticos de oficina num simpósio que constitui uma oportunidade privilegiada para actualizar conhecimentos, trocar experiências e contactar outras realidades.

Uma oportunidade de formação que reverte, também ela, a favor da revalidação da carteira profissional. Bons motivos, pois, para viajar até Istambul...



Mara Guerreiro, representante de Portugal no Comité Geral da ESCP

reuniões profissionais

Simpósio Internacional de Estudantes de Saúde no Algarve

Construir pontes

É com o objectivo de construir pontes que os estudantes de saúde se reúnem em Novembro no Algarve. Para que, no futuro, exerçam as respectivas profissões integrados numa equipa coesa que trabalhe em prol do doente. Minimizando riscos e otimizando ganhos.



É um projecto ambicioso. Pedro Lucas, estudante da Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, reconhece que o Simpósio Internacional de Estudantes da Saúde (WHSS) que o Algarve vai acolher de 26 de Novembro a 1 de Dezembro não é modesto nos objectivos. Mas está convicto da pertinência das ideias que presidiram à sua organização.

Pela primeira vez, várias organizações internacionais representantes de estudantes da saúde estão a colaborar para uma meta comum: este Simpósio surgiu da convicção de que a saúde – das sociedades, em geral, e dos indivíduos, em particular – beneficia da cooperação entre os seus diferentes protagonistas. A começar por aqueles que virão a ser profissionais – os estudantes.

Um primeiro passo no caminho do conhecimento mútuo foi dado em 2005, em Malta. Mas então reuniram-se apenas estudantes de Medicina e de Farmácia. O que – afirma Pedro Lucas – foi um erro posteriormente reconhecido. Para o colmatar, decidiu-se alargar o Simpósio de 2007 aos demais estudantes do universo da saúde, tendo assim sido incluídos os

estudantes os de Enfermagem e os de Tecnologias da Saúde.

O que se pretende com o encontro deste ano – para o qual a organização espera congregar cerca de quatro centenas de pessoas – é fomentar a reflexão sobre o mundo profissional. “Queremos estimular a nossa capacidade crítica, saber como os estudantes olham a profissão e o modo como é exercida, apontar aquilo de que não gostamos e avançar com propostas para melhorar”.

Identificada está já uma crítica – a que, aliás, presidiu à intenção de fazer o pleno dos estudantes de saúde: é que os profissionais ainda estão de costas voltadas uns para os outros, exercendo a respectiva profissão de uma forma demasiado estanque, carente de comunicação e colaboração.

“A gestão do risco é um dos aspectos em que essa colaboração é essencial. Acreditamos que muitos dos erros na prestação de cuidados de saúde advêm da falta de comunicação entre os profissionais”, sustenta Pedro Lucas, director de comunicação do Simpósio. Os erros dão origem a estatísticas mas – frisa – em saúde os números são pessoas. Para que tudo corra bem, o ideal é que o doente esteja no centro: com comunicação e cooperação é possível atingir este desiderato.

Mais comunicação em prol do doente

A comunicação é uma área que carece de mais investimento. Daí a aposta do Simpósio, de promover o contacto entre os diferentes estudantes da saúde, fomentando o derrubar de preconceitos. Trata-se, na verdade, de sensibilizar aqueles que, futuramente, serão os profissionais, os prestadores de cuidados. Para Pedro Lucas, não é uma aposta difícil de vencer: acredita que, com formação, é possível colmatar a actual lacuna. Actualmente – crítica – é muito pouco o conhecimento recíproco entre os estudantes, há pouca interacção. Mas – propõe - este cenário poderia ser invertido com a concepção de disciplinas conjuntas e a realização de actividades extra-curriculares conjuntas. Por exemplo, em ambiente hospitalar. Nesse sentido, os estudantes nacionais estão a dar os primeiros passos, fazendo contactos com professores, ainda que com cariz informal. “Tem havido alguma receptividade, mas ainda não explorámos as vias oficiais”, refere o futuro farmacêutico. Lamenta, a propósito, que não exista colaboração entre as faculdades, cujos planos de estudos ainda são muito estanques, muito independentes.

Os cursos estão demasiado organizados sobre si próprios, são demasiado estruturados. Falta-lhes flexibilidade. As excepções à regra estão, no entanto, a evidenciar-se: sob a forma de um mestrado integrado em Ciências Farmacêuticas ou de um curso de Ciências da Saúde, que abarca Farmácia, Medicina e Ciências, sob a égide da Universidade de Lisboa.

São boas notícias para quem, como os organizadores deste simpósio, acredita ser necessário um conhecimento mais aprofundado sobre as mais-valias que cada profissional pode proporcionar ao doente. A prática actual – afirma – é que uma equipa tenha um líder, que, para muitos, é indiscutivelmente o médico: “Mas nós preferimos ver a equipa como um círculo e não como uma pirâmide. No círculo todos têm lugar”.

Não é o que acontece, com prejuízo para o doente. Porque – argumenta – a análise não pode ser feita do ponto de vista da profissão, mas sim do ponto de vista do destinatário. Que em saúde é o doente.

É este entendimento que está subjacente ao lema do Simpósio Internacional dos Estudantes de Saúde – “Diferentes Papéis, um Objectivo”. Só assim se constroem pontes...

Um programa ambicioso

Para corresponder ao objectivo deste Simpósio – o de sensibilizar os estudantes para a necessidade de uma maior interacção – foi concebido um programa ambicioso. Serão cinco dias, que culminarão com uma iniciativa alusiva ao Dia Mundial da Sida (1 de Dezembro). Está planeada uma acção que visa chamar a atenção para a doença, mas Pedro Lucas opta por não divulgar ainda os contornos da campanha.

A sessão de abertura dominará o primeiro dia, 26 de Novembro, com os trabalhos a começarem formalmente no dia seguinte: a Educação estará então em foco, com a organização a propor que os estudantes reflitam sobre “o que falta nos currículos para ultrapassar as barreiras”. Entre os aspectos particulares a debater estarão a formação ao longo da vida, o ensino à distância (*e-learning*) e o processo de Bolonha.

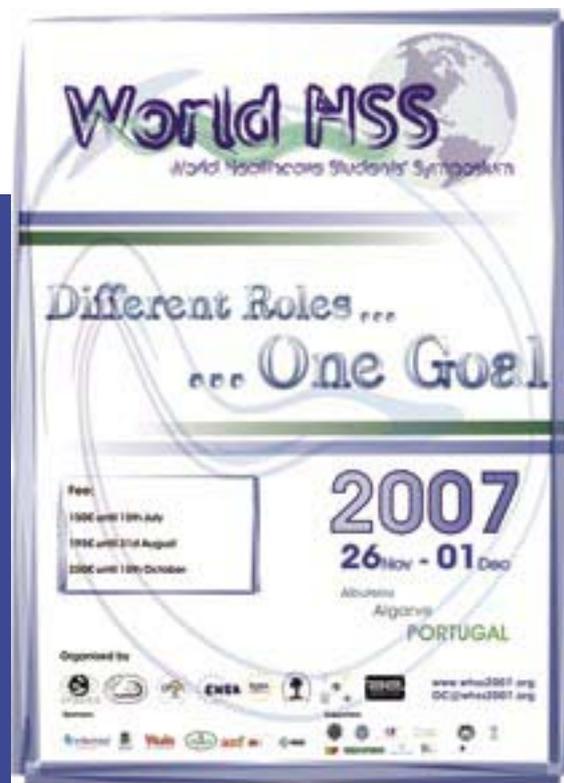
A 28 de Novembro, os trabalhos serão dedicados à Ética. Na sessão plenária será colocada em discussão uma questão: um código de ética comum para todos os profissionais de saúde? Outra das sessões abordará as implicações éticas do custo-eficácia nos cuidados de saúde, estando ainda

previstos workshops sobre os testes farmacêuticos, a influência das companhias farmacêuticas nos estudantes de saúde, a eutanásia e os cuidados paliativos.

A saúde pública dará o mote aos trabalhos do dia seguinte, com uma sessão interactiva dedicada à análise das barreiras entre os profissionais de saúde neste domínio, antecedida por uma conferência sobre a saúde pública nos países em desenvolvimento no chamado mundo ocidental. Haverá ainda workshops sobre doenças crónicas e obesidade, bem como uma sessão vocacionada para o desenvolvimento de capacidades em matéria de comunicação, liderança e planeamento de campanhas.

Para dia 30, ficou reservada a abordagem da colaboração inter-profissional, nomeadamente no âmbito da prevenção e da gestão de risco. A finalizar os trabalhos será feita uma avaliação do Simpósio, com a apresentação das respectivas conclusões no âmbito da cerimónia de encerramento.

Os estudantes ficam no Algarve até 1 de Dezembro, para assinalar o Dia Mundial da Sida.



O Simpósio Internacional dos Estudantes de Saúde 2007 é organizado pela Federação Internacional de Estudantes de Farmácia (IPSF), pela Associação Europeia de Estudantes de Farmácia (EPSA), pela Associação Internacional de Estudantes de Enfermagem (INSA), pela Associação Europeia de Estudantes de Enfermagem (ENSA), pela Federação Internacional das Associações dos Estudantes de Medicina (IFMSA) e pela Associação Europeia dos Estudantes de Medicina (EMSA). A nível nacional, são anfitriões do encontro as associações de estudantes de Farmácia, Medicina, Enfermagem e Tecnologias da Saúde.

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**

UE avalia atitude face ao tabaco

Portugueses sem fumo



Os portugueses são os cidadãos europeus que menos fumam. Mas são também aqueles que menos tentam abandonar este hábito. São sinais algo contraditórios os que emanam do Eurobarómetro especial sobre os europeus e a atitude face ao tabaco.

Todos os anos, cerca de meio milhão de pessoas morrem na Europa em consequência, directa ou indirecta, do tabagismo. O que faz da dependência de nicotina a primeira causa evitável de doença e morte prematuras. Sem falar no tabagismo passivo, que tem uma clara influência negativa sobre a saúde dos não fumadores. O cenário é tal que se estima que 25 por cento de todas as mortes por cancro e 15 por cento de todas as mortes na UE sejam atribuíveis ao tabagismo. É neste quadro que a Direcção-Geral

da Saúde e da Defesa do Consumidor tem promovido anualmente um eurobarómetro especial visando conhecer as atitudes dos europeus face ao tabaco. O que se procura conhecer é o nível e a frequência do consumo de tabaco, as tentativas para deixar de fumar, o nível de exposição ao fumo em casa, no trabalho e nos locais públicos, as atitudes face às políticas anti-tabaco e a consciência dos problemas causados pelo tabaco. O último inquérito, cujos trabalhos no terreno decorreram no último

Outono e cujas conclusões foram recentemente divulgadas, aponta para um cenário relativamente optimista, que vai ao encontro das preocupações da Comissão Europeia nesta matéria.

Assim, cerca de metade dos inquiridos afirmaram nunca ter fumado – foram 47 por cento os que manifestaram esta atitude, face a 32 por cento de fumadores. Outros 21 por cento mudaram de estatuto face ao tabaco, na medida em que deixaram de fumar. É em Portugal que reside o maior número de pessoas que nunca fumaram – foi o que responderam 64% dos inquiridos. O que coloca a percentagem de fumadores numa posição favorável em relação à média europeia – são 24 por cento os portugueses que fumam. Todavia, a situação inverte-se quando a análise se centra nos que deixaram de fumar – só 12 por cento o fizeram, o que coloca o país na cauda de uma Europa a 25.

Em termos europeus, são as mulheres quem menos fuma – 55 por cento

nunca o fizeram, contra 37 por cento entre os homens. Por idades, nota-se que é nos extremos que se situam as maiores percentagens de não fumadores – 57 por cento dos jovens e 51 por cento dos mais idosos também nunca fumaram.

Quanto aos ex-fumadores, os homens estão em vantagem sobre as mulheres: 25 por cento contra 18 por cento. E os idosos sobrepõem-se aos jovens – 30 por cento dos cidadãos com 55 ou mais anos deixaram de fumar, contra apenas oito por cento entre a faixa etária dos 15 aos 24.

Fumar ou não fumar?

São 32 por cento os europeus que fumam, mas a grande maioria (85 por cento) fá-lo com regularidade. Apenas uma em cada quatro pessoas acende um cigarro ocasionalmente. E Portugal, apesar de o número de fumadores ser inferior à média europeia, não foge à regra: antes pelo contrário, 89 por cento dos fumadores fumam regularmente.



Só três por cento dos portugueses fumadores não fumam todos os dias – dos restantes, 46 por cento fumam 15 a 24 cigarros diários, média que outros 11 por cento ultrapassam. Há mesmo três por cento que fumam mais de 40 cigarros por dia. Os que menos fumam, ficando-se por menos de cinco cigarros, constituem 17 por cento.

Este é, pois, um hábito enraizado. Ainda assim, 31 por cento dos europeus tentaram abandoná-lo nos 12 meses que mediaram entre o Eurobarómetro anterior e o actual. Uma percentagem semelhante foi a que se registou por cá – 32 por cento. Destes, a maioria

A palavra aos europeus

São as seguintes as principais conclusões do Eurobarómetro sobre as atitudes dos cidadãos europeus face ao tabaco, elaboradas a partir das respostas dadas pelos inquiridos:

- Um em cada dois europeus (47 por cento) declarou nunca ter fumado
- Um terço (32 por cento) dos europeus fuma
- Um em cada cinco deixou de fumar
- Cerca de um fumador em três tentou deixar de fumar nos 12 meses que mediaram entre o inquérito de 2006 e este
- Os fumadores raramente consultam um profissional de saúde quando tentam deixar de fumar – só 18 por cento o fizeram na última tentativa
- O stress é a principal justificação para as recaídas, menos para os jovens: estes são mais susceptíveis à influência dos amigos que fumam
- Em 49 por cento dos lares é proibido fumar
- A maioria dos europeus (90 por cento) crê que, no seu país, existem leis anti-tabaco, mas só 54 por cento destes acreditam que elas são respeitadas
- A maioria apoia os espaços sem fumo, sobretudo no que respeita aos locais de trabalho e aos locais públicos
- Quatro em cinco europeus consideram que o tabagismo pode causar problemas de saúde
- Os fumadores europeus mostram consideração pelas crianças e mulheres grávidas e, em menor escala, pelos não fumadores.



tentou entre uma e cinco vezes e apenas um por cento insistiu mais, até um máximo de dez tentativas.

Tentativas que quase todos levaram a efeito por iniciativa própria – na UE apenas 18 por cento dos que procuraram livrar-se do tabaco consultaram um profissional de saúde e em Portugal foram ainda menos: 14 por cento.

À escala europeia, mais de um quarto (26 por cento) destas pessoas recorreram a substitutos da nicotina, enquanto cinco por cento utilizaram produtos farmacêuticos sem nicotina, três por cento socorreram-se de produtos medicinais e outros tantos enveredaram por tratamentos como a hipnose ou acupunctura. Já em Portugal, foram 15 por cento os que utilizaram substitutos da nicotina para deixar de fumar.

Muitas destas tentativas ficaram pelo caminho. Muito por culpa do stress – foi assim que 33 por cento dos euro-

peus que recomeçaram a fumar justificaram o insucesso. A mesma resposta deram 30 por cento dos portugueses que recaíram, mas a primeira das justificações – apontada por 41 por cento – recaiu sobre a incapacidade para resistir à privação. O prazer de fumar foi invocado, a nível nacional, por 27 por cento, com outros 17 por cento a argumentarem que voltaram a fumar por pressão de amigos e colegas. Seis por cento alegaram aumento de peso.

A favor das leis anti-tabaco

Independentemente de serem ou não fumadores, os europeus são favoráveis a medidas anti-tabaco. Medidas que começam por aplicar na própria habitação, com 49 por cento dos lares a adoptarem restrições: assim, em 22 por cento deles não é

possível fumar, em 19 por cento apenas se fuma no exterior e em 18 por cento o fumo é limitado a algumas divisões. Noutros sete por cento é interdito fumar, mas abrem-se excepções. Já em 25 por cento das casas não há normas, nomeadamente por não serem consideradas necessárias ou por não existirem fumadores. E em oito por cento não há regras, mas não se fuma voluntariamente.

No que respeita ao local de trabalho, a realidade transmitida pelos inquiridos aponta para que um em cada três europeus esteja exposto ao fumo nesses espaços, sendo que 11 por cento sofrem essa exposição durante mais de cinco horas diárias. É o que acontece sobretudo a quem trabalha no sector da restauração.

A maioria dos europeus envolvidos neste Eurobarómetro tem conhecimento da existência de leis anti-tabaco nos respectivos países – é o que diz 90 por cento, sendo que, destes, 54 por cento acreditam que essas leis são cumpridas, enquanto outros 36 por cento pensam que os fumadores não as respeitam. É a Irlanda que apresenta a maior regulação, com 91 por cento dos irlandeses a afirmarem que as leis existem e são respeitadas. A mesma opinião têm 34 por cento dos portugueses.

Em consonância, a maior parte dos cidadãos dos 25 países afirma-se favorável à existência de espaços públicos

sem fumo. Uma percentagem mais elevada quando se fala de locais de trabalho fechados, transportes e espaços colectivos (88 por cento) e que decresce quando respeita a restaurantes (77 por cento) e bares ou cafés (62 por cento). Portugal partilha esta tendência, sendo um dos países em que se registou uma maior subida do apoio a espaços sem fumo, na comparação entre barómetros.

Uma questão de saúde

É nas consequências do tabaco sobre a saúde que pode radicar uma das explicações para esta atitude dos europeus: afinal, a esmagadora maioria – quatro em cada cinco – considera que o tabagismo, incluindo o passivo, pode causar problemas de saúde. Para 47 por cento, o fumo alheio pode causar, nos não fumadores, doenças graves como cancro, com 33 por cento a sustentarem que pode estar na origem de doenças respiratórias. Face ao inquérito anterior, evidencia-se um maior conhecimento dos problemas causados pelo tabaco. Nas respostas nacionais, 34 por cento relacionam o fumo com o cancro e 44 por cento associam-no a problemas respiratórios.

Perante isto, como procedem os fumadores perante quem não fuma ou perante grupos vulneráveis como as crianças e as grávidas? A maioria (82

por cento) opta por fumar em casa quando está só, mas 36 por cento fumam na companhia de crianças e 23 por cento na companhia de grávidas. Quanto aos não fumadores, merecem menos consideração: duas em cada três pessoas fumam na sua presença. Apenas 37 por cento dos portugueses admitem que se abstêm de fumar perto de um não fumador, sendo muitos mais (68%) os que não fumam quando estão com crianças em casa e mais ainda (77 por cento) os que não o fazem na presença de grávidas.

Uma tendência que se confirma quando entra em campo outra variável: fumar no carro. São 57 por cento os portugueses que fumam quando estão sozinhos no carro (contra uma média europeia de 49 por cento), 29 por cento os que o fazem na companhia de não fumadores, mas apenas seis por cento os que fumam quando no veículo está uma criança e cinco por cento os que fumam na presença de uma grávida.

São estas as atitudes dos europeus face ao tabaco, assim avaliadas pela Direcção-Geral de Saúde e Defesa do Consumidor numa União Europeia a 25. Atitudes que, de uma forma geral, apontam para uma sensibilização dos cidadãos para a problemática do tabagismo.

Portugal não é excepção neste cenário, sendo, aliás, o país onde menos se fuma.

CEFAR em tempo de mudança

João Paulo Vaz, Director Executivo do CEFAR



O CEFAR entrou recentemente numa nova fase da sua existência. A renovação a nível dos recursos humanos foi acompanhada por uma evolução no domínio dos objectivos: para além da farmacoepidemiologia, outras áreas de intervenção estão agora no caminho do renomeado Centro de Estudos e Avaliação em Saúde.

De Centro de Estudos de Farmacoepidemiologia passou a Centro de Estudos e Avaliação em Saúde. Uma alteração que não surgiu por acaso e que se pretende muito mais do que simbólica. O CEFAR, departamento que a ANF criou há mais de uma década, propõe-se, a partir do seu centro de actividade tradicional, ir à conquista de novos domínios de intervenção, acompanhando, afinal, a evolução que tem ocorrido no próprio sector da farmácia.

Os tempos são, pois, de mudança. Uma mudança programada e pensada há já algum tempo, cabendo agora a João Paulo Vaz, farmacêutico com um percurso consolidado na indústria, conduzir o CEFAR pelos novos caminhos, quer facilitando a integração dos novos elementos que passaram a integrar a equipa, quer promovendo o entrosamento da mesma, sem que isso implique qualquer perturbação ao ritmo de actividade. Paralelamente,



trata-se de posicionar o Centro de Estudos na nova realidade, beneficiando da sua integração no InfoSaúde. Significa isto que o CEFAR deixou de ser um departamento da ANF para assumir uma perspectiva mais empresarial na nova entidade. Estão, assim, criadas condições para uma estrutura mais operacional, com capacidade e competência para a prestação de serviços externos, numa lógica de rentabilização.

Por enquanto, cerca de 80 por cento da actividade do CEFAR é interna – respondendo a solicitações quer da direcção, quer dos diversos departamentos da Associação – mas a intenção é, como frisa o seu director, alargar o âmbito de intervenção. O que passa por direccionar a sua actividade para domínios como o da farmacoeconomia, sem abdicar no entanto daquela que foi a sua razão de ser e em que possui competências e conhecimentos profundos – a farmacoepidemiologia.

Investir na farmacoeconomia

Acontece que existe no mercado um significativo potencial para o desenvolvimento de estudos de avaliação económica dos medicamentos. Basta pensar que o mercado total de medicamentos, entre ambulatorio e hospitalar, ronda os quatro mil milhões de euros. O que falta são competências e é nelas que o novo CEFAR se propõe investir.

João Paulo Vaz considera que “há claramente mercado”. Da sua experi-

ência retém o impulso que foi dado à farmacoeconomia nos anos de 97 e 98, um impulso que cedo estagnou, ao ponto de a avaliação económica se ter limitado aos estudos sobre comparticipações no ambulatorio. Só em 2006, com a publicação de legislação relativa à comparticipação de novos medicamentos a nível hospitalar, voltou a ser evidente a necessidade de desenvolvimento deste tipo de estudos.

Este escasso investimento na farmacoeconomia é visível também – sublinha – na ausência de conteúdos formativos ao nível da licenciatura em Ciências Farmacêuticas: não há, na formação de base, espaço para as matérias mais económicas como as relacionadas com preços, comparticipações e avaliação do impacto económico dos medicamentos.

Este é, portanto, um dos novos horizontes que se abrem à equipa do CEFAR. Um horizonte em que entidades externas, como a indústria farmacêutica, surgem como parceiros naturais. São já, aliás, parceiros em alguns dos trabalhos em curso, nomeadamente os que de-

correm paralelamente às mais recentes campanhas promovidas pelo Departamento de Programas de Cuidados Farmacêuticos da ANF.

É o caso da campanha “Viver Mais, Viver Melhor – Conhecendo os Seus Medicamentos”, que visou esclarecer a população mais idosa sobre o uso correcto, efectivo e seguro dos medicamentos. No terreno durante a última semana de Março, teve como alvo os cidadãos com mais de 65 anos a tomar quatro ou mais medicamentos em simultâneo. A partir dos dados

recolhidos pelas farmácias é possível avançar para uma caracterização da polimedicação entre os idosos e é esse, precisamente, o objectivo do CEFAR.

Um propósito semelhante preside ao estudo que tem como ponto de partida a campanha “Controle o Seu Peso, o Coração Agradece”. Tratou-se aqui de avaliar a obesidade e o risco cardiovascular dos portugueses tendo em conta que o excesso de peso é um dos principais factores na origem das doenças cardiovasculares,

a primeira causa de morte no nosso país. Os dados recolhidos de 14 a 19 de Maio pelas farmácias estão a ser trabalhados, após o que será possível conhecer melhor o fenómeno da obesidade em Portugal.

O novo responsável pelo CEFAR considera estes estudos de grande utilidade do ponto de vista científico, uma vez que, além de darem resposta às questões colocadas em cada estudo, possibilitam a criação de bases de dados para posterior análise de outras variáveis, o que de outra forma não seria possível. Sublinha, aliás, que uma das grandes dificuldades em realizar estudos de natureza epidemiológica em Portugal é, entre outras, a ausência de bases de dados.

Ora, ao desenvolver estes estudos a partir de campanhas promovidas pela ANF, o CEFAR beneficia da motivação dos farmacêuticos, aproveitando a sua intervenção e, com isso, valorizando a própria farmácia.

Da indústria para o CEFAR

Ao todo são sete os elementos que constituem a actual equipa do Centro de Estudos e Avaliação em Saúde. Trata-se de uma equipa renovada, a começar pela própria chefia: João Paulo Vaz assumiu o cargo há menos de um ano, depois de um percurso profissional na indústria.

Licenciado em Ciências Farmacêuticas, começou por integrar a Sanofi Winthrop, onde trabalhou essencialmente na área do registo de medicamentos, preços e participações, com uma passagem pela farmacovigilância. Ingressou posteriormente na Glaxo Wellcome, hoje GlaxoSmithKline, já detentor de uma pós-graduação em avaliação económica de medicamentos.

Foi precisamente a essa área que se dedicou, com a sua actividade a abarcar a farmacoeconomia, preços e participação de medicamentos. Em 2005 integrou a direcção deste mesmo laboratório, de onde saiu para chefiar o CEFAR.

Uma mão cheia de projectos

Esta é uma política para continuar. Afinal, está a dar bons resultados. Está planeado um aprofundamento dos resultados da campanha com que, em 2006, as farmácias assinalaram o Dia Mundial da Asma. Dela re-



Em 2008 deverá estar já operacional um sistema de informação que permitirá às farmácias avaliar o seu desempenho – no tempo e em comparação com o mercado – e delinear metas. Trata-se de disponibilizar às farmácias ferramentas de gestão enquadradas no contexto pós-liberalização.

sultou que mais de 60 por cento dos asmáticos portugueses não possuem a doença controlada. E é sobre estes resultados que o CEFAR pretende trabalhar, no sentido de identificar as razões que explicam a ausência de controlo da doença. E a partir dessa avaliação desenhar estratégias que possibilitem um maior controlo da doença e, no final, na medida do possível, medir os ganhos em saúde. É um projecto em carteira para 2008. Nessa altura deverá estar já operacional um sistema de informação que permitirá às farmácias avaliar o seu desempenho – no tempo e em comparação com o mercado – e delinear metas. Trata-se, como adianta João Paulo Vaz, de disponibilizar às farmácias ferramentas de gestão enquadradas no contexto pós-liberalização.

Um contexto em que as farmácias sofreram duas reduções na sua margem de comercialização (já uma das mais baixas da União Europeia), em que se assistiu à desregulamentação dos medicamentos não sujeitos a receita médica e, mais recentemente, à liberalização da propriedade (aprovada em Conselho de Ministros de 5 de Julho último).

São novos desafios que reclamam uma nova atitude. Nomeadamente uma maior atenção a áreas da farmácia passíveis de maior rentabilização. Contribuir para enfrentar estes desafios é a intenção do CEFAR. Será – acredita o novo responsável pelo CEFAR – uma ferramenta de valor acrescentado para as farmácias. Estudos em novas áreas de intervenção farmacéutica decorrentes

do novo enquadramento legislativo, na determinação e quantificação de ganhos em saúde resultantes dos programas de cuidados farmacêuticos, de resultados em saúde em meio hospitalar, colaboração na avaliação e definição de protocolos de intervenção clínica em meio hospitalar, são exemplos de algumas outras áreas a desenvolver.

Quanto ao CEFAR, o rumo já está traçado: é de evolução, como resposta à evolução em curso na ANF e no sector. Às novas condicionantes responde com a busca de novos horizontes. Rentabilizando a estrutura e os recursos, sem que isso implique um corte com o passado. Não é um CEFAR novo, é uma nova fase.

Plataforma define prioridades Em nome dos doentes crónicos



Os doentes crónicos estão na primeira linha das prioridades da Plataforma Saúde em Diálogo para o ano em curso. O objectivo – traçado pelos órgãos sociais eleitos em Fevereiro último – passa por intervir no sentido de conseguir a definição de doença crónica e a aprovação do estatuto do doente crónico.

Estratégico é igualmente o reconhecimento da Plataforma enquanto Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS). Um estatuto que contribuirá para a consolidação de um outro objectivo: reforçar a presença em entidades como o Conselho Nacional para a Promoção do Voluntariado e a Confederação Portuguesa de Voluntariado.

Já a nível internacional, a Plataforma pretende afirmar-se como parceiro da OMS Europa e da IAPO (Aliança Internacional de Organizações de Doentes). Num outro domínio, a Plataforma propõe-se continuar a apostar na formação, por um lado, promovendo acções dirigidas a farmacêuticos e outros profissionais de saúde e, por outro, investindo

no desenvolvimento de protocolos no âmbito das parcerias estratégicas com as faculdades de Medicina e de Farmácia de Lisboa.

Do planeamento da Plataforma para este ano consta ainda a realização de uma conferência e de um encontro entre as entidades que a integram. São já 27 os membros da Plataforma, todos unidos por um propósito comum: dar voz aos doentes. O que implica a existência de condições logísticas, pelo que os esforços da Plataforma continuarão também dirigidos à obtenção de sedes e à criação de uma loja que permita sustentar o projecto.

Dar a conhecer a missão e o trabalho desenvolvido é igualmente importante e nesse sentido os novos órgãos sociais propõem-se reforçar o boletim da Plataforma e lançar um folheto bilingue, bem como avançar com a edição de uma newsletter electrónica e desenvolver um site próprio.

São objectivos a concretizar pela equipa eleita em Fevereiro último. Uma equipa a que preside Maria Irene Domingues, da Liga Portuguesa con-

tra as Doenças Reumáticas (LPCDR), coadjuvada por Ana Maria Quintas de Azevedo, da Associação Portuguesa de Asmáticos (APA), Maria da Luz Sequeira, da Associação Nacional das Farmácias (ANF), Isabel Machado, do Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva (INCP), e Mário Beja Santos, da União Geral de Consumidores (UGC).

Os novos órgãos sociais incluem ainda a Mesa da Assembleia-Geral, a que preside Rosa Gonçalves, da Associação de Doentes com Lúpus (ADL), acompanhada de Sandra Nascimento, da Associação para a Promoção da Segurança Infantil (APSI), e de Maria de Lourdes Gaudich, da Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson (APDP).

Quanto ao Conselho Fiscal, é presidido por Francisco Beirão, da Associação Portuguesa de Doenças do Lisosoma (APL), e integra Maria João Freire, da Associação Nacional contra a Fibromialgia e Síndrome de Fadiga Crónica (Myos), e Maria Helena Cadete Bernardo, representante da Associação Coração Amarelo (ACA).

HARTMANN

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!

informação terapêutica

Hepatites

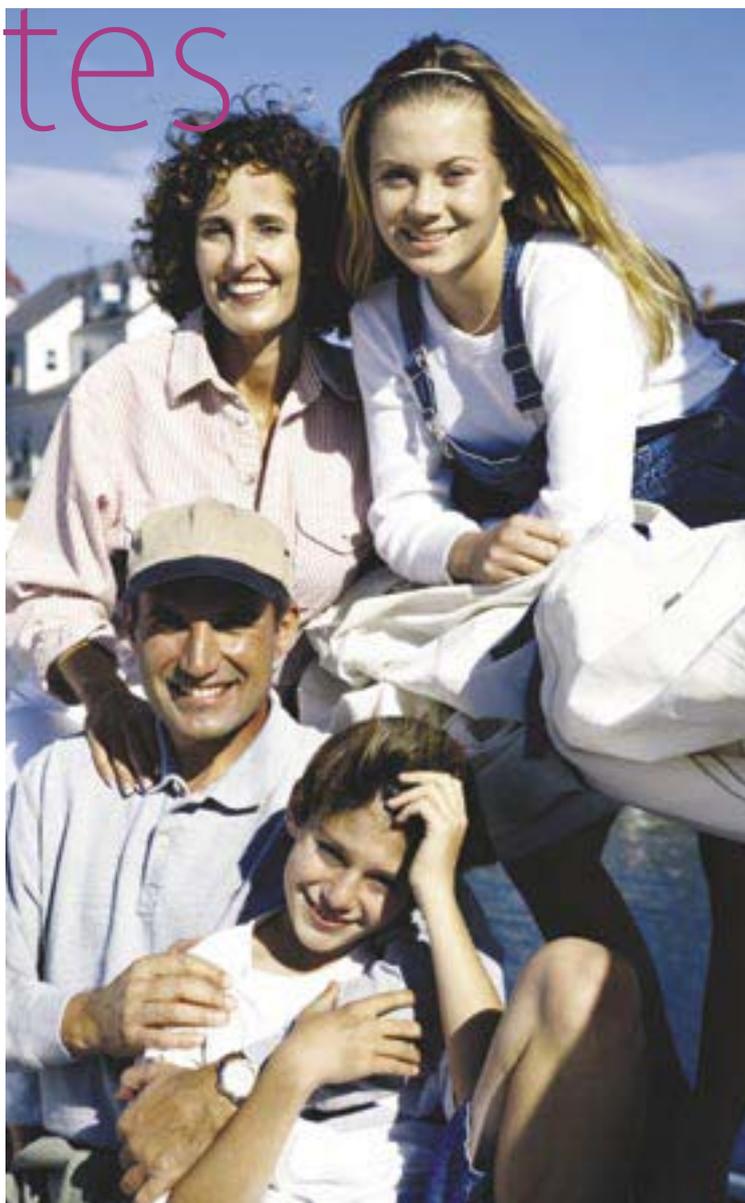
A e B

Lígia Reis, Farmacêutica do CEDIME

As hepatites de origem vírica são doenças hepáticas provocadas por vírus que afectam um grande número de pessoas em virtude da sua fácil transmissão, falta de medidas de higiene e da falta de aplicação das medidas de profilaxia mais adequadas.

São hoje conhecidos cinco vírus diferentes, sendo as hepatites que originam designadas pelas letras A, B, C, D e E. Reportando-nos apenas às hepatites A e B, estima-se que 1,5 milhões de pessoas em todo mundo¹ sejam anualmente infectadas com o vírus da hepatite A, chegando a atingir 150/100.00 habitantes nas regiões endémicas. Já na hepatite B, estima-se que haja 350 milhões de infectados em todo o mundo e, em Portugal, haja cem mil infectados².

Dadas as características da hepatite B, que tende a evoluir para uma fase



crónica, as consequências são mais complicadas (por exemplo cirrose ou cancro do fígado).

Estes números preocupam os vários intervenientes da nossa sociedade, tanto decisores políticos como profissionais de saúde, pelo que a intervenção atenta e oportuna da Farmácia, através da prestação de informação e aconselhamento adequados, pode

contribuir tanto para promover os melhores comportamentos com vista à prevenção, como para apoiar os doentes crónicos sob terapêutica.

O fígado é um órgão volumoso e, em alguns aspectos, o órgão mais complexo do corpo humano. Do ponto de vista funcional está organizado em ácinos – unidade fisiológica – recebendo fluxo sanguíneo através da

artéria hepática (20 por cento) e da veia porta (80 por cento). É maioritariamente constituída por um tipo de células denominadas hepatócitos que desempenham funções vitais na manutenção da homeostase (tabela 1)³: As doenças hepáticas podem ter diferentes causas, classificando-se como³:

Doenças Hepatocelulares – em que as características da lesão, como a inflamação e necrose, predominam (ex. hepatites víricas).

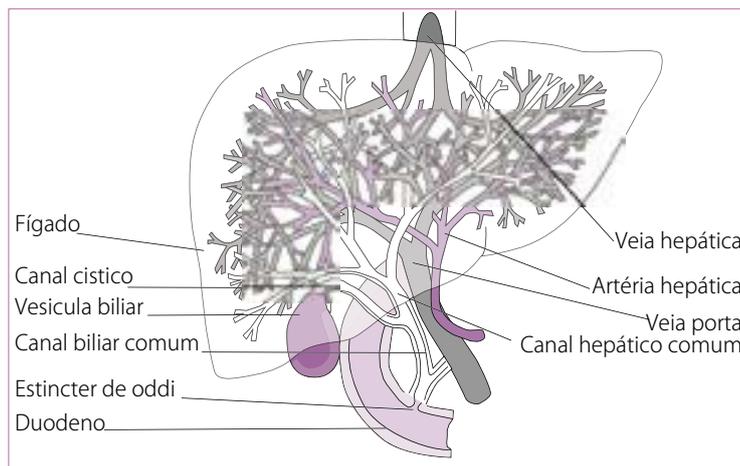


Tabela 1 – Funções dos hepatócitos³

Algumas funções dos hepatócitos	
Síntese de proteínas séricas essenciais:	Albumina, proteínas transportadoras, factores de coagulação
Produção de biliar, lípidos e seus transportadores:	Ácidos biliares, colesterol, lecitina, fosfolípidos
Regulação de nutrientes:	Glicose, glicogénio, lípidos, colesterol, aminoácidos
Metabolismo e conjugação de componentes lipofílicos:	Bilirrubina, fármacos

Tabela 2 – Causas de hepatites

Doenças Colestáticas (obstrutivas) – em que as características principais consistem na perturbação do fluxo biliar (colelitíase).

Hepatite

Define-se como “inflamação no fígado”. Esta inflamação pode ter diversas causas (tabela 2), comprometendo a função hepática com várias consequências para o organismo.

As hepatites víricas são todas diferentes em sintomas, gravidade e tratamento.

Na hepatite aguda, os sintomas podem variar bastante e, dependendo da causa, podem até mesmo não surgir, como acontece na grande maioria dos casos. Na maioria das vezes, a he-

Algumas causas de hepatites	
Víricas	Vírus da Hepatite A
	Vírus da Hepatite B
	Vírus da Hepatite C
	Vírus da Hepatite Delta
	Vírus da Hepatite E
	Citomegalovírus
	Vírus Epstein Barr
Distúrbios de imunidade	Hepatite auto-imune
	Colangite esclerosante primária
	Cirrose biliar primária
Obesidade, diabetes	Esteato-hepatite não alcoólica
Tóxicas	Hepatite alcoólica
	Hepatite medicamentosa

hepatite aguda surge com um quadro parecido ao de uma gripe, com mal estar, fraqueza, febre, dores e náuseas. Quadros mais intensos podem surgir com icterícia, devida ao aumento do nível sérico de bilirrubina.

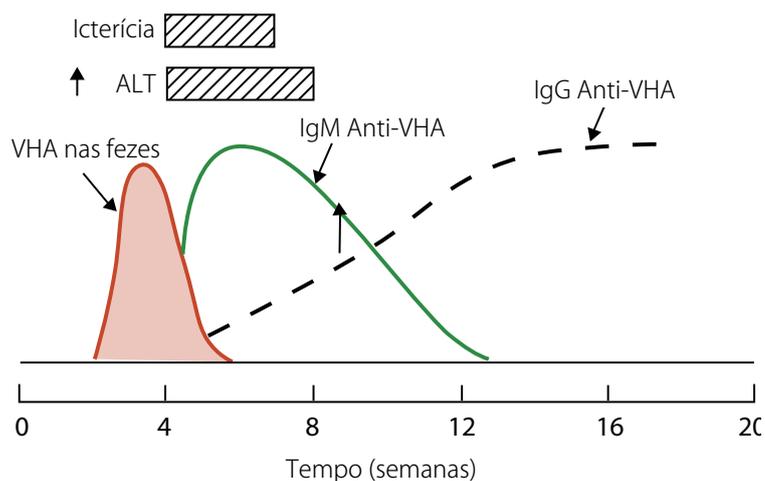
Na **hepatite crónica**, ocorre uma destruição lenta das células do fígado. Nesta fase, praticamente não há sintomas.

Hepatite A

Causada pelo vírus da hepatite A, é uma doença auto-limitada da qual o doente recupera completamente em três - quatro semanas. A hepatite A nunca se torna crónica e raramente é fulminante (menos de um por cento).

O vírus da hepatite A - **VHA** - é um vírus RNA transmitido por via oro-fecal, isto é, através de alimentos e água contaminados. O período de incubação é de aproximadamente quatro semanas e a sua replicação está limitada ao fígado. No entanto, o vírus pode também encontrar-se na bÍlis e nas fezes, que constituem vias de eliminação, e no sangue até ao final do período de incubação e na fase aguda pré-ictérica da doença. Os anticorpos anti-VHA (IgM e IgG) podem ser detectados durante a fase aguda, e persistem por vários meses. O IgG anti-VHA permanece por toda a vida e protege contra novas infecções³. A presença do anti-VHA significa pois infecção no passado e cura (gráfico 1).

Gráfico 1 - Características clínicas e laboratoriais da hepatite A

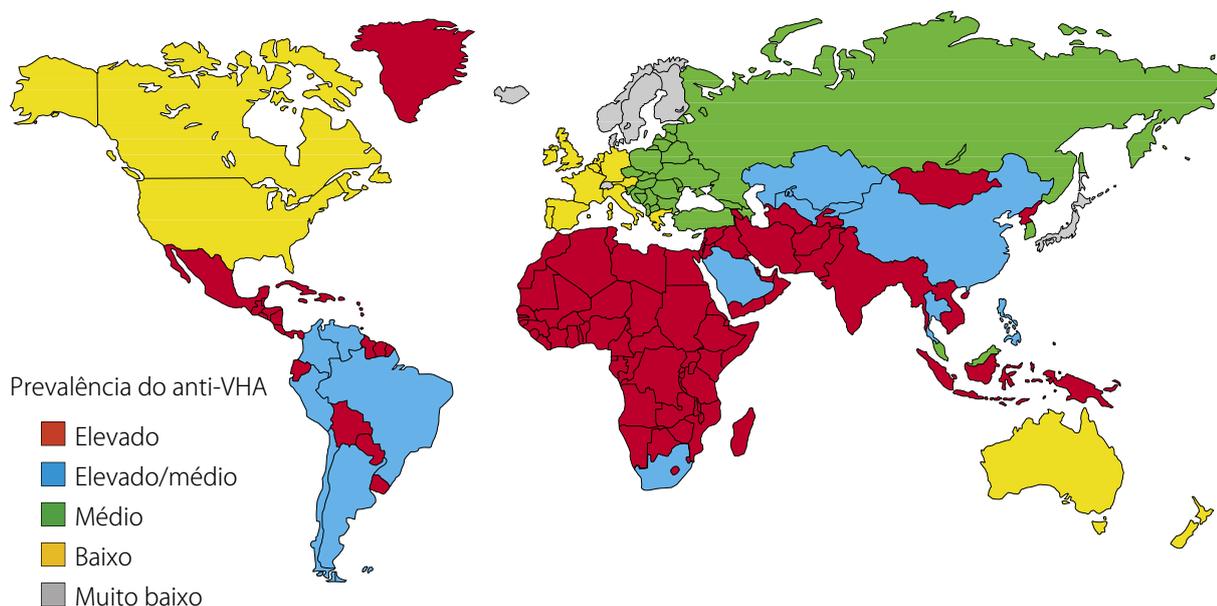


Epidemiologia

A principal via de transmissão do VHA é fecal-oral sendo a sua disseminação interpessoal intensificada por uma higiene pessoal inadequada e por aglomerados de pessoas, incluindo o meio intrafamiliar e intra-institucional (creches, escolas, lares, prisões). Além da água contaminada também os alimentos, em especial se não forem cozinhados, podem estar contaminados. Nos países desenvolvidos a incidência de hepatite A tem diminuído,

como tem acontecido em Portugal⁴, em grande parte devido à melhoria das condições de saneamento e higiene da população portuguesa, mas nos países em desenvolvimento este tipo de hepatite é considerado endémico, pelo que a exposição, infecção e imunidade são quase universais na infância (mais de 90 por cento das crianças destes países foram infectadas pelo VHA^{1,2}). A distribuição geográfica da hepatite A em função da

Mapa I – Distribuição geográfica da prevalência do anti-VHA (fonte: CDC 2006)



prevalência do anticorpo anti-VHA é indicada no mapa I.

Apesar do grupo etário dos cinco aos 14 anos registar a maior incidência identificam-se ainda os seguintes grupos de risco:

- viajantes, em particular para destinos em que a hepatite A é endémica (África, Ásia).
- militares em deslocação
- consumidores de drogas injectáveis ou não injectáveis
- indivíduos que pratiquem sexo não protegido com pessoas infectadas com o vírus
- trabalhadores sanitários

Sintomas

A maioria dos doentes não apresenta quaisquer sintomas, particularmente as crianças, ou apresenta sintomas inespecíficos que se assemelham a um quadro gripal. Quando se apresenta clinicamente, os sintomas mais co-

muns são icterícia (pele e olhos amarelados), fadiga, falta de apetite, urina escura, náuseas e dores articulares e musculares, ocasionalmente com febre baixa e dor na zona do fígado.

A presença de sintomas está associada à idade³: 70 por cento das crianças com menos de seis anos têm uma infecção assintomática e não é acompanhada de icterícia, enquanto nas crianças mais velhas ou em adultos a sintomatologia característica surge e a icterícia está presente em mais de 70 por cento dos casos. Tipicamente os sintomas duram menos de dois meses. A hepatite A no adulto é mais grave do que nas crianças, podendo atingir taxas de mortalidade de dois por cento acima dos 50 anos de idade.

Diagnóstico

O diagnóstico laboratorial é feito durante a fase aguda pela detecção de anti-VHA da classe IgM³.

Tratamento

O tratamento é baseado em medidas de suporte, aconselhando-se **repouso**. Sempre que possível deve-se interromper a toma de medicamentos que possam prejudicar o fígado, assim como a ingestão de álcool. Devem ser tomados cuidados para evitar a transmissão entre os familiares. O internamento só é necessário em casos graves, nos idosos e no caso de outras doenças graves simultâneas. Os casos raros de doentes com hepatite fulminante (aparecimento de alterações mentais denominadas “encefalopatia hepática” dentro de oito semanas do início dos sintomas) devem ser encaminhados para um centro de referência, podendo ter de ser considerada a possibilidade de transplante hepático⁴. Os contactos mais próximos (familiares, parceiro sexual) devem ser vacinados caso esteja indicado.

informação terapêutica

Tabela 3 – Vacinas da Hepatite A

	HAVRIX^{®5}	TWINRIX^{®7}	EPAXAL^{®9}	VAQTA^{®6} (AIM aprovada mas ainda não comercializado)
Titular AIM	SmithKline & French Portuguesa	GSK Biologicals	Berna	Sanofi Pasteur MSD
Composição	VHA inactivado e adsorvido (estirpe HM 175)	VHA inactivado + VHB (antigénio de superfície)	VHA inactivado (estirpe Rg-SB)	VHA inactivado e adsorvido (estirpe CR 326)
Via de administração	Intramuscular	Intramuscular	Intramuscular	Intramuscular
Dose e Esquema Administração	<p>720 Unidades Elisa /0,5 mL (Júnior)</p> <p>1ª dose: a partir de 1 ano de idade até aos 17 anos 2ª dose: 6 a 12 meses após a primeira administração desta vacina ou outra vacina contra a hepatite A</p>	<p>360 Unidades Elisa + 10 mcg/0,5 mL</p> <p>1ª dose: a partir de 1 ano de idade até aos 15 anos em data seleccionada 2ª dose: 1 mês após a primeira dose 3ª dose: 6 meses após a primeira dose</p> <p>Não administrar como profilaxia pós-exposição</p>	<p>24 U.I. / 0,5 mL</p>	<p>25 U / 0,5 mL</p> <p>1ª dose: a partir de 1 ano de idade até aos 17 anos 2ª dose: 6 a 18 meses após a primeira administração (não foi estabelecida a eficácia e segurança em crianças com idade inferior a 1 ano)</p>
	<p>1440 Unidades Elisa /1 mL (Adulto)</p> <p>1ª dose: a partir dos 19 anos inclusive 2ª dose: 6 a 12 meses após a primeira administração desta vacina ou outra vacina contra a hepatite A Pode ser administrada a indivíduos infectados com VIH</p>	<p>720 Unidades Elisa + 20 mcg/1 mL</p> <p>1ª dose: a partir dos 16 anos de idade em data seleccionada 2ª dose: 1 mês após a primeira dose 3ª dose: 6 meses após a primeira dose</p> <p>Esquema alternativo e antecipado a utilizar em circunstâncias especiais (ex: viagem): 1ª dose: em data seleccionada 2ª dose: 7 dias após a primeira dose 3ª dose: 21 dias após a primeira dose 4ª dose: 12 meses após a primeira dose</p> <p>Não administrar como profilaxia pós-exposição</p>	<p>1ª dose: a partir de 1 ano de idade até aos 60 anos</p> <p>2ª dose: 6 a 12 meses após a primeira administração desta vacina ou outra vacina contra a hepatite A</p>	<p>50 U / 1 mL</p> <p>1ª dose: a partir dos 18 anos de idade 2ª dose: 6 a 18 meses após a primeira administração</p> <p>Adultos com VIH: 1ª dose: data seleccionada 2ª dose: 6 meses após a primeira administração</p>
Nível de Imunização	Os dados disponíveis demonstram que os anticorpos persistem após 5 anos em mais de 99% dos indivíduos vacinados	A protecção contra a hepatite A e B obtém-se num período de 2 a 4 semanas. Os ensaios clínicos em crianças revelam que os anticorpos persistem pelo menos até 48 meses (4 anos) após o início do esquema de primovacinação. Os ensaios clínicos em adultos revelam que os anticorpos persistem na grande maioria dos casos para lá de 60 meses (5 anos) após o início do esquema de primovacinação.	A primeira dose da vacina concede protecção pelo menos durante 12 meses. A segunda dose prolonga a eficácia protectora até no mínimo 20 anos em pelo menos 95% das pessoas vacinadas (cálculo com base num modelo matemático e na extrapolação de seguimento durante 3-6 anos).	Os anticorpos anti-VHA mantêm-se pelo menos durante 10 anos. Não produz imunidade imediata pelo que é necessário esperar 2 a 4 semanas até que se detectem anticorpos.
Utilização com outras vacinas	A administração simultânea de vacinas contra a febre tifóide febre amarela, cólera ou tétano não interfere com a resposta imunológica desta vacina. Devem ser administradas com seringas diferentes e em locais diferentes.	A administração concomitante com outras vacinas não foi especificamente estudada pelo que não é aconselhável administrar em simultâneo.	Pode ser administrada simultaneamente com as vacinas da febre amarela e da gripe, mas em seringas separadas, bem como com profilaxia da malária.	Na criança pode ser administrada concomitantemente com a vacina viva atenuada de sarampo, papeira e rubéola e a vacina inactivada poliometilite. No adulto pode ser administrada com a vacina da febre amarela e vacina da febre tifóide polissacarídica, concomitantemente, em locais de injeção diferentes
Conservação	Conservar no frigorífico (+2º a +8ºC). NÃO CONGELAR pois destrói a potência da vacina.	A suspensão é branca e turva. Conservar no frigorífico (+2º a +8ºC). NÃO CONGELAR. Conservar na embalagem de origem para proteger da luz. Agitar antes de usar	Conservar no frigorífico (+2º a +8ºC). NÃO CONGELAR. Conservar na embalagem de origem para proteger da luz. Agitar antes de usar	Conservar no frigorífico (+2º a +8ºC). NÃO CONGELAR pois destrói a potência da vacina.



Prevenção

As medidas gerais para a prevenção da hepatite A são:

Saneamento: usar água potável e dispor de uma adequada rede de esgotos

Higiene: lavar as mãos com frequência e, sempre, após defecação ou mudança da fralda. Lavar bem os alimentos.

Imunização activa: disponíveis desde 1996, as vacinas com o vírus inactivado são seguras e eficazes, conferindo uma protecção de 94-100 por cento após duas - três doses, por cinco a dez anos (tabela3).

Apesar de não fazer parte do Plano Nacional de Vacinação, recomenda-se a administração a crianças, especialmente se inseridas em comunidades endémicas ou que frequentam creches, a pessoas que viagem de férias ou por motivos profissionais para regiões onde a hepatite A é endémica, a toxicodependentes, a pessoas com risco acrescido devido a práticas sexuais, a pessoas com risco ocupa-

cional (creches, escolas, saneamento, etc), a pessoas com alterações dos factores de coagulação (hemofilia) e a portadores de doenças crónicas do fígado (cirrose hepática).

Hepatite B

O vírus que causa a hepatite B (VHB) é um vírus DNA, transmitido por duas vias: via sanguínea e via sexual. Num primeiro contacto com o vírus pode ocorrer a forma aguda desta doença, mas em cinco por cento dos casos no adulto ela evolui para a forma crónica, tornando-se o indivíduo um portador crónico. Alguns destes indivíduos desenvolvem fenómenos inflamatórios crónicos originando hepatite crónica e cirrose hepática. Outra das consequências é o cancro do fígado que surge anualmente em quatro - cinco por cento dos doentes com cirrose. Por isso se diz que o vírus da hepatite B é um vírus oncogénico².

Existe também a possibilidade de transmissão de mãe para filho no momento do parto, uma forma de contágio particularmente importante, dada a grande tendência de evolução para a cronicidade, que ocorre em 95 por cento dos recém-nascidos contaminados pela mãe, muito comum nas zonas hiperendémicas de países em desenvolvimento, onde a maior parte dos infectados contrai o vírus durante a infância. Nos países industrializados, esta faixa etária é a que se encontra mais «protegida» já que a vacina contra a hepatite B faz parte do programa nacional de vacinação de 116 países, Portugal incluído.

O vírus da hepatite B é resistente, chegando a sobreviver sete dias no ambiente externo em condições normais e com risco de infecção em cinco a 40 por cento das pessoas não vacinadas que sofrem algum tipo de contaminação, picada com agulha

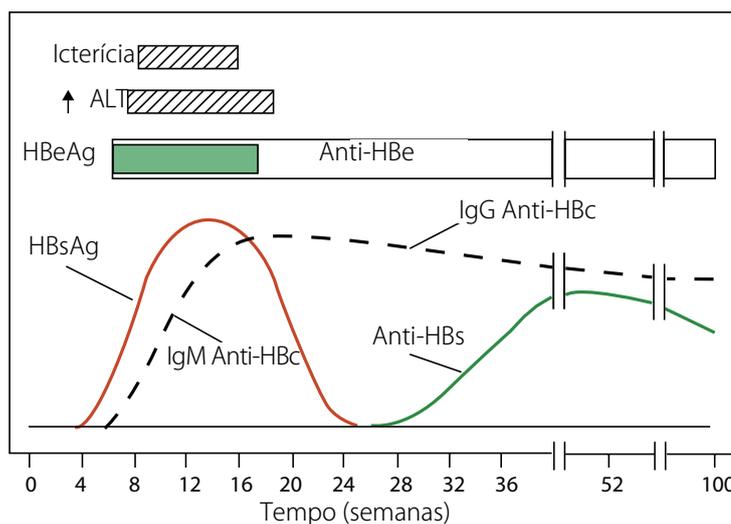
contendo sangue por exemplo (o risco é maior do que o observado para o vírus da hepatite C – 1,8 por cento ou o VIH - 0,2 a 0,5 por cento)⁴.

A infecção pelo VHB tem um período de incubação longo, entre as seis semanas e os seis meses, e é mais prevalente na Ásia, Pacífico e África inter tropical, onde se calcula que entre cinco a 20 por cento das pessoas sejam portadoras crónicas. O vírus tem menor incidência no mundo desenvolvido, Estados Unidos da América e Europa Ocidental, mas regista-se um elevado número de casos na Europa Central e Oriental.

Evolução

O vírus da hepatite B possui três antígenos principais, o “s” (AgHBs), o “c” (AgHBc) e o “e” (AgHBe). Como defesa o nosso organismo produz anticorpos para destruir os três antígenos. Quando uma pessoa é infectada pelo VHB o primeiro antígeno detectável é o AgHBs. Uma vez em circulação há um aumento da actividade das aminotransferases (AST-aminoaspartato transferase e ALT-alanina aminotransferase) e surgem os sintomas. Este antígeno é detectável durante a fase ictérica (fase aguda). Ao fim de um a dois meses deixa de se detectar e raramente persiste além dos seis meses. O anticorpo contra o AgHBs (anti-HBs) surge após as primeiras quatro semanas. No que respeita

Gráfico 2 - Características clínicas e laboratoriais típicas da hepatite B



ao anticorpo anti-HBc ele surge em circulação ao fim de uma a duas semanas após o surgimento do HBsAg e mantém-se durante semanas, meses ou mesmo anos. Ao detectar o anti-HBc podemos estar perante uma infecção recente ou ocorrida no passado. Se predominar o anti-HBc da classe IgM estamos perante uma infecção com menos de seis meses, se predominar a classe IgG estamos perante uma infecção com mais de seis meses³ (gráfico 2).

O VHB pode permanecer no organismo, podendo infectar outras pessoas, algumas semanas antes dos sintomas surgirem, variando de seis semanas a seis meses. Os sintomas iniciais são mal estar, dores articulares e fadiga, que podem evoluir para dor local, icterícia, náuseas e falta de

apetite. Os sintomas desaparecem em um a três meses, mas algumas pessoas podem permanecer com sensação de fadiga mesmo após normalização dos exames.

Em casos raros (0,1-0,5 por cento), a resposta do organismo é tão exagerada que há destruição maciça dos hepatócitos (hepatite fulminante), podendo ser fatal⁴.

Diagnóstico

O diagnóstico da hepatite B, bem como das suas fases evolutivas, é baseado exclusivamente nas análises sanguíneas denominadas “marcadores” (AgHBs, AgHBe, anti-HBc, anti-HBs, anti-HBe). No entanto, deve ser associado também a marcadores de lesão das células hepáticas (AST e ALT). Pode ser em-

pregue o método de PCR (*polimerase chain reaction*) para detectar a quantidade do vírus circulante no sangue, pesquisando o ADN do vírus (ADN VHB).

A biópsia hepática poderá estar indicada nalguns casos que evoluem para uma fase crónica. Nestes casos o marcador AgHBs persiste positivo durante pelo menos seis meses e em muitos casos para sempre: é o chamado portador crónico.

Existem três tipos principais de infecção crónica: o portador crónico do AgHBs sem doença e aqueles com hepatite B crónica AgHBe positivo, e hepatite B crónica AgHBe negativo. Nestas duas últimas o vírus pode estar muito activo e desencadear evolução para cirrose e cancro do fígado.

Tratamento

O tratamento da hepatite B crónica visa suprimir a replicação viral e reduzir a lesão hepática, prevenindo a evolução para cirrose e carcinoma hepatocelular. Actualmente, os tratamentos com eficácia comprovada para a hepatite B são⁸ (tabela 4).

- Imunomoduladores:
 - peguinterferão alfa-2 ou interferão peguilado (pegIFN- α 2a, ou pegIFN- α 2a)
- Análogos dos nucleósidos:
 - lamivudina;
 - adefovir dipivoxil;
 - entecavir;
 - telbivudina (ainda não comercializado na Europa)

Interferão

Interferões são glicoproteínas produzidas por células infectadas por vírus. Até agora foram identificados três tipos: o alfa, produzido por linfócitos B e monócitos, o beta, por fibroblastos e o gama, por linfócitos T-helper e NK.

O interferão-alfa-2b (IFN-alfa) age directamente contra o vírus e também aumenta a resposta imune (tem actividade antivírica, antiproliferativa e imunomoduladora). O interferão peguilado, um interferão modificado com as novas características de poder ser aplicado apenas uma vez por semana, mantendo seus níveis séricos.

O interferão peguilado tem mostrado uma eficácia semelhante ou ligeiramente superior ao INF- α com a vantagem de ter uma administração mais conveniente (semanal).

Tabela 4 - Comparação dos fármacos aprovados para a terapêutica da hepatite B8

	PEG-IFN- α	Lamivudina	Adefovir	Entecavir	Telbivudina (AIM aprovada mas ainda não comercializado)
Indicações	AgHBe (+), ALT normal HBeAg (+) ALT elevada HBeAg (-) ALT elevada	Não indic. Indicado Indicado	Não indic. Indicado Indicado	Não indic. Indicado Indicado	Não indic. Indicado Indicado
Duração do Tratamento	HBeAg (+) HBeAg (-)	48 semanas 48 semanas	\geq 1 ano > 1 ano	\geq 1 ano > 1 ano	\geq 1 ano > 1 ano
Dose					
Criança	6 MU/m ² /3xsem (Interferão convencional)	3mg/Kg/dia (máx. 100mg/dia)	Não aprovado	-	-
Adulto	180 μ g por semana	100mg/dia	10mg/dia	0,5 mg/dia 1 mg/dia em caso de resistência	600 mg/dia
Via de administração	subcutânea	oral	oral	oral	oral
Reacções Adversas	muitas	raro	raro	raro	raro
Resistência antivírica	não	~20%, 1º ano ~70%, 5º ano	~29%, 5º ano	< 1%, 2º ano	~25%, 2º ano
Custo	elevado	baixo	elevado	elevado	-

Lamivudina

A lamivudina inibe a multiplicação do VHB. No entanto, é capaz de induzir mutações no vírus da hepatite B, prejudicando a eficácia deste tratamento, já que o tornam resistente.

Ao fim de cinco anos de tratamento cerca de 70 por cento dos doentes tornam-se resistentes.

A lamivudina é praticamente isenta de efeitos secundários. Ao contrário do interferão é seguro em doentes com cirrose descompensada.

Adefovir dipivoxil

O adefovir é comprovadamente eficaz no tratamento das estirpes selvagens e mutantes do VHB, além de induzir muito menos resistência viral do que a lamivudina. Em dois anos, a resistência ao adefovir é de dois por cento, em comparação aos 40 por cento da lamivudina. Os efeitos colaterais são pouco comuns.

Entecavir

Estudos *in vitro* demonstraram que o entecavir é mais potente que a lamivudina e o adefovir, e é eficaz em caso de estirpes mutantes do VHB resistentes à lamivudina!

Tabela 5 - Dieta saudável

Alimentos variados contendo os quatro grupos principais (cereais, frutas e vegetais, leite e derivados, e carne/peixe)
Refeições distribuídas ao longo do dia
Ingestão adequada de proteínas
Alimentos ricos em vitaminas B e C
Não beber álcool
Limitar alimentos com excesso de gordura e açúcar

Telbivudina

Tem uma acção antivírica sobre o VHB mais potente que a lamivudina na supressão da replicação do vírus. No entanto está associada a uma elevada resistência e resistência cruzada com a lamivudina. Tem por isso um papel limitado na terapêutica.

Estilo de vida

Prevenção da transmissão

As pessoas portadoras do vírus (com AgHBs positivo) devem manter relacionamento sexual procurando saber da situação do parceiro/a quanto à hepatite B (vacinado/a ou imunizado/a), usar sempre preservativo se o/a parceiro/a não estiver vacinado, não partilhar escovas de dentes ou lâminas de barbear, manter as feridas cobertas, se sangrar limpar a superfície onde cai o sangue com lixívia, não dar sangue, espermatozoides ou orgãos.

Dieta

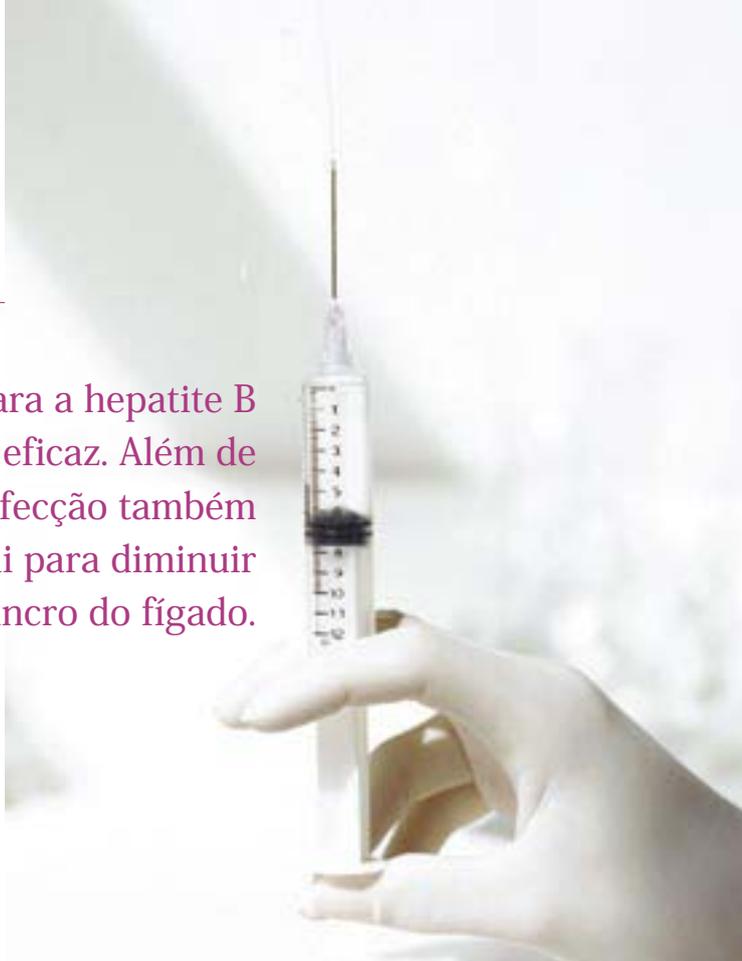
Com a excepção do uso do álcool não há nenhuma restrição nutricional específica para os doentes com hepatite B. Situações especiais, como cirrose com ascite ou encefalopatia hepática, ou a presença de outra doença associada, no entanto, podem indicar restrições dietéticas adicionais, conforme orientação do médico, nomeadamente restrição de sal.

Assim, mesmo sem restrições nutricionais específicas pela hepatite B, recomenda-se uma dieta saudável, que ajuda a manter o peso e melhora o sistema imunológico (tabela 5).

Actividade física

Apesar de não haver demonstração clara dos benefícios em relação à história natural da doença, a actividade física saudável (andar rápido pelo menos três vezes por semana, aproximadamente

A vacina para a hepatite B é altamente eficaz. Além de prevenir esta infecção também contribui para diminuir incidência de cancro do fígado.



30 – 45 minutos de cada vez) está relacionada com melhor qualidade de vida, na redução da depressão e a uma melhoria do sistema imunológico.

Prevenção

Teste (AgHBs também chamado antigénio de superfície da hepatite B)

A realização deste teste é aconselhada a pessoas que residam em regiões hiperendémicas, pessoas com risco acrescido devido às suas práticas sexuais ou que mantenham relacionamento sexual com alguém infectado com VHB, pessoas que injectem ou tenham injectado drogas, hemodialisados, pessoas infectadas com VIH/SIDA, grávidas ou que pretendem engravidar. Estes grupos têm indicação para efectuar a vacinação^a.

A principal forma de transmissão da hepatite B em Portugal é a via sexual.

Vacina

A vacina para a hepatite B é altamente eficaz. Além de prevenir esta infecção também contribui para diminuir a incidência de cancro do fígado. A vacina consiste de fragmentos do antigénio da hepatite B (AgHBs), suficiente para produzir anticorpos, mas incapaz de transmitir doença (tabela 6).

A vacina faz parte do Plano Nacional de Vacinação sendo administrada gratuitamente em todos os recém-nascidos e nas crianças dos 10 aos 13 anos. Entre adultos, e além dos grupos já mencionados, deve ser utilizada em trabalhadores da área

da saúde, viajantes para zonas de risco, toxicodependentes, familiares de portadores crónicos do vírus, homossexuais. Recomenda-se no entanto que adolescentes e adultos com vida sexual activa e que possam vir a trocar de parceiro sexual se vacinem.

Tabela 6 - Doses recomendadas das vacinas contra hepatite B

Grupo etário	ENERIX ^{®12} vacina recombinante contra hepatite B, adsorvida
Recém-nascido até aos 15 anos	Dose 10 mcg/0,5 mL Administração: 0, 1, 6 meses Administração em circunstâncias especiais: 0, 1, 2, 12 meses
Indivíduo ≥ 16 anos	Dose 20 mcg/1 mL Administração: 0, 1, 6 meses ou 0, 1, 2, 12 meses
Indivíduo ≥ 18 anos	Administração em circunstâncias especiais (viagem): 0, 7, 21 dias, 12 meses
Indivíduos submetidos a hemodiálise	Dose 2 x 20 mcg/1 mL Administração: 0, 1 mês, 2 meses, 6 meses

a) Vacina Recombivax HB – AIM caducada



APEF (Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado)

Secção especializada da Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia, com 25 anos de existência, que engloba médicos e outros profissionais de saúde com interesse pelas doenças do fígado.

As principais doenças do fígado são: cirrose alcoólica, hepatite C, hepatite B, esteatose hepática (gordura no fígado), carcinoma hepatocelular (cancro primitivo do fígado).

Contacto: Av. António José de Almeida,
5F – 8º, 1000-042 Lisboa

Tel: 217 995 530

apecf@mail.telepac.pt

<http://www.apecf.com.pt/>

Agradecimento ao contributo do Professor Doutor Rui Tato Marinho - presidente da APEF "Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado"



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

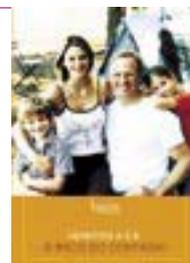
1. Heathcote, J. et al. World Gastroenterology Organisation - Practice Guideline: Management of Acute Viral Hepatitis. Dec. 2003. Disponível em <http://omge.org/>
2. Marinho, R. 40 anos de hepatite B. Medicina e Saúde. Abr. 2005. Disponível em: medicosdeportugal.iol.pt
3. Harrison, T. Et al. Medicina Interna – Secção 2: Cap. 292 – Abordagem ao paciente com doença hepática. McGrawHill 15ª ed. 2002 Pág. 1808-1812; Cap. 295 – Hepatite viral aguda. McGrawHill 15ª ed. 2002 Pág. 1823-1839.
4. Marinho R, Valente A, Ramalho F, Carneiro de Moura M. The changing epidemiological pattern of hepatitis A in Lisbon, Portugal. Eur J Gastroenterol Hepatol 1997;9:795-8.
5. HepCentro. Disponível em: <http://www.hepcentro.com.br>
6. Fiore, A. Et al. CDC – Recommendations and Reports: Prevention of Hepatitis A through active or passive immunization. Division of Viral Hepatitis, National Center for Infectious Diseases. May 2006, Disponível em: www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5507a1.htm
7. INFARMED - RCM Havrix 720 Junior e 1440 Adulto de 07.07.2006
8. INFARMED – RCM VAQTA – vacina da hepatite A 08.03.2005
9. INFARMED – RCM EPAXAL – vacina da hepatite A 09.03.2005
10. EMEA - RCM Twinrix Pediátrico e Twinrix Adulto 11.09.2006
11. Lok, A., McMahon, B. American Association for the Study of Liver Disease (AASLD) Practice Guidelines – Chronic Hepatitis B. Rev. Hepatology, vol.45, Nº 2 Feb. 2007
12. INFARMED – RCM Enderix 05.03.2002 e 30.08.2006
13. Hepatitis Foundation International. The ABC's of Hepatitis. Disponível em: www.hepatitisfoundation.org

OUTROS RECURSOS

- Hope for Hep B, acessível em: <https://www.hope-for-hepb.com/>
- SOS Hepatites, acessível em: www.soshepatites.org.pt

Publicações ANF

Informação adicional sobre a Hepatite pode ser encontrada nas seguintes publicações/meios de divulgação ANF: www.anfonline.pt
Folheto para o Doente disponível nas farmácias aderentes ao Serviço Informação saúde desde Junho de 2007



HIGIENE ÍNTIMA

Alkagin®

Calêndula
Malva
Tília

Solução de Limpeza

Com pH ligeiramente alcalino, recomendado na higiene íntima feminina e masculina: **anti-pruriginosa, anti-irritante, protectora e refrescante**

Gel

Preparado esterilmente, confere uma sensação imediato de alívio: **atenua a irritação local e ardor, diminui o prurido, lubrifica e hidrata**

Toalhetes

Embebidas em delicada emulsão, indicada na higiene dos órgãos genitais externos e da zona peri-anal: **emoliente, refrescante e descongestionante**

calmante
descongestionante
anti-pruriginoso

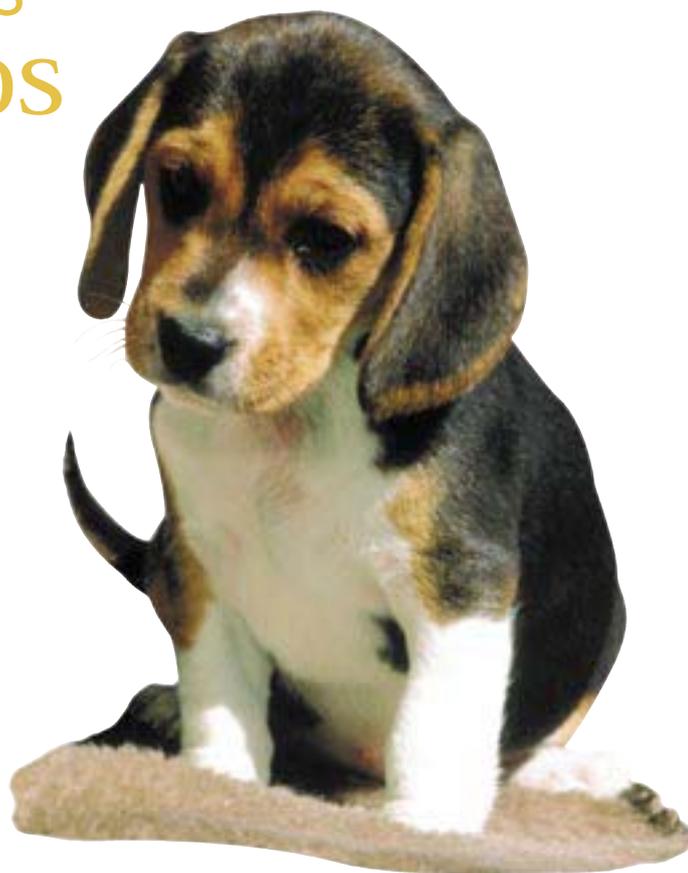


CLINICAMENTE TESTADO
MICROBIOLÓGICAMENTE CONTROLADO
NÃO CONTÉM CORANTES | PRODUTOS HIPOALERGÊNICOS

Dermoteca Produtos químicos e dermatológicos, SA - Rua Castilho, 59, 1.ª Esq., 1250-068 Lisboa
Telefone: 21 380 41 80 - Fax: 21 380 41 81 - E-mail: dermail@dermoteca.com - <http://www.dermoteca.com>

Venda em farmácias

Intoxicações em pequenos animais



As intoxicações nos pequenos animais representam ainda cerca de 80 por cento dos casos de urgência nos hospitais veterinários. Importa por isso sensibilizar os proprietários, médicos veterinários, farmacêuticos e todos os profissionais de saúde para as principais causas e procedimentos de emergência/ SOS em casos de intoxicação.

A utilização de produtos veterinários, ou similares, sem orientação ou acompanhamento de um profissional qualificado, médico veterinário ou farmacêutico, aumenta o potencial risco das intoxicações por circunstâncias



terapêuticas ou acidentais, relativas à manipulação directa destes agentes. Estes episódios de intoxicação, frequentes em animais domésticos, atingem maioritariamente os cães e os gatos. Os produtos veterinários podem provocar acidentes. Mas há outros agentes igualmente tóxicos para os pequenos animais como os desparasitantes, herbicidas, raticidas ou tudo o que, em casa ou no exterior, está ao seu alcance.

Fora de casa, estão facilmente em contacto com parasitas e outros agentes tóxicos como a lagarta do pinheiro, devendo os proprietários

tomar sempre atenção ao que está ao seu redor e que apresenta risco de intoxicação.

O amitraz, um desparasitante externo, pertencente ao grupo das formamidas, é responsável por intoxicações nos cães devido geralmente à inadequada administração. Disponível em farmácias e adquirido sem prescrição médica, é muito usado na terapêutica das sarnas e no controlo de ectoparasitas.

Nos gatos deve-se ter em atenção que o amitraz - seguro para cães desde que diluído em água - pode provocar intoxicações graves e fatais. Deve-se por isso cumprir escrupulosamente

as indicações do médico veterinário ou farmacêutico na administração correcta dos produtos.

Os animais domésticos à semelhança das crianças ingerem tudo o que está ao seu dispor, importa por isso prevenir estas situações mantendo objectos com potencial risco de ingestão por cães e gatos, afastados ou em local seguro. Sendo bastante comum a ingestão de pequenos objectos ou brinquedos, o proprietário deve ter o cuidado de prevenir estes acidentes adequando o tipo de brinquedo à raça e dimensão do seu animal de estimação.

As águas estagnadas em jardins ou quintais, bem como sabonetes ou detergentes utilizados em casa, não devem estar facilmente ao alcance dos pequenos animais visto que apresentam elevado risco de intoxicação.

Em caso de acidente relacionado com a ingestão de um destes agentes tóxicos, o procedimento de emergência deve ser, de imediato, a indução do vômito com a ingestão de água oxigenada a 20 volumes, e a administração de comprimidos de carvão vegetal activado, à venda em farmácias. Cumpridas estas duas medidas SOS, sempre que o acidente tenha sido detectado numa primeira fase, o animal deve ser, logo de seguida, observado pelo médico veterinário.

Os jardins, pelo seu espaço ao ar livre, são locais de eleição para animais

domésticos. Com mais espaço para as suas brincadeiras, são no entanto um espaço de risco. Num jardim coabitam as flores, a relva mas também herbicidas e organofosforados. Estes agentes tóxicos, por serem substâncias cáusticas, lesionam a mucosa gastrointestinal, não devendo por isso ser usada a técnica SOS da indução do vômito dado o risco de lesão grave das mucosas gastrointestinais. Nesta situação, se detectada de imediato, pode e deve ser administrado o carvão vegetal activado, de forma a diminuir a absorção do tóxico. Se não for em tempo útil, o animal deverá seguir rapidamente para um serviço de urgências.

Ainda no lar, existe um agente frequente nos acidentes por intoxicação: os raticidas. Úteis no combate aos indesejáveis roedores, são um agente muito tóxico nos pequenos animais. Provocam problemas de coagulação, desencadeando grandes hemorragias manifestadas geralmente no vômito ou nas fezes com sangue. Os animais devem ser vistos, logo que possível, pelo médico veterinário. Sempre que são detectados os acidentes numa fase prematura, deve tentar-se primeiro a indução do vômito uma vez que desta forma se reduz a quantidade de agente tóxico no organismo.

Em espaços exteriores, os animais domésticos, e em especial o cão, são

muito curiosos, sendo frequentemente vítimas do seu comportamento. Nas suas incursões farejam e cheiram espécies animais possuidoras de propriedades tóxicas, como é o caso de insectos, serpentes, sapos, procecionárias, entre outros.

A intoxicação por contacto com a procecionária, designada também como lagarta do pinheiro, assume um carácter sazonal, dependente do clima da região, verificando-se uma maior percentagem de casos durante a Primavera e Verão. No cão a parte do corpo mais afectada é a cabeça, em especial os lábios, a mucosa oral e a língua. Deve de ser imediatamente instituída terapêutica de urgência, pois o tóxico provoca necrose das estruturas com as quais contacta. Para tal o animal deve de imediato ser encaminhado para um serviço de urgências. O diagnóstico desta intoxicação pode ser difícil, particularmente nos casos em que não estão disponíveis informações sobre os antecedentes da exposição.

A prevenção é ainda a melhor maneira de reduzir a incidência de intoxicações em animais de companhia e indirectamente aos seus donos, tornando necessária a educação e consciencialização da sociedade para uma adequada assistência por profissionais habilitados, reduzindo os riscos de intoxicações agudas ou crónicas para humanos e animais.



Artigo elaborado em colaboração com a Dra. Ana Paula Abreu, Médica Veterinária responsável pelo grupo Hospital Veterinário de Almada.

Qualquer dúvida pode ser colocada para o email hva@hvalmada.com.

Onde há um explorador...



Onde há um explorador
há uma farmácia.
Isso mesmo prova a
coleção de farmácias
portáteis que integra
o espólio do Museu
da Farmácia. Um
testemunho de que
ao longo dos séculos
os medicamentos
têm acompanhado o
homem na odisseia que
o tem levado às sete
partidas do mundo.
E ao espaço.

Assim acontece desde que o homem aprendeu a interpretar e compreender melhor a natureza. Num contexto naturalmente agreste, cedo o homem começou a relacionar-se com a natureza em benefício próprio. Não apenas por dela provir o sustento e o abrigo. Mas também por lhe oferecer propriedades terapêuticas.

A caça, actividade do homem primitivo, constituiu sempre ocasião de grande provação física. Longas caminhadas numa demanda plena de ameaças fizeram com que o homem chamasse a si os benefícios medicinais da natureza, fazendo-se acompanhar de uma pequena reserva de plantas com que se revigorava e com que tratava os ferimentos.

Desse passado ficaram testemunhos arqueológicos que, à medida que são revelados, permitem confirmar a tese de que a saúde gerou as mais antigas profissões do mundo. De facto, com

alguns dos restos mortais que a natureza preservou ao longo dos séculos têm sido encontrados artefactos cuja função seria a de guardar as plantas usadas como medicamento.

Esta presença dos produtos ditos medicinais foi evoluindo ao longo dos séculos, com alguma documentação a demonstrar que, na Idade Média, já existiam caixas destinadas a guardar medicamentos, precursoras das actuais farmácias portáteis. Isto porque – conforme sublinha João Neto, director do Museu da Farmácia – o homem sempre teve necessidade de estar próximo do medicamento. Uma simples viagem, em negócios ou de visita a um parente, obrigava a juntar à bagagem uma reserva de medicamentos num tempo em que a debilidade dos transportes e das comunicações dificilmente permitia o acesso atempado a cuidados de saúde.

Daí as farmácias portáteis. Não eram



propriedade exclusiva dos farmacêuticos, mas extensiva às famílias, ainda que apenas às mais ilustres. Era, naturalmente, o farmacêutico local que as organizava, dotando-as de produtos adequados à época do ano e ao objectivo da deslocação. Nelas se arrumavam frascos para a conservação de medicamentos ou de matérias-primas, balanças e pesos, mini-almofarizes e placas para fazer unguentos. Eram, efectivamente, farmácias muito bem apetrechadas. Não sendo exclusivas da profissão, é, no entanto, de um farmacêutico – e português – a farmácia portátil que inaugurou a colecção do Museu da Farmácia. Pertencia a Artur Maldonado de Freitas, farmacêutico das Caldas da Rainha, famoso pela sua colecção de cerâmica. Dela constava um valioso – do ponto de vista histórico e cultural – espólio de peças de índole farmacêutica, que o Museu entretanto adquiriu.

Farmácias portáteis nas sete partidas do mundo

Foi o primeiro passo para uma colecção que viria a assumir contornos muito particulares: é que de todas as farmácias portáteis agora reunidas no Museu da Farmácia emergiu um conjunto específico – farmácias portáteis de grandes exploradores e aventureiros, portugueses e estrangeiros. São testemunho dos grandes passos que o homem tem dado na conquista do universo, nas suas diferentes dimensões. Nas aventuras em África ou na travessia da Antárctida, nas grandes corridas até Dacar ou nas escaladas do Everest, nas navegações solitárias e no desbravar do espaço, passando pelo jornalismo em tempo de guerra – são estas as diversas faces da colecção de farmácias portáteis de um Museu que conta o passado e o presente da Farmácia.

A mais antiga de todas é uma mala em folha de prata dourada que remonta ao Século XVI. Em Inglaterra reinava Isabel I e era seu favorito Sir Walter Raleigh, primeiro cortesão, depois navegador, uma espécie de corsário humanista que descobriu a Virgínia do Norte e foi responsável pela introdução da batata na Europa. Era sua esta mala, que se pensa terá servido como caixa de aromas, como que uma antecessora das farmácias portáteis. Posterior é a farmácia portátil de Sir Henry Morton Stanley, explorador ao serviço da também britânica rainha Vitória. Foi sob suas ordens que este jornalista se transformou em aventureiro, enviado às profundezas de África em busca de David Livingstone. Encontrou-o nas margens do Lago Tanganica, onde hoje é a Tanzânia, e desse encontro ficou para a história a célebre frase “Dr. Livingstone, I presume?”. Foram outras latitudes que tornaram

museu da farmácia

Em nenhuma destas viagens faltou uma farmácia. Todas elas estão agora no Museu da Farmácia.



famoso Ernest Shackleton: a Antárctida cativou este irlandês que, entre 1914 e 1916, empreendeu a travessia do continente gelado a bordo do “Endurance”. Uma aventura não completamente bem sucedida, mas que colocou o seu nome entre os dos grandes exploradores de sempre.

Em nenhuma destas viagens faltou uma farmácia. Todas elas estão agora no Museu da Farmácia. Tal como a que subiu aos céus a bordo do Vaivém Espacial Endeavour ou que orbitou à volta da Terra com a tripulação da estação especial russa Mir.

De portugueses fala também esta colecção. Fala do espírito de aventura que levou o comissário Manuel Gomes Martins a lançar-se na primeira viagem de circum-navegação solitária: de 1989 a 1991 percorreu 33 mil milhas náuticas, tantas quanto as necessárias para dar a volta ao mundo. Fala da resistência

de João Garcia, o primeiro português a vencer o Everest. Estava-se em Maio de 1999 quando o alpinista de Lisboa atingiu o último dos 8848 metros deste pico dos Himalaias, uma proeza que conseguiu sem recurso a oxigénio artificial.

Uma proeza foi também o que conseguiram os sete jovens diabéticos portugueses que, em Agosto de 2005, arriscaram a escalada do Kilimanjaro, o ponto mais alto de África.

Provaram, assim, que a doença não lhes tolhe a qualidade de vida e a vontade de viver.

Outra resistência é a de Carlos Sousa e Elisabete Jacinto, presenças habituais no rally que começou por ser de Paris a Dacar e agora parte de Lisboa. Dela conhece-se a ousadia de desafiar o universo masculino ao competir em moto e, mais recentemente, ao volante de um camião. Dele conhecem-se as muitas vitórias, aquém e além fronteiras.

É, precisamente, além fronteiras que o jornalista Carlos Fino exerce primordialmente a sua profissão. Durante anos correspondente da RTP em Moscovo, destacou-se recentemente ao testemunhar, na primeira pessoa, a invasão do Iraque pelos norte-americanos, naquela que foi a segunda guerra do Golfo. Ao Museu legou entretanto a farmácia que o acompanhou nesses momentos de 2003.

Em todas estas aventuras, em todos estes momentos em que o homem se desafiou a si próprio ou à natureza, a farmácia esteve presente.

Sob a forma de uma rudimentar caixa de madeira, à prova de maus caminhos, ou sob a forma de uma sofisticada mochila, desdobrada em divisórias flexíveis, cumpriu sempre o seu objectivo: o de constituir uma retaguarda de saúde.

EXPOFARMA

8, 9 E 10 DE NOVEMBRO



BEM-VINDOS
AO MUNDO
DAS FARMACIAS

+ O MAIOR EVENTO IBÉRICO DO SECTOR
DA FARMÁCIA

+ + 40% DE ÁREA DE EXPOSIÇÃO

+ 3 DIAS DE DEBATES E CONFERÊNCIAS
COM ORADORES DE PRESTÍGIO
NACIONAIS E INTERNACIONAIS

A EXPOFARMA assume em 2007 uma nova dimensão: 10 000 m² de Exposição, Espaço BES, Lounge Central, Business Center, Kids Place, 4 Salas de Conferências, Learning Spots, Noite da Farmácia e Pré-Credenciação disponível em www.expofarma.pt

Official Sponsor



**BANCO
ESPIRITO SANTO**

consultoria jurídica

O Regime Jurídico das Férias

Filipe Nuno Azóia, advogado da PLMJ, Sociedade de advogados



Direito a férias¹

O trabalhador tem direito a um período de férias retribuídas em cada ano civil. O objectivo do direito a férias prende-se com a necessidade de recuperação física e psíquica do trabalhador, ao qual devem ser asseguradas condições mínimas de disponibilidade pessoal, de integração na vida familiar e de participação social e cultural. Por esta razão, o direito a férias é irrenunciável e, fora dos casos previstos na lei, o seu gozo efectivo não pode ser substituído, ainda que com o acordo do trabalhador, por qualquer compensação económica ou outra.

Aquisição do direito a férias²

O direito a férias adquire-se com a celebração do contrato de trabalho e vence-se no dia 1 de Janeiro de cada ano civil, reportando-se, em regra, ao trabalho prestado no ano civil anterior, não estando condicionado à assiduidade ou efectividade de serviço. Existem, contudo, algumas excepções. No ano da contratação, o trabalhador tem direito, após seis meses completos de execução do contrato, a gozar dois dias úteis de férias por cada mês de duração do contrato, até ao máximo de 20 dias úteis. No caso de sobrevir o termo do ano civil antes

de decorrido o prazo de seis meses ou antes de gozado o direito a férias, o trabalhador pode usufruí-lo até 30 de Junho do ano civil subsequente, desde que, no mesmo ano civil, o trabalhador não goze um período de férias superior a 30 dias úteis.

Direito a férias nos contratos de duração inferior a seis meses³

O trabalhador admitido com contrato cuja duração total não atinja seis meses tem direito a gozar dois dias úteis de férias por cada mês completo de duração do contrato, sendo as férias gozadas no

momento imediatamente anterior ao da cessação, salvo acordo das partes.

Duração do período de férias e cumulação de férias⁴

O período anual de férias tem a duração mínima de 22 dias úteis (para efeitos de férias, são úteis os dias da semana de segunda-feira a sexta-feira, com excepção dos feriados, não podendo as férias ter início em dia de descanso semanal do trabalhador).

A duração do período de férias é aumentada no caso de o trabalhador não ter faltado ou na eventualidade de ter apenas faltas justificadas, no ano a que as férias se reportam, nos seguintes termos: três dias de férias até ao máximo de uma falta ou dois meios-dias; dois dias de férias até ao máximo de duas faltas ou quatro meios-dias; ou um dia de férias até ao máximo de três faltas ou seis meios-dias.

O trabalhador apenas pode renunciar parcialmente ao direito a férias, recebendo a retribuição e o subsídio respectivos, sem prejuízo de ser assegurado o gozo efectivo de 20 dias úteis de férias.

O gozo do período de férias pode ser interpolado, por acordo entre empregador e trabalhador e desde que sejam gozados, no mínimo, dez dias úteis consecutivos.

As férias devem ser gozadas no decurso

do ano civil em que se vencem, não sendo permitido acumular no mesmo ano férias de dois ou mais anos. Contudo, as férias podem ser gozadas no primeiro trimestre do ano civil seguinte, em acumulação ou não com as férias vencidas no início deste, por acordo entre empregador e trabalhador ou sempre que este pretenda gozar as férias com familiares residentes no estrangeiro, podendo ser também acordada a acumulação, no mesmo ano, de metade do período de férias vencido no ano anterior com o vencido no início desse ano.

Marcação do período de férias e respectivo gozo⁵

O período de férias é marcado por acordo entre empregador e trabalhador. Na falta de acordo, cabe ao empregador marcar as férias e elaborar o respectivo mapa. Relativamente às farmácias, na falta de acordo, o empregador (a farmácia) só pode marcar o período entre 01 de Maio e 31 de Outubro, salvo nas farmácias a funcionar em praias ou termas, que pelos condicionamentos próprios tenham de ter no referido período de tempo laboração intensiva, ou no caso de a farmácia ter dez ou menos trabalhadores.⁶

Na marcação das férias, os períodos mais pretendidos devem ser rateados, sempre que possível, beneficiando, alternadamente, os traba-

lhadores em função dos períodos gozados nos dois anos anteriores. Salvo se houver prejuízo grave para o empregador, devem gozar férias em idêntico período os cônjuges que trabalhem no mesmo estabelecimento, bem como as pessoas que vivam em união de facto ou economia comum. Relativamente aos farmacêuticos, aos cônjuges, ascendentes e descendentes, que prestem serviço na mesma farmácia, é concedida a faculdade de gozarem as suas férias simultaneamente.⁷

O mapa de férias, com indicação do início e termo dos períodos de férias de cada trabalhador, deve ser elaborado até 15 de Abril de cada ano e afixado nos locais de trabalho entre esta data e o dia 31 de Outubro.

Se, depois de marcado o período de férias, exigências imperiosas do funcionamento da empresa determinarem o adiamento ou a interrupção das férias já iniciadas, o trabalhador tem direito a ser indemnizado pelo empregador dos prejuízos que comprovadamente haja sofrido na pressuposição de que gozaria integralmente as férias na época fixada. Acresce que a interrupção das férias não pode prejudicar o gozo seguido de metade do período a que o trabalhador tenha direito.

Há lugar à alteração do período de férias sempre que o trabalhador, na

No caso de o trabalhador adoecer durante o período de férias, são as mesmas suspensas desde que o empregador seja do facto informado,

data prevista para o seu início, esteja temporariamente impedido por facto que não lhe seja imputável, cabendo ao empregador, na falta de acordo, a nova marcação do período de férias. Nos casos em que o trabalhador pretenda cessar o contrato e tenha dado o aviso prévio, o empregador pode determinar que o período de férias seja antecipado para o momento imediatamente anterior à data prevista para a cessação do contrato. No caso de o trabalhador adoecer durante o período de férias, são as mesmas suspensas desde que o empregador seja do facto informado, prosseguindo, logo após a alta, o gozo dos dias de férias compreendidos ainda naquele período, cabendo ao empregador, na falta de acordo, a marcação

dos dias de férias não gozados.

Caso o empregador, com culpa, obste ao gozo das férias, o trabalhador recebe, a título de compensação, o triplo da retribuição correspondente ao período em falta, que deve obrigatoriamente ser gozado no primeiro trimestre do ano civil subsequente.

O trabalhador não pode exercer durante as férias qualquer outra actividade remunerada, salvo se já a viesse exercendo cumulativamente ou o empregador o autorizar a isso. Caso contrário, sem prejuízo da eventual responsabilidade disciplinar do trabalhador, o empregador tem o direito de reaver a retribuição correspondente às férias e respectivo subsídio, da qual metade reverte para o Instituto de Gestão Financeira da Segurança Social.

Retribuição do período de férias⁸

A retribuição do período de férias corresponde à que o trabalhador receberia se estivesse em serviço efectivo. Além do pagamento do período de férias, o trabalhador tem direito a um subsídio de férias cujo montante compreende a retribuição base e as demais prestações retributivas que sejam contrapartida do modo específico da execução do trabalho, o qual deve ser pago até cinco dias antes do início das férias.⁹ A redução do período de férias para 20 dias úteis ou o aumento da duração das férias não implicam redução ou aumento correspondente na retribuição e no subsídio de férias.

¹Art. 211.º do Código do Trabalho.

²Art. 212.º do Código do Trabalho.

³Art. 214.º do Código do Trabalho.

⁴Art. 213.º e 215.º do Código do Trabalho.

⁵Arts. 217.º a 219.º, 222.º e 223.º do Código do Trabalho.

⁶Clausula 20.ª do CCT entre a ANF e o SNF.

⁷Cláusula 16.ª do CCT entre a ANF e o SNF.

⁸Art. 255.º do Código do Trabalho.

⁹Cláusula 16.ª do CCT entre a ANF e o SNF e cláusula 35.ª do CCT entre a ANF e o SINPROFARM.

Ressurgimento com nova imagem e mais espaço

EXPOFARMA

A Expofarma 2007, Feira Nacional da Farmácia, realiza-se de 8 a 10 de Novembro no pavilhão 2 da FIL, no Parque das Nações, em Lisboa. O certame, único no universo farmacêutico nacional, ressurgiu com novas soluções e oportunidades para os farmacêuticos e para todos os profissionais do sector da Saúde.

A entrar num novo ciclo de vida, após a compra da Expofarma pela ANF no início do ano, a Feira Nacional da Farmácia apresenta-se com um carácter inovador, com nova imagem e num novo espaço, na FIL, em dez mil metros quadrados organizados de modo a simplificar as visitas dos profissionais e a facilitar os contactos comerciais e os negócios.

Durante três dias, os seis mil profissionais esperados na Feira Nacional da Farmácia vão assistir a 32 conferências, com temas, oradores nacionais e internacionais e público dos vários ramos do sector farmacêutico. Do mesmo modo,

na zona de exposições, os visitantes poderão conhecer as mais recentes novidades em produtos e serviços para farmácia disponíveis no mercado nacional.

Empresas de referência no sector

Entre os expositores da Feira Nacional da Farmácia estão as empresas de referência nos sectores da Farmácia e da Saúde em Portugal (indústria farmacêutica, empresas de distribuição, de informática, comunicação, fornecedores e fabricantes de equipamentos e serviços, entre outras). A mostra contempla, igualmente, as melhores ofertas nas áreas da banca, seguros, automóvel e turismo, dirigidas às necessidades das farmácias e dos farmacêuticos.

A área de exposições da Feira Nacional da Farmácia divide-se em seis espaços diferenciados: o espaço BES; a área de conferência, com quatro salas, onde se

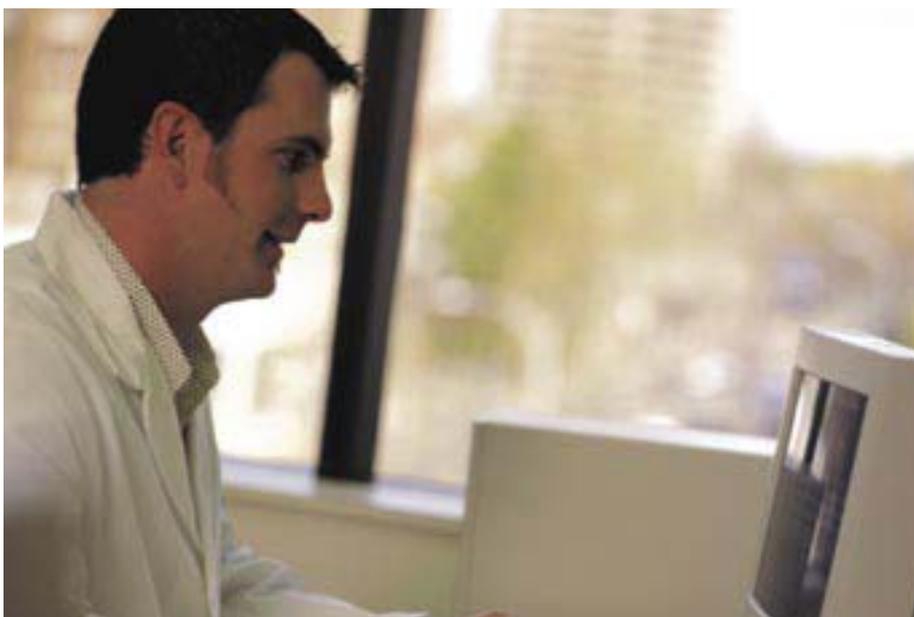
realizam 32 conferências; o pavilhão de expositores, para as empresas do sector; o *Pharma Lounge*, a área central, com mil metros quadrados, destinada às empresas de prestígio externas ao mercado farmacêutico; e um espaço infantil, com 80 metros quadrados. Em toda a área de exposição estão distribuídos seis *corners spots*, cada um com 24 metros quadrados.

A Feira das Farmácias

Incluído no programa da Feira Nacional da Farmácia realiza-se no dia 10 de Novembro uma Noite da Farmácia, com um jantar de encerramento seguido de um espectáculo. A Expofarma 2007, a Feira das Farmácias, realizar-se-á nos dias 8, 9 e 10 de Novembro no Pavilhão 2 da FIL, no Parque das Nações. Nos três dias da Expofarma2007 - a Feira das Farmácias - decorrem múltiplas actividades de interesse científico, de negócios, de lazer e de entretenimento. Os diversos patrocinadores terão espaços próprios para expor as melhores ofertas nas áreas da banca, seguros, automóvel e turismo.

Facturas electrónicas

Rogério M. Fernandes Ferreira *



1. A validade, a eficácia e o valor probatório dos documentos electrónicos, em geral, foi regulamentada pela primeira vez em Portugal no ano de 1999, através do Decreto-Lei n.º 290-D/99, de 2 de Agosto, diploma que veio posteriormente a ser alterado pelo Decreto-Lei n.º 62/2003, de 3 de Abril.

A recente publicação do Decreto-Lei n.º 196/2007, de 15 de Maio, que regulamenta as condições técnicas para emissão, conservação e arquivamento de facturas ou documentos equivalentes emitidos por via electrónica, justifica que nos dete-

nhamos um pouco sobre este tema, com bastante importância para as empresas e que tem suscitado algumas dúvidas.

2. No essencial, o regime jurídico dos documentos electrónicos encontra-se definido em função das modalidades pela qual se revela a respectiva autoria, isto é, a assinatura electrónica, a que correspondem diferentes graus de segurança e fiabilidade: a assinatura electrónica avançada, a assinatura digital e a assinatura electrónica qualificada

(certificada por entidade certificadora credenciada).

Resumidamente, podemos definir a assinatura electrónica avançada como uma sequência de dados agregada a um documento de mensagem electrónica que identifica de forma unívoca o titular como autor do documento e permita ao mesmo detectar toda e qualquer alteração superveniente ao conteúdo do mesmo.

Tal assinatura será digital quando baseada em sistema de chaves digitais - do autor e do destinatário - uti-

lizadas para encriptar o documento e será qualificada quando tais chaves sejam criadas por intermédio de entidades credenciadas para o efeito.

3. A cada uma das diferentes modalidades de assinatura electrónica correspondem determinados efeitos, no que concerne à validade e à força jurídica dos documentos electrónicos nos quais as mesmas sejam apostas. Assim, em regra, o documento electrónico ao qual não seja aposta assinatura electrónica qualificada certificada por entidade certificadora credenciada satisfaz o requisito legal da forma escrita, mas o respectivo valor probatório é livremente apreciado pelo juiz, nos termos gerais de direito.

Já o documento electrónico que contenha uma assinatura electrónica qualificada tem, em regra, o mesmo valor que um documento em papel que contenha uma assinatura manual, feita pelo punho do seu titular, com os efeitos em matéria de prova daí decorrentes.

4. No seguimento da criação do regime jurídico dos documentos electrónicos, o legislador aprovou dois outros diplomas - o Decreto-Lei n.º 375/99, de 18 de Setembro, e o Decreto-Regulamentar n.º 16/2000, de 2 de Outubro -, com vista a regulamentar, em especial, o regime legal das facturas electrónicas e a sua equiparação à factura emitida em suporte papel.

Tais diplomas viriam, no entanto, a ser revogados, pelo Decreto-Lei n.º

256/2003, de 21 de Outubro, o qual, transpondo para o ordenamento jurídico interno a então recente regulamentação comunitária sobre a matéria - constante da Directiva 2001/115/CE do Conselho, de 20 de Dezembro de 2001 -, veio a disciplinar, no Código do IVA, as regras aplicáveis, em sede deste imposto, à transmissão e à conservação de facturas e documentos equivalentes por meios electrónicos.

5. De acordo com o regime resultante deste último diploma, as facturas e os documentos equivalentes emitidos por via electrónica equivalem, para todos os efeitos legais, aos originais das facturas emitidas em suporte papel, conferindo aos respectivos destinatários, designadamente, o direito à dedução do imposto, desde que aceites pelo respectivo destinatário e esteja garantida a autenticidade da sua origem e a integridade do seu conteúdo.

Esta garantia resultará da circunstância de a factura ter sido emitida mediante assinatura electrónica avançada, nos termos acima já referidos, ou através de sistema informático de intercâmbio electrónico de dados (IDE), entre os computadores das partes, através de normas de conversão de dados convencionadas entre si.

6. Embora estivessem inicialmente sujeitas à obrigação de conservação em suporte de papel, pelo emitente e pelo destinatário, tal obrigação viria a ser

posteriormente eliminada, podendo as facturas electrónicas ser, actualmente, arquivadas em suporte electrónico, sem alterações, por ordem cronológica de emissão e recepção, desde que se encontre assegurado o acesso, sem restrições, por parte da Administração tributária e assegurada a integridade da origem e do seu conteúdo, durante o prazo estipulado na lei.

Os registos assim arquivados deverão ser mantidos por um prazo de dez anos.

7. São já vários os operadores, actualmente, no mercado, que vêm disponibilizando soluções de processamento e arquivamento de facturação electrónica, encontrando-se inclusivamente em curso um projecto de adopção generalizada da adopção da factura electrónica na Administração Pública, onde, certamente, esta decisão terá elevadíssimo impacto em matéria de redução de custos administrativos.

Mas para além do apelativo factor de redução de custos - e que, em determinado tipo de empresas, como por exemplo as da área de telecomunicações, pode conduzir a poupanças significativas -, a adopção da factura electrónica é uma decisão com impactos positivos noutros domínios, por via da aceleração de processos administrativos ou da redução da burocracia, ou ainda da protecção do meio ambiente, atenta a redução concomitante do consumo de papel, e do estímulo à criação de emprego de base tecnológica.



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

A Farmácia e os Talentos (M) Como manter os melhores

Jaime Ferreira da Silva *

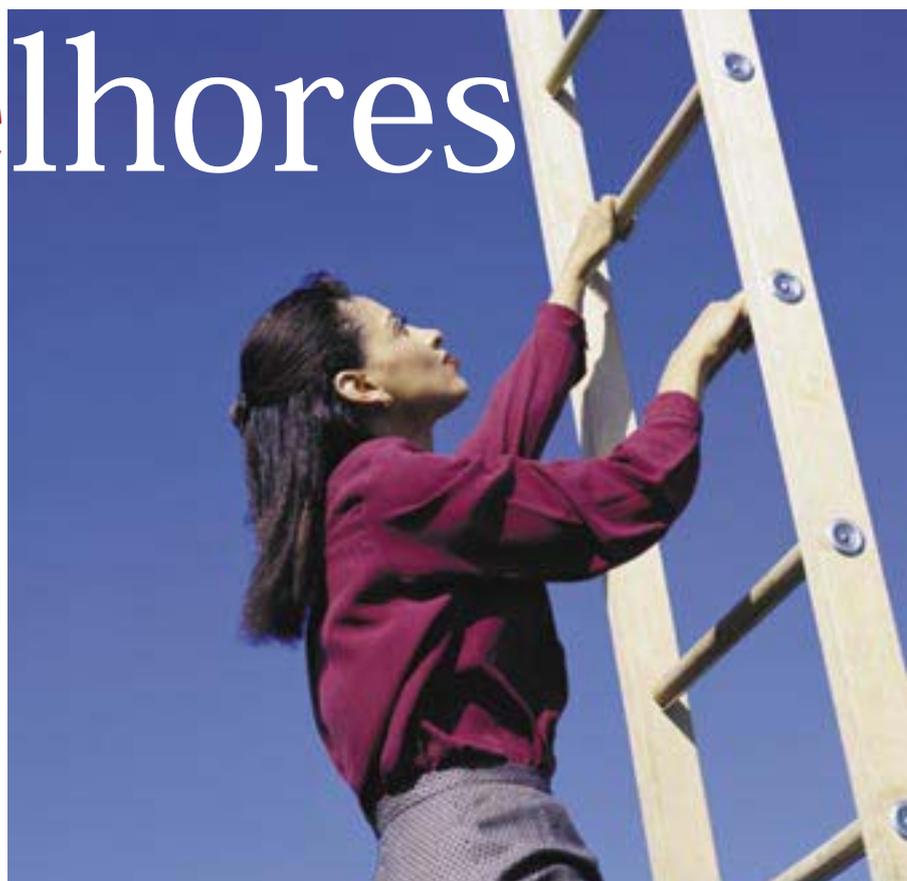
“Os talentos sobem e descem nos elevadores todos os dias e podem ir-se embora num piscar de olhos. Tudo o que compramos realmente é apenas equipamentos e mobiliário”.

Atribui-se a Jack Welsh, antigo CEO da General Electric, a autoria desta afirmação que cremos traduzir uma das preocupações actuais de todas as chefias e dirigentes, a da fixação das pessoas (e respectivos talentos) nas equipas que lideram.

Duzentos e cinquenta anos após o início da Revolução Industrial, que mudou para sempre a face das relações (e forças) de trabalho, o capital humano passou de recurso abundan-

te e indiferenciado¹ a activo escasso e volátil. A sua preparação para a laboração plena² exige, no mínimo, mais de uma década de investimento, e a sua empregabilidade sustentável o resto do tempo de vida útil profissional.

Este movimento de impacto transversal nas economias chegou à Farmácia Comunitária, quase sem se anunciar, transformando indelevelmente, em cerca de duas décadas apenas, o panorama das relações de



¹ Nos primórdios, a mão-de-obra das fábricas era constituída por multidões de camponeses indiferenciados que procuravam nas indústrias nascentes, uma melhoria das suas condições de vida, submetendo-se a cargas diárias de trabalho superiores a 12 horas, com poucos direitos e regalias. Os que não aguentassem essas condições, eram facilmente substituídos, dada a abundância da oferta.

² A formação académica de base e técnico-profissional de acesso à generalidade das profissões é, no mínimo de 12 anos.

trabalho no sector. No modelo tradicional da Farmácia cabia ao proprietário a escolha (quase sempre unilateral) dos seus colaboradores que, em regra, iniciavam a profissão ainda adolescentes, mal saídos de uma escolaridade incipiente. Nesses tempos, acreditava-se nas virtudes do “saber-de-experiência-feito”, sem base teórica e conceptual de relevo, permanentemente apoiado na “mão invisível” do Director Técnico que, diligentemente, fiscalizava e corrigia as acções dos seus pupilos-empregados. Eram tempos em que as relações de trabalho, na Farmácia, assumiam um figurino próximo do do mestre-discípulo dos tempos medievais. Simbolicamente, o processo de informatização das farmácias, iniciado há pouco mais de duas décadas, despoletou a modernização do sector, gerando uma dinâmica de renovação do status quo que se foi articulando (e reagindo) com todas as transformações sociais e políticas entretanto

ocorridas. Neste contexto, os recursos humanos serão, porventura, a dimensão que maiores interrogações (e desafios) tem gerado ao longo do tempo, por via das menores certezas quanto à eficácia das soluções preconizadas. A haver uma explicação para tal facto, ela radicar-se-á, provavelmente, na imprevisibilidade humana, enriquecida pelas idiosincrasias de cada um de nós!

A Farmácia do séc. XXI em que os Farmacêuticos são, sem sombra de dúvida, a força de trabalho dominante e o principal factor de diferenciação³ face a uma concorrência acirrada, conhece (novas) exigências que não são compatíveis com os pressupostos de antigamente, oriundos de uma época mais tranquila e previsível.

Vivemos na actualidade, tempos de pleno emprego farmacêutico agravado pela escassez (e declínio?) de outras profissões⁴ e pela emergência de novas⁵ que, apesar de não possuírem ainda suficiente massa crítica,

fazem já adivinhar que esta dinâmica de mudança e renovação estará para durar!

Neste enquadramento, os colaboradores de Farmácia vêem acrescido o seu poder negocial e, os proprietários que disso não se aperceberem, arriscam-se a comprometer a sustentabilidade (e viabilidade?) das suas actividades empresariais.

É que, na actualidade, a mão-de-obra farmacêutica também escolhe os seus potenciais empregadores, depois de recolher referências a seu respeito. Não só o faz de forma cada vez mais consistente como partilha essas informações com as suas redes de contacto, tudo à distância e conforto de um simples clic. Dizer que os recursos humanos são o principal activo das farmácias não é mais um lugar-comum, é um pressuposto estratégico para o sucesso! E as Farmácias que não cuidarem do seu *farma-appeal*⁶ conhecerão dificuldades crescentes nessa matéria!



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

³ Pelo valor do seu capital conhecimento.

⁴ como p.e., a dos Ajudantes Técnicos.

⁵ p.e., técnicos de dermocosmética, nutricionistas.

⁶ Capacidade de atrair e contratar, motivar, envolver, desenvolver e reter os colaboradores capazes de acrescentar valor à actividade, consolidando a marca de cada Farmácia.

Na Farmácia do séc. XXI, a temática dos recursos humanos deverá ser um dos principais domínios de investimento dos seus proprietários. Tal como na actividade de jardinagem que exige um labor intensivo e permanente, a gestão de pessoas deverá ser também uma atribuição ininterrupta, não devendo confinar-se aos momentos simbólicos “óbvios” como o fecho do ano e definição dos aumentos salariais, ou a selecção e admissão de um novo elemento.

Acredito que gerir pessoas é uma das atribuições mais complexas de qualquer chefia e, nesse particular, a melhor forma de o fazermos, será a de simplificar esse processo, recorrendo a princípios de acção testados, que limitem os erros mais evidentes sem no entanto, garantirem soluções universais em virtude da imprevisibilidade do seu objecto - a natureza humana e as circunstâncias em que se manifesta.

Ao longo deste ciclo de artigos, que agora se encerra, procurámos res-

ponder às cinco questões-chave que enformam toda a gestão de recursos humanos, a saber:

- Como construir uma equipa eficaz?
- Como desenvolver o seu potencial?
- Como motivar o seu envolvimento com a missão da Farmácia?
- Como medir o seu desempenho?
- Como manter os melhores?

Esta última questão, verdadeiro corolário de todo o processo de GRH⁷, será porventura a de resposta menos tangível e, simultaneamente, a que maior importância assume em todos as actividades económicas.

No caso particular da Farmácia Comunitária, adquire um peso incremental uma vez que o sucesso da actividade radicar-se-á, cada vez mais, numa “química harmoniosa” da equipa com os seus utentes, conducente à crescente fidelização destes e, por conseguinte, a um crescimento progressivo e sustentável com a comunidade em sentido lato.

Ora isso só poderá ser feito median-

te uma liderança esclarecida de cada proprietário, alicerçada na qualidade técnico-profissional e humana da respectiva equipa e na sua capacidade de expressão desses talentos junto dos utentes.

A saúde é, por definição, uma questão íntima e as pessoas não gostam de a partilhar com estranhos “sem rosto”; logo, o sucesso da Farmácia assentará, forçosamente, em equipas com um quantum de estabilidade que assegure, aos olhos dos utentes, as condições necessárias e suficientes para que essa partilha possa ser feita ao balcão da Farmácia.

Como manter os melhores?

Sem cairmos na tentativa falaciosa da “receita”, apresentamos em seguida alguns pressupostos e princípios de acção que temos verificado contribuir para a retenção positiva dos colaboradores:

⁷ GRH – Gestão de recursos humanos.

⁸ A= desempenho e potencial de desenvolvimento acima da média, essencial para a actividade e a estratégia da Farmácia; B= desempenho e potencial de desenvolvimento dentro da média; importante para a actividade e estratégia da Farmácia; C= desempenho e potencial de desenvolvimento abaixo da média, entrave na actividade e estratégia da Farmácia.

A sensação de tédio instala-se quando se sente o “perfume” do marasmo e da estagnação, quando nada de novo se pressente. O tédio profissional despoleta frequentemente, comportamentos de procura de emprego alternativo.

Pressuposto 1: Baseado num sistema de avaliação de desempenho objectivo e rigoroso, categorize os seus colaboradores em A, B e C, consoante o respectivo perfil⁸.

Princípio de Acção 1: Delineie uma estratégia e um prazo realista de conversão dos C's em B's. Enquanto que os A's e os B's são pilares essenciais do sucesso da empresa, os C's são um lastro cada vez mais difícil de gerir, uma vez que criam entropia em qualquer equipa. Não se esqueça que um C na sua Farmácia pode ser um B (ou até um A) numa outra! Se verificar uma não-compatibilidade incontornável com um colaborador, será preferível que o deixe seguir caminho. Há sempre alternativas para aqueles que não conseguem adaptar-se aos nossos propósitos!

Pressuposto 2: Na actualidade, a generalidade dos colaboradores vai ter vários empregos ao longo da sua carreira. Uma investigação recente feita na Europa Comunitária ressaltou que, até aos 30 anos, as pessoas estão, em

média, cerca de dois anos em cada emprego. A partir dos 30-35 anos, começam a valorizar outras facetas dos empregos, nomeadamente as da estabilidade e da permanência.

Princípio de Acção 2: Invista na sua equipa em função das características (e nível etário) de cada colaborador, definindo objectivos de curto/médio-prazo que tenham em linha de conta estas tendências psicossociológicas. Mantenha um clima de abertura com os colaboradores de forma a que não haja temas tabu, nomeadamente o da adequação das suas expectativas com as deles.

Pressuposto 3: As pessoas confundem frequentemente tédio com rotina. As rotinas são um requisito da qualidade (e da excelência) quando são compostas por comportamentos de trabalho testados e validados ao longo do tempo, permitindo maximizar a eficiência e a eficácia das intervenções envolvidas; nesse sentido, são um factor crítico para o sucesso.

A sensação de tédio instala-se quan-

do se sente o “perfume” do marasmo e da estagnação, quando nada de novo se pressente. O tédio profissional despoleta frequentemente comportamentos de procura de emprego alternativo.

Princípio de Acção 3: Mantenha uma postura vigilante sobre o que são (boas) rotinas na sua Farmácia e tédio. Exalte as virtudes das primeiras e elimine as segundas. Não se esqueça de fazer alguma pedagogia junto dos colaboradores pois poderão confundir tédio com o que é afinal, rotina essencial ao bom funcionamento da actividade.

Pressuposto 4: Numa economia global alimentada periodicamente pelo “perfume da novidade”, a generalidade das pessoas motiva-se profissionalmente com essa expectativa.

Princípio de acção 4: Inclua essa evidência na sua estratégia para cada ano vindouro, procurando encontrar pontes entre a sua visão nessa matéria e o potencial desejo de novidade(s) dos seus colaboradores. Comunique atem-

Promova propostas de melhoria e inovação e premeie as ideias sugeridas que forem implantadas.

padamente esses novos desígnios de forma a que, quando a sua equipa estiver a festejar o 31 de Dezembro, não pense com enfado que, no dia seguinte, será “mais do mesmo”. Use o Plano de Desenvolvimento Pessoal dos seus colaboradores como um instrumento operacional para trazer novidade às suas carreiras na sua Farmácia.

Pressuposto 5: As pessoas criam vínculos aos empregos e às pessoas com quem trabalham. Esse vínculo tenderá a fortalecer-se na medida em que a empresa e o negócio forem sentidos como propriedade de todos.

Princípio de Acção 5: Use e abuse do “nós” quando se referir à sua Farmácia. Crie espaço para que as pessoas assumam com maior autonomia, projectos, áreas de responsabilidade no seio da Farmácia.

Esse sentido de posse fomentará laços afectivos que pesarão positivamente na hora de ponderar uma outra proposta profissional. Promova propostas de melhoria e inovação

e premeie as ideias sugeridas que forem implantadas. Assuma-se mais como “chefe de orquestra” do que como “patrão”.

Pressuposto 6: “Conhece-te a ti mesmo, à tua equipa e à tua concorrência em geral, sem esquecer a vertente política nacional e internacional do sector, e terás poucas surpresas e muitas oportunidades de que beneficiarás”, poderá ser um aforismo de inspiração platónica para os proprietários que pretendam manter viva uma visão e uma estratégia actantes para as suas Farmácias, salvaguardando, o mais possível, a manutenção dos talentos mais valiosos.

Princípio de Acção 6: Trabalhe para posicionar a sua Farmácia entre o terceiro e o quarto quartil da curva normal dos desempenhos de forma que possa praticar uma política retributiva concorrencialmente sustentável. Implemente uma política de retribuição variável ancorada nos resultados globais da Farmácia e consonante

com o contributo relativo de cada colaborador⁹. Seja criativo nos incentivos, não os confinando apenas aos financeiros; use o *empowerment*¹⁰ selectivo como forma de distinguir e valorizar os colaboradores que fazem a diferença, reforçando o seu vínculo com a Farmácia. Se não quiser de todo, perder um colaborador, considere a possibilidade de lhe propor sociedade.

Termino por hoje afirmando que na actualidade não são as empresas grandes que comem as pequenas; são as mais ágeis (de qualquer tamanho) que quebram as pernas das mais lentas (de qualquer tamanho), aqui e em qualquer parte do mundo... até em Wall Street, praça financeira mundial de cujo jornal retirei esta frase inspiradora.

E as empresas, sem as pessoas que fazem realmente a diferença, não são mais do que meros depósitos sem alma, de equipamentos e mobiliário!

⁹ Mediante os resultados do sistema de avaliação de desempenho.

¹⁰ Delegação de poder nos colaboradores mais talentosos.

ficheiro mestre

Alteração à Denominação

Farmácia de Loureiro

Rua do Barão, 1567
3720 - 069 LOUREIRO
Dra. Maria Teresa Guedes Barbosa
Santos Reis

Farmácia Cabanelas

Lugar de Eiró
4630 - 671 SOALHÃES
Dra. Daniela Maria Ramos Cabanelas

Alteração à Propriedade

Farmácia Moderna

Rua Professor Mourato da Trindade, 13
6050 - 510 TOLOSA
Dra. Ana Teresa Miguel Margarido
Duarte Simões
Ana Simões, Sociedade Unipessoal Lda.

Farmácia Silvares

Avenida do Brasil
6230 - 633 SILVARES FND
Dra. Teresa Paula Carvalhinho
Cardoso Quelhas
Teresa Quelhas, Farmácia Silvares,
Unipessoal Lda.

Farmácia Barreto do Carmo

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

Farmácia Sanil

Rua de Camões, 525
4000 - 147 PORTO
Dr. Rui Filipe Costa Ferreira
Rui Ferreira, Sociedade
Farmacêutica, Unipessoal Lda.

Farmácia Bom Despacho

Rua Padre António, 39
4470 - 000 MAIA
Dra. Maria Teresa Henriques
Maria Teresa Moreira dos Santos
Henriques, Unipessoal, Lda.

Farmácia Alameda

Alameda das Linhas de Torres, 201-B
1750 - 143 LISBOA
Dra. Maria Vitória Santos G. S. B.
Marabuto
Farmácia Alameda - Unipessoal Lda.

Farmácia Barreiros Faria

Rua Sol Nascente, 13
2660 - 349 SANTO ANTÓNIO
DOS CAVALEIROS
Dra. Maria Emília das Dores B. Faria
Farmácia Barreiros Faria,
Unipessoal, Lda

Farmácia Faria

Av. Luis de Camões - Cidade Nova, 5-D
2660 - 294 SANTO ANTÓNIO
DOS CAVALEIROS
Dr. Armando Faria
Farmácia Faria, Unipessoal, Lda

Farmácia do Guizo

Urbanização do Moinho do Guizo,
LTALJ3-4
2650 - 177 AMADORA
Dra. Maria Anália Lopes Saraiva
de Oliveira
Farmácia do Guizo, Unipessoal Lda.

Farmácia Guilhufe

Edifício Guilhufe, Fracção A e B, R/C
4560 - 144 GUILHUFE
Dra. Rosa Cristina Martins Nogueira
da Fonseca
Dra. Rosa Cristina Fonseca
Unipessoal, Lda.

Farmácia Nelsina

Praça da República, 3-5
4900 - 524 VIANA DO CASTELO
Dra. Maria Manuel de Pina Sousa Vaz
Cassina Santos & Filha Lda.

Alteração ao Pacto Social

Farmácia Pais Moreira

Rua Principal, 693
4525 - 189 CANEDO VFR
Dr. António Fernando Martins Violas
Maria de Fátima da Silva Pinheiro,
Sociedade Unipessoal, Lda

Alteração de Direcção Técnica

Farmácia da Misericórdia

Largo João de Almeida, 3
6300 - 695 GUARDA
Dra. Cristina Maria Barbosa
dos Santos Carvalho
Santa Casa da Misericórdia

Farmácia Saúde

Rua Hintze Ribeiro, 316
Leça da Palmeira
4450 - 690 MATOSINHOS
Dra. Maria Rita de Azevedo
Meneses de Araújo Monteiro
Nova Farmácia Saúde Leça
da Palmeira Lda.

Passagem a Herdeiros

Farmácia Nunes de Sá

Rua João Paulo II
4800 - 098 GUIMARÃES
Dra. Maria Madalena J. Nunes
de Sá Martins
José António Fernandes
Martins - Herdeiros

Transferência de Local

Farmácia Teixeira

Estrada Nacional 11, 1-B
2835 - 172 BAIXA DA BANHEIRA
Dra. Maria Manuela O. A.
C. G. Teixeira
Abreu Teixeira Lda.

Farmácia Dois Portos

Avenida 25 de Abril, 63
2565 - 206 DOIS PORTOS
Dra. Marília João Casaleiro Botelho
Marília Botelho Sociedade
Unipessoal Lda.

Saúde Portugal Expo & Conferências promove a saúde dos portugueses

A Saúde Portugal Expo & Conferências 2007 vai reunir em Lisboa, de 20 a 23 de Setembro, mais de cem instituições e empresas públicas e privadas do sector da saúde e acolher cerca de 50 mil visitantes, entre público em geral e profissionais de saúde. Os objectivos são promover a saúde dos portugueses, prevenir a doença, contribuir para colocar o cidadão no centro do sistema de saúde e obter ganhos de saúde.

Sob o Comissariado da dra. Maria de Belém Roseira, a Saúde Portugal Expo & Conferências 2007, organizada pelo Jornal do Centro de Saúde, com o patrocínio institucional do Alto Comissariado da Saúde, integra 30 workshops sobre promoção da saúde e prevenção da doença dirigidos a jovens, adultos e seniores o Fórum Nacional das Associações

de Doentes a conferência internacional sobre “ A Saúde na União Europeia” – dirigida a gestores e profissionais da saúde – promovida pela Associação dos Administradores Hospitalares, com Willy Heushen, secretário-geral da European Association of Hospital Managers como orador principal, e três salões em que participam sociedades médicas, laboratórios farmacêuticos, associações de doentes, prestadores de serviços - centros de saúde, USF, clínicas, hospitais – e empresas de avançada tecnologia para o sector.

A Plataforma Saúde em Diálogo estará presente neste evento quer na área de exposições que através da participação no Painel debate sobre “As associações de Doentes, a Indústria, a Distribuição e as Instituições do Medicamento”.

Fernand Sauer recebe o Primeiro Prémio de Mérito do PGEU

Fernand Sauer recebeu o Prémio PGEU na reunião anual da Grupo Farmacêutico da União Europeia em Viena. O PGEU, representante da comunidade farmacêutica europeia, organizou na sua reunião anual a primeira entrega do Prémio de Mérito do PGEU, distinguindo desta forma o percurso Sauer. O Prémio pretende reconhecer os profissionais europeus mais activos nos domínios da política de Saúde na Europa, que tenham contribuído de forma relevante para a melhoria da imagem da profissão farmacêutica, a principal missão do Grupo.

O primeiro premiado do PGEU, Fernand Sauer, liderou o grupo farmacêutico na Comissão Europeia de 1986 a 1994. Entre 1994 e 2000 assumiu a presidência da EMEA, a primeira agência europeia de avaliação dos medicamentos. Mais tarde, Sauer encabeçou a Direcção de Saúde Pública da DG SANCO. A presidência do PGEU reconheceu em Fernand Sauer a capacidade de envolvimento da sociedade civil na definição das políticas de saúde, sustentando



assim o debate europeu mais abrangente em questões de saúde, dando voz aos que, a longo prazo, vêm na saúde um aspecto crucial, como é o caso dos idosos.

Fernand Sauer foi reconhecido pelo PGEU tanto pelo seu trabalho na Comissão Europeia e na EMEA como também pelo seu enorme contributo para uma melhor e mais sustentada política de saúde pública através da criação do Fórum Europeu de Política de Saúde.

Genéricos representam 18 por cento do mercado

O Simpósio “Medicamentos Genéricos em Portugal e na Europa” centrou-se na qualidade como princípio e apresentou dados positivos relativamente ao mercado de genéricos em Portugal.

Os genéricos atingiram em Maio, pela primeira vez, uma quota de 18 por cento do mercado de medicamentos em Portugal, representando um aumento de 23,3 por cento relativamente a Janeiro.

As previsões indicam que no final de 2008 os genéricos ocuparão 20 por cento do mercado de medicamentos. Até Maio de 2006, os genéricos renderam 195 milhões de euros, valor que subiu para 240,46 milhões em Maio deste ano.

Concorre para o bom nível das previsões o facto de haver já pelo menos uma dezena de substâncias genéricas que representam mais de 60 por cento das vendas do sector.

O crescimento do mercado dos genéricos tem sido gradual desde 2000, ano que marcou a adopção de uma série de



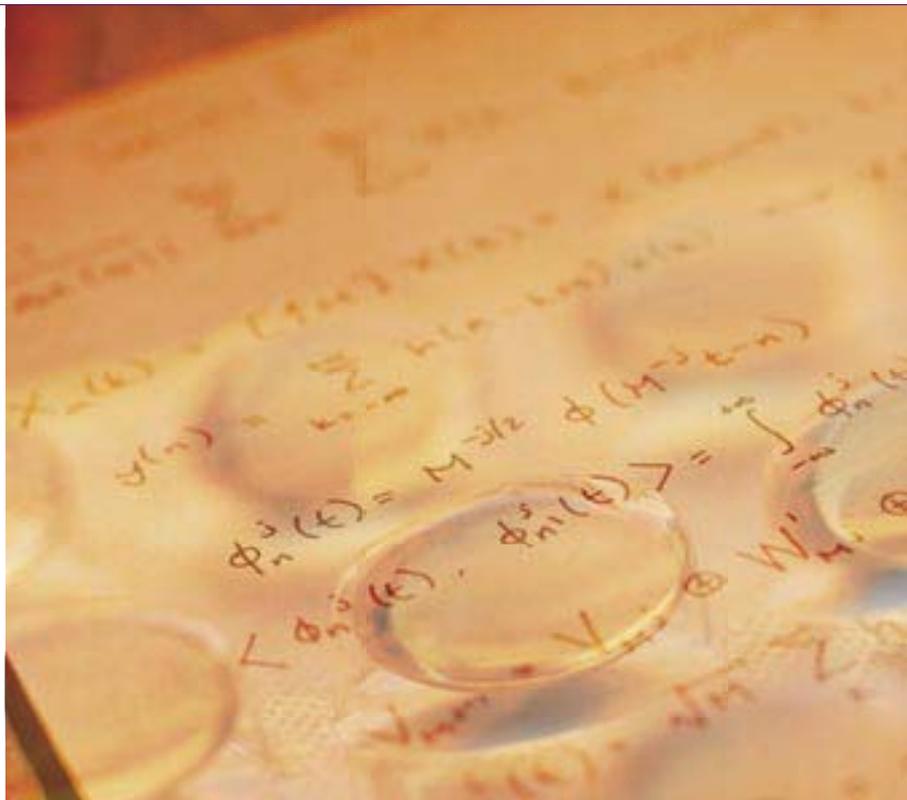
medidas relacionadas com o sector, salientou Vasco Maria, presidente do Infarmed. Francisco Ventura Ramos, secretário de Estado da Saúde, sublinhou, na abertura do Simpósio, que a adopção das referidas medidas tem congregado os profissionais de saúde, a comunidade e a indústria farmacêutica de uma maneira geral, com o apoio do governo, envolvendo a promoção da consolidação da actividade.

Os dados referentes aos genéricos foram tornados públicos em 21 de Junho, por ocasião do lançamento de uma campanha promocional, a nível europeu, dedicada ao assunto. Liderada em Portugal pela Infarmed, a campanha de promoção recebeu entre nós o título de “Pode Confiar”. Foi dirigida ao público em geral e utilizou os mais diversos meios de comunicação.

Farmácia Saúde é líder nacional no segmento Saúde

A revista “Farmácia Saúde” obteve, no trimestre Abril – Junho deste ano, uma audiência de 3,4 pontos, o que contribuiu para reforçar a sua liderança no segmento Saúde e Educação, chegando a mais de 282 mil leitores com idades acima dos 15 anos. Os dados do Bareme Imprensa da Marktest, agora divulgados, apontam para o melhor resultado de sempre alcançado por uma revista do género. A “Farmácia Saúde” registou uma subida de audiências de nove décimas em relação ao trimestre anterior (Janeiro - Março).





Conferência Pharmaceutical Pricing & Reimbursement Information

Decorreu em Viena, em 29 de Junho, a conferência de 2007 do projecto PPRI – Pharmaceutical Pricing & Reimbursement Information.

Trata-se de uma iniciativa ao nível europeu, cujos principais objectivos são os de desenvolver uma rede ao nível das autoridades regulamentares e de outras instituições relacionadas, de forma a melhorar a qualidade da informação e o conhecimento sobre os sistemas relacionados com a política do medicamento em geral, e em particular com as políticas relacionadas com preços e comparticipações.

Através do estabelecimento desta rede de informação pretendeu-se avaliar o seu grau de necessidade pela Comissão Europeia e pelas auto-

ridades dos Estados-Membros, e recolher de forma sistematizada informação descritiva dos sistemas de preços e comparticipação em cada um dos Estados (agora 27), possibilitando o desenvolvimento de indicadores que permitam uma análise comparativa entre os diferentes países e sistemas.

O projecto teve início em 2005, foi inicialmente promovido pelas autoridades austríacas e conta com o apoio institucional de outros parceiros como a Comissão Europeia e a OMS.

A reunião deste ano contou com a participação do Secretário de Estado da Saúde da Alemanha, enquanto representante da Presidência da UE; do Ministro da Saúde da Áustria; representantes de instituições como a

Comissão Europeia, a OMS, o Banco Mundial e a OCDE, e ainda de representantes dos diferentes Estados-Membros, quer a nível das autoridades governamentais, quer a nível de instituições privadas.

Portugal esteve representado pelo Vice-Presidente do INFARMED, Prof. Hélder Mota Filipe, e por representantes da ANF e da APOGEN.

No decorrer da reunião foram apresentados diferentes estudos sobre sistemas de preços e comparticipações em diferentes países da Europa. No decorrer do painel de discussão final, intitulado “Estratégias Europeias para Garantir a Acessibilidade”, fez-se eco das preocupações das diferentes instituições relativamente a este aspecto,



o qual está directamente relacionado com questões como o preço e a comparticipação, mas que extravasa, de forma absoluta, este âmbito, dado que, de uma forma geral, toca em temas como a segurança, doenças raras, informação aos doentes e literacia em saúde, uso de novas tecnologias, partilha de risco e recompensa pela inovação.

Na perspectiva mais global da acessibilidade, foi referido pelo representante do governo alemão que, de uma forma geral, todos os Estados-Membros estão disponíveis para financiar os medicamentos inovadores, em favor dos doentes.

Contudo, é necessário garantir que tais inovações são acessíveis e tal acessibilidade signifique também, e necessariamente, uma acessibilidade do ponto de vista económico.

É portanto de esperar que, ao nível europeu, venham a ser desenvolvidas outras iniciativas, visando a procura de soluções cada vez mais globais no que respeita à acessibilidade aos medicamentos inovadores e, segundo algumas opiniões, tal passe também pela definição de um quadro transparente de condições relativas a preço e comparticipação na Europa.

DECO revela aumento do preço dos MNSRM

Desde 2005, ano em que deixou de haver preço fixo para os MNSRM (medicamentos não sujeitos a receita médica, que os preços destes medicamentos subiram 3,5 por cento, avança um estudo da revista *Teste Saúde*, editada pela DECO.

A conclusão da subida de preços vem confirmar a posição da ANF, que sempre afirmou que o fim do preço fixo dos medicamentos levaria ao aumento dos preços e iria gerar desi-

gualdades regionais no acesso.

A DECO estudou os preços das 20 marcas mais vendidas de MNSRM em 97 farmácias e 110 lojas, revelando que metade dos medicamentos são agora mais caros do que há dois anos, com aumentos que atingem os 43 por cento.

O estudo revela no entanto a preferência pelas farmácias por parte de 95 por cento dos consumidores de MNSRM. O “prestígio que gozam jun-

to dos consumidores” vem justificar a preferência ainda porque, “em certas regiões não é possível comprar medicamentos noutra local”, já que “a maioria das ‘não farmácias’ autorizadas a vender MNSRM está em zonas urbanas.”

No que respeita à concorrência (ou falta dela), o estudo refere-se à liderança de 3 cadeias nas vendas de MNSRM, situação que põe em causa “os poucos benefícios da liberalização.”

reuniões e simpósios

Internacionais

DATA	EVENTO
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 Website: www.expopharm.de
31 de Agosto a 6 de Setembro de 2007 Beijing - China	67th 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

Nacionais

DATA	EVENTO
10 e 11 de Outubro de 2007 Lisboa	Seminário – “Novo Estatuto do Medicamento” Para mais informações: IFE- Rua Basílio Teles, 35-1º Dto – 1070-020 Lisboa Telef: (+351) 21 00 33 800 Fax: (+351) 21 00 33 888 E-mail: inscricoes@ife.pt Website: www.ife.pt
8 a 10 de Novembro de 2007 Lisboa	ExpoFarma – Feira Nacional da Farmácia Para mais informações: ASSISTÊNCIA COMERCIAL, Joana Messias Telefone (351) 21 924 78 30/1, Telefax (351) 21 924 78 39, Telemóvel (351) 91 444 78 00 E-mail: geral@expofarma.pt
18 a 21 de Novembro de 2007 Lisboa	Xlth ISPCAN European Regional Conference on Child Abuse and Neglect Para mais informações: Conference Secretariat 245 W. Roosevelt Rd, Building 6, Suite 39, West Chicago, IL 60185 USA Tel: 1.630.876.6913, Fax: 1.630.876.6917 Email: euroconf2007@ispcan.org Website: www.ispcan.org/euroconf2007
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/

Para o último trimestre do ano, a Escola de Pós Graduação em Saúde e Gestão, tem disponíveis mais cursos de formação contínua, dos quais destaca:

Farmacêuticos	
Doença de Alzheimer e outras Demências	Vila Real – 27 de Setembro
Vacinas em Pediatria	Castelo Branco – 10 de Outubro
Depressão	Coimbra – 12 de Outubro
Constipação e Gripe	Viseu – 19 de Setembro Coimbra – 9 de Outubro
Cessação Tabágica	Coimbra – 8 de Outubro
Perturbações do Comportamento Alimentar	Santarém – 9 de Outubro
Factores de Risco Cardiovasculares – Prevenção Primária	Lisboa – 3 de Outubro
Acidente Vascular Cerebral	Lisboa – 8 de Outubro Funchal – 19 de Outubro
Implicações Práticas do Novo Quadro Regulamentar dos Medicamentos Manipulados	Lisboa – 11 e 12 de Outubro
Domine a Internet e o Correio Electrónico (Outlook)	Lisboa - 26 e 27 de Setembro
O Plano de Marketing para a Farmácia	Funchal – 8, 9 e 11 de Outubro
Ajudantes	
Sistema Imunitário	Porto – 21 e 22 de Setembro
Alterações Metabólicas	Porto – 12 e 13 de Outubro
Medicamentos e Métodos Anticoncepcionais	Funchal – 1 de Outubro
Compreender os Antibióticos	Lisboa – 2 de Outubro



**ESCOLA DE
PÓS-GRADUAÇÃO
EM SAÚDE E GESTÃO**

Rua Marechal Saldanha, 1 - 1249-069 Lisboa

Telf: 21 340 06 00 (geral)

Telf: 21 340 06 45/610/756/712

Fax: 21 340 07 59

E-mail: escola@anf.pt

À bastonária ouvimos estas palavras

Começo por citar um texto da escritora Inês Pedrosa, autora de uma obra sobre as mulheres do século XX:

“Ainda estamos a sentir o impacto de uma mudança profunda que abriu às mulheres o mundo do trabalho e do poder, aos homens o mundo dos afectos, e a ambos a nova aventura da intimidade.”

Tomada de posse - Ordem dos Farmacêuticos, 13 de Julho 2007

A principal diferença é o facto de ser mulher e a primeira a ser eleita bastonária.

Respondendo à pergunta da Revista Farmácia Distribuição de Julho de 2007

Mas no fundo, serei a mulher farmacêutica – e com muito orgulho em o ser – que representará os 80% de profissionais de sexo feminino e os 20% de profissionais do sexo masculino.

Respondendo à pergunta da Revista Farmácia Distribuição de Julho de 2007

A bastonária de todas as farmacêuticas e farmacêuticos portugueses!

Tomada de posse – Ordem dos Farmacêuticos, 13 de Julho de 2007



ABRAM ALAS...

A VOZ DO HOMEM NÃO É FEIA...

ASSOCIAÇÃO PARA A DEFESA DO HOMEM FARMACÊUTICO

AGORA É QUE SE PERCEBE PORQUE
INICIATIVA
RENOVAÇÃO
ENERGIA
NOTABILIDADE E
EFICÁCIA
SÃO FEMININAS

ILUSTRAÇÃO: EDUARDO PERESTRELO
BALÕES E MONTAGEM: CARLOS CRÉSPPO



A confiança nas farmácias

A política de liberalização agressiva do sector de farmácias, iniciada em 2005, foi anunciada pelo Governo ao País como um desígnio justificado pelo interesse dos doentes e da população em geral que, pensavam os autores dessa política e os seus apoiantes, a receberiam entusiasticamente como um grande benefício.

Sucederam-se, desde então, as medidas contra o sector, a primeira das quais foi a autorização da venda de medicamentos não sujeitos a receita médica fora das farmácias, acompanhada de um fortíssimo apoio político à promoção dos novos locais junto da opinião pública.

Com tão grande apoio político e

mediático tudo se conjugava aparentemente para o êxito dessa liberalização.

Tanto mais que, paralelamente, se anunciava a destruição da organização associativa das farmácias, adoptando-se medidas legislativas que visavam exclusivamente esse objectivo.

Os mentores dessa política esqueceram, porém, um aspecto essencial: a confiança da população nas farmácias portuguesas.

Uma confiança assente no conhecimento profundo que têm do serviço por elas prestado. Um serviço de elevada qualidade, disponível e solidário com os doentes, que criou uma relação de grande proximidade entre a farmácia e os cidadãos, difícil de destruir.

Apesar das medidas liberalizadoras, é nas farmácias que os portugueses continuam a confiar para adquirem medicamentos, bem como na prestação dos cuidados farmacêuticos.

Devemos manter e reforçar esta relação de confiança.

As farmácias têm todas as condições para prosseguir este objectivo.

Os portugueses já perceberam que a venda de medicamentos fora das farmácias teve como consequência a subida dos preços e uma menor qualidade do serviço prestado nos novos locais.

Os portugueses, por outro lado, vêm na farmácia um aliado e um amigo dos seus problemas de saúde.

A liberalização não lhes diz nada e nunca a reclamaram.

A confiança da população nas farmácias é um motivo de orgulho do sector e um factor de confiança no futuro.

A política associativa deverá ter como vector fundamental a melhoria contínua da qualidade técnica do serviço prestado pelas farmácias, para que elas continuem a ser credoras da sólida confiança que a população nelas deposita.

João Cordeiro

D'AVEIA

*No equilíbrio da natureza,
a saúde da sua pele.*



aveia coloidal

farinha integral de arroz

amido de milho

Dermoteca Produtos químicos e dermatológicos S.A.

Rua Castilho, nº 59, 1.º Esq. 1250-068 Lisboa
Tel: 21 380 41 80 www.dermoteca.com



FARMÁCIA SÃO JOÃO

(São João do Estoril)

Um Projecto Global Consiste

Projecto de Arquitectura, Obra, Mobiliário, Equipamentos e Merchandising.