

Farmácia Portuguesa

BIMESTRAL • N° 171 • SETEMBRO/ OUTUBRO '07

Com a ajuda da farmácia
**Controlar a diabetes
está na sua mão**

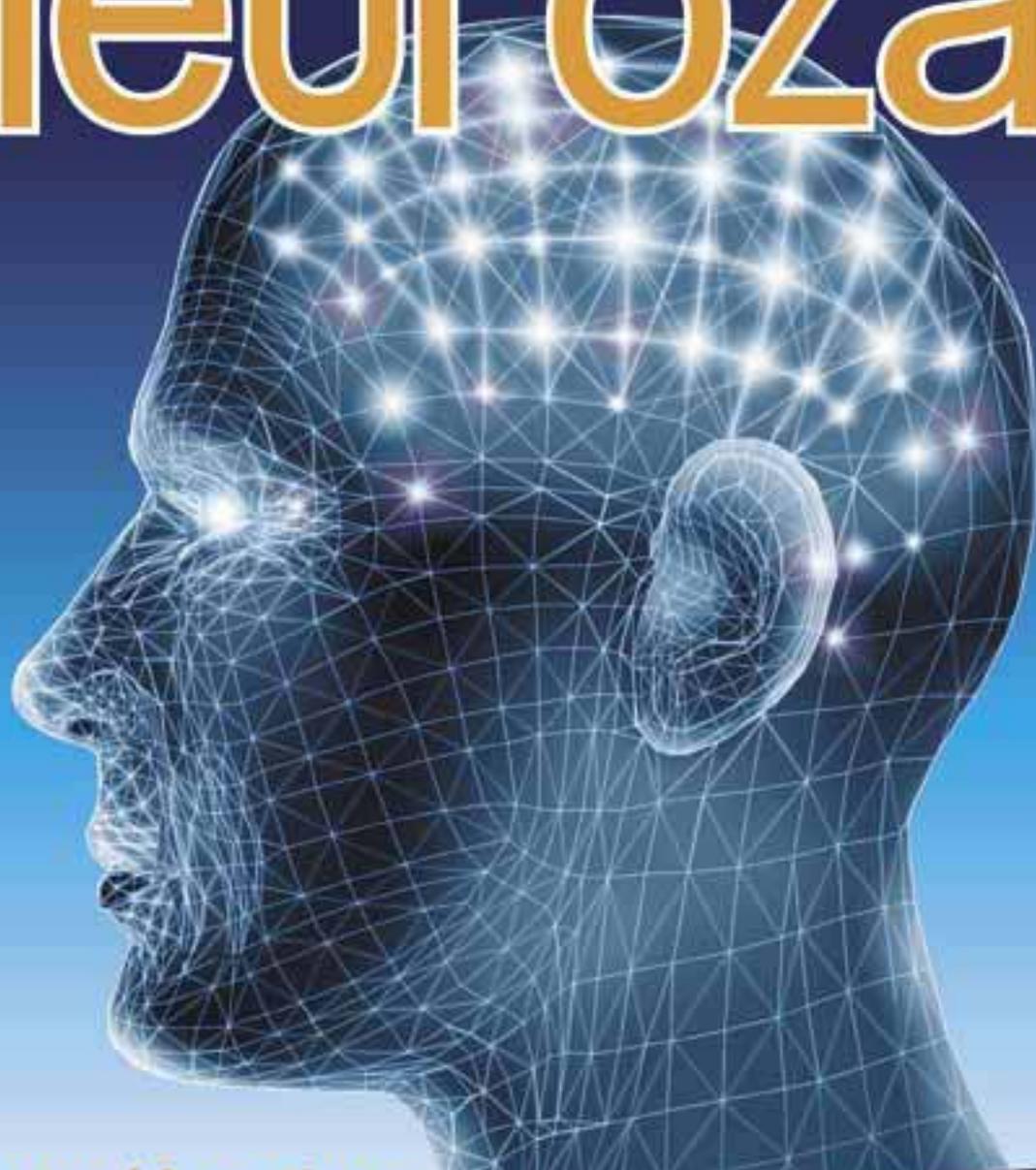
Entrevista com João Neto

Uma nova era para o Museu da Farmácia

Dossiê

Nova legislação da propriedade da farmácia

neurozan[®]



Nutrientes bio-ativos para ajudar a manter a função e o rendimento cerebral

neurozan[®] é a primeira "cápsula inteligente" com uma combinação única de 25 nutrientes essenciais para o cérebro, incluindo ácidos gordos ómega 3, fosfatidilserina e co-enzima Q10.

neurozan[®] está indicado para homens e mulheres de todas as idades, como uma protecção nutritiva, para ajudar a manter a função e o desempenho do cérebro. É ideal para profissionais e estudantes em época de exames, para melhorar o rendimento, mesmo sob stress.



Embalagem de 30 cápsulas
1 cápsula / dia

26 Com a ajuda das farmácias

CONTROLAR A DIABETES ESTÁ NA SUA MÃO

Este é o propósito de mais uma campanha de intervenção farmacêutica: o alvo são os adultos diabéticos a tomar, pelo menos, um medicamento para a diabetes.



Editorial	5
Editorial	
Liberalização da Propriedade de Farmácia	6
Pharmacies property liberalisation	
Museu da Farmácia – Entrevista com João Neto	12
Pharmacy Museum – Interview with João Neto	
Flashes	16
Flashes	
Opinião - A validação do receituário	18
Opinion - Prescription validation	
Consultoria fiscal - Derrogação fiscal do sigilo bancário	22
Tax Consultancy - tax lifting of bank secrecy	
Com a ajuda da farmácia - Controlar a diabetes está na sua mão	26
With the support of the pharmacies - To control diabetes is in your hand	
Parceria entre ANF e Crioestaminal	30
Partnership between ANF and Crioestaminal	
Congresso da FIP em Pequim	34
FIP meeting in Beijing	
Saúde e Migrações na agenda da UE	38
Health and Migrations in EU's agenda	
Evolução europeia dos processos de liberalização da comissão	42
European evolution of the commission liberalisation processes	
Informação Veterinária – Diabetes nos cães e gatos	46
Veterinary Information – Diabetes on dogs and cats	
Museu da Farmácia à conquista do espaço	48
Pharmacy Museum and the space conquest	
Informação Terapêutica – Saúde oral na infância	50
Therapeutical Information – Child oral health	
Informação Terapêutica – Próstata	60
Therapeutical Information – Prostate	
Laboratório RH	64
HR Laboratory	
Noticiário	70
News	
Cartoon	81
Cartoon	
Desta Varanda	82
From this balcony	

6 Política de saúde

LIBERALIZAÇÃO DA PROPRIEDADE DE FARMÁCIA

É com determinação e confiança que as farmácias devem reagir à liberalização da propriedade, que entrou em vigor em dia 31 de Outubro. Concretizou-se assim aquilo que configura uma decisão política inabalável do governo, à revelia dos farmacêuticos e, sobretudo, dos portugueses.

12 Entrevista

UMA NOVA ERA PARA O MUSEU DA FARMÁCIA

Devolver os museus a quem os utiliza e valorizar os profissionais ligados à Museologia são dois dos propósitos de João Neto, o novo presidente da APOM. Ideias não faltam e experiência também não: a que acumulou como director do Museu da Farmácia e a que lhe advém do facto de integrar uma associação como a ANF.

Novo regime jurídico das farmácias

ANF altera estatutos e denuncia fragilidades

Fazendo jus ao forte espírito associativo que tem caracterizado a ANF, e que lhe tem permitido transformar os desafios em oportunidades, a esmagadora maioria dos associados aprovou, no passado dia 20 de Outubro, os novos estatutos da associação. Assim, em resultado dos votos de 95% dos presentes na Assembleia Geral, os proprietários de farmácia que não sejam farmacêuticos poderão, a partir de agora, ser associados da ANF.

Apesar de contestar o novo regime jurídico das farmácias, a direcção decidiu propor aos associados uma mudança de estatutos que garanta a coesão e a representatividade do sector face à nova realidade. Além da abertura a proprietários não farmacêuticos, o Conselho Nacional foi extinto e as suas competências transferidas para a Assembleia Geral de Delegados, tendo sido criado um Conselho Fiscal cuja missão essencial será zelar pela transparência da vida interna da ANF.

Não obstante as alterações estatutárias, a filosofia mantém-se e o modelo de farmácia com que todos os associados, farmacêuticos ou não, se comprometem tem a natureza de estabelecimento de saúde e centro de prevenção e terapêutica.

E foi em defesa desse modelo que o presidente da ANF participou no colóquio parlamentar "Enquadramento da actividade farmacêutica", no passado dia 23 de Outubro.

Numa intervenção que versou sobre o Compromisso com a Saúde, assinado em Maio de 2006 com o governo, João Cordeiro voltou a denunciar a política de dois pesos e duas medidas seguidas pelo Ministério da Saúde. Uma política que deixa de fora do pacote legislativo medidas há muito reivindicadas pelas farmácias, como a prescrição obrigatória por DCI. Esta medida, considerada urgente no compromisso, acabaria mesmo por ser violada com a aprovação do Estatuto do Medicamento, que prevê a prescrição por marca comercial.

Por aplicar está também o alargamento do âmbito da actividade das farmácias, com a agravante de a proposta enviada pelo ministro à ANF não respeitar o acordado no compromisso. Do papel não saiu igualmente a dispensa pelas farmácias de medicamentos de uso hospitalar a doentes crónicos.

Em resposta, e sem se comprometer com datas, o ministro Correia de Campos remeteu a aplicação das medidas constantes do Compromisso com a Saúde para momento posterior à entrada em vigor do novo regime jurídico. Um regime que suscitou também críticas da bastonária da Ordem dos Farmacêuticos, que alertou para os riscos da pressão económica sobre o exercício profissional, defendendo a necessidade de garantir a independência dos farmacêuticos num quadro de propriedade doravante difuso.

PROPRIEDADE

anf

Associação Nacional das Farmácias

DIRECTOR

DR. FRANCISCO GUERREIRO GOMES

SUB-DIRECTORES

DR. LUIS MATIAS

DR. NUNO VASCO LOPES

COORDENADORA DO PROJECTO

DR^a MARIA JOÃO TOSCANO

COORDENADORA REDACTORIAL

DR^a ROSÁRIO LOURENÇO

Email: rosario.lourenco@anf.pt

COORDENADORA REDACTORIAL ADJUNTA

DR^a TERESA REVEZ

Email: teresa.revez@anf.pt

Telef. 21 340 06 50

PRODUÇÃO

LPM

COMUNICAÇÃO

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

numoduarte@lpmcom.pt

Tel: 96 214 93 40

CONSULTORA COMERCIAL

SÓNIA COUTINHO

soniacoutinho@lpmcom.pt

Tel: 96 150 45 80

Telef. 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



farmacope

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

www.anf.pt

Receituário e auditorias privadas



O Ministério da Saúde tomou a decisão de entregar a uma empresa privada a conferência do receituário que lhe é enviado pelas farmácias.

Esta medida provocou a mudança de critérios até hoje seguidos pelos anteriores responsáveis e executantes, julgamos em certas situações com aumento da rentabilidade do circuito da saúde que a receita representa.

O Conselho de Administração da Região da Saúde de Lisboa e Vale do Tejo enviou mesmo um ofício circular sobre o “acompanhamento de regras de prescrição e avio de medicamentos/facturação de farmácias”.

Este documento invoca também, como pretexto, o decreto-lei que instituiu as novas regras de pagamento que substituíram o acordo que existia com a Associação Nacional das Farmácias.

Da leitura do conteúdo das regras de prescrição e avio surgem, no entanto, dúvidas sobre a exequibilidade de muitas delas.

Ao procurar informar-me sobre a di-

vulgação/imposição destas regras à prescrição (leia-se de médicos e de funcionários administrativos dos Centros de Saúde e hospitais) constatei que só as farmácias receberam esta circular e que lhes cabe a elas observar os erros dos outros, obrigando o doente a voltar ao centro emissor para que se procedam às emendas.

A Revista “Farmácia Portuguesa” gostaria muito mais de noticiar que as receitas devem merecer respeito e acompanhamento desde o início – a consulta.

Muitos dados técnicos não são sistematicamente referidos – dosagem, forma farmacêutica, embalagem e posologia (frequência e duração da toma), a especialidade do médico e o telefone, que o localizam quando surgem dúvidas na leitura do texto.

A actuação dos funcionários administrativos do centro prescritor é depois fundamental na colocação de vinhetas e carimbos, e na distinção dos vários tipos de comparticipações que contemplam os doentes.

Para nós, como observadores, julgá-riamos que seria mais fácil convencer os médicos e os funcionários a cumprirem os normativos, uma vez que são empregados do Ministério e para eles estas regras são simultaneamente normas (ou ordens) internas de trabalho.

As farmácias, sendo privadas, apenas têm uma lei que lhes permite fornecer a crédito ao Ministério da Saúde em nome dos doentes.

Os erros não deveriam ser descontados nos ordenados de quem os pratica?

Não existem encarregados que auditem a consulta médica, ponto nevrálgico da qualidade da receita.

Aguardamos que em data próxima possamos noticiar e aplaudir tais medidas apresentadas pelo Estado.

Francisco Guerreiro Gomes

Liberalização da propriedade em vigor



Determinação e confiança são armas das farmácias

É com determinação e confiança que as farmácias devem reagir à liberalização da propriedade, que entrou em vigor em dia 31 de Outubro. Concretizou-se assim aquilo que configura uma decisão política inabalável do governo, à revelia dos farmacêuticos e, sobretudo, dos portugueses.

O processo que agora culminou com a aprovação e entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de Agosto, não deixa margem para dúvidas: o actual governo é movido por uma vontade inabalável de liberalizar a propriedade da farmácia, objectivo que assumiu desde a primeira hora. É, sem dúvida, uma decisão política, ainda que assente numa recomendação da Autoridade da Concorrência. Não assenta, contudo, em estudos sobre a necessidade de liberalizar a propriedade da farmácia nem em

estudos sobre o impacto de tal medida. Desconhece-se que tenham sido feitos, maiores ou menores, mais profundos ou menos profundos. Mas a verdade é que a realização dessas análises colidiria com a pressa em legislar patente neste processo. A ANF sempre foi, e continua a ser, frontalmente contra esta decisão. Por não lhe encontrar sustentação. E fez tudo ao seu alcance para persuadir o governo de que era uma decisão negativa para o país. Desde logo porque o sector das far-



mácias em Portugal funciona bem, com elevado nível de qualidade e ao mais baixo custo em toda a União Europeia. O país possui mais farmácias, relativamente à população, do que a maioria dos seus congéneres comunitários.

Além disso, em todos os sectores da saúde, é aquele que recolhe uma avaliação mais positiva dos doentes e dos consumidores em geral, que nunca reclamaram a alteração do seu enquadramento legislativo. Há estudos que comprovam esse elevado índice

de satisfação e, pelo contrário, não há qualquer evidência da necessidade de alterar o regime vigente.

A liberalização – que os portugueses não reclamaram – terá como inevitável consequência a degradação das farmácias, dos serviços que prestam, da qualidade do emprego, da qualidade do atendimento, da qualidade tecnológica. Afetará, pois, a capacidade das farmácias para serem, como têm sido, um sector moderno e evoluído, ímpar na área da saúde.

Decidida em nome do mercado, a liberalização vai conduzir, paradoxalmente, à redução da concorrência, por via da concentração no sector. Um efeito perverso que outros países com experiências liberalizadoras já experimentam.

Dois pesos e duas medidas

Não obstante estas advertências, o governo manteve-se firme na sua ofensiva contra o sector. Levando a ANF, confrontada com esta imutabilidade, a aceitar o processo negocial que conduzir à assinatura do Compromisso com a Saúde, em Maio de 2006. Fê-lo em nome da defesa do futuro do sector, em que se empenhou a fundo e pelo qual pugnou até onde lhe foi possível.

Todavia, mais de um ano volvido sobre esta intenção negocial, o que se verifica é que o governo usa dois pesos e duas medidas na sua aplicação. Legisla sobre as matérias que mais penalizam as farmácias e deixa na

gaveta as demais. São vários e importantes os compromissos desrespeitados pelo governo, nomeadamente no diploma que liberaliza a propriedade da farmácia.

O documento assinado entre o Ministério da Saúde e a ANF prevê a publicação de um Código de Exercício Profissional de modo a reforçar a independência do director técnico e os poderes da Ordem dos Farmacêuticos. Mas o diploma já aprovado é totalmente omissivo.

Já não é omissivo no articulado relativo ao regime fiscal das farmácias, em que entra em contradição com o compromisso: neste prevê-se que todas as farmácias obedeçam ao mesmo regime fiscal, mas na lei as farmácias das IPSS já existentes são isentas desta obrigação pelo período de cinco anos.

Uma estranha excepção: afinal, as farmácias das IPSS vão estar abertas ao público em concorrência com as demais farmácias. Concorrem no

mesmo mercado, mas são beneficiadas fiscalmente...

O que, na óptica da associação, configura, no mínimo, uma violação às mais elementares normas da concorrência e, no extremo, uma inconstitucionalidade.

Perante este desrespeito tão flagrante ao Compromisso com a Saúde, que o próprio primeiro-ministro assumiu, nada mais resta à ANF do que combatê-lo por todos os meios ao seu alcance, política e legalmente.

Em nome dos portugueses

Foi esta posição de firmeza que o presidente da Associação, João Cordeiro, quis transmitir aos associados, exortando-os a encarar com determinação mais este desafio. Com a determinação que tem caracterizado as farmácias e que as tem levado pelo caminho da evolução, da

renovação e da afirmação, vencendo os ventos agrestes que tem sucessivamente enfrentado com uma capacidade única de transformar os obstáculos em oportunidades. Um caminho para o qual muito têm contribuído os portugueses, que sempre confiaram e continuam a confiar nas farmácias e nos farmacêuticos. É uma confiança assente na solidariedade com os doentes na elevada qualidade do serviço de assistência farmacêutica que criou uma relação de grande proximidade que é difícil de destruir.

O desafio protagonizado pelo diploma que abre a propriedade da farmácia a outros que não farmacêuticos deve permitir manter e reforçar esta relação de confiança. Porque, afinal, não foram os cidadãos que reclamaram a liberalização.

A confiança da população nas farmácias deve constituir um motivo de orgulho e um factor de motivação para o futuro. Isso mesmo é assumido

A ANF sempre foi, e continua a ser, frontalmente contra esta decisão. Por não lhe encontrar sustentação. E fez tudo ao seu alcance para persuadir o governo de que era uma decisão negativa para o país.

pela política associativa, que continuará a ter como vector fundamental a melhoria contínua da qualidade do serviço prestado pelas farmácias, para que continuem a ser credoras da sólida confiança dos portugueses.

Ser ou não ser farmacêutico – o que a lei muda

Em 31 de Outubro entrou em vigor o Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de Agosto, aprovado pelo governo no uso da autorização legislativa concedida pela Assembleia da República através da Lei n.º 20/2007, de 12 de Junho, o qual revoga a lei da propriedade de farmácia (Lei n.º 2125, de 20 de Março de 1965) e a lei do exercício farmacêutico (Decreto-Lei n.º 48547, de 27 de Agosto de 1968).

O aspecto central do novo diploma é, naturalmente, no que respeita à propriedade de farmácia, o artigo

14.º, nos termos do qual “podem ser proprietárias de farmácia pessoas singulares ou sociedades comerciais”.

As farmácias passam, pois, a poder ser propriedade de pessoas singulares, independentemente de estas possuírem a qualidade de farmacêutico, ou de sociedades comerciais, independentemente de os respectivos sócios possuírem a qualidade de farmacêuticos.

É assim eliminada a reserva de propriedade a favor dos farmacêuticos, porquanto, até agora, apenas podiam ser proprietários de farmácia os farmacêuticos ou as sociedades em nome colectivo ou por quotas, se todos os sócios fossem farmacêuticos e enquanto o fossem.

Também as entidades do sector social da economia passam a poder ser proprietárias de farmácias, beneficiando, no entanto, de um prazo de cinco anos para proceder “às adaptações necessárias” à adopção dos requisitos de sociedades comerciais e aplicação

do respectivo regime fiscal.

Recorde-se que, no Compromisso com a Saúde, está prevista a sujeição de todas farmácias às mesmas regras legais de funcionamento e ao mesmo regime fiscal. Porém, não está previsto que as farmácias sociais beneficiem de uma derrogação como a que a lei agora consagra.

O diploma estabelece, porém, o limite seguinte: “nenhuma pessoa singular ou sociedade comercial pode deter ou exercer, em simultâneo, directa ou indirectamente, a propriedade, a exploração ou a gestão de mais de quatro farmácias” (artigo 15.º). Não são, no entanto, consideradas para este limite as concessões de farmácias de dispensa de medicamentos ao público nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde.

É, assim, abandonada a regra anterior, segundo a qual nenhum farmacêutico ou sociedade podia ser proprietário de mais de uma farmácia, nenhum farmacêutico podia ser, simultanea-

mente, sócio de mais de uma sociedade proprietária de uma farmácia e nenhum farmacêutico podia ser, simultaneamente, proprietário de uma farmácia e sócio de uma sociedade proprietária de uma farmácia.

Por outro lado, são estabelecidas as incompatibilidades seguintes: não podem deter ou exercer, directa ou indirectamente, a propriedade, a exploração ou a gestão de farmácias, profissionais de saúde prescritores de medicamentos, associações representativas das farmácias, das empresas de distribuição grossista de medicamentos ou das empresas da indústria farmacêutica, ou dos respectivos trabalhadores, empresas de distribuição grossista de medicamentos, empresas da indústria farmacêutica, empresas privadas prestadoras de cuidados de saúde e subsistemas que participam no preço dos medicamentos.

O diploma considera que existe pro-

riedade, exploração ou gestão indirecta de uma farmácia quando a mesma seja detida, explorada ou gerida por outras pessoas ou entidades, em nome próprio ou alheio, mas por conta daquela, designadamente através de gestão de negócios ou contrato de mandato, ou por sociedades que com ela se encontrem em relação de domínio ou de grupo.

O novo regime prolonga para cinco anos, a contar no dia da respectiva abertura, na sequência de concurso público, o prazo durante o qual as farmácias não podem ser vendidas, trespassadas ou arrendadas nem a respectiva exploração ser cedida.

Outra alteração significativa ao regime jurídico das farmácias de oficina, e que decorre da liberalização da propriedade de farmácia, é o facto de a propriedade e a direcção técnica de farmácia deixarem de ser indivisíveis.

Assim, desde 31 de Outubro, "o director técnico é independente, técnica e deontologicamente, no exercício das respectivas funções, da proprietária

da farmácia", ainda que "sem prejuízo das situações de identidade entre a propriedade e a direcção técnica da farmácia".

Quanto ao quadro farmacêutico, determina-se que as farmácias têm de dispor, pelo menos, de um director técnico e de outro farmacêutico, devendo os farmacêuticos, tendencialmente, constituir a maioria dos trabalhadores da farmácia. Porém, nas situações de transformação de postos farmacêuticos permanentes, as farmácias podem, durante dois anos, possuir apenas o director técnico. Refira-se que no Compromisso com a Saúde se prevê que, no prazo de cinco anos, metade do quadro técnico das farmácias seja constituído por farmacêuticos.

Em matéria de licenciamento e alvará, a nova lei determina no seu artigo 25º a sua sujeição a concurso público, cujas regras serão regulamentadas posteriormente. Já a transferência de localização, ainda por regulamen-

Com a entrada em vigor deste Decreto-Lei, o sector farmacêutico sofre uma das alterações mais profundas da sua história.



tar, pode ocorrer dentro do mesmo município desde que sejam observadas as condições de funcionamento. No Compromisso prevê-se que essa transferência, no mesmo concelho, seja livre, uma vez cumpridas as regras de instalação.

No que respeita aos postos farmacêuticos permanentes, prevê-se que os que reúnam as necessárias condições de funcionamento possam ser transformados em farmácias, no prazo de um ano, sendo que os demais encerrarão.

Está, também, por definir o procedimento de licenciamento e de atribuição de alvará às farmácias que resultem dessa transformação.

Entre as matérias legisladas figuram ainda aspectos como a informação e a venda ao público. Assim, as farmácias ficam obrigadas a divulgar, de forma visível, as informações relevantes no relacionamento com os utentes, designadamente o nome do director técnico, o horário de fun-

cionamento, as farmácias de turno no município, os descontos que concedam no preço dos medicamentos, o modo de reembolso da participação do Estado no preço dos medicamentos. Devem igualmente possuir livro de reclamações, enviando mensalmente ao INFARMED cópia das queixas efectuadas pelos utentes.

São abrangidos pela venda ao público os seguintes produtos: medicamentos, substâncias medicamento-sas, medicamentos e produtos veterinários, medicamentos e produtos homeopáticos, produtos naturais, dispositivos médicos, suplementos alimentares e produtos de alimentação especial, produtos fitofarmacêuticos, produtos cosméticos e de higiene corporal, artigos de puericultura e produtos de conforto.

As farmácias podem ainda prestar serviços farmacêuticos de promoção da saúde e do bem-estar dos utentes, sendo que a definição desses

serviços farmacêuticos depende de regulamentação posterior. Recorde-se que o Compromisso com a Saúde prevê que as farmácias possam evoluir para unidades prestadoras de serviços farmacêuticos.

Uma das medidas que corresponde ao Compromisso é a possibilidade de dispensa de medicamentos ao domicílio e através da Internet, dependentes, no entanto, de regulamentação posterior quanto às condições e requisitos desses novos locais de dispensa.

Com a entrada em vigor deste Decreto-Lei, o sector farmacêutico sofre uma das alterações mais profundas da sua história.

Em nome do mercado e da concorrência. Mas não em nome do interesse público. Por isso, a ANF continuará a manifestar-se frontalmente contra. Sem prejuízo de uma intervenção profissional pautada pela qualidade e alicerçada num espírito de determinação e confiança no futuro.



João Neto

Director do Museu da Farmácia novo presidente da APOM

Uma nova era

Devolver os museus a quem os utiliza e valorizar os profissionais ligados à Museologia são dois dos propósitos de João Neto, o novo presidente da APOM. Ideias não faltam e experiência também não: a que acumulou como director do Museu da Farmácia e a que lhe advém do facto de integrar uma associação como a ANF.

Farmácia Portuguesa - É desde 12 de Setembro último presidente da Associação Portuguesa de Museologia (APOM). O que o levou a candidatar-se?

João Neto - A minha decisão construiu-se a partir de convites que me foram dirigidos por vários colegas, entre conservadores e directores de museus. Colocaram-me esse desafio e decidi aceitá-lo.

FP - Que pressupostos conduziram a essa decisão?

JN - Acima de tudo, a convicção de que era necessário revalorizar as

competências e as carreiras profissionais nos museus. E sobretudo a APOM carecia de ser renovada. A Associação debatia-se com um dilema: o de saber se era uma entidade cultural e científica ou profissional. A vertente profissional foi sendo descurada, o que sempre considerei muito negativo para a Museologia. Costumo comparar os tempos actuais a um comboio que passa muito depressa e por vezes, quando as pessoas se apercebem, já ele passou. Era o que estava a acontecer na Museologia e em particular na APOM, sobretudo com os seus associados. A APOM estava

muito desfasada da realidade, muito fechada em torno dos profissionais dos museus. Havia uma necessidade da intervenção de pessoas com outra experiência a nível de organização e até de ânimo. A APOM precisava de uma nova força motriz.

FP - Em que medida pesou o facto de ser director do Museu da Farmácia?

JN - É inegável que teve influência não só o facto de ser director de um museu privado com a projecção do Museu da Farmácia como o facto de estar ligado à ANF, reconhecida como uma estrutura bem organiza-

da e com objectivos bem definidos. Neste momento, com a minha eleição, são duas as instituições dirigidas por pessoas com experiência de museus privados: trata-se, além da APOM, do ICOM – Portugal (Comité Nacional Português do International Council of Museums), presidido pelo dr. João Castel-Branco, do Museu Gulbenkian. São duas referências na Museologia portuguesa. A propósito, devo sublinhar que, quando me desafiaram para concorrer à direcção da APOM, antes de tomar uma decisão, falei com a minha colega dra. Paula Basso, com o dr. João Cordeiro e com o dr. Guerreiro Gomes, que considero como referências, e que me deram de imediato todo o apoio.

FP - Assume, então, que esta é uma direcção de ruptura com o passado recente da APOM?

JN – De facto, esta não é uma direcção de continuidade. Pretendemos encerrar um ciclo e renovar, iniciar uma nova era.

FP - O que se propõe fazer para encetar essa renovação?

JN - Antes de mais, considero que é necessário reflectir no sentido de ouvir o que a sociedade nos tem a dizer. Isto nunca foi feito. Mas é preciso dar

a palavra a quem usa os museus: é aquilo que chamo desenvolver uma linha de ataque e defesa que não esteja dentro do castelo.

Com esse intuito, preconizo a criação de uma estrutura, muito à semelhança da experiência da ANF, que funcione como uma plataforma de instituições que faça a ponte entre a sociedade e os museus. É importante saber o que a sociedade precisa e o que os museus podem fazer para corresponder.

Na minha opinião, os museus estão muito enclausurados e não é com um Dia Internacional dos Museus (que se assinala a 18 de Maio) que se resolve o problema.

Não somos vitrinistas

FP - Outra das linhas do seu programa de acção envolve a revalorização das carreiras profissionais associadas aos museus. Que lacunas detecta a esse nível?

JN – É fundamental revalorizar as competências adstritas aos museus, reformulando quadros e as diversas profissões da Museologia. É preciso que haja uma carreira definida de direcção de museu, distinguindo

entre o conservador que está mais vocacionado para a investigação e o profissional mais orientado para a gestão. Isso tem de ser feito.

O trabalho de director é altamente especializado, pelo que defendo que se crie a carreira de director profissional. Ser director de museu implica possuir conhecimentos e competências na área da Museologia, em gestão de recursos humanos, em gestão propriamente dita, em novas tecnologias, em comunicação. Não se é director de museu por intuição, mas por formação.

É importante que a sociedade conheça as competências dos conservadores e dos directores de museu. E que saiba que não somos vitrinistas nem decoradores. A nós não nos compete saber, por exemplo, se peças de arte ficam bem umas com as outras do ponto de vista estético, mas sim saber qual o seu valor cultural, histórico e patrimonial e como transferir esses valores para a sociedade, como devem ser conservados de modo a garantir os valores atrás referidos às futuras gerações e que o investimento neles feito se mantenha ou aumente. É por aqui que passa a nossa valorização profissional. Mas temos de ser nós a definir esse futuro, não podemos ficar à espera que outros decidam por nós.



João Neto Perfil

Foi a 12 de Setembro que João Neto foi eleito para presidir à APOM, com um mandato de três anos conferido por unanimidade dos votantes. Esta não é a primeira vez que o director do Museu da Farmácia integra os corpos sociais da Associação: já havia sido membro da direcção entre 1999 e 2001 e de 2001 a 2003. Licenciado em História pela Universidade Lusíada, João Neto possui uma pós-graduação em Museologia, tendo efectuado estágios no Museu da Ciência de Londres e no Boerhaave Museum de Leiden (Holanda). A sua relação com o Museu da Farmácia remonta a 1986, como consultor da ANF, e de uma forma mais concreta a partir de 1994, como director do Museu. Sob a sua direcção, o Museu foi distinguido com vários prémios, nomeadamente o Prémio de Melhor Museu Português, o Prémio Alfariz, na categoria Melhor Projecto, e o Prémio Nacional de Design na categoria Design de Comunicação. Foi também nomeado para o Prémio Melhor Museu Europeu, em 2004.

FP - Mas essa postura não arrisca gerar incómodos na própria APOM?

JN – Falar em reformulação de carreiras gera, de facto, algum receio. Pode acontecer que alguns profissionais receiem ver o seu papel diminuído. É necessário constituir novas competências e reformular as carreiras profissionais que integram com os museus, criando estruturas ao nível dos recursos humanos aptas para desafiar o Futuro. Mas devo ressaltar que, na APOM, não há propriamente interesses instalados. Há, isso sim, um grande desalento. A sociedade foi relativizando o papel dos museus e as associações não reagem, ocupando muito do seu tempo em debater a filosofia da Museologia e descurando um dos lados prático da questão. Outras profissões, como a dos arquivistas e documentalistas, organizaram-se. Os museólogos ficaram parados no tempo.

FP - Que medidas já estão a ser tomadas para revitalizar a Associação e, através dela, a Museologia?

JN – Ainda estamos na fase das reuniões, para auscultação da sociedade. Entre as entidades com as quais já nos reunimos ou nos vamos reunir contam-se a Associação dos Estabelecimentos do Ensino Particular e Cooperativo, a Associação de Arqueólogos, a dos Professores de História, dos Arquivistas e Documentalistas, a Federação Nacional das Associações de Pais, as Ordens profissionais, entre outras. São instituições que interferem com a vida dos museus e dos seus profissionais, pelo que é essencial ouvir o que têm a dizer.

Uma das medidas que considero básicas mas fundamentais é a coordenação entre escolas e os museus especialmente ao nível das visitas de estudo. As escolas constituem um dos principais públicos dos museus, mas o que se assiste, de uma forma geral, é que essas visitas, que deviam ser de estudo, são meras saídas. Recai sobre os profissionais dos museus o trabalho de transmitir os conhecimentos e cativar os alunos, um trabalho que seria, por um lado, facilitado e, por outro, mais profícuo.

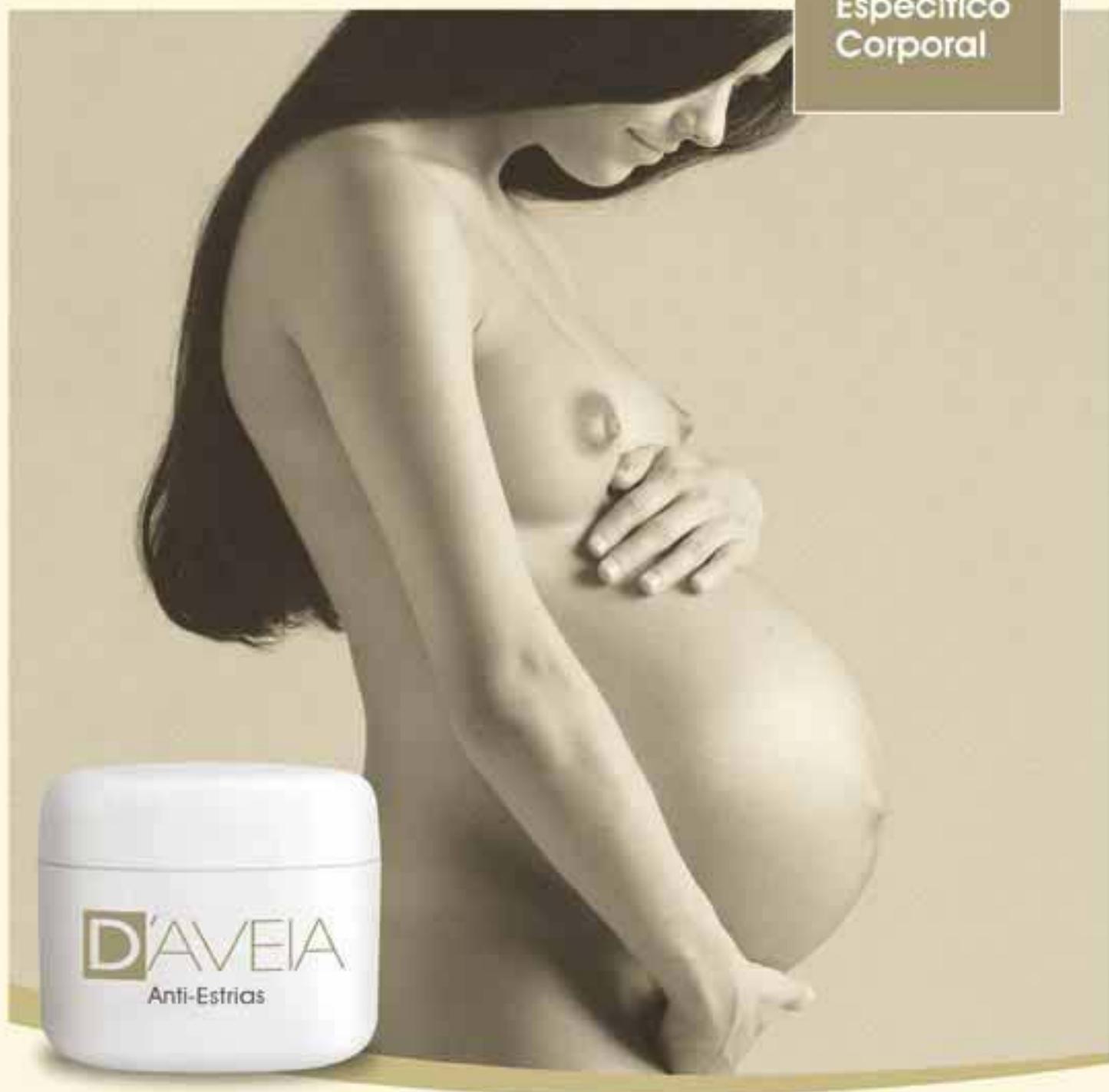
As visitas devem ser preparadas previamente nas escolas, pelos professores, de forma a interagir com os programas educativos.

Foi nesse sentido que nos reunimos com a Associação dos Professores de História, que se mostrou muito interessada na nossa proposta de existir, em cada escola, um docente responsável pelo enquadramento das visitas aos museus, adequando-as ao programa escolar. Desta forma, aproveitam-se as potencialidades dos museus para o ensino. Mas também podemos ver os museus do ponto de vista da integração social, no respeito pelas diferentes formas como cada cultura ou artista assimila e interpreta o mundo que o rodeia.

É através de iniciativas como esta que nos propomos mostrar que os museus não são locais inertes, cheios de conservadores e associados a despesas, mas sim investimentos sérios e reais na resolução de muitos problemas que existem hoje na sociedade global.

D'AVEIA

Hidratação
e Cuidado
Específico
Corporal



De modo a complementar a linha corporal D'AVEIA, surge D'AVEIA Anti-Estrias, destinada a preservar a integridade e elasticidade da pele.

D'AVEIA Anti-Estrias associa os ingredientes clássicos da linha D'AVEIA - Aveia Coloidal, Farinha Integral de Aroz e Amido de Milho - a substâncias com ação específica na prevenção do aparecimento de estrias.

D'AVEIA Anti-Estrias - 200 ml

Restabelece a integridade e elasticidade da pele, evita a degradação das fibras elásticas e neutraliza os radicais livres produzidos no processo inflamatório.

Com Fosfolípidos do Óleo de Barragem (rico em ácido gama linoléico), Ceramidas e Betulina, evita a perda de água transepidermica, melhora a função barreira e promove a

hidratação, tornando a pele mais flexível e melhorando a elasticidade.

D'AVEIA Anti-Estrias possui ainda um Hidrolizado de Proteínas de lupinus spp, que inibe as Metaloproteinases da Matriz, enzimas responsáveis pela destruição das fibras elásticas (colagénio e elastina).

D'AVEIA Anti-Estrias, torna a superfície da pele mais lisa, homogénea e sedosa.

Derмотека Produtos Químicos e Dermatológicos, SA - Rua Castilho, Nº 59, 1º Esq. 1250-068 LISBOA
Tel. 213804180 - Fax 213804181 - E-mail: dermail@dermoteca.com - www.dermoteca.com

VENDA EM FARMÁCIAS



EUA: farmácias e farmacêuticos projectam futuro do sector

As três principais organizações representativas da profissão farmacêutica nos Estados Unidos decidiram unir esforços para desenvolver uma nova visão da farmácia. Daqui resultará um plano estratégico, que se pretende venha a ser aceite e reconhecido por utentes, pagadores e decisores políticos. A iniciativa, designada “Project Destiny”, tem por objectivo projectar o futuro da farmácia como componente integral e valioso da prestação de cuidados de saúde no país, reforçando a intervenção do farmacêutico enquanto contribuidor principal para a saúde geral dos utentes e para a redução substancial das despesas totais com saúde.

In ncpanet.org, 28/07/2007

EUA: aumentam despesas com publicidade directa ao consumidor

O crescimento da despesa com publicidade de medicamentos directamente ao consumidor nos Estados Unidos não dá mostras de abrandar, apesar das críticas a esta prática. Um estudo da Universidade de Pittsburgh refere que a despesa aumentou 330 por cento entre 1996 e 2005, sendo a média de crescimento nos últimos quatro anos de 14,3 por cento. Contudo, esta despesa equivale apenas a 14 por cento do total de despesas promocionais em 2005. A publicidade directa ao consumidor é permitida nos Estados Unidos e na Nova Zelândia. Na UE e no Canadá é proibida, mas tem havido pressões da indústria para que seja autorizada.

In SCRIIP News, 24/08/2007

Polónia: regulamentadas farmácias na Internet

O Ministério da Saúde polaco elaborou a regulamentação da venda de medicamentos por farmácias virtuais e à distância, e enviou-a ao governo para aprovação. As farmácias electrónicas terão de disponibilizar apoio telefónico permanente aos utentes que lhes adquiram medicamentos, empregar farmacêuticos com pelo menos dois anos de experiência e ser totalmente responsáveis pela logística (armazenamento e transporte). As farmácias consideram estes requisitos demasiado restritivos.

In SCRIIP News, 13/06/2007

França: novos objectivos de substituição para os farmacêuticos

Em França, a taxa de substituição genérica fixada para 2007 passou de 75 para 80 por cento, a atingir até ao final do ano. A alteração deste objectivo resulta de um novo acordo entre as principais associações representativas dos farmacêuticos e a Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM). No âmbito do pacote das medidas adoptadas com vista a reduzir a despesa com medicamentos, o sistema de promoção da substituição genérica não será alargado a todas as regiões de França, conforme inicialmente previsto, mas apenas a cerca de 40 províncias em que a taxa de substituição genérica é inferior a 73 por cento.

In Pharma Pricing & Reimbursement, Setembro 2007

GLUCOCARD

+ rigor

no controlo da diabetes

viva + a sua vida!

O novo aparelho para medição da glicémia Glucocard G-meter tem tudo para lhe garantir os resultados mais fiáveis, da forma mais simples, mais rápida, mais confortável e rigorosa.

- + rigor** – Não calibração
- + conforto** – Sistema de ejeção da tira teste
- + liberdade** – Tempo de leitura 5 segundos
- + confiança** – Controlo do volume da amostra (0,6µl)

A.MENARINI
diagnostics

Menarini Diagnósticos, Lda. – mdportugal@menarinidiag.pt – Linha de Apoio ao Utilizador: 800 200 468



Diabetes sob controlo

A validação do receituário pela

A.R.S.L.V.T.

*António Paixão Melo

A validação do receituário médico enviado mensalmente às Administrações de Saúde é, sem dúvida, uma das operações mais complexas da burocracia portuguesa. Atrevo-me a afirmar que não deve ter sido possível criar sistema mais requintadamente preenchido de obstáculos. Os motivos para rejeição de validação das receitas são apenas 26 (vinte e seis), isto é, parece que andaram a arranjar um por cada letra do alfabeto (mesmo com o Y e o W). Significa isto que estão ao dispor dos revisores, nada menos do que 26 razões para devolver receitas, atrasar o seu pagamento ou mesmo evitá-lo. Entregue a pessoas interessadas em

mostrar a sua proficiência e justificar o dinheiro que recebem das A.R.S., certamente sem formação adequada e sem capacidade crítica para ajuizar com bom senso o problema social que têm nas mãos, está criado um ambiente que pelo menos parece persecutório, cego, maldoso, intolerante e intolerável.

A A.R.S.L.V.T., durante dezenas de anos, foi cúmplice do incumprimento dos 26 itens que todos deveriam ter respeitado, mau grado os seus exageros. O laxismo a que se chegou deve-se pois, acima de tudo, à complacência da A.R.S.L.V.T. que nunca impôs a qualquer dos intervenientes o cumprimento dos seus deveres e

sobremaneira a si própria, pois competia-lhe velar e zelar pelo preceituado na lei.

Da parte médica ressalta, como principal atropelo, a clássica falta de colocação de datas, para além de raramente preencherem o número do utente e por vezes nem sequer o seu nome.

Muitos não colocam a data a pedido dos doentes que, em virtude da sua precariedade económica, imploram que lhe não façam essa maldade, pois passam os dias de validade da receita e como não têm dinheiro não podem ir aviá-la à Farmácia.

O clínico, melhor que ninguém, sabe quanto isso é necessário para que o

doente se possa medicar e o acto médico não seja em vão. Este facto levou a que muitos médicos se desabituassem mesmo de colocar a data, muito especialmente aqueles que exercem a profissão em zonas pobres.

O número de doentes nas consultas é de modo a que não haja tempo a perder e por isso o médico delega a aposição de vinhetas e de datas, no pessoal auxiliar em quem confia.

E lá aparecem receitas preenchidas com letras e tintas diferentes ou com etiquetas cor-de-rosa onde deveriam estar etiquetas verdes, que ficam na calha para serem rejeitadas pela burocracia.

A rubrica do médico é por vezes um enigmático risco que os burocratas se negam a aceitar e serve à maravilha para rejeitar e cumprir o objectivo de devolver receituário o mais possível. Os serviços da A.R.S. não mantêm em dia a actualização dos cartões dos utentes no que respeita a datas e modo de participação.

O ficheiro informático da A.R.S., no que respeita a códigos das diversas apresentações e preços não está em dia e portanto de acordo com o das farmácias. Há por exemplo embalagens que nunca estiveram no mercado, que o médico indica por consi-

tar do "Simposium" ou do "Índice Terapêutico", e a Farmácia só pode ceder o que existe!?

O farmacêutico, perante a receita que lhe é apresentada e o conhecimento que tem das vicissitudes dos médicos e dos utentes, exige normalmente um mínimo, a seu ver criterioso e justo: nome e número do utente, vinheta do medico e sua assinatura ou rubrica, vinheta da instituição de saúde de onde provém a receita ou carimbo ou declaração manual de consultório particular.

Anos sem conta, tudo decorreu sem incidentes dignos de nota, sendo esta a prática normalizada – ou melhor institucionalizada – a coberto do beneplácito da A.R.S. L.V.T..

O utente sempre se limitou a trazer, e por vezes a angariar a receita médica, sem interferir em qualquer pormenor, a não ser a solicitação da não colocação de data para poder aviar na farmácia, quando receber a sua pequena reforma... Porque o farmacêutico quase sempre lhe pede o cartão de utente para o acrescentar na receita ou para saber qual o organismo responsável ou o regime de participação muitos deles habituaram-se a apresentá-lo no acto da cedência dos medicamentos.

A A.R.S.L.V.T., perante as realidades atrás mencionadas e outras, contemporizou com estes procedimentos. Deste modo legitimou a prática seguida, deixando com este *laisser faire, laisser passer*, criar a "bagunceira" a que se chegou.

Não há dúvida que há que pôr termo a tudo isto.

Tem a A.R.S.L.V.T. o meu inteiro apoio na sua decisão de colocar ordem no sistema.

Tem no entanto o meu total desacordo e a minha indignada repulsa pela forma adoptada para proceder à normalização das coisas.

É absolutamente imoral, injusto e pouco digno, que enjeite as suas próprias responsabilidades, aparecendo agora (esquecida do seu passado, conivente com os demais implicados), armada em polícia do cumprimento dos deveres que ela própria ignorou, contribuindo assim para a anarquia de que se queixa.

Ao tomar a decisão de colocar o sistema dentro das normas (nunca cumpridas) deveria a A.R.S. fazer *mea culpa* e, num acto de contrição, com a devida antecedência, de forma pedagógica e cuidada, alertar por todos os meios disponíveis, todos os intervenientes – médicos, farmacêuticos,



*Este artigo foi submetido pelo Dr. António Paixão Melo à nossa redacção e reflecte a opinião do autor



A A.R.S.L.V.T. optou pela forma mais injusta, mas em compensação mais indignamente lucrativa.

utentes, Centros de Saúde, Hospitais, os seus próprios serviços administrativos etc, de que a partir de determinada data não seriam tolerados incumprimentos, existindo agora 26 causas de rejeição.

Tenho conhecimento através de médicos amigos que eles nunca foram alertados para estas intempestivas exigências.

Quando um utente foi de meu mandado pedir para lhe porem a data no Hospital de Santa Maria, houve "sururu" entre os colegas do médico perguntando porque é que na Farmácia não colocavam a data?!..

Nos Centros de Saúde ninguém foi avisado desta tolerância zero!..

A A.R.S.L.V.T optou pela forma mais injusta, mas em compensação mais indignamente lucrativa, pondo de parte os problemas de saúde dos utentes e beneficiando do prejuízo das farmácias. Não importa que os doentes cheguem à Farmácia e não sejam aviados perante um qualquer dos 26 motivos. Pode o acto médico ficar anulado por não ter sequência terapêutica, que a A.R.S. não tem nada com isso!

Os seus objectivos não são os mes-

mos dos médicos e dos farmacêuticos – os doentes.

Os seus objectivos são agora exclusivamente económicos. Será que poupa dinheiro não deixando tratar os doentes na hora própria? Não virão a ficar mais caros depois?

Ao colocar a Farmácia como única responsável no circuito, rejeitando o pagamento do receituário, sem cuidar de saber quem está na origem das ilegalidades a A.R.S. comete o acto heróico da injustiça e da traição, para com todos os seus parceiros, por se colocar de fora e disso tirar partido. Acusa agora todos os outros do incumprimento das leis e exerce represálias apenas sobre aquele de quem pode tirar proveitos, portanto de forma discriminatória e pouco honesta.

Porque não fazem os revisores a apreciação de validação do receituário de modo a poderem descontar no vencimento de outros intervenientes, pelos erros e inconformidades cometidas no receituário, já que se trata de funcionários dos quadros da própria A.R.S.?

- Quem foi que não assinou a receita?
- Quem foi que não lhe colocou data?
- Quem foi que não lhe colocou a vi-

nheta adequada (verde ou rosa) ou emendou colocando uma sobre a outra?

- Quem não lhe colocou o nome do utente?
- Quem não lhe colocou o úmero do cartão do utente e respectiva instituição?
- Quem mantém na mão dos utentes cartões desactualizados, mas dentro do prazo de validade, que apresentam na farmácia e levam esta a aceitá-los erradamente?
- Quem não fornece almofadas de cor vermelha para carimbo para os casos em que a lei obriga a usá-las?
- Quem é que não tem o ficheiro dos medicamentos actualizado?
- Etc, etc etc.

Podem as receitas continuar a chegar às farmácias sem data, que a A.R.S. não se incomoda e até agradece. Se forem aviadas, não paga e o doente trata-se sem que ela faça despesa, se não forem aviadas também nada terá a pagar e o doente que se "amanhe" ou que morra, que é menos um. No entanto usa o pomposo nome de Administração Regional de "Saúde".

Perante a actuação da A.R.S., as Farmácias, para mino-
rarem os prejuízos causados pela repentina decisão,
vão certamente tentar ultrapassar a principal causa
das devoluções – a falta da data, colocando-lha. Se
o não fizerem, vai o utente consegui-la e regressa di-
zendo que foi ao Centro de Saúde e que foi a menina
do “guiché” que lha “meteu” o que por vezes até é
verdade?!...

As consequências são de novo uma tremenda injus-
tiza pois tudo depende da habilidade em imitar me-
lhor ou pior os possíveis algarismos do prescriptor, em
conseguir ou não tinta igual, em o receituário ir parar
às mãos de um burocrata muito ou pouco exigen-
te, mais ou menos míope e daltónico ou não. É tudo
uma questão de sorte ou de azar!?

Há rejeições de receituário cujo requinte e preciosis-
mo de apreciação é de tal modo acintosamente into-
lerante e por vezes caricato que tenho a certeza farão
corar de vergonha as pessoas cordatas, que há na
A.R.S. Só visto?!... (Coleccionei para poder mostrar).

Parece-me razoável que seja escolhida uma equipa
de gente de bom senso e autoridade que crie regras
que ponham cobro ao desvario burocrático que vi-
gora na Validação do Receituário. É preciso validar os
critérios utilizados na validação do receituário.

É assim se vai vivendo neste país cuja saúde continua
à deriva. As decisões supostamente iluminadas de
uns tantos levaram-nos para o beco em que estamos
metidos.

A voz do povo, que é sábia segundo se afirma, dizia:
“vão-se os anéis e fiquem os dedos”.

Teremos de emendar para: “que se vão os dedos e
fiquem os anéis”.

Haja Deus!?

Tipos de Rejeição

- a) Falta etiqueta do médico.
- b) Falta etiqueta da unidade de Saúde.
- c) Falta (m) a (s) etiqueta (s) do (s) medicamento (s).
- d) Excesso de medicamentos.
- e) Excesso de embalagens.
- f) Medicamento e/ou embalagem não participado.
- g) Embalagem não prescrita.
- h) Substituição inválida. Dimensão excede prescrição.
- i) Quando trabalhador migrante tem que ter carimbo “Migrante”, nome do trabalhador e entidade emissora do livrete ou “Acordos Internacionais” e, sempre que exigido pela SRS, o número de cartão europeu ou fotocópia do mesmo.
- j) Falta a palavra “Manipulado” ou “Produto Dietético”.
- k) Não pertence ao SNS.
- l) Falta a identificação do utente e/ou assinatura do utente.
- m) Não se aceitam fotocópias de receitas.
- n) Receita inválida para o lote.
- o) Recolha rasurada ou acrescentada.
- p) Falta assinatura do médico e/ou data de prescrição.
- q) Falta a data, carimbo ou assinatura do farmacêutico.
- r) Código de barras dos medicamentos mal impresso.
- s) Aviamento fora do prazo.
- t) Número de receita ilegível.
- u) Quando doente profissional tem de ter o carimbo “Doentes Profissionais”.
- v) O médico tem que fazer referência à portaria ou despacho.
- w) O despacho 4250/2007 (que revoga o 21212/2003 alterado pelo 3176/2005) e 21094/99 tem que ser prescrito pelo médico da especialidade de Psiquiatria ou Neurologia.
- x) O Despacho 1234/2007 (antigos 24257/2006 e 15399/2004) tem que ser prescrito pelo médico da especialidade de Gastrenterologia, Cirurgia Geral, Medicina Interna ou Pediatria.
- y) Falta identificação do adquirente.
- z) Falta a justificação do Director Técnico.

- aa) Outras.
- ab) Outras.
- ac) O Despacho 21249/2006 tem que ser prescrito pelo médico da especialidade de Reumatologia ou Medicina Interna.
- ad) Produto(s) dietético(s) prescrito(s) em local(ais) não autorizados.



Derrogação Fiscal do Sigilo Bancário

Rogério M. Fernandes Ferreira *

Como foi amplamente divulgado pela comunicação social, o Tribunal Constitucional julgou inconstitucionais, no passado dia 14 de Agosto de 2007, alguns aspectos da mais recente iniciativa legislativa em matéria de derrogação do sigilo bancário, por considerá-los desproporcionados aos fins a atingir, os quais visavam o acesso directo à informação bancária dos contribuintes, independentemente do consentimento destes, em caso de reclamação administrativa ou de impugnação judicial.

De acordo com a redacção então aprovada, o acesso à informação bancária seria permitido, sem consentimento do contribuinte e sem prévia autorização judicial, desde que, fundamentadamente, tal se justificasse em face

dos factos alegados pelo reclamante, se apresentasse como uma diligência complementar manifestamente indispensável à descoberta da verdade e a informação e os documentos bancários fossem relativos à situação tributária objecto de contestação.

Com esta decisão, o Tribunal Constitucional veio, de alguma forma, impor um limite à tendência de alargamento progressivo das situações de derrogação fiscal do sigilo bancário, iniciada com as alterações fiscais de 2000 e que alguns indicaram colidir com direitos e garantias constitucionalmente consagrados.

O certo é que, para além das referidas, a Assembleia da República aprovou todo um conjunto de outras alterações com incidência nesta

matéria, que não foram objecto de censura por parte do Tribunal, ou de dúvidas do Presidente da República, e que, por conseguinte, deverão entrar em vigor logo que o diploma seja expurgado das acima identificadas inconstitucionalidades, ou depois de confirmada a respectiva redacção por maioria qualificada dos deputados: a possibilidade de a Administração tributária ter acesso a informações ou documentos bancários, sem dependência do consentimento do titular dos elementos protegidos, quando, após notificação para apresentação de declaração exigida por lei, o contribuinte assim não proceda e, bem assim, o alargamento do âmbito do acesso a documentos bancários, nas situações de recusa de exibição ou

de autorização para a sua consulta, às informações prestadas para justificar o recurso ao crédito.

As alterações legislativas agora declaradas inconstitucionais iriam, certamente, diminuir a litigância, na medida do número de reclamações gratuitas e/ou impugnações judiciais que deixariam de ser apresentadas, o que aconteceria, porém, apenas pela intimidação que decorreria da sua previsão e aplicação, o que também não nos parecia adequado.

O momento seria, antes, decorridos já alguns anos da entrada em vigor das alterações fiscais de 2000 (onde o regime actual tem a sua origem), em nossa opinião, mais propício a um balanço, quer do regime de derrogação fiscal do sigilo bancário então instituído, quer das suas inúmeras alterações, pois só depois se poderia passar ao seu aperfeiçoamento, sempre no sentido de um regime mais adequado ao devido equilíbrio entre os poderes da Administração tributária e as garantias dos contribuintes.

O Tribunal Constitucional veio, também, a não se pronunciar pela inconstitucionalidade de uma outra

alteração legislativa, igualmente objecto do pedido de fiscalização preventiva, e que consistiu em prever que as decisões definitivas de determinação da matéria colectável com base em sinais exteriores de riqueza fossem comunicadas, não apenas ao Ministério Público, mas, tratando-se de funcionário ou titular de cargo sob tutela de entidade pública, também à tutela, para efeitos de averiguação.

Esta disposição havia suscitado dúvidas do Presidente da República, relativamente à sua conformidade com o princípio da igualdade, por prever, para os funcionários ou titulares de cargos sob tutela da entidade pública, um regime distinto do aplicável aos demais cidadãos.

Contudo, parece tratar-se de uma medida desnecessária, pouco prudente e algo excessiva, uma vez que nada acrescenta de muito relevante ao estatuto disciplinar dos funcionários públicos e pode causar, à custa dos mesmos, prováveis desacertos e suspeições, sobretudo quando a verificação dos referidos sinais exteriores de riqueza não indicia, necessariamente, infracção disciplinar e, tão-pouco,

constitui prova ou princípio de prova, nem pode, razoavelmente, fazer presumir ou indiciar tal prática, pois sempre terá de existir, para o efeito, notícia de um comportamento violador de deveres funcionais que tenha possibilitado o enriquecimento extraordinário.

Considerou, aqui, o Tribunal Constitucional existir fundamento para tal discriminação positiva, pelo facto de a situação em que se encontram estes sujeitos, comparativamente aos restantes contribuintes, se diferenciar de um ponto de vista que não será arbitrário nem, irrazoavelmente, discriminatório.

Retenha-se, assim, de acordo com o regime actualmente em vigor, herdado das alterações introduzidas em 2000, entretanto alargadas por sucessivos diplomas, que o sigilo bancário poderá ser derogado, por razões fiscais, em um leque alargado de situações.

Desde logo, a Administração Tributária tem o poder de aceder directamente às informações ou documentos bancários dos contribuintes (considerando-se estes como qualquer



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



documento ou registo, independentemente do respectivo suporte, em que se titulem, comprovem ou registem operações praticadas por instituições de crédito ou sociedades financeiras), sem dependência do respectivo consentimento, ou sequer da sua audição prévia, sempre que haja suspeitas de crime fiscal ou existam factos, concretamente identificados, que sejam indiciadores da falta de veracidade do declarado pelo contribuinte.

A Administração Tributária tem também o poder de aceder directamente aos documentos bancários (que não já, também, às informações bancárias) do contribuinte sempre que, após audiência prévia necessária para o efeito, aquele recuse a sua exibição ou consulta, e esteja em causa uma de duas situações: tratar-se de documentos de suporte de registos contabilísticos de sujeitos passivos de IRS ou IRC enquadrados no regime da contabilidade organizada, ou de controlo dos pressupostos da atribuição de benefícios fiscais ou enquadra-

mento em regime fiscal privilegiado. Em situação de recusa da sua exibição ou consulta, a Administração Tributária tem ainda o poder de aceder aos documentos bancários dos contribuintes, sempre que estejam verificados os pressupostos para a realização de correcções por métodos indiciários, nas situações de manifestações de fortuna e outros acréscimos patrimoniais não justificados, ou quando seja necessário controlar, para efeitos fiscais, a aplicação de subsídios públicos.

O acesso da Administração Tributária às informações e documentos bancários, nas situações elencadas, encontra-se, porém, condicionado ao preenchimento de alguns requisitos, que configuram garantias dos contribuintes, designadamente:

- A necessidade de fundamentação da decisão com expressa menção dos motivos concretos que as justificam;
- A audiência prévia do contribuinte visado, excepto no caso de haver indícios da prática de crime e, bem

assim, factos indiciadores da falta de veracidade do declarado pelo contribuinte;

- A competência exclusiva do director-geral dos Impostos ou do director-geral das Alfândegas e dos Impostos Especiais sobre o Consumo (e respectivos substitutos legais) na decisão de derrogação;
- A possibilidade de recurso judicial da decisão, o qual, todavia, só possui efeito suspensivo da decisão em caso de correcções por métodos indirectos, manifestações de fortuna e outros acréscimos patrimoniais não justificados ou de controlo de aplicação de subsídios públicos.

A lei permite, por último, à Administração Tributária aceder a informação bancária relativa a familiares e a terceiros que se encontrem numa relação especial com o contribuinte, estando nestes casos, todavia, subordinada à obtenção de prévia autorização judicial expressa e audição do visado.

NUNCA FOI TÃO FÁCIL MARCAR AS SUAS FÉRIAS



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

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



TopAtlântico

Viaje na maior.

CONSULTE-NOS

www topatlantico.com

CONTACTE-NOS

707 227 700

VISITE-NOS

80 Agências

política profissional

Controlar a diabetes com a colaboração da farmácia



Este é o propósito de mais uma campanha de intervenção farmacêutica: o alvo são os adultos diabéticos a tomar, pelo menos, um medicamento para a diabetes, junto dos quais a farmácia actuará no sentido de conhecer os valores de glicemia e promover uma atitude activa no controlo da doença, aconselhando à consulta médica sempre que necessário.

Durante uma semana, as farmácias e os farmacêuticos portugueses vão estar envolvidos em mais uma campanha de prevenção da doença e promoção da saúde, desta vez dedicada ao controlo da diabetes. A iniciativa decorre de 12 a 17 de Novembro, por ocasião do Dia Mundial que é consagrado a esta doença crónica de elevada prevalência – o dia 14, e realiza-se em parceria com Sociedades Médicas

na área da diabetes. É precisamente a elevada prevalência da diabetes, e da mortalidade e morbilidade que lhe estão associadas, que motiva esta intervenção das farmácias associadas da ANF. A diabetes constitui actualmente um grave e crescente problema de saúde, a nível mundial, estimando-se que afecte cerca de 246 milhões de pessoas. Um número que corresponde a cerca de seis por

cento da população mundial adulta, sendo que é idêntica a prevalência da doença no nosso país.

A diabetes é a principal causa de cegueira, amputações e insuficiência renal, além de que aumenta duas a quatro vezes o risco de doença cardiovascular. A cada dez segundos morre uma pessoa por causa da diabetes ou das suas complicações, de tal forma que, em muitos países,

constitui a quarta causa de morte por doença.

Um cenário que é possível contrariar. Está demonstrado que um bom controlo metabólico contribui para a redução do aparecimento e/ou agravamento das complicações da diabetes. Para o mesmo objectivo contribui o controlo dos factores de risco cardiovascular.

Não obstante, a prática não reflecte esta experiência: de tal modo que, apesar de bem definidos os parâmetros conducentes a um controlo da diabetes, sabe-se que 60 por cento dos doentes (aqui se incluem apenas os do tipo 2) não conseguem alcançar os objectivos recomendados. Isto não que respeita ao controlo da glicemia. É esta dupla realidade – por um lado, a crescente prevalência da doença e, por outro, a elevada percentagem de doentes com a glicemia descompensada – que justifica esta campanha de intervenção profissional das farmácias e dos farmacêuticos.

– que justifica esta campanha de intervenção profissional das farmácias e dos farmacêuticos.

“Está na sua mão!”

“Controlar a Diabetes Está na Sua Mão” – é esta a mensagem que as farmácias se propõem veicular ao longo da semana de 12 a 17 de Novembro. Uma mensagem que remete para o papel que o indivíduo deve assumir no controlo da diabetes. Apesar de crónica, a diabetes é controlável, numa acção conjunta dos profissionais de saúde e o doente. À intervenção do médico e do farmacêutico, no âmbito das competências específicas de cada um, deve somar-se a responsabilização do doente com a sua própria saúde, no sentido da adopção dos comportamentos conducentes a um controlo metabólico.

É a partir deste conceito que se desenvolve a campanha, dirigida a adultos com diabetes a tomar, pelo menos, um medicamento antidiabético. É a partir da identificação dos doentes-alvo que se desenrola a intervenção da farmácia.

Os procedimentos previstos nesta acção têm subjacente encontrar resposta para uma questão fulcral: “A Sua Diabetes Está Controlada?”. Assim sendo, e perante cada indivíduo, deve proceder-se à medição da glicemia (preferencialmente em pós-prandial). Em função do valor obtido, a intervenção é então diferenciada. Se a glicemia estiver controlada, o papel do farmacêutico deve passar pela promoção da adesão à terapêutica e pelo aconselhamento sobre as medidas não farmacológicas que contribuem para controlar a diabetes e prevenir as complicações associadas.



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

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

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

FORMAÇÃO
LAZER
HABITAÇÃO
CONVÍVIO

**UM SONHO
CADA VEZ MAIS REAL**

Para mais informações:
Tel. 251 900 060 - Fax 258 900 069
www.quintapereiras.pt - info@quintapereiras.pt





Passos de uma intervenção

A intervenção farmacêutica durante esta campanha que tem como doentes-alvo os adultos com diabetes a tomar, pelo menos, um medicamento antidiabético e consiste, sumariamente, em:

- Identificar os doentes-alvo;
- Medir a glicemia; preferencialmente em pós-prandial (medir ainda outros parâmetros relevantes de acordo com as necessidades do doente);
- Promover adesão à terapêutica, farmacológica e não farmacológica e autovigilância;
- Entregar ao doente o cartão CheckSaúde preenchido e a brochura "Controlar a Diabetes. Um Compromisso com a Saúde";
- Repetir a medição da glicemia no prazo de uma semana, se necessário;
- Referenciar os doentes à consulta médica quando necessário, reportando os valores.

Já se o valor encontrado estiver acima dos objectivos terapêuticos, há que repetir o teste no prazo de uma semana, com o objectivo de determinar se a glicemia se mantém (ou não) descompensada. Se os valores se mantiverem alterados o doente deve ser referenciado à consulta médica. Para o efeito, pode ser utilizada a carta de referenciação ao médico, na qual se inscrevem os valores de glicemia encontrados e os medicamentos que o doente refere estar a tomar, bem como a intervenção do farmacêutico. Esta carta funciona como elo de ligação entre profissionais de saúde, no entendimento de que a conjugação de esforços facilita o controlo de uma doença que afecta cada vez mais pessoas.

Para apoiar esta intervenção, as farmácias aderentes terão um conjunto diversificado de materiais, desde os promocionais – para o interior e para

a montra da farmácia - aos destinados ao público-alvo - uma brochura sobre a diabetes, o cartão CheckSaúde para inscrição dos valores da glicemia e outros parâmetros.

Receberão igualmente um fluxograma concebido com o intuito de harmonizar procedimentos nesta matéria, bem como uma matriz, para registo de cada intervenção durante a campanha, a devolver à ANF para posterior análise do impacto da iniciativa.

Com esta campanha, as farmácias e os farmacêuticos pretendem contribuir para o controlo da glicemia em pessoas com diabetes, num contexto em que é muito significativo o número de doentes que desconhecem estar descompensados. Não é, contudo, uma iniciativa isolada, inscrevendo-se num programa mais vasto que decorre em permanência em muitas farmácias.

Colgate

Duraphat®

5000 Pasta dentífrica

DOENTES EM RISCO DE CÁRIES?



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



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

¹ Ryan JA et al. *Caries Res* 2001; 35:41-48.

1. DENOMINAÇÃO DO MEDICAMENTO - Duraphat 5000 Pasta dentífrica. **2. COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA** - 1g de pasta dentífrica contém 5mg de flúor (na forma de flúorato de sódio) correspondente a 5000 ppm de flúor. **3. DROGMA FARMACÉUTICA** - Pasta dentífrica. **4. INFORMAÇÕES CLÍNICAS** **4.1 Indicações terapêuticas** - Profilaxia da cárie dentária em adolescentes e adultos, especialmente nos dentes em risco de cárie múltipla (cariés comitadas) e na restauração. **4.2 Contraindicações** - Este medicamento não deve ser utilizado em caso de hipersensibilidade e intolerância à cárie de cárie dentária. **4.3 Advertências e precauções especiais de utilização** - Duraphat 5000 Pasta dentífrica não se destina a ser utilizada por crianças e adolescentes com menos de 16 anos de idade. Esta pasta dentífrica apresenta um elevado teor em flúor. Consequentemente, deve ser utilizada e controlada por um profissional de saúde oral qualificado. O aumento de deposição de flúor pode impedir a saúde. De forma a evitar a acumulação de flúor, a aplicação de flúor deve ser evitada antes da utilização desta pasta dentífrica fluorada. Contraindicações de flúor: gestas, períodos de lactação, período de amamentação e lactação. **4.4 Gravidez e amamentação** - Não existem dados adequados sobre o uso de Duraphat 5000 Pasta dentífrica em mulheres grávidas. Estudos em animais revelaram toxicidade reprodutiva de flúorato de sódio apenas quando administrado em níveis muito elevados. Em conclusão, esta pasta dentífrica não contém um volume suficiente de flúorato de sódio para ser considerada um risco para a saúde. **4.5 Efeitos adversos** - Não são observados efeitos adversos associados com os doses recomendadas para a prevenção da cárie. Contudo, em casos raros, não se podem excluir reações de hipersensibilidade. **5. Tabela de AEM** - Colgate Farmacêutica, SA. **6. Data da última revisão da informação** - 03/03/2010. **7. Medicamento sujeito a receita médica** - Não. **8. Preço** - 5,90€ (para 50g). **9. Preço** - 5,90€ (para 50g).

Para mais informações, por favor contactar Colgate Farmacêutica, Tel: 214 300 031

Colgate
Col Pharmaceutics



Parceria entre ANF e Crioestaminal

O futuro na farmácia

O compromisso dos farmacêuticos com a saúde dos portugueses deu mais um passo importante, com a assinatura de uma parceria entre a ANF e a Crioestaminal: a partir de agora, será possível adquirir na farmácia o kit de criopreservação de células estaminais, considerado um seguro de vida biológico.

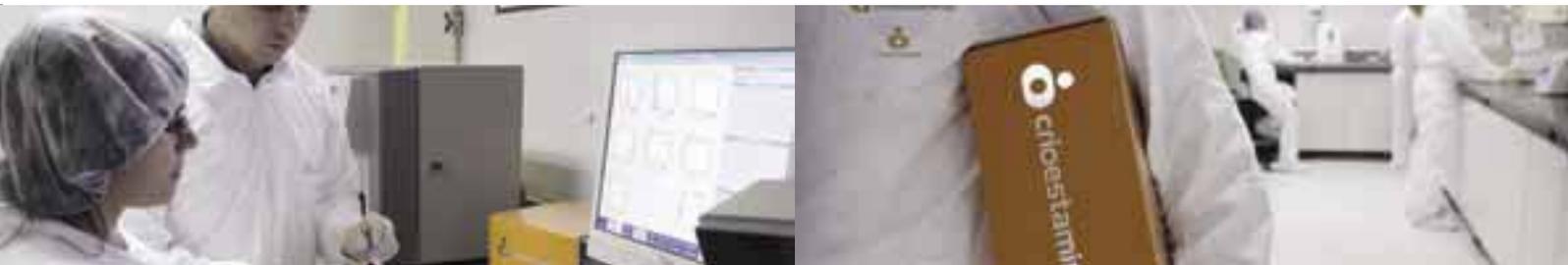
Ao longo do mês de Setembro, os associados da ANF puderam aprofundar os seus conhecimentos em Biotecnologia, participando em sessões científicas sobre as células estaminais e todo o seu potencial clínico. Uma oportunidade formativa, de enriquecimento pessoal e profissional, motivada pela recente parceria entre a associação e a Crioestaminal, empresa pioneira e líder em Portugal na criopreservação de células estaminais do sangue do cordão umbilical.

Ao promover o reforço dos conheci-

mentos dos associados neste domínio científico inovador, a ANF visou proporcionar-lhes condições para, se assim o entenderem, poderem aderir ao serviço abrangido por aquela parceria.

Não é de agora a colaboração entre a Associação e a empresa. Um protocolo anterior previa a disponibilização, nas farmácias, da adesão ao serviço de criopreservação das células estaminais. A novidade é que as farmácias passam a comercializar o *kit* para recolher o sangue do cordão umbilical.

Esta é, para a Crioestaminal, uma forma de aproximar o serviço das pessoas, dando-lhes a possibilidade de esclarecer dúvidas junto de profissionais de saúde altamente qualificados – os farmacêuticos. E para a ANF esta parceria inscreve-se no espírito de vanguarda que tem caracterizado a sua intervenção, no entendimento de que a criopreservação de células estaminais constitui uma área relevante e com elevado potencial de desenvolvimento. Para as farmácias, trata-se de uma oportunidade de



se adaptarem e de participarem nas novas realidades e oportunidades da Biotecnologia.

Assim, as farmácias aderentes poderão oferecer aos seus clientes um serviço inovador, sob a forma de um *kit* – o CrioKit – que inclui todo o material e toda a documentação necessária ao processo de recolha e acondicionamento do sangue do cordão umbilical.

Um *kit* que os futuros pais devem adquirir preferencialmente até um mês antes da data prevista para o parto, prazo em que devem enviar para a Crioestaminial um formulário de inscrição devidamente preenchido, bem como os resultados de um conjunto de análises ao sangue da mãe – CMV (IgM e IgG), sífilis (VDRL), hepatite B (HBs Ag), hepatite C (HCV Ac) e HIV I/II. Estas análises são fundamentais porquanto permitem fazer o despiste

de diversas doenças infecciosas que podem influenciar a criopreservação e futura utilização das células estaminais.

Seguro de vida biológico

O parceiro da ANF neste projecto é a Crioestaminial, que em Portugal foi pioneira na criopreservação de células estaminais e a cujo serviço já aderiram cerca de 16 mil pais. “Investigar e preservar para proteger” é o lema desta empresa, a única do sector que, no nosso país, é certificada pela qualidade.

Com um laboratório aberto sete dias por semana, e com transportes diários a partir das maternidades e hospitais do país, a Crioestaminial dedica-se desde 2003 à criopreservação de

células estaminais recolhidas a partir do sangue do cordão umbilical.

O que torna estas células únicas é a capacidade de se renovarem e dividirem indefinidamente, características que lhes permitem identificar e substituir células lesadas e, assim, participar na regeneração de tecidos e órgãos.

É nesta diferenciação que reside o seu potencial clínico, a par do facto de constituírem um tipo de material biológico passível de ser preservado durante muitos anos. É no sangue do cordão umbilical que se encontra a maior concentração destas células, pelo que é nele que é feita a recolha no momento do parto, logo após a expulsão do bebé. Um processo não invasivo e indolor, que não implica qualquer risco para a mãe ou para o recém-nascido.

Após a recolha, tem lugar o acondi-

Em Portugal, o primeiro transplante com recurso a células de bancos privados, e não provenientes de bancos internacionais, aconteceu em Fevereiro último.

dicionamento desse sangue para posterior tratamento laboratorial. Na Crioestaminal procede-se então à identificação da concentração de células estaminais na amostra recolhida: uma vez extraídas do sangue, são preservadas a uma temperatura de 196° C negativos, assim podendo permanecer durante 20 anos.

Ficam, assim, disponíveis para posterior utilização. Por terem sido recolhidas do sangue do cordão umbilical estas células possuem um elevado grau de imaturidade imunológica, o que é uma espécie de seguro de vida biológico para o próprio e para os seus familiares mais próximos.

A sua utilização terapêutica tem-se verificado viável em condições como a anemia aplásica adquirida, alguns tumores sólidos (como os neuroblastomas e os retinoblastomas), traumatismos cerebrais e anoxia cerebral. Além disso, as células estaminais do sangue de cordão umbilical têm-se revelado uma alternativa à medula óssea, permitindo tratar alguns tipos

de leucemia e linfoma, de entre um conjunto de patologias metabólicas e imunodeficiências.

Um transplante português

Foi em 1988 que cientistas franceses e americanos efectuaram em Paris o primeiro transplante de células estaminais do sangue do cordão umbilical, envolvendo uma criança com anemia de Fanconi. Desde então, já se efectuaram mais de cinco mil transplantes, cerca de 1500 dos quais em adultos. Na maioria das vezes dador e receptor eram pessoas diferentes, o que configura o chamado transplante heterólogo.

Mas têm-se realizado igualmente transplantes autólogos, o que significa que o doente beneficia das suas próprias células estaminais.

Em Portugal, o primeiro transplante com recurso a células de bancos privados, e não provenientes de

bancos internacionais, aconteceu em Fevereiro último. Uma criança de oito meses a que havia sido diagnosticada uma deficiência imunitária grave recebeu células estaminais do seu irmão mais velho, criopreservadas três anos antes. Bem sucedido, o transplante permitiu a reconstituição da medula óssea e, em consequência, contribuiu para o fortalecimento do sistema imunitário.

Foi no Instituto Português de Oncologia do Porto que a intervenção teve lugar: as células estaminais que salvaram esta criança haviam sido preservadas pela Crioestaminal. A decisão dos pais, tomada três anos antes, salvou a vida do filho mais novo, a que, aliás, foi também recolhido sangue do cordão umbilical.

Cada vez mais pais estão a tomar decisão idêntica. E com esta parceria entre a ANF e a Crioestaminal, os procedimentos necessários para aderir ao serviço ficam ainda mais acessíveis: na farmácia, com o aconselhamento profissional do farmacêutico.



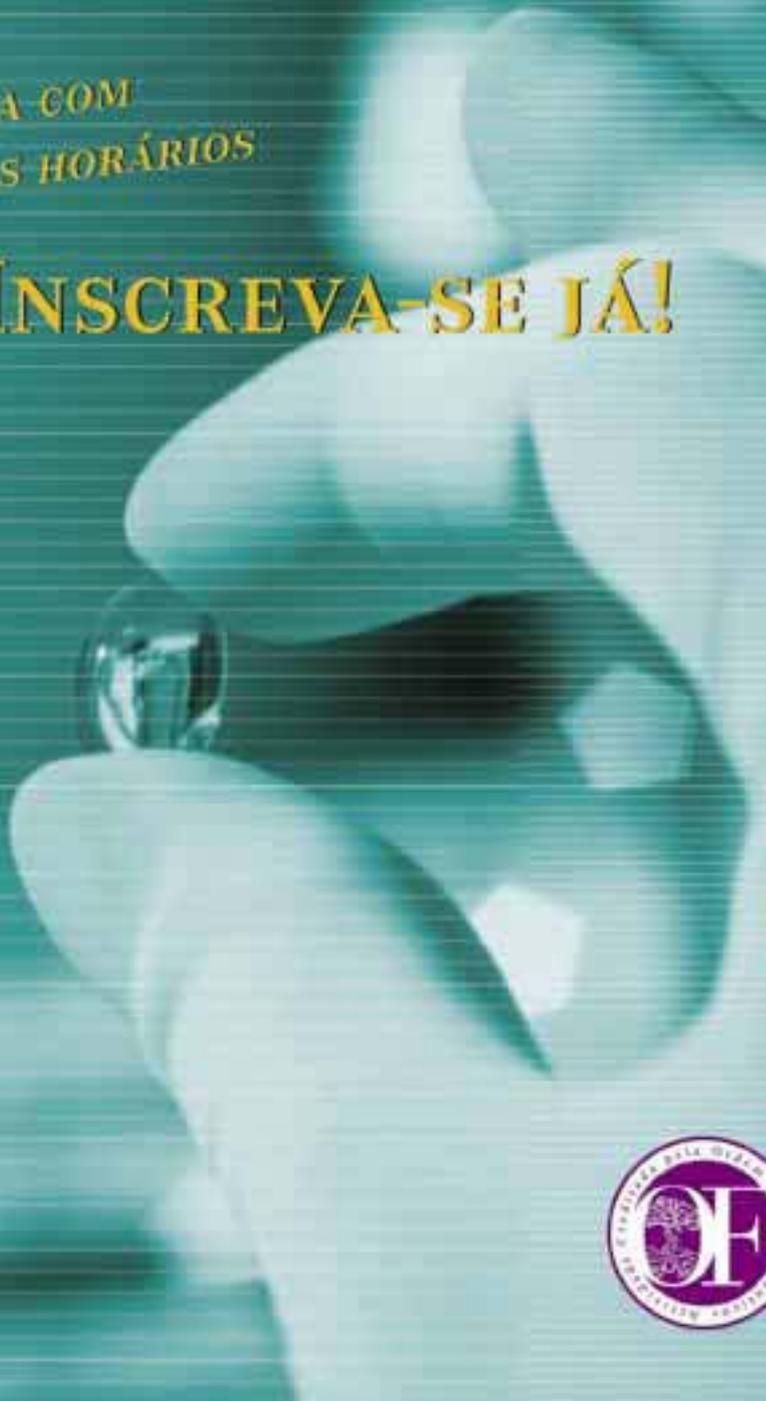
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO FARMACOTERAPIA

3ª EDIÇÃO

JANEIRO A DEZEMBRO 2008

*AGORA COM
NOVOS HORÁRIOS*

INSCREVA-SE JÁ!



ESCOLA DE
PÓS-GRADUAÇÃO
EM SAÚDE E GESTÃO

HOSPITAL AMADORA SINTRA,
SOCIEDADE GESTORA, SA

ASSOCIAÇÃO NACIONAL
DAS FARMÁCIAS

COM O APOIO:
ORDEM DOS FARMACÊUTICOS



Para mais informações:

Paula Santos

Tel.: 213400712 - Fax: 213400759 - Email: paula.santos@anf.pt

Congresso da FIP em Pequim

Um compromisso reforçado

O contributo dos farmacêuticos para o melhor uso dos medicamentos foi o tema que levou à capital chinesa cerca de três mil participantes no 67º Congresso Mundial da FIP. Uma discussão que se fez também em português.

“O tema deste 67º congresso constituiu uma declaração poderosa da nossa missão”. Foi assim que o presidente da Federação Internacional Farmacêutica (FIP, na sigla anglo-saxónica), o indiano Kamal Midha, inaugurou mais uma reunião magna dos farmacêuticos de todo o mundo.

Aos congressistas reunidos no Grande Palácio do Povo (Great Hall of the People, o equivalente à Assembleia da República portuguesa) deixou uma convicção: “O futuro da farmácia e dos cuidados de saúde através do

acesso adequado e do uso racional dos medicamentos está literalmente nas nossas mãos, quer como uma farmácia numa aldeia isolada de África, quer como uma unidade farmacêutica ultra moderna num hospital privado do Japão”.

Isto porque - enfatizou Kamal Midha, eleito no congresso de 2006 - ao enveredarem por esta profissão, os farmacêuticos decidem dedicar-se à saúde global e à qualidade de vida, construindo um mundo mais saudável.

Para atingir este objectivo, é necessária uma “forte liderança”, que estabeleça padrões exigentes, expectativas elevadas e propósitos nobres para a FIP e aqueles que a servem. Neste contexto, o presidente da federação enunciou as prioridades da sua agenda: a definição de padrões elevados para a educação e a prática, a utilização dos recursos humanos em prol da saúde e a promoção entre os farmacêuticos da consciência do seu papel na saúde pública. A este propósito, sublinhou que “os outros



profissionais de saúde, tal como os doentes, devem acreditar, confiar e respeitar os farmacêuticos enquanto prestadores de cuidados de saúde que asseguram a qualidade e a segurança”.

Para atingir estes objectivos, Kamal Midha defendeu ser necessário empreender algumas mudanças. A começar por um novo modelo de prestação de cuidados, em que o farmacêutico ofereça não apenas medicamentos, mas também aconselhamento e serviços como avaliação do uso dos medicamentos, cuidados farmacêuticos e gestão da doença e da terapêutica. “Este modelo deve substituir e eliminar o modelo antiquado e sem sentido de vender medicamentos como uma mercadoria comum”.

Um modelo focado no doente, mas tendo em conta a necessidade de perspectivar as populações como um todo, no entendimento de que, cada vez mais, a saúde dos indivíduos dependerá da saúde das populações. “Podemos fazer a diferença”, sublinhou.

Uma outra mudança preconizada

pelo presidente da FIP envolve a formação profissional, um instrumento que reputou de fundamental para que os farmacêuticos sejam respeitados como membros da equipa de saúde, merecedores de um estatuto igual por via de uma competência originada em elevados padrões formativos.

Ajudar os países subdesenvolvidos a conseguirem bons níveis de saúde deve ser igualmente um compromisso assumido pelos farmacêuticos, na óptica de Kamal Midha, que defende o uso das capacidades de comunicação e dos conhecimentos globais ao serviço dos povos que não têm acesso aos medicamentos ou que não sabem como tirar deles o melhor proveito.

Ainda no que respeita aos países menos desenvolvidos, considerou que a migração de farmacêuticos não pode ser ignorada: os países em desenvolvimento - sustentou - precisam e merecem profissionais de saúde adequadamente treinados.

Defendeu que os cuidados de saúde de elevada qualidade sejam reconhecidos como um direito e não como

um bem que está à venda: o acesso a bons cuidados de saúde é um direito de todos e os farmacêuticos devem conquistar o respeito através de práticas eficazes e eficientes em defesa desse direito. É que - afirmou - “o que nós, farmacêuticos, conseguimos ou não conseguimos em cada um dos nossos países afecta, não apenas o nosso país e o seu povo, mas o mundo inteiro”.

Finalmente, sustentou ser necessário intensificar a colaboração entre as ciências farmacêuticas e a prática profissional, no âmbito do esforço colectivo para corresponder aos desafios de um sistema de cuidados de saúde focado no doente e em intervenções centradas no medicamento.

Numa intervenção em que elogiou os esforços da China em prol do uso racional dos medicamentos, o presidente da FIP deixou um repto aos participantes: “Não podemos e não devemos falhar” na missão de assegurar a disponibilidade e a acessibilidade de medicamentos seguros e eficazes, quer nos países desenvolvidos, quer nas regiões mais negligenciadas do mundo.

Um programa vasto

Foram cerca de três mil os participantes neste 67º congresso da FIP, reunido de 31 de Agosto a 6 de Setembro na capital chinesa para debater o contributo dos farmacêuticos na promoção do melhor uso dos medicamentos. Um tema abordado nas suas diferentes vertentes, nomeadamente na profissional e na científica.

“Estratégias para a segurança dos medicamentos”, “As crenças pessoais, culturais e sociais e o uso dos medicamentos”, “Formação ao longo da vida e desenvolvimento profissional contínuo”, “Aprendizagem experimental - pontes entre a sala de aula e a prática”, “As dimensões sociais no desenvolvimento da profissão farmacêutica” e “Financiando o sistema de saúde” foram alguns dos painéis em que o tema principal se desdobrou.

Igualmente em foco estiveram “Os farmacêuticos e o ambiente”, “Como garantir o melhor resultado terapêutico de um produto farmacêutico”, “Resistência antimicrobiana - o papel do farmacêutico na gestão deste problema de saúde emergente”, “A comunicação do risco na segurança do doente”.

Com a China como anfitriã, o congresso versou ainda sobre a prática farmacêutica neste país de tradições milenares nas chamadas medicinas

alternativas, tendo dedicado diversas sessões à realidade asiática, nomeadamente em matéria de investigação e desenvolvimento.

Uma experiência portuguesa

À semelhança dos anteriores congressos da FIP também este teve participação portuguesa, com uma delegação composta por cerca de 80 farmacêuticos, com representantes da ANF e da Ordem dos Farmacêuticos.

Um congresso com esta dimensão constitui sempre uma oportunidade ímpar de enriquecimento profissional, mas também uma oportunidade para dar a conhecer o estado da arte em Portugal. Foi neste contexto que se enquadrou a intervenção de Sandra Lino, directora do CEDIME, no painel sobre “O uso da informática para melhorar a segurança dos medicamentos”.



Sandra Lino, CEDIME

“Conquistas na farmácia comunitária - as lições aprendidas” foi o ponto de partida para uma apresentação do Sifarma2000, o sistema informático que apoia a prática profissional nas farmácias associadas da ANF. Tal como preconizado pelo presidente da FIP, este é um sistema orientado para o doente e cujo propósito é otimizar a gestão dos medicamentos, virtualidades que Sandra Lino demonstrou em Pequim.

E fê-lo numa sessão de trabalho com moderação de outra portuguesa - Ema Paulino, da Secção de Farmácia de Oficina da FIP. O contributo de Ema Paulino havia já estado em foco num painel subordinado ao tema “Tendências da farmácia comunitária ã debatendo o futuro da profissão”, que moderou igualmente.

Assinatura portuguesa tiveram igualmente alguns dos pósteres presentes. José Cabrita foi co-autor de um poster subordinado ao tema “A fun-



Ivana Silva, PGEU, Maria João Toscano, Escola de Pós-Graduação em Saúde e Gestão e Ema Paulino, Direcção ANF

ção renal nos idosos: medicamentos e vigilância farmacêutica”, elaborado a partir de um estudo envolvendo 73 doentes e que concluiu que apenas 5,3% utilizavam correctamente os medicamentos.

Um outro poster, apresentado ainda por José Cabrita em colaboração com Renata Afonso, do Hospital Fernando da Fonseca, centrou-se na intervenção dos serviços farmacêuticos hospitalares na vigilância epidemiológica de infeções nosocomiais. Foram abrangidos 1028 doentes com o objectivo de testar a eficácia de um método de detecção daquelas infeções.

Janelas para o mundo da saúde

Esta foi, para os farmacêuticos chineses, em particular, e para os do continente asiático, em geral, uma exce-

lente oportunidade para mostrarem os mais recentes desenvolvimentos no domínio das ciências e da intervenção profissional farmacêuticas. Constituiu igualmente uma oportunidade para darem a conhecer a grandiosidade de uma cultura ancestral. A cerimónia de abertura, no Grande Palácio do Povo, evidenciou isso mesmo: perante representantes do governo chinês e das organizações farmacêuticas locais, os participantes no congresso puderam desfrutar de um espectáculo de música, dança e artes marciais chinesas.

Ao receber os congressistas, o presidente da FIP, Kamal Midha, classificou a federação como uma janela para o mundo dos cuidados de saúde e da profissão e ciências farmacêuticas: “Através da nossa rede de associações e alianças, tornamos a profissão farmacêutica visível e respeitada à escala global”.

Reinventar a prática

“Reinventar a prática de farmácia num mundo em mudança” é o tema do próximo congresso da FIP, já agendado para a cidade suíça de Basileia. De 29 de Agosto a 4 de Setembro de 2008, estarão em foco as novas tendências do sector farmacêutico, quer no domínio da intervenção profissional, quer no domínio da investigação científica.

No âmbito profissional, aquele que, naturalmente, mais interessa aos farmacêuticos de oficina, estão previstas quatro sessões de trabalho, subordinadas a temas como “Os sistemas de saúde em mudança”, “A prática de farmácia: presente e futuro”, “Os doentes como parceiros” e “Força de trabalho, competência e reforma da educação”.

O programa já disponível prevê que sejam discutidas algumas questões pertinentes num contexto de mudança: “Porque é que a prática farmacêutica necessita de ser diferente no futuro?”, “O que precisamos de continuar a fazer e o que precisamos de mudar?”, “Como podem os farmacêuticos contribuir para a gestão dos custos com os cuidados de saúde, incluindo o custo dos medicamentos futuros?” e “O que se perspectiva para a prática farmacêutica?”. Ainda sem tema, mas já com anfitrião definido está o 69º congresso: Istambul, na Turquia, será a cidade seguinte a receber a reunião magna dos farmacêuticos, em Setembro de 2009.

Presidência Portuguesa da UE propõe agenda sobre Saúde e Migrações



Decisões urgentes, soluções práticas

Foi em torno deste tema - Saúde e Migrações - que se desenvolveu o programa do Ministério da Saúde neste semestre em que Portugal preside à União Europeia. Um tema pertinente num contexto europeu caracterizado por contínuos fluxos migratórios, gerados no interior e no exterior do continente e da própria Comunidade. Portugal é um reflexo desse movimento de pessoas, não

obstante a mudança progressiva do seu estatuto face às migrações: de um tradicional local de saída transformou-se num ponto cada vez mais importante de entrada.

Portugal, tal como sublinhado pelo Ministério da Saúde, precisa de imigrantes. A UE precisa de imigrantes. Mas com estes grupos populacionais colocam-se algumas questões prementes de integração,

nomeadamente no acesso aos cuidados de saúde. E foi precisamente esta constatação que levou à organização da Conferência "Saúde e Migrações na UE - Melhor Saúde para Todos Numa Sociedade Inclusiva", o principal evento da Presidência Portuguesa na área da Saúde.

Isto porque a Presidência Portuguesa sentia "uma necessidade urgente" em colocar as migrações na agenda

Decisões urgentes, soluções práticas: é este binómio que a União Europeia deve aplicar nas políticas que visam a inclusão dos imigrantes nos seus sistemas de saúde. Esta é a perspectiva da Presidência Portuguesa da UE, que se propõe levá-la aos Estados-Membros e às instituições comunitárias, na convicção de que tanto a imigração como a saúde são fenómenos globais que requerem respostas globais.

de saúde da UE. Um “tema tão importante e tão adiado”, para o qual a conferência se propôs produzir uma base científica e de reflexão política, no entendimento de que as políticas de imigração da UE necessitam ser aperfeiçoadas, actualizadas e delineadas para enfrentar as necessidades de inclusão dos “recém-chegados”, proporcionando ao mesmo tempo condições de desenvolvimento aos países de origem dos imigrantes.

Para a Presidência Portuguesa, o acesso de todos aos cuidados de saúde deve ser visto como um pré-requisito de saúde pública da UE e um elemento essencial ao seu desenvolvimento social, económico e político. Trata-se da promoção dos direitos humanos mas não pode ser reduzido à condição de simples causa humanitária.

A partir destes pressupostos, foram

delineados dois objectivos principais para a Conferência: por um lado, identificar os principais problemas de saúde que afectam os migrantes na UE e as formas de responder às suas necessidades; por outro, concentrar na migração na UE, independentemente do tipo de migrantes, o enfoque da análise e a identificação das medidas.

Ao longo de dois dias de trabalhos (27 e 28 de Setembro) foram estes os desafios colocados aos participantes. Sob a presidência do Ministro da Saúde, Correia de Campos, estiveram reunidos em Lisboa políticos e representantes de instituições europeias e internacionais. Entre outras personalidades, a Conferência contou com a presença do Comissário Europeu para a Saúde e Protecção do Consumidor, Markos Kyprianou; da Directora-Geral

da Organização Mundial de Saúde, Margaret Chan; da Ministra da Saúde da Alemanha, Ulla Schmidt; do membro da Comissão do Emprego e dos Assuntos Sociais, Joel Hasse Ferreira; do Director Regional da OMS Europa, Marc Danzon; do Ministro da Saúde de Angola, Ruben Cicato, e do secretário de Estado da Saúde de Espanha, José Perez-Olmos, além do Presidente da Fundação Calouste Gulbenkian, Emílio Rui Vilar, que foi o anfitrião do encontro.

Formação deve contemplar saúde dos migrantes

Os trabalhos desenvolveram-se sob a forma de sessões plenárias paralelas e seminários temáticos, além de pai-

néis interministeriais. As duas sessões plenárias foram subordinadas aos temas “Saúde e Migrações na UE” (com o objectivo de proporcionar uma visão geral da dimensão demográfica dos fluxos migratórios na União e dos desafios epidemiológicos que se colocam com a mobilidade das populações) e “Saúde dos Migrantes - Um Desafio para a Saúde em Todas as Políticas” (que se propôs identificar os factores que mais influenciam a saúde e sugerir, entre os instrumentos da política, que oportunidades existem para a promoção da saúde dos migrantes).

As sessões paralelas versaram a “Promoção da Saúde - Melhor Saúde para Todos numa Sociedade Inclusiva”, “Prevenção da Doença - o Desafio das Doenças Transmissíveis e das Enfermidades Crónicas” e “Acesso a Cuidados de Saúde - Informação, Práticas e Pesquisa”.

Também foram organizados quatro seminários temáticos, subordinados aos temas “Saúde Mental”, “Saúde Ocupacional, Condições de Trabalho e Acidentes de Trabalho”, “Mulher,

Saúde e Criança” e “Acessibilidade e Qualidade de Cuidados”. Este último seminário centrou-se no acesso aos cuidados de saúde por parte dos migrantes documentados e não documentados, com a percepção de que esse acesso é limitado pela insuficiente informação e preparação dos profissionais de saúde.

Em conformidade, a versão provisória das recomendações/conclusões preconiza a promoção da educação intercultural para profissionais de saúde, de modo a assegurar melhores cuidados médicos e sociais. Foi privilegiada ainda a acção na área da promoção da saúde, da diminuição dos factores de risco e prevenção de doenças como a diabetes, a obesidade, a hipertensão, as doenças sexualmente transmissíveis, o VIH/SIDA e a tuberculose, entre outras.

A propósito da formação, espera-se que as recomendações deste seminário específico incluam uma referência à necessidade de o currículo da licenciatura de Ciências Farmacêuticas contemplar igualmente a saúde dos migrantes, e não só o currículo das

licenciaturas de profissionais de saúde como médicos e enfermeiros. Não só porque o farmacêutico é um dos membros da equipa de saúde, mas também porque, devido à sua elevada acessibilidade, a farmácia é com frequência a porta de entrada para o encaminhamento dos migrantes no sistema de cuidados de saúde. Daí que a farmácia e os farmacêuticos não devam ser descurados como parceiros no desenvolvimento de uma estratégia para melhorar a acessibilidade e a qualidade dos cuidados aos migrantes.

Contributos para uma estratégia

Durante a Conferência foram apresentados três documentos preparados especialmente para a ocasião: um “Parecer sobre a Saúde e Migrações” do Comité Económico e Social Europeu, o relatório “Boas Práticas para a Saúde e Migração na UE” (“Good Practices on Health and Migration in the EU”, solicitado pela



DG SANCO) e o relatório “Desafios para a Saúde na Era da Migração” (“Challenges for Health in the Age of Migration”, solicitado pela Presidência Portuguesa e pelo Ministério da Saúde português).

A apresentação das conclusões da Conferência esteve a cargo do Alto-Comissário da Saúde e Coordenador da Presidência Portuguesa da UE - Saúde, José Pereira Miguel.

Nas conclusões gerais ficou plasmada a importância dos imigrantes para o crescimento demográfico e económico da Europa e da União Europeia. A propósito, afirmou Pereira Miguel que a Saúde, o diálogo intercultural, a integração e o desenvolvimento económico constituem temas indissociáveis: “O acesso aos cuidados de saúde por todos deve ser visto como um pré-requisito da saúde pública da União Europeia e um elemento essencial do seu desenvolvimento social, económico e político, bem como da promoção dos direitos humanos”.

Contudo, os imigrantes são, de um modo geral, expostos a riscos acrescidos para a saúde, semelhantes aos

dos grupos mais desfavorecidos das sociedades que os acolhem. Tanto as políticas nacionais como as da UE devem ter este aspecto em conta e adoptar práticas que promovam e protejam a saúde. Tais práticas devem contemplar a diversidade: os imigrantes não constituem um grupo uniforme de pessoas, sendo muito diferentes no que se refere ao nível da educação, à origem étnica, à posição social, ao estatuto económico, às práticas culturais, à religião e à língua. As políticas que os contemplam devem portanto ser selectivas, em termos de intervenção, e requerem um profundo conhecimento daqueles a quem são direccionadas.

Devem também ser coerentes e considerar a saúde como uma componente-chave da integração e da cooperação com os países de onde os emigrantes são originários. Por outro lado, as necessidades dos trabalhadores migrantes devem ser contempladas nas políticas sociais e de emprego. Para a Presidência Portuguesa, a próxima Estratégia Europeia de Saúde deve incluir as questões da saúde dos

imigrantes. Com a sessão de encerramento dominada pelas intervenções da Directora-Geral da OMS, Margaret Chan, e do ministro da Saúde de Portugal, Correia de Campos, a Conferência deixou um conjunto de mensagens finais: problemas globais como a saúde e a migração pedem respostas globais urgentes; a União Europeia tem o dever de assumir a liderança na procura de soluções para a questão da migração; e decisões políticas urgentes devem abrir caminho a soluções práticas.

A Presidência Portuguesa considerou os resultados da Conferência como uma base sólida para encorajar os Estados-Membros, a Comissão e o Parlamento Europeu a melhorar as políticas de imigração de forma que a questão da saúde dos migrantes constitua um assunto nuclear.

As conclusões servirão de base a um relatório a apresentar no próximo Conselho Europeu de Ministros da Saúde, a 5 e 6 de Dezembro, cujo tema será “Pessoas em Mobilidade: Direitos Humanos e Desafios para os Sistemas de Saúde”.

Comissão Europeia visa legislação farmacêutica



O sector farmacêutico é tradicionalmente um sector altamente regulado. Assim acontece na maioria dos Estados-Membros da União Europeia (UE), com provas dadas de que a regulação é garante de uma intervenção profissional que se rege por elevados padrões de qualidade, em que o consumidor é a prioridade central, salvaguardando o interesse público. Não obstante esta realidade indelével pela confiança que os utentes dos serviços farmacêuticos neles depositam, tem-se assistido na União

Europeia a uma tendência de liberalização, de que a Comissão Europeia tem sido motor activo e que alguns países têm transposto para a respectiva legislação nacional. Portugal é, porventura, o exemplo mais recente e mais flagrante da desregulamentação progressiva, nomeadamente ao nível dos critérios de instalação e de propriedade da farmácia. A tendência liberalizadora ganhou contornos supranacionais a partir da aprovação da Estratégia de Lisboa, na sequência da qual foi proposta uma

Directiva para a área dos serviços no Mercado Interno que pretendia aplicar aos serviços de saúde, incluindo os serviços farmacêuticos, as regras de mercado, nomeadamente o princípio da livre concorrência. Uma intenção que fracassou, mas que não pôs termo à ofensiva liberalizadora. Numa tentativa de contornar a Directiva que excluiu os serviços de saúde do seu âmbito de aplicação da Direcção-Geral da Concorrência da Comissão Europeia tem desencadeado um conjunto de acções legais diri-

Sob pressão

As ofensivas da Comissão Europeia contra a regulação do sector farmacêutico continuam, não obstante a Saúde ter sido excluída da polémica Directiva Serviços. Oito acções legais estão em curso, estando a Dinamarca e a França entre os visados por mais uma tentativa de fazer vingar a concorrência num mercado imperfeito como o dos medicamentos.

gidas a vários Estados-Membros. Actualmente, estão em curso sete acções legais: seis procedimentos de infracção e uma referência preliminar. Trata-se de fórmulas distintas, nomeadamente quanto à proveniência: uma referência preliminar é suscitada por um tribunal de um Estado-Membro, quando um assunto nacional tem implicações com a legislação comunitária, sendo dirigida ao Tribunal Europeu de Justiça para clarificação; já o procedimento de infracção é desencadeado pela Comissão Europeia, visando o governo de um Estado-Membro, com base na argumentação de que determinada legislação nacional não é compatível com a lei europeia. Itália, Áustria, Espanha, Alemanha,

França e Dinamarca são os Estados-Membros visados por procedimentos de infracção, enquanto a referência preliminar diz igualmente respeito à Alemanha.

França e Dinamarca: casos recentes

A França e a Dinamarca são igualmente dois dos casos mais recentes. O processo que envolve a França remonta a Março deste ano, quando o governo recebeu uma notificação formal, o primeiro estágio do procedimento de infracção. Nela a Comissão Europeia questionava alguns aspectos essenciais da legislação farmacêutica francesa: a reserva de propriedade da farmácia a farmacêuticos, a

proibição de deter mais do que uma farmácia, a incompatibilidade com o exercício de outra profissão e o papel da Ordem dos Farmacêuticos no sistema de concessão de farmácias.

Uma decisão relativa aos critérios de instalação foi entretanto adiada, aguardando as conclusões de um estudo sobre planeamento territorial. Enquanto isso decorre o processo de negociação entre a Comissão e o Estado francês com vista aos demais aspectos questionados na notificação.

Muitas destas questões são as que estão também em causa noutros procedimentos de infracção, nomeadamente o que visa a Áustria. A Comissão enviou ao governo austríaco um parecer fundamentado dan-

do conta da incompatibilidade da legislação nacional com a liberdade de estabelecimento consagrada no Tratado Europeu. Em foco estão aspectos como a impossibilidade de um cidadão não-nacional ser proprietário de uma farmácia na Áustria, os limites demográficos e geográficos para abertura de farmácias, a proibição de se gerir mais do que uma farmácia, entre outros. Também aqui a Comissão aceitou rever a sua posição relativamente aos critérios de instalação.

Distinta é a situação que opõe a Dinamarca à Comissão. O que está em causa é o sistema que restringe a possibilidade de reembolso de medicamentos adquiridos em outros Estados-Membros, tendo o governo dinamarquês sido notificado formalmente em Abril último.

Em resposta, as autoridades dinamarquesas sustentam que a legislação nacional é plenamente conforme ao Tratado CE, nomeadamente aos seus artigos 28 e 30, relativos à proibição

das restrições quantitativas entre Estados-Membros. O governo dinamarquês argumenta que, ao negar o reembolso de medicamentos adquiridos além-fronteiras, está a zelar pela segurança e saúde dos próprios dinamarqueses, na medida em que o sistema de distribuição de medicamentos não está harmonizado em toda a União Europeia, com os padrões de dispensa e controlo a serem da competência nacional.

Assim sendo - sublinha - é impossível assegurar, como sustenta a Comissão, que a aquisição de medicamentos em outros Estados-Membros seja sujeita às garantias oferecidas pelas farmácias dinamarquesas, em termos de disponibilização de informação correcta, de aconselhamento e da própria qualidade.

Sustenta igualmente que o sector farmacêutico na Dinamarca se caracteriza por um sistema de financiamento solidário, que - a se verificarem as premissas defendidas pela Comissão - seria substituído por um modelo de

financiamento em que os custos recairiam sobre os doentes.

Além do mais, a legislação dinamarquesa está em consonância com a da maioria dos Estados-Membros, que também não reembolsam medicamentos adquiridos noutra Estado-Membro, seja numa farmácia tradicional, seja através da Internet, sendo que nenhum desses países manifestou a intenção de alterar esta disposição legal.

Alemanha e Itália resistem à Comissão

Também específico é o processo que respeita à Alemanha, alvo de duas acções legais. Uma delas corresponde a um procedimento de infracção em que são visadas as farmácias que fornecem os hospitais, com a Comissão a questionar o critério segundo o qual os hospitais devem ter um fornecedor único, não podendo ser abastecidos por diferentes farmácias.

A outra acção centra-se na proprieda-



de da farmácia, sendo dirigida a uma farmácia pertencente à cadeia holandesa DocMorris, vocacionada para a dispensa de medicamentos através da Internet. O que está em causa é a abertura de uma farmácia física na localidade alemã de Saarbrücken: um tribunal administrativo determinou o seu encerramento, mas, posteriormente, um tribunal superior revogou este acórdão, considerando que a farmácia podia manter-se a funcionar até uma decisão do Tribunal Europeu de Justiça.

A abertura de uma farmácia detida por não farmacêuticos é contrária à lei alemã e isso mesmo argumentou o governo na posição enviada ao Tribunal Europeu, adiantando que a proibição é determinada pela defesa do interesse público. Só os farmacêuticos - acrescenta - foram mandatados legalmente para dispensar medicamentos ao público. Além disso, esta proibição assegura a independência dos farmacêuticos, na medida em que se inviabiliza que outros interesses - como os orientados para o lucro

- se sobreponham e influenciem os deveres profissionais.

Entende o governo alemão que a proibição - que também inviabiliza a concentração - é adequada e proporcional aos seus objectivos.

Mais avançado em termos de processo legal está o diferendo entre a Comissão e Itália. A Comissão pretende que o Tribunal Europeu de Justiça declare que o governo italiano falhou na sua obrigação de cumprir o Tratado, na medida em que, entre outras razões, manteve a sua legislação farmacêutica, ao abrigo da qual o sector é regulado nomeadamente no que respeita à reserva de propriedade da farmácia.

O processo está ainda para decisão, tendo o Tribunal recebido cinco pedidos de audição (dos governos da Alemanha, Espanha, França, Grécia e Letónia) que intervêm a favor da Itália.

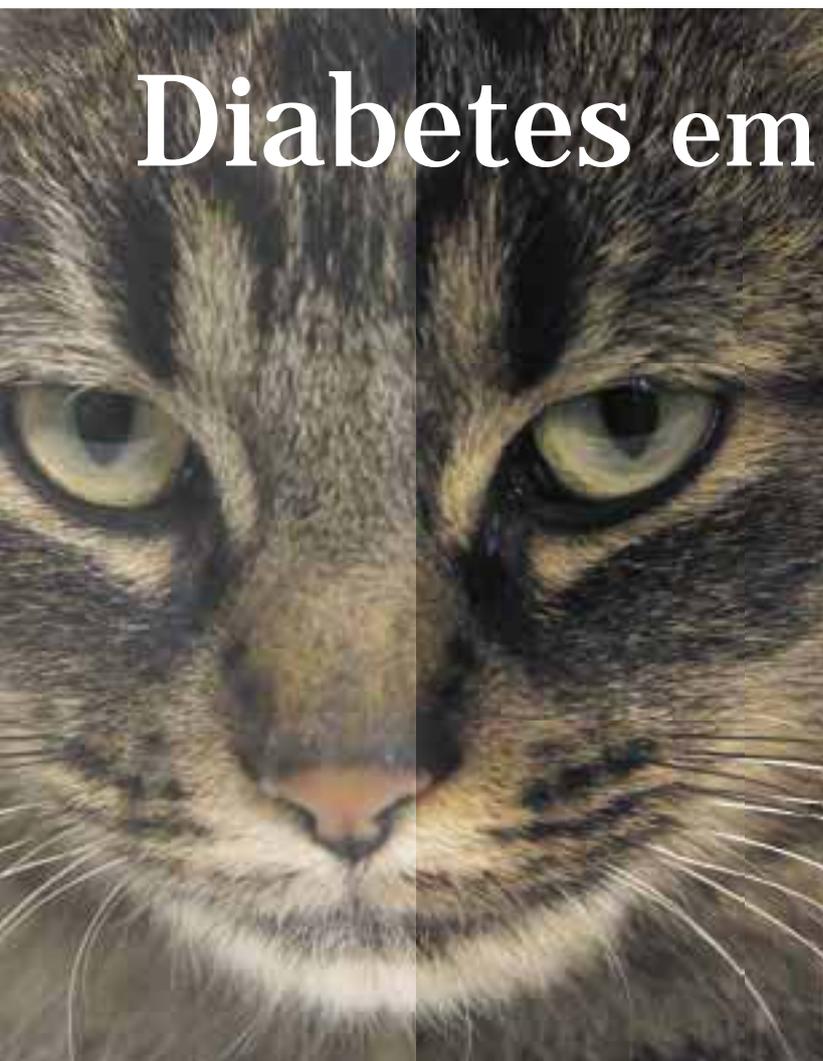
A Itália é, aliás, um dos Estados mais determinados na defesa da regulação do sector, sobretudo em matéria de reserva da propriedade de

farmácia. Para o governo italiano é mesmo inadmissível que a Comissão Europeia intervenha num domínio de competência exclusiva de cada país, no caso italiano consagrada inclusivamente na Constituição.

O facto de a propriedade pertencer apenas a farmacêuticos é garante da protecção da saúde pública, bem como da qualidade dos cuidados prestados à população. As mesmas garantias são dadas pela concentração da propriedade e da direcção técnica na mesma pessoa, sendo as farmácias serviços de interesse público, com deveres de serviço público. A aplicação das regras de mercado, tal como pretende a Comissão, poria em causa a missão confiada às farmácias e aos farmacêuticos.

Esta argumentação é comum à de outros Estados-Membros, em particular a Espanha e a França, que têm reagido às pretensões liberalizadoras da Comissão Europeia. Mas a verdade é que, apesar de os serviços de saúde terem ficado de fora da Directiva Serviços, a pressão se mantém.

Diabetes em cães e gatos



É menos comum do que nos seres humanos, mas também afecta cães e gatos: trata-se da diabetes e entre os factores que a denunciam nestes animais está um aumento do apetite acompanhado de uma contraditória perda de peso. O diagnóstico precoce contribui para que tenham uma boa expectativa de vida.

Tal como acontece entre os seres humanos, a diabetes nos animais de estimação está associada a um aumento da esperança de vida. Actualmente, graças aos cuidados proporcionados pelos donos, tanto os cães como os gatos têm uma existência mais longa, o que os torna mais vulneráveis a algumas doenças.

Na verdade, embora se possa declarar em qualquer idade, a diabetes atinge principalmente animais idosos. E também à semelhança do que ocorre entre os seres humanos, é cada vez mais comum em animais sedentários

e obesos. Afinal, o estilo de vida dos cães e gatos domésticos tende a reflectir o estilo de vida dos donos. No que respeita a estes animais de pequeno porte considera-se dois tipos de diabetes – *mellitus* e *insipidus*, o primeiro mais comum e o segundo de manifestação esporádica. Vejamos cada um deles. Na origem da diabetes *mellitus* está a incapacidade do organismo em utilizar a glucose por via de uma deficiência em insulina, a hormona produzida pelo pâncreas e cuja função é permitir a entrada da glucose nas células onde é transfor-

mada em energia. Ora, na impossibilidade de ser utilizada pelas células, a glucose começa a acumular-se no sangue. Ao mesmo tempo, as células, privadas da sua fonte habitual de energia, são forçadas a procurar outro combustível, encontrando-o na gordura e nas proteínas do corpo. São estes dois fenómenos que explicam duas das principais manifestações da diabetes nos animais: por um lado, uma ingestão de água superior ao habitual e uma maior produção de urina e, por outro, o emagrecimento sem causa aparente apesar de um apetite

acrescido. Na prática, o animal bebe mais água e urina mais em reacção a uma tentativa do organismo de diluir e de expulsar a glucose concentrada no sangue. E perde peso porque as células usam os nutrientes fornecidos pela alimentação como energia para sobreviverem, amadurecerem e se multiplicarem. São estes os sintomas que devem motivar uma consulta veterinária, no sentido de um diagnóstico o mais precoce possível.

Diferentes nas causas e no tratamento

Quanto às causas, existem algumas diferenças entre cães e gatos. Nos cães, os estudos mais recentes sobre a doença apontam para uma destruição auto-imune das ilhotas de Langerhans (agrupamentos de células pancreáticas responsáveis pela produção de insulina), embora possam existir outros fenómenos subjacentes, como hiperadrenocorticismos, obesidade, infecções crónicas (sendo as mais comuns as urinárias subdiagnosticadas e periodontites crónicas) e, no caso específico das cadelas, o cio. Refira-se, a propósito, a vantagem de proceder à castração das cadelas a que seja diagnosticada diabetes, pois durante o cio são libertadas hormonas que impedem a acção da insulina, dificultando o tratamento e contribuindo para o agravamento

da doença. É que o tratamento da diabetes *mellitus* nos cães implica a administração de insulina para toda a vida. O mesmo não acontece com os gatos, em que este tipo de diabetes é, quase sempre, temporário e, com frequência, associado a pancreatites, obesidade e infecções crónicas em qualquer parte do organismo. Os gatos recuperam facilmente da doença, carecendo de insulina apenas na fase inicial, após o que podem ser tratados com recurso a antidiabéticos orais. Dieta e exercício físico complementam o plano de controlo da doença. Nuns e noutros, o diagnóstico envolve a demonstração de hiperglicemia (> 250 mg/dl) e glicosúria persistentes, a par dos sintomas clínicos já descritos. Nem todas as raças são afectadas da mesma forma: entre as caninas, existe uma maior predisposição nos *poodle*, *cocker*, *beagle*, *pinscher*, *rotweiler* e *schnauzers*, enquanto entre os felinos a doença parece prevaler entre os siameses. Mais rara é a diabetes *insipidus*, de que existem dois tipos: na origem do tipo I está uma diminuição da produção da hormona vasopressina pela glândula pituitária, enquanto no tipo II se verifica uma disfunção ao nível dos rins que impede a acção da vasopressina. Os animais com esta forma esporádica de diabetes apresentam alguns sintomas comuns aos que sofrem de

diabetes *mellitus*, nomeadamente um maior consumo de água e uma maior produção de urina, o que se deve ao facto de aquela hormona ser responsável pela reabsorção de líquidos antes da formação da urina.

Os animais que produzem vasopressina em quantidade insuficiente ou que apresentam a deficiência renal que inviabiliza a sua acção acabam por perder demasiada água através da urina (poliúria) e por, em compensação, ingerir uma maior quantidade de água do que o habitual (polidipsia).

Esta é uma doença de difícil diagnóstico mas de tratamento fácil porquanto basta aplicar algumas gotas com vasopressina na conjuntiva do cão ou do gato afectado.

A diabetes é, como já se referiu, uma doença cuja prevalência está a aumentar entre cães e gatos. No entanto, há o risco de, por ser ainda considerada uma doença do ser humano, os seus sintomas serem desvalorizados ou mal interpretados pelos donos.

A farmácia, pela sua proximidade com as populações, assume aqui um papel importante na informação sobre este problema de saúde animal, esclarecendo os donos e referenciando para o médico veterinário. Afinal, quando diagnosticados a tempo, cães e gatos diabéticos podem viver tanto como os saudáveis.



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.

À conquista do espaço

O Museu da Farmácia viu reconhecido o seu esforço na divulgação da aventura espacial: numa singela homenagem, a Embaixada dos Estados Unidos em Lisboa ofertou-lhe a bandeira nacional que viajou a bordo do “Discovery” na sua missão de Agosto de 2001.



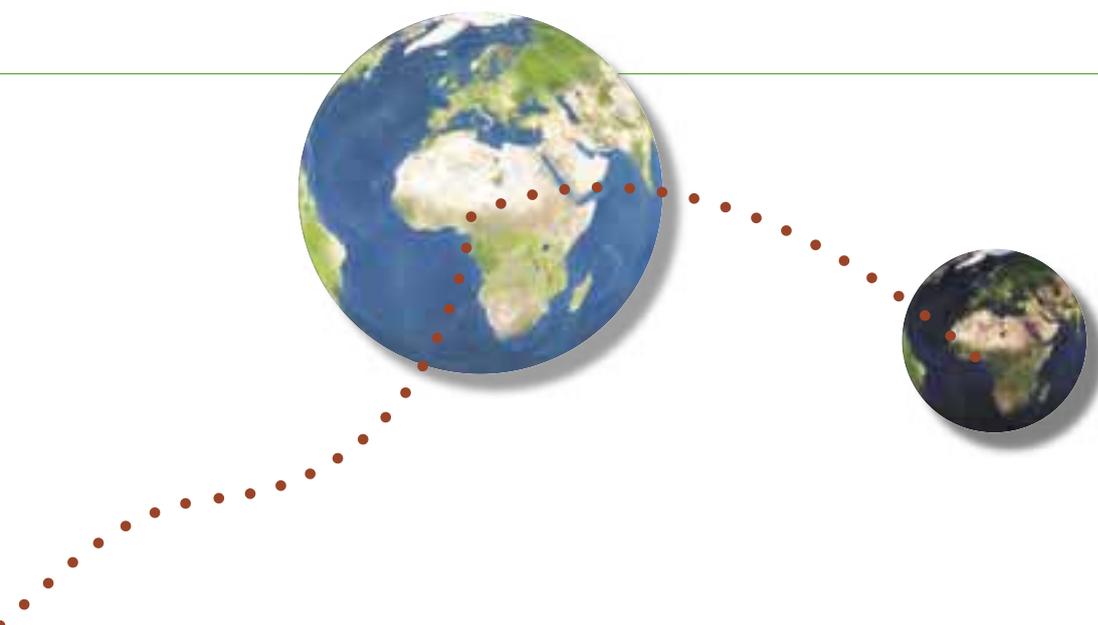
Desde a sua criação o Museu da Farmácia apostou em ser mais do que um repositório de património, por maior que seja o seu valor histórico-cultural. Nos seus 26 anos enquanto projecto – 11 de abertura ao público – tem estado subjacente a filosofia de que este é um espaço de conhecimento, em que a farmácia e a saúde são indissociáveis das demais actividades do homem.

Daí que cada uma das peças exibidas seja apenas um elo de uma cadeia em que o propósito maior é o de promover o entendimento sobre os grandes passos da humanidade. Não obstante cada uma delas valer por si, todas são enquadradas de forma a proporcionar uma mais-valia ao visitante.

Neste contexto, a farmácia é entendida num sentido muito lato: sendo cerne do Museu, é o ponto de partida para um espólio abrangente e diversificado, em que há lugar para peças de um passado mais remoto e outras de um passado tão recente que ainda faz parte do presente. Há lugar para realidades mais próximas e outras mais distantes. Para as do quotidiano e para as do imaginário. É assim que se explica o destaque concedido à aventura espacial. Num percurso museológico que começa pelos primórdios da humanidade, o último quadro é ocupado por objectos que partilharam a conquista do espaço pelos cosmonautas russos (ex-soviéticos) e pelos astronautas norte-americanos.

Do lado da ex-URSS é possível ver equipamento utilizado na estação espacial MIR, bem como em missões mais actuais, enquanto do lado dos Estados Unidos é possível contactar com duas farmácias portáteis que integraram o voo do “Endeavour” em Dezembro de 2000.

Em breve juntar-se-á a este espólio um aparelho para purificar a água, a que o Museu teve acesso junto da NASA. Foi utilizado no programa Apollo, responsável por colocar 12 homens na lua, a começar pelo histórico Neil Armstrong, em Julho de 1969. Interrompido em 1972, devido aos elevados custos, este programa espacial norte-americano previa a existência a bordo de equipamento



que permitisse aos astronautas sobreviver em condições adversas, nomeadamente perante um imprevisto que fizesse adiar o regresso à Terra. Era esse o propósito do aparelho agora adquirido pelo Museu.

A aventura espacial vista pelo Museu da Farmácia está, no entanto, incompleta. Os Estados Unidos e a Rússia (que herdou o legado da União Soviética) têm, há alguns anos, um concorrente de peso: a China, que lançou em 2003 o seu primeiro voo tripulado, com um sucesso que repetiu em 2005. Várias décadas depois, a China está aposta em chegar à lua, sendo 2017 a meta a alcançar. O interesse do Museu pelo espaço também se conta nos bastidores: porque nem tudo está exposto, nomeadamente um relatório médico do primeiro voo tripulado dos Estados Unidos – estava-se em 1962 e a bordo ia John Glenn.

A Ciência e o público

São três pequenas peças: três ampolas. Contêm chá preto e chá verde, dos Açores, e hipericão do Gerês.

Integraram um projecto do INETI (Instituto Nacional de Engenharia, Tecnologia e Inovação) e viajaram a bordo do “Endeavour”, em 2001, no âmbito de uma experiência que visava avaliar o seu comportamento enquanto plantas medicinais num ambiente sem gravidade. Extraídas as conclusões – que apontam para um menor grau de impurezas e uma maior eficácia na ausência de gravidade – as amostras foram doadas ao Museu da Farmácia.

João Neto, director do Museu, destaca esta atitude do INETI como exemplo do reconhecimento do papel da Museologia na divulgação do conhecimento científico. Na sua opinião, ao doar as ampolas, o Instituto confirmou a missão educativa dos museus. Uma missão que é, assumidamente, do Museu da Farmácia, cuja equipa se orgulha de fazer a ponte entre a investigação científica e o grande público.

Basta pensar no valor que, de imediato, se atribui a uma peça exposta em qualquer museu: a ela está, inevitavelmente, associada a idade de preciosi-

dade, de tesouro, o que constitui uma vantagem quando a aposta é chegar mais longe na mensagem a transmitir. Bem longe chegou a pequena bandeira portuguesa entregue a 20 de Setembro último ao director do Museu da Farmácia pelo embaixador dos Estados Unidos em Lisboa, Alfred Hoffman, Jr: viajou no vaivém espacial “Discovery”, na missão que o levou à Estação Espacial Internacional em Agosto de 2001.

Integrada num conjunto fotográfico representativo da missão do vaivém espacial, incluindo uma vista orbital de Lisboa tirada a 278 quilómetros de altitude, a bandeira simboliza o reconhecimento “pelos esforços notáveis na educação e no desenvolvimento de actividades de apoio à exploração espacial pelo homem”.

Para João Neto, este acto simbólico é fruto das relações estreitas que o Museu estabeleceu com a NASA, sendo através dele validado o contributo do Museu, à sua escala, para um melhor entendimento da aventura espacial. Por isso mesmo, é também uma conquista.



Saúde oral na infância

Dentes para a vida

Autor: CEDIME

Os dentes decíduos, ou dentes de leite, começam a sua formação por volta da quinta - sexta semana de vida intra-uterina e, a partir do sexto mês de vida, tem início o processo de erupção dentária.

A dentição decídua tem, regra geral, 20 dentes. Entre os 6 e os 14 meses nascem, habitualmente, os primeiros dentes - os incisivos médios inferiores. Seguem-se os quatro superiores e os dois laterais inferiores.

Entre os 12 e os 18 meses, em regra, nascem os primeiros molares, ficando entre os incisivos e estes dentes, um espaço vazio reservado aos caninos.

Entre os 18 e os 24 meses nascem os caninos.

Entre os 24 e os 30 meses nascem os segundos molares. E completa-se assim a dentição "de leite".

Apesar de ser esta a considerada ordem normal, é possível que seja completamente alterada.

A criança pode nascer já com um dente visível na cavidade oral ou, em oposição, o primeiro dente nascer só depois dos 12 meses e, em vez da erupção espaçada, verifica-se o surgimento de vários dentes em simultâneo.

A acompanhar todo este processo,

está vulgarmente presente um conjunto de sinais e sintomas típicos, como:

- Um ligeiro inchaço do tecido gengival, por vezes acompanhado por uma coloração azulada
- Rubor ou erupção da face, próximo da zona de erupção do dente
- Aumento da produção de saliva resultando no típico babar contínuo das crianças
- Irritabilidade

Apesar de associados, febre, diarreia ou congestão nasal não são, necessariamente, sintomas resultantes do processo da dentição.



**DENTIÇÃO DECÍDUA
(DENTES DE LEITE)**

Arcada Superior	Erupção
1. Incisivo Central	8-12 meses
2. Incisivo Lateral	9-13 meses
3. Canino	16-22 meses
4. 1º Molar	13-19 meses
5. 2º Molar	25-33 meses
Arcada Inferior	Erupção
6. 2º Molar	23-31 meses
7. 1º Molar	14-18 meses
9. Incisivo Lateral	10-16 meses
10. Incisivo Central	6-10 meses

A mudança dos dentes

A mudança dos dentes dá-se normalmente em duas fases: entre os 6-8 anos e entre os 10-12 anos.

Pelos 6 anos aparece o primeiro molar permanente que erupciona atrás do 2º molar decíduo. Por não

implicar a queda de nenhum dente temporário, a presença do 1º dente permanente pode passar despercebida ou mesmo confundir os pais que pensam que será substituído posteriormente.¹



DENTIÇÃO DEFINITIVA

Arcada Superior	Erupção
1. Incisivo Central	7-8 meses
2. Incisivo Lateral	8-9 meses
3. Canino	11-12 meses
4. 1º Pré-Molar	10-11 meses
5. 2º Pré-Molar	10-12 meses
6. 1º Molar	6-7 meses
7. 2º Molar	12-13 meses
8. 3º Molar (dente do siso)	17-21 meses
Arcada Inferior	Erupção
9. 3º Molar (dente do siso)	17-21 meses
10. 2º Molar	11-13 meses
11. 1º Molar	6-7 meses
12. 2º Pré-Molar	11-12 meses
13. 1º Pré-Molar	10-12 meses
14. Canino	9-10 meses
15. Incisivo Lateral	7-8 meses
16. Incisivo Central	6-7 meses

Como ajudar o bebé...

Muitos bebés não têm qualquer problema com o nascimento dos dentes.

No entanto alguns podem mostrar-se mais agitados, irritáveis e com alterações do apetite ou do sono.

Assim, é útil ter presente algumas medidas para aliviar o desconforto do bebé:

- Dê ao bebé algo para morder: anéis de dentição ou alimentos duros, como côdea de pão, maçã ou cenoura, vigiando para evitar que o bebé se engasgue com um pedaço de alimento.

Assegure que os objectos que o bebé tem acessíveis para morder são suficientemente grandes para que ele não os engula.

Os anéis de dentição podem ser colocados no frigorífico para refrescar, no entanto, não devem ser colocados no congelador dado que, se demasiado duros, podem magoar as gengivas já fragilizadas do bebé.

- Limpe regularmente a baba da cara do bebé para evitar que a pele fica irritada. Se necessário aplique um creme protector.
- Caso o bebé se mostre muito incomodado, pode aplicar um gel anestésico local apropriado para as suas gengivas, ou mesmo recorrer ao paracetamol, sempre de acordo com o conselho do médico do bebé.

Da dentição decídua aos dentes para a vida

Da mãe para o bebé

Os cuidados de Saúde Oral infantil devem iniciar-se no período pré-natal.

Os futuros pais devem ser sensibilizados para a importância de uma boa Saúde Oral no contexto da saúde global.

No período de gestação a mulher encontra-se mais receptiva à aquisição de novos conhecimentos e a mudar hábitos que influenciem a saúde do bebé.

Tal torna este período numa oportunidade única para intervir, educando para a saúde.¹

A boa saúde oral da mãe favorece a boa saúde oral do filho. A futura mãe deve fazer todos os tratamentos dentários necessários a uma boa saúde oral. Mesmo já estando grávida e tendo dentes cariados ou doença periodontal, não deve deixar de proceder ao necessário tratamento.²

Ao longo da gravidez, a saúde oral da mãe deve ser rigorosamente vigiada, especialmente durante o 3º trimestre, fase de maturação do esmalte da dentição decídua.

O *Streptococcus mutans* é o principal responsável pelos processos cariogénicos. É transmitido através da saliva por intermédio de beijos, mãos ou pele contaminadas, ou de alimentos. A primeira colonização ocorre geralmente entre os 6 e os 18 meses de vida, por vezes antes da erupção dos primeiros dentes.

Quanto mais cedo se der a colonização, mais rápida é a progressão da doença e maior a destruição do tecido dentário.³

A redução dos níveis de *Streptococcus mutans* da mãe pode ser conseguida através da prevenção e tratamento de cáries e de uma correcta instrução e motivação para a saúde oral, podendo durante a gravidez obter-se um bom controlo da flora oral através da utilização de clorexidina (elixir, dentífricos ou gel) e/ou xilitol (pastilhas elásticas), e da prática de uma correcta higiene oral.³

A cárie dentária nas crianças

A cárie dentária é uma doença infecciosa, de origem microbiana, localizada nos tecidos duros dentários. Inicia-se por uma desmineralização do esmalte, provocada por ácidos orgânicos produzidos por bactérias orais específicas que metabolizam os hidratos de carbono da dieta.

Os micro-organismos com capacidade cariogénica não determinam, por si só, o desenvolvimento de cárie dentária, sendo necessário o substrato adequado (hidratos de carbono como a sacarose, a glucose e a frutose) e condições fisiológicas do hospedeiro que permitam a sua colonização e sobrevivência.¹

No desenvolvimento da cárie, o mais importante não é a quantidade absoluta de açúcares ingeridos mas sim a consistência dos açúcares e a frequência do seu consumo.³

Logo após a erupção, o esmalte apresenta superfícies que se encontram ainda nos estádios finais de calcificação, mineralização e incorporação de flúor. Esta hipomaturação temporária do esmalte dentário torna o dente mais susceptível à cárie imediatamente após a erupção.³

O diagnóstico de cárie em qualquer superfície dentária de qualquer dente em crianças até 3 anos é um problema de saúde pública.³

Early Childhood Caries Conference, 1997

Complicações

As principais complicações da cárie dentária nas crianças passam pelas infecções dentárias. As infecções dentárias originam inicialmente dores, quer dento-buciais, quer ao nível da faringe e da cabeça. São infecções localizadas que conduzem a bacteriemia, podendo aumentar a propensão para infecções respiratórias e digestivas.³

O envolvimento da dentição decídua nestas infecções conduz à perda prematura de dentes, com consequências que passam por maloclusão, apinhamento dentário, patologia oclusal e alterações da erupção dentária e do desenvolvimento e crescimento dos maxilares.

A perda precoce de dentes temporários, associada a dores, dificulta o normal processo de alimentação, conduzindo a perda de apetite e, eventualmente, a malnutrição, o que pode levar a alterações do desenvolvimento físico e intelectual e a distúrbios do sono.^{1,3}

Durante toda a vida do dente decíduo, o gérmen do dente permanente encontra-se em íntimo contacto, pelo que os processos que são um

risco para os dentes decíduos, como cárie e traumatismos, também o são para os seus sucessores dentes permanentes.¹

Assim, facilmente se compreende que as crianças com cáries apresentam em adulto uma maior propensão para o desenvolvimento de cáries e de patologias do desenvolvimento dentário.³

Prevenção

A prevenção da cárie dentária deve iniciar-se logo no período pré-natal, dando destaque à saúde oral da mãe (higiene, prevenção, diagnóstico e tratamento de patologia oral), mas também reforçando a importância da adopção de bons hábitos de dieta/nutrição, da amamentação e da introdução progressiva de alimentos mais consistentes que determinam o padrão de mastigação do bebé.¹

Fundamental é também a não introdução de qualquer tipo de adoçante na chupeta ou biberão e o início precoce da higienização da cavidade oral do recém-nascido.¹

O bebé

Iniciar a higiene oral dos bebés imediatamente após o nascimento faz sentido uma vez que a mucosa oral

pode ser colonizada por *S. mutans* desde os primeiros dias de vida.

Por outro lado a limpeza da boca com uma gaze ou fralda húmida, de forma regular, permite que o bebé se acostume a esta rotina de limpeza.

Após a erupção do primeiro dente, a higienização deve começar a ser feita pelos pais, duas vezes por dia, utilizando uma gaze, uma dedeira ou uma escova macia, com um dentífrico fluoretado com 1000-1500 ppm (mg/l) de fluoreto (concentrações presentes na maioria das pastas dentífricas), sendo uma das vezes, obrigatoriamente, após a última refeição.² O uso da escova dentária não deve ser adiado para mais tarde do que a erupção do primeiro molar decíduo, por volta dos 16 meses.¹

Existe actualmente no mercado uma grande variedade de dispositivos para a higiene oral do bebé (ex. escovas, dedeiras). Independentemente do instrumento utilizado, a educação quanto à importância deste hábito e a motivação dos pais e responsáveis para o pôr em prática o mais precocemente possível é imprescindível.¹

A partir dos 3 anos

Aos três anos de idade, apesar de, muitas vezes, a criança querer fazer a escovagem dentária sozinha, esta deve ser realizada pelos pais duas ve-



zes ao dia, dando especial atenção à escovagem da noite.

No entanto, a partir desta idade os responsáveis devem ensinar e motivar a criança para uma autonomia crescente na realização desta tarefa, sempre sob supervisão.^{1,2}

Aos 6-7 anos

Até aos 6-7 anos os pais devem continuar a executar a escovagem nocturna, pois as crianças não têm ainda destreza suficiente para eliminar com eficácia a placa bacteriana.¹

A supervisão do adulto é ainda importante no sentido de evitar a utilização de quantidades excessivas de dentífrico, o que pode, em especial antes dos 6 anos, resultar em fluorose.²

Por volta dos 6 anos começam a erupcionar os primeiros molares permanentes. Pela própria morfologia, imaturidade e dificuldade na remoção da placa bacteriana destes dentes, são mais vulneráveis à cárie. Por isso exigem uma atenção particular

durante a erupção e cuidados acrescidos de escovagem.²

Dos 7 aos 10 anos

Entre os 7-10 anos as crianças já fazem a higiene oral sozinhas, no entanto é recomendável um supervisão por parte dos pais a seguir à escovagem da noite.¹

A higienização dos espaços interdentários deve começar a ser feita por volta dos 9-10 anos, quando já têm destreza manual para utilizar o fio dentário. A técnica deve ser claramente explicada e treinada.²

O uso de reveladores de placa bacteriana (em soluto ou em comprimidos mastigáveis – ex. Dento Plaque® Butler®) permitem avaliar a higiene oral e, conseqüentemente, melhorar as técnicas de escovagem e de utilização do fio dentário.²

A partir dos 6 anos, estes produtos podem ser usados para que as crianças visualizem a placa e mais facilmente compreendam que os seus dentes necessitam de ser cuidadosamente limpos.² A eritrosina, que tem a propriedade de corar de vermelho a placa bacteriana, é um dos exemplos de corantes que se podem utilizar.

Utilização dos reveladores de placa bacteriana²:

- Colocar uma ou duas gotas por baixo da língua ou mastigar um comprimido, sem engolir (para evitar que os lábios fiquem corados de vermelho, antes de colocar o corante, pode passar batom, creme gordo ou vaselina nos lábios);
- Passar a língua por todas as superfícies dentárias;
- Bochechar com água e visualizar a placa bacteriana corada. Esta é facilmente removida através da escovagem dos dentes e do uso do fio dentário.

Os açúcares

Para a melhor prevenção da cárie dentária, é recomendado que as crianças abandonem o biberão até aos 12 meses. Deve ainda evitar-se que adormeçam logo após a amamentação, para que os alimentos não estagnem em redor dos dentes durante o período do sono. Não deve ser permitido o uso prolongado do biberão nem adormecer com ele na boca, quer tenha leite, farinhas ou sumos. Está também completamente desaconselhada a utilização de chupetas com açúcar ou mel.^{2,3} Em crianças mais velhas, idealmen-

te os açúcares devem ser ingeridos sempre após as refeições, nunca nos intervalos, seguidos de correcta higiene oral. É importante não esquecer ainda a administração dos medicamentos, em particular os dados à noite e sob a forma de xarope ou suspensão oral, uma vez que a maioria contém elevadas concentrações de açúcar.³

Se a criança fizer medicação crónica, deve dar-se preferência a medicamentos sem açúcar.²

Primeira visita ao dentista

Numa fase inicial, cabe ao médico de família ou ao pediatra o reforço das medidas de promoção da saúde oral e o diagnóstico precoce da cárie dentária. É no entanto vantajoso promover a familiarização precoce da criança com o ambiente típico de um consultório dentário, não só para reduzir os factores de risco de cárie dentária, mas também para reduzir a ansiedade no consultório das crianças mais jovens.

Idealmente a primeira visita ao dentista deve ocorrer entre os 6 e os 12 meses. Durante esta consulta é controlada e avaliada a erupção dentária, detectados hábitos nocivos, informam-se os pais sobre atitudes preventivas e estabelece-se um programa adequado ao

grau de risco de cada criança.^{1,3}

É importante sensibilizar os pais de que as visitas ao dentista não devem ter apenas objectivos curativos, mas principalmente preventivos. Há por isso que visitar o dentista com regularidade, mesmo não havendo queixas.

A utilização dos fluoretos

O flúor tem comprovada importância na redução da prevalência e gravidade da cárie.

A acção preventiva e terapêutica dos fluoretos é conseguida predominantemente pela sua acção tópica, quer nas crianças quer nos adultos, através de três mecanismos diferentes:

- Inibição do processo de desmineralização.
- Potenciação do processo de remineralização.
- Inibição da acção da placa bacteriana.

O uso racional dos fluoretos na profilaxia da cárie dentária, com eficácia e segurança, baseia-se no conhecimento actualizado dos mecanismos de acção e toxicologia. A estratégia de utilização dos fluoretos foi redefinida com base na evidência científica:

- Acção preventiva predominante-

mente pós-eruptiva e tópica.

- Acção tóxica, com repercussões a nível dentário, pré-eruptiva e sistémica.

Fluoretos administrados por via sistémica

Está comprovado que a utilização de medicamentos contendo fluoretos, na forma de gotas orais e comprimidos, até há pouco recomendada pelos profissionais de saúde dos 6 meses até aos 16 anos, aumenta o risco de fluorose. A gravidade da fluorose dentária está relacionada com a dose, a duração de exposição e com a idade em que esta ocorre.

Actualmente, a administração de comprimidos só é recomendada quando o teor de fluoretos na água de abastecimento público for inferior a 0,3 ppm (situação mais frequente em Portugal Continental) e:

- A criança não escova os dentes com um dentífrico fluoretado duas vezes por dia;
- A criança escova os dentes com um dentífrico fluoretado duas vezes por dia, mas apresenta risco elevado de cárie dentária.

Nesta situação, os comprimidos devem ser dissolvidos na boca, lentamente, preferencialmente antes de deitar.

Nos Açores e na Madeira, ou em zo-

nas onde o teor de fluoretos na água é muito elevado, deve ser feita uma verificação regular e a correcção adequada.

Em nenhum dos casos está recomendada a administração de fluoretos sistémicos a grávidas, a crianças com menos de 3 anos e às que, em qualquer idade, consomem água com teor de fluoreto superior a 0,3 ppm.

Para evitar a potencial toxicidade dos fluoretos, deve ser realizada uma avaliação personalizada dos aportes diários em flúor de cada criança, tendo em conta todas as fontes possíveis desse elemento: alimentos comuns, suplementos alimentares, consumo de água da rede pública e/ou água engarrafada e respectivo teor de fluoretos e utilização de medicamentos e produtos cosméticos contendo flúor.

Como qualquer outro medicamento, os fluoretos em dose excessiva têm efeitos tóxicos, que normalmente se manifestam através de manchas nos dentes. Essa manifestação é a fluorose dentária.² Até aos 6-7 anos, as crianças não devem ingerir regularmente água com teor de fluoretos superior a 0,7 ppm.²

Fluoretos administrados por via tópica

Como modo de obter o efeito tópico, preventivo da cárie dentária, o dentífrico fluoretado constitui a opção consensual.

Hoje em dia, a maior parte dos dentífricos à venda no mercado contém fluoretos sob diferentes formas, sendo os mais utilizados os fluoretos de sódio e o monofluorofosfato de sódio.

Normalmente, o conteúdo de fluoreto dos dentífricos é de 1000 a 1100 ppm (ou 0,10% a 0,11%), podendo variar entre 500 e 1500 ppm.

Durante a escovagem, cerca de 34% da pasta é ingerida por crianças de 3 anos, 28% pelas de 4-5 anos e 20% pelas de 5-7 anos.

Devem por isso ser evitados dentífricos com sabor a fruta, para impedir o seu consumo em excesso.

A ingestão acidental de um quarto de um tubo com dentífrico de 125 mg (1500 ppm de Flúor) põe em risco a vida de uma criança de um ano de idade.

O risco de ingestão acidental por crianças é real e para tal contribui também o tipo de embalagens des-

tes produtos, sem dispositivos de segurança para a sua abertura.

A toxicidade aguda pelos fluoretos pode manifestar-se por queixas digestivas (dor abdominal, vómitos, hematemeses e melenas), neurológicas (tremores, convulsões, tetania, delírio, lentificação da voz), renais (urina turva, hematuria), metabólicas (hipocalcemia, hipomagnesiemia, hipercaliemia), cardiovasculares (aritmias, hipotensão) e respiratórias (depressão respiratória, apneias).

As crianças devem usar dentífrico com teor de fluoretos entre 1000-1500 ppm de fluoreto (dentífrico de adulto), sendo a quantidade a utilizar do tamanho da unha do 5º dedo da mão, da própria criança.

Após a escovagem dos dentes com dentífrico fluoretado, pode-se não bochechar com água.

Deve apenas cuspir-se o excesso de pasta.

Deste modo, consegue-se uma mais alta concentração de fluoreto na cavidade oral, que vai actuar topicamente durante mais tempo.

Os dentífricos fluoretados devem ser guardados em locais inacessíveis às crianças pequenas.

Orientações da Direcção-Geral da saúde no âmbito do programa nacional de promoção da saúde oral ²

Recomendações	Frequência da escovagem dos dentes	Material utilizado na escovagem dos dentes	Execução da escovagem dos dentes	Dentífrico fluoretado	Suplemento sistémico de fluoretos
0-3 Anos	2 x dia a partir da erupção do 1º dente: uma obrigatoriamente antes de deitar	Gaze Dedeira Escova macia de tamanho pequeno	Pais	1000-1500 ppm quantidade idêntica ao tamanho da unha do 5º dedo da criança	Não recomendado
3-6 Anos	2 x dia uma obrigatoriamente antes de deitar	Escova macia de tamanho adequado à boca da criança	Pais e/ou Criança a partir do momento em que a criança adquire destreza manual, faz a escovagem sob supervisão	1000-1500 ppm quantidade idêntica ao tamanho da unha do 5º dedo da criança	Não recomendado Excepcionalmente as crianças de alto risco à cárie dentária podem fazer 1 (um) comprimido diário de fluoreto de sódio a 0,25 mg
Mais de 6 Anos	2 x dia uma obrigatoriamente antes de deitar	Escova macia ou em alternativa média de tamanho adequado à boca da criança ou do jovem	Criança e/ou Pais se a criança não tiver adquirido destreza manual, a escovagem tem que ter a intervenção activa dos pais	1000-1500 ppm quantidade aproximada de 1 centímetro	Não recomendado Excepcionalmente as crianças de alto risco à cárie dentária podem fazer 1 (um) comprimido diário de fluoreto de sódio a 0,25 mg

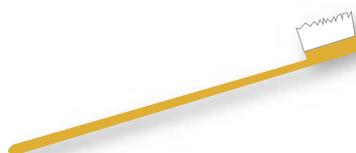
Técnicas de Higiene Oral²

Escovagem dos dentes

A escovagem dos dentes, para ser eficaz, ou seja, para remover a placa bacteriana, necessita ser feita com rigor e demora 2 a 3 minutos.

- Inclinam a escova em direcção à gengiva (cerca de 45°) e fazem pequenos movimentos vibratórios horizontais ou circulares, de modo a que os pelos da escova limpem o sulco gengival (espaço que fica entre o dente e a gengiva).
- Se for difícil manter esta posição, colocam os pêlos da escova perpendicularmente à gengiva e à superfície do dente.
- Escovam 2 dentes de cada vez (os correspondentes ao tamanho da cabeça da escova), fazendo aproximadamente 10 movimentos (ou 5 caso sejam crianças até aos 6 anos) nas superfícies dentárias abarcadas pela escova.

- Começam a escovagem pela superfície externa (do lado da bochecha) do dente mais posterior de um dos maxilares e continuam a escovar até atingirem o último dente da extremidade oposta desse maxilar.
- Com a mesma sequência, escovam as superfícies dentárias do lado da língua.
- Procedem do mesmo modo para fazer a escovagem dos dentes do outro maxilar.
- Escovam as superfícies mastigatórias dos dentes, com movimentos de vaivém.
- Por fim, podem escovar-se a língua.
- Cuspir o excesso de dentífrico.



Escova

A escova deve ter um tamanho adequado à boca de quem a utiliza. Habitualmente, as embalagens referem as idades a que se destinam. Os filamentos devem ser de nylon com extremidades arredondadas e textura macia, que quando começam a ficar deformados, obrigam à substituição da escova. Normalmente, a escova quando utilizada 2 vezes por dia dura cerca de 3-4 meses.

Quando se utiliza uma escova de dentes eléctrica, segue-se a mesma sequência de escovagem. O movimento da escova é feito automaticamente, não deve ser feita pressão ou movimentos adicionais sobre os dentes. A escova desloca-se ao longo da arcada, escovando um só dente de cada vez. As escovas eléctricas facilitam a higiene oral das pessoas que tenham pouca destreza manual.

Fluoretos em medicamentos e produtos cosméticos de higiene corporal

A distinção entre Medicamento e Produto Cosmético de Higiene Corporal contendo fluoretos depende do seu teor no produto. Os cosméticos contêm obrigatoriamente

uma concentração de fluoretos inferior a 0,15% (1500 ppm) (Decreto-lei 100/2001 de 28 de Março, I Série A), sendo que todos os dentífricos com concentrações de fluoretos superior a 0,15% são obrigatoriamente classificados como medicamentos.

Os medicamentos contendo fluore-

tos e utilizados para a profilaxia da cárie dentária, existentes no mercado português, são de venda livre em farmácia.

Encontram-se disponíveis nas formas farmacêuticas de solução oral (gotas orais), comprimidos, dentífricos, gel dentário e solução de bochecho.

Técnicas de Higiene Oral²



Uso do fio dentário

A partir do momento em que há destreza manual (a partir dos 8 anos) é indispensável o uso do fio ou fita dentária.

- Retirar cerca de 40 cm de fio (ou fita) do porta-fio.
- Enrolar a quase totalidade do fio no dedo médio de uma mão e uma pequena porção no dedo médio da outra mão, deixando entre os dois dedos uma porção de fio, com aproximadamente 2,5 cm.
Quando as crianças são mais pequenas, pode retirar-se uma porção mais pequena de fio, cerca de 30 cm, dar um nó juntando as 2 pontas, formando um círculo com o fio, não

havendo necessidade de o enrolar nos dedos.

É importante utilizar sempre fio limpo em cada espaço interdentário.

Os polegares e/ou os indicadores ajudam a manuseá-lo.

- Introduzir o fio, cuidadosamente, entre dois dentes e curvÁ-lo à volta do dente que se quer limpar, fazendo com que tome a forma de um "C".
- Executar movimentos curtos, horizontais, desde o ponto de contacto entre os dentes até ao sulco gengival, em cada uma das faces que delimitam o espaço interdentário.
- Repetir este procedimento até que todos os espaços interdentários, de todos os dentes, estejam devidamente limpos.

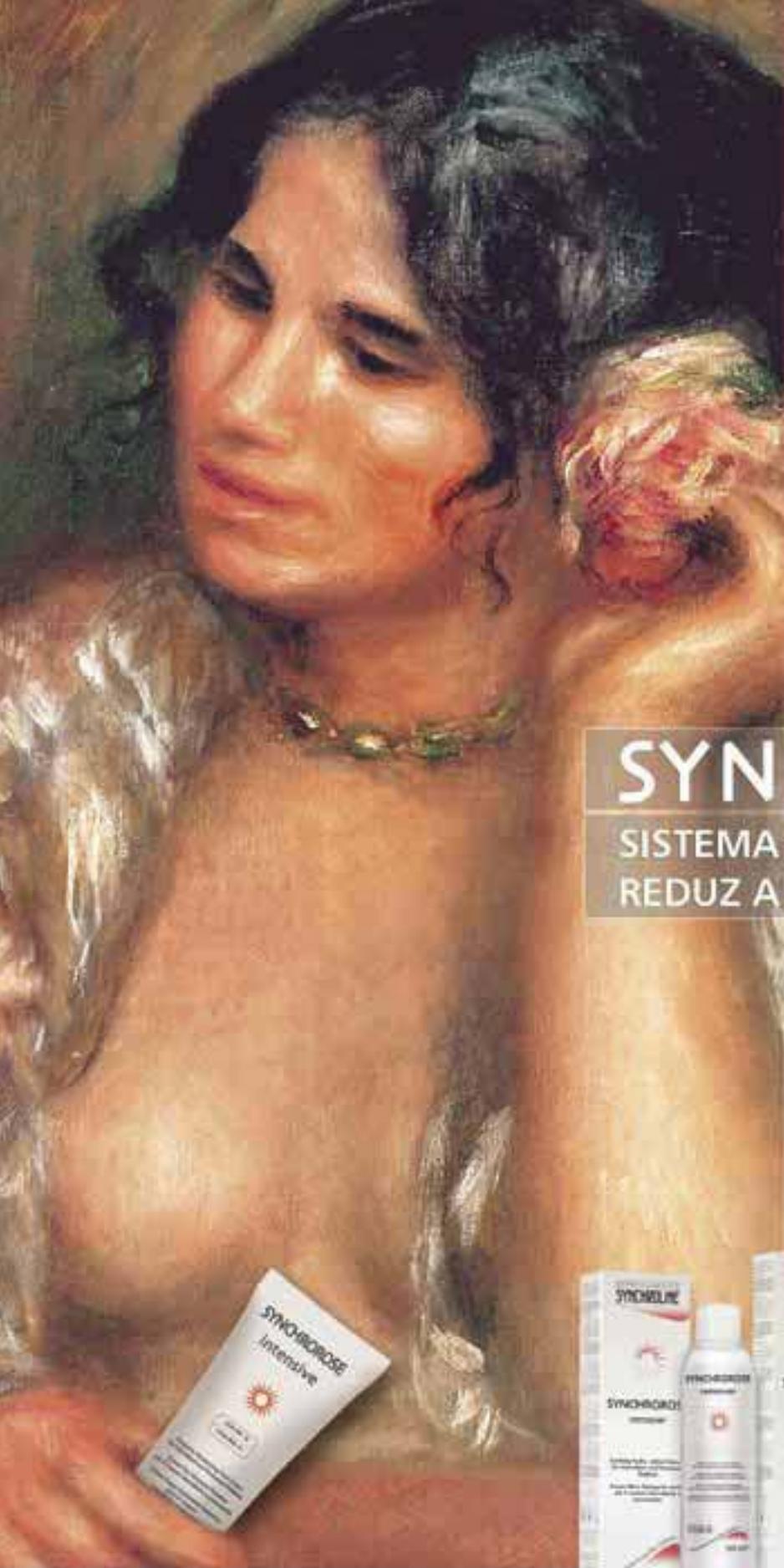
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Ana Luisa Moreira Costa, Elsa Paiva, Luis Pedro Ferreira – "Saúde oral infantil: uma abordagem preventiva", Rev Port Clin Geral 2006;22:337-46
2. Direcção Geral da Saúde: Circular Normativa 01/DSE, 18/01/05 – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral
3. Pedro Cosme, Paula Faria Marques – "Cáries Precoces de Infância - Uma Revisão Bibliográfica", Rev Port Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial 2005;46-2:109-16

Publicações ANF

Folheto para o Utente sobre o tema "Saúde Oral na Infância – Dentes para a Vida" disponível nas Farmácias aderentes ao Serviço Informação Saúde a partir de Setembro de 2007





O sistema dermocosmético para a higiene e cuidado diário da pele intolerante com tendência para a Rosácea:

LIMPA EM PROFUNDIDADE, ACALMA, DESCONGESTIONA E PROTEGE A PELE

PREVINE E REDUZ RAPIDAMENTE A VERMELHIDÃO INTERMITENTE E PERMANENTE

MANTEM O ESTADO FISIOLÓGICO DA PELE REDUZINDO VISIVELMENTE OS PEQUENOS VASOS DILATADOS

DIMINUI A SENSACÃO DE PRURIDO, ARDOR E QUEIMADURA

ACÇÃO HIDRATANTE MARCADA

SYNCHROROSE

SISTEMA DERMOCOSMÉTICO QUE REDUZ A VERMELHIDÃO DA FACE

LIMPEZA CLÁSSICA
SYNCHROROSE Leite de Limpeza
SYNCHROROSE Tónico

LIMPEZA INOVADORA **novo**
SYNCHROROSE Remover

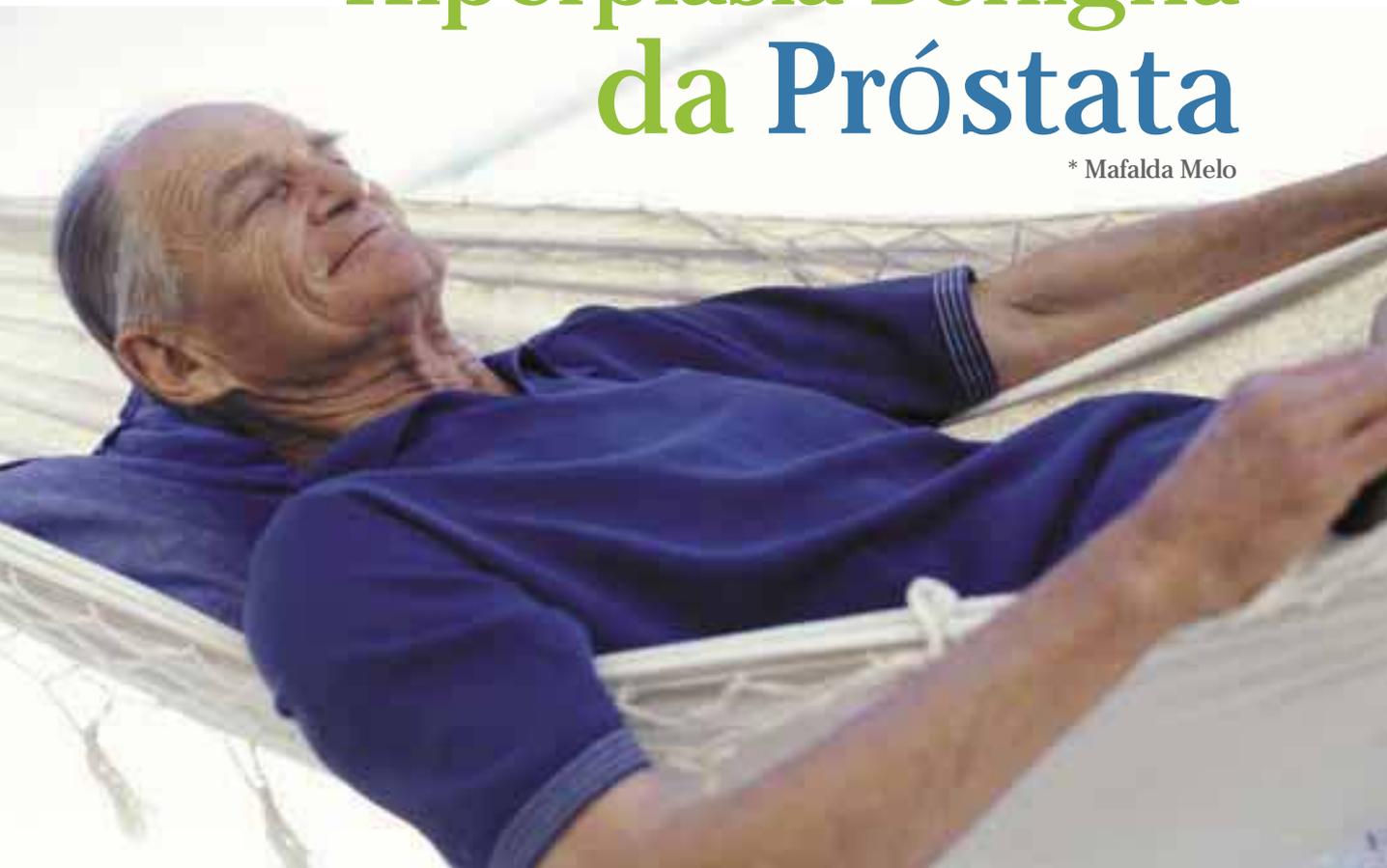
SILIMARIMA + MSM (ANTI-OXIDANTE)
SYNCHROROSE Intensivo FPS 15 - PPD 15
SYNCHROROSE Fast



PELE SENSÍVEL • COUPEROUSE • ROSÁCEA

Hiperplasia Benigna da Próstata

* Mafalda Melo

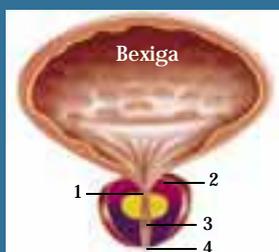


* Médica Mafalda Melo
Interna da Especialidade
de Urologia do Hospital
de Pulido Valente

A próstata é uma glândula que produz parte do líquido seminal que está localizada abaixo da bexiga e envolve a uretra proximal. Anatomicamente é constituída por uma zona de transição que envolve a uretra e é onde ocorre

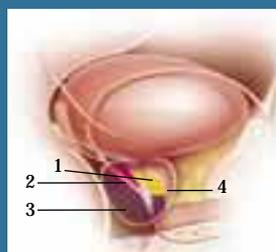
a hiperplasia benigna da próstata, e por uma porção periférica que é onde ocorre a maioria dos cancros da próstata. O seu volume, em idades mais jovens, é de aproximadamente 20 gramas e a partir dos 50 anos há um

crescimento hiperplásico progressivo fisiológico da zona de transição, que pode ou não levar à ocorrência de sintomas, se esse aumento condicionar uma obstrução ao fluxo urinário. Por exemplo, aos 80 anos 88 por cento



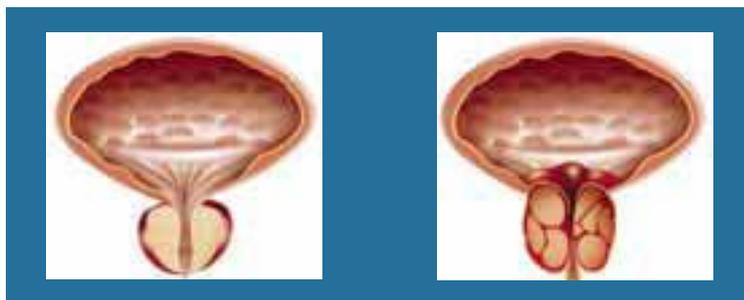
LEGENDA:

- 1- Uretra prostática
- 2- Próstata
- 3- Abertura do canal ejaculador
- 4- Esfíncter externo da uretra



LEGENDA:

- 1- Zona de Transição
- 2- Zona Central
- 3- Zona Periférica
- 4- Estroma Fibromuscular anterior



dos homens têm hiperplasia benigna da próstata (HBP), mas apenas 50 por cento apresentam sintomas.

Apresentação Clínica

O aumento hiperplásico da próstata pode condicionar uma obstrução à saída do fluxo urinário, quer pelo próprio aumento da glândula que origina um obstáculo mecânico estático à saída de urina, quer devido a um aumento do tônus do músculo liso, mediado pelos receptores α localizados no colo vesical e estroma próstatico, que dinamicamente não permitem a saída de urina. Essa obstrução, quer pelo componente estático, quer pelo dinâmico, pode originar queixas como sensação de não conseguir urinar logo apesar de ter vontade (hesitação inicial), diminuição da força do jacto urinário, ou sensação de esvaziamento incompleto da bexiga. O músculo vesical vai hipertrofiar de forma compensadora, ao tentar vencer esse obstáculo causado pela próstata, levando também por sua vez a queixas que se traduzem em sensação imperiosa de ir urinar (urgência miccional), aumento do número de

vezes que o doente tem de ir urinar (polaquiúria) e necessidade de urinar durante a noite (nictúria).

Num estadio mais avançado podem ocorrer complicações, derivadas dessa permanente obstrução à saída de fluxo urinário e que podem ser infecções urinárias recorrentes, litíase vesical, divertículos vesicais, ureterohidronefrose bilateral e insuficiência renal.

Tratamento

O tratamento da HBP pode ser feito através de vigilância nos doentes que tenha sintomas ligeiros. O tratamento médico está indicado para sintomas ligeiros, médios a graves que interfiram na qualidade de vida do doente e o tratamento cirúrgico preconiza-se quando não há melhoria dos sintomas com a terapêutica médica e quando existem complicações associadas à doença.

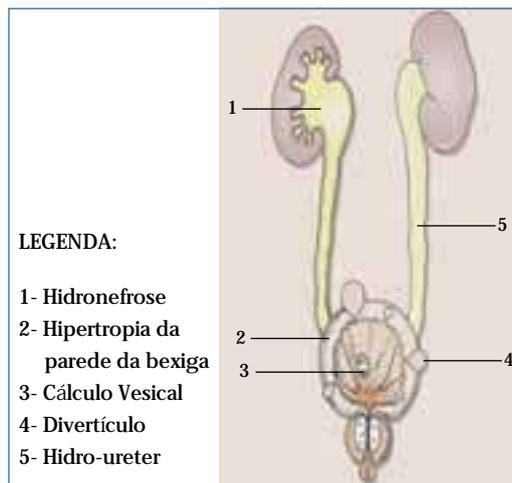
Tratamento médico

Fitoterapia.

A fitoterapia consiste num tratamento à base de extratos de plantas cujo mecanismo de acção ainda permanece desconhecido, podendo ser uma opção em doentes com sintomas ligeiros.

α Bloqueantes.

Estes fármacos bloqueiam os receptores α que se encontram no colo vesical e no estroma próstatico diminuindo assim o tônus do músculo liso, o que condiciona uma melhoria do fluxo urinário. Têm uma acção rápida com melhoria das queixas em cerca de um mês.





Os efeitos secundários principais são do foro cardiovascular, particularmente a hipotensão postural. Este fármaco é por isso indicado em doentes com queixas exuberantes com necessidade de alívio rápido das mesmas.

Inibidores da 5 α reductase

O mecanismo de acção deste fármaco consiste na inibição da conversão do testosterona na sua forma activa, inibindo assim o crescimento do tecido prostático.

O seu efeito sob os sintomas só ocorre ao fim de seis meses do início do tratamento e pode levar a uma diminuição de 20 a 30 por cento do volume inicial da próstata. Este fármaco diminui o valor do PSA em 50 por cento, pelo que este tem de ser corrigido no caso de rastreio de cancro da próstata.

Assim, estão indicados para doentes com próstatas de volumes grandes e uma vez que os seus efeitos secundários são do foro sexual devem ser preferencialmente evitados em doentes sexualmente activos.

Tratamento cirúrgico

Prostatectomia Aberta

Cirurgia aberta indicada para próstatas > 60 gr com maior morbilidade associada.

Ressecção trans-uretral da próstata. Cirurgia realizada através da uretra indicada para próstatas < 60 gr com menor morbilidade associada.

Conclusões

A HBP é uma patologia muito prevalente e com grande impacto na qualidade de vida, cujos sintomas podem ser aliviados ou eliminados quando devidamente tratados.

Guia de Intervenção Farmacêutica nas Doenças da Próstata

Nas últimas décadas, com o aumento da esperança de vida, a incidência das doenças da próstata tem aumentado, nomeadamente a

Hipertrofia Benigna da Próstata (HBP) e Cancro da Próstata (CaP). Estas patologias são pouco conhecidas pela população, existindo ainda alguns mitos e receios sobre o seu diagnóstico e tratamento. Neste contexto, as farmácias têm um papel muito importante, em conjunto com os outros profissionais de saúde, no aconselhamento e divulgação da informação sobre as doenças da próstata, diagnóstico e tratamento. Durante o mês de Novembro todas as farmácias irão receber o Guia de Intervenção Farmacêutica nas Doenças da Próstata, elaborado com o objectivo de harmonizar a intervenção profissional e dar a conhecer os mais recentes conhecimentos neste domínio.



Publicações ANF

Folheto para o Utente sobre o tema "Próstata sem Tabus" disponível nas Farmácias aderentes ao Serviço Informação Saúde a partir de Abril de 2007



Ver também os artigos publicados em Farmácia Técnica nº9, Janeiro de 2007 e Farmácia Prática nº13, de Setembro 2007.



Soluções Farmácias BES.

Na hora de encontrar Soluções
não espere pelo dia seguinte.

Visite na **EXPOFARMA** o stand do **BES**.
O seu Banco de Serviço Permanente.

Participe nas actividades e conferências, partilhe conhecimentos
e descubra como beneficiar das melhores soluções.

8/9/10 de Novembro. FIL.
Parque das Nações. Pavilhão 2.



GRUPO BANCO ESPIRITO SANTO

Patrocinador Oficial da Expofarma.



Na hora de partir A entrevista de saída

Jaime Ferreira da Silva *

Os farmacêuticos portugueses vivem actualmente uma situação de pleno emprego, que lhes confere uma apreciável tranquilidade na gestão das suas carreiras.

Apesar da transitoriedade inerente a este facto (como a todos os demais, na vida), as oportunidades abundam e as remunerações são tendencialmente mais elevadas do que as de outras licenciaturas, criando uma motivação acrescida para a mudança frequente de contexto profissional, com a consequente sensação de desajustamento entre oferta e procura.

Na Farmácia Comunitária, esta escassez de mão-de-obra farmacêutica tem-se agravado nos últimos tempos, fruto do acréscimo de procura motivado pelas alterações conjunturais

verificadas¹. Em artigos anteriores, enfatizámos a relevância da entrevista como técnica de comunicação estruturada, nomeadamente, em dois momentos-chave da gestão de Recursos Humanos, o recrutamento e selecção de colaboradores e a avaliação do seu desempenho. Falaremos hoje sobre a terceira variante desta técnica, a entrevista de saída, considerada operacionalmente como uma reunião estruturada entre a entidade patronal/chefia e um colaborador demissionário.

A entrevista de saída é vista muitas

vezes pelos proprietários/directores técnicos de Farmácia como o “parente pobre” desta trilogia, porventura uma perda de tempo com alguém que decidiu de livre iniciativa desvincular-se da equipa e do projecto.

A nossa experiência dá-nos uma perspectiva substancialmente diferente; quando bem preparada e conduzida, a entrevista de saída fornece-nos uma medida das percepções do colaborador demissionário sobre o bem-estar percebido na Farmácia, sobre o seu líder, a equipa e a interacção entre ambos, e essa informação é por demais

¹ Como por exemplo o alargamento dos horários de funcionamento e a obrigatoriedade mínima de dois farmacêuticos por farmácia.

preciosa para ser desperdiçada!

O sector da Farmácia Comunitária conheceu durante grande parte do século passado, um período de considerável acalmia no que respeitava aos seus recursos humanos. As pessoas mudavam poucas vezes de emprego, prezando mais a estabilidade e a “segurança” inerente do que a liberdade de escolha e a diversidade de experiências e ensinamentos. Este cenário alterou-se radicalmente nos últimos 15 anos, com a chegada massiva (e tendencialmente dominante) dos Farmacêuticos ao mercado de trabalho. Melhor apetrechados técnica e cientificamente, com uma visão mais mundana e abrangente das suas possibilidades², estão decididamente mais fidelizados às carreiras do que aos seus empregadores.

As novas gerações são fruto de uma época que assistiu ao crepúsculo dos “direitos adquiridos”, em que a incerteza e a mudança se tomaram doutrina, obrigando os indivíduos a fazerem uma gestão proactiva das decisões profissionais, sob pena do definhamento das suas carreiras. Estes profissionais, quando não estão

satisfeitos num emprego, procuram alternativas, consultam a sua rede de contactos, pesquisam tanto na Internet como nos *media* clássicos, obtêm referências de empresas e dos seus líderes e, podendo escolher, não optam por empregos com uma cotação baixa, na escala subjectiva das suas preferências/expectativas.

Se a tudo isto somarmos o incremento da concorrência dentro e fora do sector das Farmácias, as dificuldades efectivas de motivar, contratar e reter a mão-de-obra farmacêutica bem como a duração média estimada dos vínculos contratuais³, facilmente compreenderemos a importância da entrevista de saída como instrumento de aferição do bem-estar organizacional e obtenção de *feedback* relevante para o Proprietário/Director Técnico.

Vantagens da entrevista de saída

Numa entrevista de saída com um colaborador demissionário poderemos obter um depoimento sincero e

sem subterfúgios do que este considera serem os pontos fortes e fracos da Farmácia, do seu líder/proprietário e dos membros da equipa.

Quem sai poderá fornecer ainda informações valiosas sobre outros empregadores⁴, possibilitando análises comparativas com potenciais concorrentes na contratação dos talentos.

Ao disponibilizar-se a escutar um colaborador demissionário, a entidade patronal dá também um importante sinal para o interior da equipa. Mostra abertura ao diálogo e a receber *feedback*, capacidade de encaixe para ouvir coisas menos positivas e simpáticas⁵, humildade para processar essa informação e, eventualmente, corrigir métodos e práticas.

No séc. XXI, as pessoas tendem a valorizar estas qualidades nos líderes que eventualmente as possam vir a dirigir.

Num mercado pequeno como o nosso, estas informações correm céleres e tornam-se agentes de discriminação positiva. As referências dos ex-colaboradores têm uma cotação acrescida por virem de quem viveu a situação por dentro.



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

² O seu mercado de trabalho pode ser em qualquer parte do mundo.

³ Na União Europeia, as pessoas até aos 30 anos permanecem em média cerca de dois anos em cada empresa. (Fonte: Eurostat, 2006). Esta duração média tenderá a aumentar com o progressivo envelhecimento dos indivíduos.

⁴ Por exemplo sobre regalias, horários de trabalho, investimento em formação profissional, etc.

⁵ Por exemplo sobre a Farmácia (face aos demais empregadores) e as suas competências enquanto líder e gestor.

Cinco dicas práticas para uma boa entrevista de saída

1. Prepare o local onde vai realizar a entrevista, que poderá decorrer tanto na Farmácia como fora dela, desde que se trate de um espaço apropriado para o efeito – bem insonorizado, onde duas pessoas possam conversar sem constrangimentos. Estipule pelo menos trinta a quarenta minutos para a reunião.

2. Desligue o telemóvel e peça para não ser interrompido. A sensação de privacidade é essencial para que a conversa flua livremente. Mantenha a porta fechada. Assuma uma atitude amigável, sorridente, disponível para a partilha. Caso se sinta tenso, é importante que alivie um pouco essa tensão antes da entrevista. Lembre-se que irá receber, muito provavelmente, informação útil para si e a título gracioso.

3. Ao iniciar a entrevista, disponibilize-se para ouvir o colaborador demissionário “até à última gota”. Não caia na tentação fácil de fazer juízos de valor e/ou retorquir quando sentir que a “verdade dos factos” foi beliscada. Lembre-se que, neste momento, já não existe retorno sobre a decisão tomada, sendo irrelevante quem tem razão. Procure ver a informação que

está a receber como matéria-prima que o poderá ajudar a rectificar/ corrigir certas coisas na Farmácia e no seu modo de a gerir.

4. No decurso da conversa com o seu colaborador será importante solicitar-lhe:

- As razões efectivas que o(a) levaram a tomar a decisão de partir.
- Um balanço sobre a actividade que desenvolveu na Farmácia.
- Um balanço sobre a relação que manteve consigo. Peça-lhe opinião sobre aquilo que considera serem os seus pontos fortes e fracos como chefe (Proprietário/Director Técnico). Novamente, ouça sem questionar ou retorquir. Se sentir necessidade de aprofundar um tópico, peça-lhe um exemplo de uma situação em que tenha ocorrido o que foi mencionado. O objectivo não é o de julgar quem tem razão mas antes captar a perspectiva de alguém que trabalhou sob a sua liderança, durante algum tempo.
- Um balanço sobre a relação que manteve com a restante equipa. Procure aperceber-se se a decisão de saída decorreu de algum obstáculo “intransponível” com alguém. Em caso afirmativo,

tente identificar quem poderá ser responsável pela deterioração do ambiente de trabalho.

- Que sugestões de melhoria gostaria de deixar, na hora de partir para uma nova situação profissional. Novamente, recolha o que for dito, sem se justificar.
- Por último, pergunte-lhe se voltaria a ingressar na sua Farmácia, caso voltasse atrás no tempo. É uma pergunta que pode surpreender o seu interlocutor, portanto, esteja atento ao que este lhe diz verbal e não-verbalmente. Averigúe e retenha os motivos invocados. Agradeça a colaboração prestada e a ajuda que constituiu para si e termine a reunião.

5. Após a entrevista registre as suas impressões sobre o que ouviu, identificando os aspectos mais críticos (pela sua pertinência) de tudo o que foi dito e partilhado. Deixe passar dois ou três dias e volte a analisar o resumo que fez da reunião. Destaque o material mais válido e introduza-o como medidas correctivas. Quanto mais tempo mediar entre a entrevista havida e o momento de introduzir as melhorias decididas, menor a probabilidade disso acontecer, de facto.

As novas gerações são fruto de uma época que assistiu ao crepúsculo dos “direitos adquiridos”, em que a incerteza e a mudança se tornaram doutrina, obrigando os indivíduos a fazer uma gestão proactiva das decisões profissionais.

Bloqueios à entrevista de saída

São múltiplas as razões que levam muitos Proprietários/ Directores Técnicos de Farmácia a não utilizarem esta ferramenta. Em primeiro lugar, destacaríamos a falta de hábito, uma vez que durante largas décadas a cessação do vínculo contratual por iniciativa do colaborador consumava-se com a entrega da carta de demissão deste e o pedido subsequente de fecho de contas endereçado pelo Proprietário ao Técnico de Contas.

Não raramente, os dias seguintes até ao final do prazo acordado eram vividos num silêncio pesado de subentendidos, deixando em todos uma sensação de desconforto que só conhecia alívio depois da partida do ex-colaborador. Era como se o anúncio da partida transformasse quem parte num corpo estranho, instantaneamente indesejável.

Existem ainda factores cognitivos e emocionais que bloqueiam o recurso à entrevista de saída. Falamos dos pensamentos e sentimentos da entidade patronal face à decisão tomada pelo colaborador. Se for vista como “uma traição depois de todo o investimento que se teve, como uma falha de carácter para lidar com as dificuldades, como um sinal de espírito mercenário”, é altamente provável que o relacionamento existente entre as partes se esfrie, acentuando-se a dicotomia entre os que ficam e quem se vai embora.

Acreditamos não ser uma boa prática de gestão este funcionamento tudo-ou-nada e defendemos que é possível (e desejável) partir sem lastros de emotividade negativa que só prejudicam as partes. Sem pretender

fornecer uma receita, apresentamos um guião possível de uma entrevista de saída, enquadrada por uma atitude de abertura e aceitação:

Tudo é impermanente no universo e, como parte integrante dessa totalidade, as relações que estabelecemos uns com os outros, transcrevem essa condição primordial. No mundo das empresas e das organizações há um fluxo permanente de pessoas em trânsito que, temporariamente, se ligam a projectos, a equipas, a ideários convertidos em acção. O tempo de cada ligação permanece um enigma sem resposta. O mais que poderemos fazer é influenciar um pouco a qualidade (e a duração) desse estado, sem esquecer que o movimento perpétuo é a matriz básica da existência!

ficheiro mestre

Alteração à Denominação

Farmácia do Marquês
Avenida Duque de Loulé, 61-65,
Lisboa
1050-087 LISBOA
Dra. Eduarda Maria Miranda Dias
Sociedade Farmácia Branco Lda.

Santa Casa da Misericórdia da Maia
Rua da Boa Vista, Maia (S.Miguel)
9625-333 MAIA (SÃO MIGUEL)
Irmandade do Hospital

Farmácia Costa
Rua Dr. Fialho de Almeida,
36 - Vidigueira
7960-270 VIDIGUEIRA
Dr. Pedro Miguel Antunes Ferreira
Pedro Ferreira - Com. Prod. Farm.
Unipessoal, Lda.

Farmácia Braz da Silva
Rua Bento Jesus Caraça, 46-A
- Laranjeiro
2810-001 ALMADA
Dra. Isabel Maria Brás da Silva
Dra. Isabel Maria Brás da Silva

Alteração de Direcção Técnica

Farmácia Confiança
Praça das Flores, 59-60 - Lisboa (São
Bento), 1200-192 LISBOA
Dra. Cátia Alexandra Bento Gameiro
Fernandes
Dra. Maria Luciana Coelho da Cruz

Farmácia Costa Borges
Estrada de Chelas, 173 - Lisboa
1900-151 LISBOA
Dra. Margarida Maria da Silva
Vasconcelos
Magofarma-Comércio Produtos
Farmacêuticos Lda.

Passagem a Herdeiros

Farmácia Moderna
Avenida 25 de Abril, 142 - Ílhavo
3830-044 ÍLHAVO
Dra. Maria do Rosário Borrallho Rego
Cabral
José Nascimento Rego Cabral
- Herdeiros

Alteração ao Pacto Social

Farmácia Morão
Rua da Assunção, 17-19 -
Lisboa (Baixa)
1100-042 LISBOA
Dr. Ricardo Manuel Santos Gonçalves
Andrade & Gonçalves, Comércio e
Serviços Farmacêuticos, Lda.

Farmácia Monge
Morada Rua S. Bento, 104 - Vila Nova
de S. Bento
7830-071 VILA NOVA DE S. BENTO
Dra. Martina Lopez Rufo
Farmácia Monge Lda.

Farmácia Lealdade
Rua Marcelino Mesquita, Loja 1, 11
- Linda-a-Velha
2795-134 Linda-a-velha
Dra. Maria Adozinda dos Santos
Pratas do Vale
Maria Adosinda Santos Pratas Vale,
Unipessoal, Lda.

Farmácia Aliança
Av. Padre Alves Rego, Frac. Al, R/C,
657 - Vermoim
4470-330 MAIA
Dr. José Pedro Mendes Duran
Guimarães Dinis
Farmácia Aliança de Vermoim da
Maia, Unipessoal, Lda.

Farmácia Conceição
Morada Rua São Tiago, 701 - Silvalde
4500-647 ESPINHO
Dra. Isabel Maria Vieira Barbosa
Andrade Ferreira
Andrade e Ferreira Unipessoal, Lda.

Farmácia Marques
Av. Alberto Sampaio, 22 - Viseu
3510-027 VISEU
Dr. Augusto Manuel da Costa Meneses
M. C. Reimão Costa Cardoso Menezes
Unipessoal, Lda.

Farmácia Margarido
Rua Comendador Freitas Martins, 8
- Comenda, 6040-041 COMENDA
Dra. Sandra Joana Tomé Ribeiro
Mega
Joana Ribeiro Sociedade
Unipessoal, Lda.

Farmácia Porto Santo
Rua João Gonçalves Zarco,
50 - Porto Santo
9400-166 PORTO SANTO
Dra. Sofia Marques Antunes
Colombo Farma,
Unipessoal, Lda.

Farmácia Ponta do Pargo
Rua Dr. Vasco Augusto
de França - Sítio do Salão
de Cima - Ponta do Pargo
9385-120 PONTA DO PARGO
Dr. Carlos André Vieira Delgado
Fp2 - Farmácia da Ponta do Pargo
Unipessoal, Lda.

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

Alteração à Propriedade

Farmácia Central
Praça 7 de Março, 13 - Alhandra
2600-513 ALHANDRA
Dra. Sandra Catarina Jesus Ribeiro
Farmácia Central de Alhandra,
Unipessoal, Lda.

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

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

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

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

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

Farmácia Ocidental
Av. Álvaro Vaz do Urmeiro, 63 - S.
Pedro da Cadeira
2560-200 S. PEDRO DA CADEIRA
Dr. Rui Miguel Carreira Catarino Pita
Abreu
Dr. Rui Miguel Carreira Catarino Pita
de Abreu

Farmácia Barros Gouveia
Rua do Vale Formoso de Cima, 79-B
- Lisboa
1950-280 LISBOA
Dr. António Carlos Almeida Pereira
Chaves, António Chaves Sociedade
Unipessoal, Lda

Farmácia Ouressa
Rua Francisco Sá Carneiro, Bairro de
Ouressa, 31 - Mem Martins
2725-317 MEM MARTINS
Dra. Maria José Andrade Franco
Vinha, Maria José Franco Vinha -
Soc. Farmacêutica
Unipessoal, Lda.

Farmácia Maria
Praceta. António Boto, 11-A
– Carnaxide
2795-462 LINDA-A-VELHA
Dra. Maria Esmeralda C. R. Chaves
Farmácia Maria Esmeralda Chaves,
Unipessoal, Lda.

Farmácia Tavares da Silva
Rua Heróis do Ultramar, 1800
– Balteiro
4430-432 VILA NOVA DE GAIA
Dra. Idalina Maria de Castro Tavares
da Silva
Farmácia Idalina T. da Silva,
Unipessoal Lda.

Farmácia Vale Fetal
Rua Francisco Costa, 28-28 A – Vale
Fetal
2820-640 CHARNECA DA CAPARICA
Dra. Helena Alexandra Lindo Ruas
Pires
Helena Alexandra Lindo Ruas Pires
– Soc. Unipessoal Lda.

Transferência de Local

Farmácia Manito
Rua Dr. Armando Gonçalves, 97
– Tentúgal
3140-566 TENTÚGAL
Dra. Maria Lucília dos Santos Dias
Rodrigo Lopes
Maria Lucília Lopes, Unipessoal Lda.

Farmácia Vidigal
Praça do Brasil, 13 – Figueiró
dos Vinhos
3260-408 FIGUEIRÓ DOS VINHOS
Dra. Maria Adelaide Rodrigues
dos Reis
Maria Adelaide Rodrigues dos Reis,
Unipessoal, Lda.

Farmácia Goes Pinheiro
Praça 8 de Maio, 42 – Figueira da Foz
3080-054 FIGUEIRA DA FOZ
Dra. Elsa Carla Ferreira da
Silva de Jesus Prata
Dra. Elsa Carla Ferreira da
Silva de Jesus Prata

Farmácia S. Cosme
Alameda da Europa, Lt. 5 Fracção D,
E – Covilhã
6200-034 COVILHÃ
Dr. Carlos Alberto Gama Tavares
Farmácia de S. Cosme Lda.

Farmácia de Joane
Rua de S. Bento, 217 – Joane
4770-206 JOANE
Dr. Álvaro Miguel Castro de Oliveira
Dr. Álvaro Miguel Castro de Oliveira

Farmácia Moderna
Rua Conde Santiago Lobão, 128-136
– Oliveira de Azeméis
3720-282 OLIVEIRA DE AZEMÉIS
Dra. Maria Teresa C. S. B. Lopes da Costa
Dra. Maria Teresa C. S. B. Lopes da
Costa

Farmácia Maria José
Av. da Torre, 260 – S. Romão de
Arões
4820-758 ARÕES (S. ROMÃO)
Dra. Maria José M. Figueiredo Cunha
Dra. Maria José M. Figueiredo Cunha

Farmácia Moderna
Rua Mariano de Carvalho, 15 A, C, E
– Vila Chã de Ourique
2070-668 VILA CHÃ DE OURIQUE
Dr. Manuel José Rodrigues Dionísio
Fª Moderna de Dr. Manuel José R.
Dionísio, Soc. Unip., Lda.

Farmácia S. Cosme
Av. de Tibães, 925 – Ribeira de Baixo
4770-582 S. COSME VALE
Dra. Maria Adélia Ribeiro Moreira
Amadeu Augusto Rodrigues

Farmácia Central
Rua da Lourinha, 501-505 – Rio Tinto
4435-310 RIO TINTO
Dra. Maria Florentina Bragança R C
Pereira
Farmácia Central de Rio Tinto Lda.

Farmácia S. Sebastião
Av. Dr. Elísio de Moura, Lote 6, 443
R/C – Coimbra
3030-127 COIMBRA
Dra. Ilda Lopes Gonçalves
Ilda Lopes Gonçalves & Pimentel,
Lda.

Farmácia Ferraz
Rua Prof. Silva Pinto, 1138 – S. Roque
3720-686 S. ROQUE
Dr. Carlos Manuel Martins Ferraz
Dr. Carlos Manuel Martins Ferraz

Farmácia Cunha Miranda
Rua Coronel Jorge Velez Caroco,
Bloco 8 A/B – Assentos – Portalegre
7300-030 PORTALEGRE
Dra. Maria Margarida Cunha Miranda
Mª Margarida Cunha C. Botelho
Miranda, Soc. Unipessoal Lda.

Farmácia Canelhas Lopes
Estrada Nacional 342 – Lugar de S.
Fipo – Condeixa-a-Nova
3150-256 EGA
Dra. Maria Luisa Santiago Costa
Santos Soares Ferreira
Dra. Maria Luisa Santiago Costa
Santos Soares Ferreira

Desvinculação de Farmácia

Farmácia S. Mamede
Rua da Escola Politécnica, 82-B
– Lisboa
1250-102 LISBOA
Dra. Marília Marques Chanca Matoso
Farmácia S. Mamede, Unipessoal Lda

Farmácia Costa
Rua Central, 448 – Junqueira
4480-265 JUNQUEIRA VCD
Dr. Paulo Jorge Dias Gonçalves
Dr. Paulo Jorge Dias Gonçalves

Transferência Provisória de Local

Farmácia Central
Rua Dr. Rui Soares Branco, 10
– Cadaval
2550-116 CADAVAL
Dra. Márcia Maria Correia M. Duarte
Dra. Márcia Maria Correia M. Duarte

Alteração de Morada

Farmácia Normal
Av. Alfredo da Silva, 116 - Barreiro
2830-302 BARREIRO
Dra. Maria Manuela Xavier Marques
Alves
Sociedade Xavier Marques,
Unipessoal Lda.

Alteração à Denominação e Transferência de Local

Farmácia Silva Ferreira
Lugar de Escampados - Lama
4750-511 LAMA BCL
Dr. Manuel Júlio Silva Ferreira
Dr. Manuel Júlio Silva Ferreira



Troca de seringas renovada

Prevenir a transmissão de doenças infecciosas como a sida e a hepatite C foi o objectivo que presidiu à recente renovação do kit do programa de troca de seringas. Assim, o kit passou a incluir dois novos componentes - ácido cítrico e um recipiente (carica) - uma vez que os contágios também ocorrem a partir da partilha do “caldo”. Além destes componentes, o kit inclui uma seringa, um toalhete, desinfectante com álcool, um preservativo, uma ampola de água bidestilada, um filtro e um folheto informativo. A introdução dos novos componentes foi decidida na sequência de um estudo-piloto realizado em várias cidades do país e de recomendações da Organização Mundial de Saúde. Uma parceria inicial entre a ANF e a então Comissão Nacional de Luta Contra a Sida, o programa “Diz não a uma seringa em segunda mão” suscitou ao longo dos anos a adesão de outras instituições, tendo-se revelado um sucesso desde o primeiro dia. Isso mesmo foi lembrado, a 7 de Setembro, na apresentação do novo kit.

Coube a Luís Matias, da direcção da ANF, a abertura da conferência, o que fez enfatizando o compromisso com este projecto pioneiro: “Desde a primeira hora que as farmácias se disponibilizaram para apoiar esta causa, cujos princípios solidários os farmacêuticos tão bem entendem”. Uma causa com um claro sentido solidário, na medida em que se propunha, por um lado, chamar a atenção para a importância da prevenção da infecção por VIH nos utilizadores de drogas injectáveis e, por outro, proteger a comunidade do contacto com as agulhas potencialmente contaminadas, através da troca de seringas nas farmácias.

E os farmacêuticos aderiram - sublinhou Luís Matias - porque para eles a solidariedade social não é um slogan, é uma prática quotidiana. A missão era arrojada, mais os resultados mostram que tem valido a pena: nos últimos 13 anos, foram recolhidas mais de 38 milhões de seringas, contribuindo as farmácias com 72% do total, dando corpo a um envolvimento inteiramente gratuito para os utentes e para o Estado. O impacto do programa é demonstrado por um estudo realizado em 2002 por uma entidade externa, cujos principais dados o director da ANF

apresentou: nos primeiros oito anos, estima-se que tenham sido evitados sete mil novos casos de sida por cada 10 mil utilizadores de drogas injectáveis, com uma poupança para o Estado superior a 400 milhões de euros nos recursos financeiros alocados ao tratamento daqueles doentes.

“Temos, pois, consciência do enorme contributo que as farmácias portuguesas têm vindo a prestar na área da prevenção do VIH/Sida nos últimos 13 anos para a promoção da Saúde Pública e para uma poupança significativa dos recursos estatais”, disse Luís Matias, reafirmando que as farmácias portuguesas estão empenhadas em continuar a prestar este e outros serviços ao país num contexto tão importante como é o dos cuidados primários em saúde. “Temos resultados que comprovam o nosso desempenho”.

A conferência de apresentação do novo kit, que decorreu na Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, contou com a prelecção do presidente da Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado, Rui Tato Marinho, que falou sobre a “Infecção por VIH/Sida e Hepatite C nos utilizadores de drogas injectáveis”.

O balanço do programa esteve a cargo de Carla Torre, da Coordenação Nacional para o VIH/Sida, que recordou os primórdios: surgiu como experiência-piloto com duração prevista de três meses, mas, os resultados não deixaram margem para dúvidas quanto à sua continuidade, pois, só no primeiro ano, foram distribuídas 250 mil seringas, número que disparou para os dois milhões no ano seguinte.

Por ano, cada consumidor de drogas injectáveis tem acesso a 60 a 90 seringas, o que é considerado insuficiente, com Carla Torre a defender que o objectivo ideal seria uma seringa por cada injeção. Enquanto isso não acontece, o programa vai sendo aperfeiçoado e é nesse contexto que se enquadra o novo kit, apresentado por Carla Caldeira, do Departamento de Programas de Cuidados Farmacêuticos da ANF. As notas finais da conferência estiveram a cargo do Coordenador Nacional para a Infecção VIH/Sida, Henrique Barros, com o encerramento a pertencer à Alta Comissária da Saúde, Maria do Céu Machado.

Farmácias na prevenção das doenças da próstata



Contribuir para a prevenção das doenças da próstata e para a melhoria da intervenção junto destes doentes é o objectivo do protocolo que a Associação Nacional das Farmácias (ANF) assinou com a Associação Portuguesa de Urologia (APU) e a Associação Portuguesa de Doentes da Próstata (APDP).

O protocolo assenta na necessidade de partilha de informação entre os profissionais de saúde e as associações de doentes, no entendimento de que é fundamental criar sinergias de forma a que as intervenções sejam mais eficazes.

Isto num contexto em que, apesar das campanhas de rastreio e diagnóstico precoce, são entre 50 a 70 por cento os doentes que chegam à consulta de Urologia já com doença localizada avançada.

Dados constantes de um estudo promovido pela APU indicam que 93 por

cento dos portugueses já ouviram falar de cancro da próstata, mas apenas 20 por cento recorrem a uma consulta médica para discutir o assunto. Uma discrepância gerada pela vergonha em partilhar os sintomas de natureza sexual, pelo receio de ser submetido a exames constrangedores, pelo medo do diagnóstico de cancro e ainda pela ideia errada de que os problemas urinários são um fenómeno natural do envelhecimento.

Tais percepções embatem nos números: é que 74 por cento dos inquiridos neste estudo apresentavam pelo menos um sintoma, ainda que ligeiro, relacionado com a próstata.

Face a esta realidade, a APU considera urgente adoptar medidas preventivas e é nesse contexto que se enquadra o protocolo que envolve as farmácias e os farmacêuticos.

Ao abrigo desta parceria, serão preparados materiais informativos para

o doente e de apoio à intervenção farmacêutica, serão elaboradas normas de intervenção no domínio das doenças da próstata, dinamizadas acções de sensibilização junto da população e serão organizados ciclos de formação para farmacêuticos e outros profissionais de saúde, bem como realizados estudos fármacoepidemiológicos.

Doença silenciosa, o cancro da próstata – a mais grave de todas as patologias que afectam aquele órgão do aparelho reprodutor masculino – é responsável por cerca de 1800 mortes por ano em Portugal, calculando-se que existam cerca de 130 mil casos.

Com o aumento da esperança de vida, estima-se que quase 40 por cento dos homens com mais de 50 anos venham a sofrer desta doença, o que torna essencial apostar na prevenção e no despiste, mediante a realização periódica de testes como o PSA.

ICAP pronuncia-se sobre publicidade enganosa

Alimentos ou medicamentos?



A questão foi recentemente alvo de uma deliberação do Instituto Civil de Autodisciplina da Publicidade (ICAP), na sequência de uma queixa da Apifarma contra as campanhas publicitárias de diversos produtos alimentares com recurso a alegações de índole terapêutica.

O que a associação da indústria farmacêutica contesta são as associações declaradas entre o consumo de determinados alimentos funcionais e benefícios terapêuticos, nomeadamente na redução do colesterol.

Em causa estavam três campanhas específicas, veiculadas através dos sites das marcas e através da comunicação social: trata-se da informação publicitária relativa ao Becel pro.activ, ao Mimoso Bem Vital e ao Benecol.

No primeiro caso, alegava-se que “o consumo de três porções de creme vegetal para barrar ou de leite Becel pro.activ reduzem o colesterol até

15% em apenas três semanas” e que “os produtos da gama Becel pro.activ são especialmente concebidos para pessoas que querem reduzir o colesterol”.

Já no segundo caso, a publicidade transmitia a mensagem de que “o consumo diário de três copos de Mimoso Bem Vital Toma Gradual garante a ingestão da quantidade de esteróis vegetais (2g) necessária para reduzir o colesterol - em 30 dias, redução de 9% do colesterol LDL e de 7% do colesterol total”.

Para a Apifarma, as marcas estão a ir longe demais ao atribuir propriedades terapêuticas a produtos que não são medicamentos.

Um argumento reforçado pelo ICAP que, na sua análise, ponderou a legislação em vigor, recordando que “não é permitido atribuir a um género alimentício propriedades de prevenção, de tratamento e de cura de doenças

humanas, nem mencionar tais propriedades, mesmo que se trate de colesterol”.

Além disso, a publicidade não pode induzir em erro os seus destinatários, pelo que - entendeu o ICAP - sustentar a mensagem publicitária daqueles dois produtos. “Não se diga em abono deste tipo de publicidade que o consumidor sabe distinguir os produtos que têm qualidades terapêuticas e profiláticas - os medicamentos - daqueles que apenas contribuem para uma dieta sã e equilibrada”, refere o documento.

Ora acontece que “a forma como a informação está a ser transmitida pode induzir em erro o consumidor e, em consequência, trazer problemas de adesão à terapêutica, não só por não haver a indicação de consulta do médico assistente, como por poder induzir à interrupção do tratamento”. Perante estas considerações, o ICAP

considerou estar-se perante dois casos de publicidade enganosa, tendo determinado a sua cessação, independentemente do suporte.

Diferente foi o entendimento do instituto perante uma outra queixa da Apifarma, esta versando a publicidade ao Benecol. O que a associação contestava neste caso eram as frases “a redução do nível de colesterol pode ser constatada após duas semanas de uso diário de Benecol” e “se o Benecol deixar de ser consumido, o nível de colesterol no sangue sobe novamente para o seu valor original”.

Mas para o ICAP estas são afirmações genéricas e suficientemente sustentadas na documentação técnico-científica disponibilizada pelo responsável da marca em Portugal. Considerou ainda “improvável que a publicidade em análise se apresente como abusiva da confiança, falta de experiência ou conhecimentos do consumidor”. Independentemente do teor da decisão, o que este processo vem pôr em evidência é uma tendência para associar a alimentos propriedades que são exclusivas dos medicamentos, induzindo o consumidor em erro e podendo promover comportamentos menos responsáveis do ponto de vista da segurança, nomeadamente a suspensão da terapêutica com base na convicção de que o consumo daqueles produtos dispensa a intervenção farmacológica.

Hospitais com estrelas?



Os hospitais e as clínicas poderão vir a ser classificados por um sistema de estrelas semelhante ao que vigora na hotelaria. Esta é a intenção da Entidade Reguladora da Saúde e foi tornada pública pelo respectivo presidente, Álvaro Almeida.

O sistema abrangerá tanto as unidades públicas como privadas, devendo a primeira classificação ser conhecida em 2008. A medida, incluída no plano de actividades da ERS, assumirá a forma de um sistema de zero a cinco estrelas, constituindo uma versão simplificada da que já existe em países como o Reino Unido e os Estados Unidos.

O objectivo é que o sistema de avaliação da qualidade seja facilmente perceptível para o público. A sua implementação será feita de forma faseada, com recurso à discussão pública dos métodos de avaliação. Entre os indicadores escolhidos figurará a satisfação dos doentes.

Feita a avaliação, os resultados serão publicitados, através do site da ERS, de modo a poderem ser consultados pelos utentes dos serviços de saúde. Numa reacção a esta medida, diver-

sos administradores hospitalares, citados pela Comunicação Social, revelaram-se globalmente favoráveis. É o caso de Rui Raposo, presidente do Hospital Fernando da Fonseca, uma parceria do Estado com o Grupo Mello. Na sua opinião, é muito importante que haja uma avaliação objectiva dos indicadores de qualidade e desempenho.

A mesma ressalva foi feita pelo presidente do Hospital de Santa Maria, Adalberto Campos Fernandes, que apesar de considerar que se trata de uma boa iniciativa, defendeu a necessidade de uma selecção criteriosa dos parâmetros a avaliar.

Por sua vez, o presidente do Grupo Português de Saúde, José Mendes Ribeiro, classificou a iniciativa como muito importante e necessária, sobretudo útil para os doentes.

Mais crítico revelou-se o presidente da Associação dos Administradores Hospitalares, Manuel Delgado, para o qual o sistema pode não ter os efeitos práticos desejados, dado que os doentes estão limitados aos serviços da sua área de residência, não tendo grande possibilidade de escolha.

Bastonária fala de desafios no Dia do Farmacêutico

Interesse público em risco



O alerta foi deixado pela bastonária da Ordem dos Farmacêuticos, Irene Silveira, nas celebrações do Dia do Farmacêutico, a 26 de Setembro último. Numa intervenção centrada nos desafios que a profissão enfrenta, chamou a atenção para as alterações recentes no quadro legislativo que rege o sector farmacêutico, considerando que interferem significativamente na expressão do exercício profissional.

As novas disposições alteram radicalmente o quotidiano da intervenção farmacêutica. Nomeadamente por via da publicação do novo regime jurídico de farmácia, com o qual – advertiu – se abre “um leque de incertezas e preocupações” que a classe tem vindo a assinalar.

São medidas – sublinhou – cuja ausência de evidência técnica, científica, económica e social a Ordem tem vindo a denunciar. Na óptica da bastonária, “configuram muito mais do que uma mudança para o exercício farmacêutico. São uma alteração profunda na forma de organização do sistema de saúde e, em particular, com um elevado risco para a satisfação das necessidades dos doentes”.

É isso precisamente o que está em causa: “A abertura do sector farmacêutico a uma economia de mercado tem assinaláveis riscos para o interesse público, com sérios riscos de mercantilização da saúde ao serviço da especulação económica”.

Não é esta – enfatizou Irene Silveira – a visão dos farmacêuticos que diariamente se empenham em prol dos doentes que servem. Não é sequer a solução para os desafios de saúde que o país apresenta.

Contudo, é esta a realidade que colocará novos desafios e redobradas responsabilidades aos farmacêuticos portugueses. Com a alteração proposta caberá, mais do que nunca, aos farmacêuticos assegurar que os doentes têm

direito a um acompanhamento e tratamento adequado e ajustado às suas necessidades. Serão, pois, os farmacêuticos “os garantes em relação à sobreposição do interesse público em saúde pelos interesses económicos que se concentrarão no sector”.

Dando conta, a propósito, de uma audiência tida no dia anterior com o Ministro da Saúde, a bastonária reafirmou as preocupações da Ordem com a destruição de uma regulação ética e deontológica na disponibilização de medicamentos em Portugal.

Não são apenas as alterações legislativas no sector da farmácia de oficina que preocupam a Ordem. Outras matérias merecem a sua atenção, nomeadamente a revisão de carreiras da administração pública e a nova legislação sobre a utilização veterinária de medicamentos.

Disso mesmo deu a bastonária conta ao Ministro da Saúde e aos presentes nas cerimónias do Dia do Farmacêutico, que tiveram como palco a cidade de Vila Nova de Gaia. Cerimónias em que foi prestada homenagem aos farmacêuticos que este ano completam o 50º aniversário da sua licenciatura, bem como aos melhores alunos finalistas das licenciaturas em Ciências Farmacêuticas de todas as faculdades do país.

Estiveram, portanto, reunidas várias gerações de farmacêuticos, que puderam ouvir os testemunhos de conceituadas personalidades do sector e da sociedade. Antes da intervenção da bastonária Irene Silveira, usaram da palavra o presidente da Secção Regional do Porto da Ordem, Franklim Marques, o membro do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, Daniel Serrão, o ex-bastonário Carvalho Guerra, o ex-ministro da Economia Daniel Bessa, o professor da Universidade de Madrid António Sillero e o presidente da Entidade Reguladora da Saúde, Álvaro Almeida.

...a partir
de certa idade...

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

com Extracto
de Soja



DERMISOJA

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

BOTOSERUM com Hexapéptido

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

CREME

Fotoenvelhecimento
Envelhecimento
Intrínseco
Reafirmante
Tonificante
Anti-Aging

SUPLEMENTO ALIMENTAR Cápsulas

Afrontamentos
Perda de massa óssea
Perda de densidade
e atrofia cutânea

LEF à distância de um clique



O Laboratório de Estudos Farmacêuticos (LEF) está, desde Setembro, mais acessível a todos os parceiros, clientes e público em geral: uma acessibilidade proporcionada pela criação de um site na rede mundial de comunicações - a Internet.

A partir de agora, através do endereço www.lef.pt, é possível ficar a conhecer melhor esta instituição vocacionada para a prestação de serviços ao sector farmacêutico. Competência, qualidade e credibilidade são os valores pelos quais se tem pautado o LEF desde a sua fundação - em 1992 - e isso mesmo é evidenciado na página principal de um site dominado pela sobriedade da apresentação e pela funcionalidade da organização.

Na página central, com uma mancha de imagem central, o Laboratório é apresentado como uma CRO (Contract Research Organization) que oferece um amplo espectro de serviços ao abrigo das Boas Práticas de Fabrico (BPF) e Boas Práticas de Laboratório (BPL) ao sector farmacêutico, assim como a outras áreas, tais como a alimentar e a de produtos cosméticos e de higiene corporal.

Dá-se igualmente conta de que o LEF possui uma significativa experiência em áreas como o Desenvolvimento Farmacêutico, Desenvolvimento Analítico, Testes Físico-Químicos, Microbiológicos e Bioanalíticos, assim como em Estudos de Biodisponibilidade e Bioequivalência, sendo que todos estes serviços são complementados pelo departamento de Assuntos Regulamentares.

Finalmente, refere-se a missão de apoio científico às farmácias, afinal, o objectivo que presidiu à sua constituição, em 1992: um apoio que beneficia quer as farmácias de oficina, quer as hospitalares, centrado na área do Medicamento Manipulado e incluindo a edição de monografias para o Formulário Galénico Português.

É a partir desta página principal que se desenvolvem os aspectos mais particulares, o acesso à informação a fazer-se através de duas linhas de links. Numa linha superior acede-se aos seguintes tópicos - Sobre nós (Quem somos, Missão, Equipa, Infra-estruturas, Parceiros, Clientes), Serviços (Desenvolvimento Farmacêutico, Medicamentos Manipulados, Desenvolvimento e Validação de Metodologias, Ensaio Físico-Químicos, Ensaio Microbiológicos, Ensaio Clínicos e Bioanálise, Assuntos Regulamentares, Formação e Gestão da Qualidade), Produtos e APIs, I&D e Publicações (Projectos concluídos, Projectos em curso e Apresentações e Publicações), Contactos e Notícias.

Já na linha inferior, é possível aceder a um conjunto de links seleccionados, incluindo o da ANF, à Newsletter do LEF, à Apresentação Institucional e a um Filme, que permite conhecer melhor as modernas instalações do laboratório, inauguradas em Março último pelo primeiro-ministro, José Sócrates. Este é um site bilingue - em português e em inglês - ou não fosse o LEF uma instituição com ampla e reputada projecção internacional.

FarmaConforto

Conforto *para toda a família*

Reconhecidas por constituírem espaços de saúde por excelência, as farmácias são, hoje em dia, também, um espaço privilegiado para o conforto e a higiene.

Chegou agora a possibilidade de as farmácias dispensarem produtos que fazem bem à saúde e, simultaneamente, oferecem conforto e higiene.

Medima não pode faltar na gama de produtos exclusivos da farmácia.

**Materiais
que fazem bem à saúde**



Beloura Office Park, Edifício 11 • Quinta da Beloura • 2710-693 Sintra
Telefone: 21 923 63 50 • Fax: 21 923 63 89

APSI: formar para a segurança

Formar para a segurança: esta é uma das missões assumidas pela Associação para a Promoção da Segurança Infantil (APSI) desde a sua fundação, há 15 anos, uma missão concretizada todos os anos mediante a realização de acções de sensibilização do público e de acções de formação dirigidas aos diversos cuidadores das crianças e a todos quantos têm responsabilidades sociais.

A prioridade dada à formação é justificada pelo facto de a APSI acreditar que “o investimento na qualidade dos conhecimentos e das capacidades técnico-científicas de todos é uma das formas mais eficazes de promover a segurança infantil e a prevenção dos acidentes”.

É neste contexto que se enquadram as mais recentes propostas formativas da Associação, constantes do plano de formação para o segundo semestre de 2007. Trata-se de um plano que oferece três temas novos (Segurança na Escola, Casa Mais Segura e Crianças em Viagem). Paralelamente, mantêm-se as acções dirigidas a motoristas e acompa-

nhantes de transporte colectivo de crianças, bem como os workshops sobre segurança nos espaços de jogo e recreio e sobre como crescer em segurança e evitar os acidentes no primeiro ano de vida.

De inscrição individual ou orientadas para grupos, estas são acções de formação descentralizadas, de forma a levar a mensagem da segurança ao maior número possível de pessoas e a diferentes regiões do país.

As datas e locais, bem como outros pormenores sobre cada programa, podem ser consultados na página da APSI na Internet (www.apsi.org.pt).

A APSI assinala este ano década e meia de existência, marco que coincidiu com a passagem de testemunho na direcção: Sandra Nascimento sucedeu a Teresa Cardoso de Menezes, que preside agora à Mesa da Assembleia-Geral. A APSI é parceira da ANF na Plataforma Saúde em Diálogo, fazendo parte dos órgãos sociais eleitos em Fevereiro último.

formação

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:

Diabetes	
CD da diabetes	Lisboa - 5 e 6 de Dezembro
Curso da diabetes	
Infância	
Curso de alimentação na infância	Lisboa - 6 de Novembro Coimbra - 9 de Novembro Funchal - 7 de Dezembro



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



Por uma questão de segurança.



MONAF

MONTEPIO NACIONAL DA FARMÁCIA



Das cooperativas para as farmácias

É este o objectivo da “FCF Informação”, uma revista concebida pela Cooperativa Farmacêutica Farbeira Cofarbel Farcentro, cujo primeiro número acaba de ser editado. Dirigida por Miguel Silvestre, presidente da cooperativa que resultou da fusão das três existentes na Região Centro, propõe-se reunir um conjunto de informação útil à profissão de farmacêutico de oficina.

Em editorial, Miguel Silvestre sublinha que esta é a primeira vez que a cooperativa se dirige ao universo farmacêutico depois da fusão da Farbeira, da Cofarbel e da Farcentro, acontecimento que define como “um marco muito importante no sector cooperativo nacional, após décadas de hesitações e equívocos”.

Para Miguel Silvestre, a fusão ocorreu num cenário que está a alterar o sector cooperativo e a afectar o papel do farmacêutico na sociedade, exigindo uma maior atenção à componente política da actividade.

No mesmo texto, são ainda apresentadas as razões que presidiram à fusão das três cooperativas do Centro, nome-

adamente o facto de, num contexto de margens brutas “extremamente pequenas”, a dimensão ser preponderante para obter melhorias no serviço e nas condições proporcionadas aos clientes, bem como uma redução significativa de custos.

O primeiro número de “FCF Informação” inclui uma entrevista com o ex-presidente do Infarmed, Rui Santos Ivo, apresentado como “um nome relevante no panorama farmacêutico nacional”.

É também feita uma radiografia ao sector da distribuição farmacêutica, a partir da experiência acumulada pelas três cooperativas entretanto fundidas. Um tema a continuar em próximas edições.

“O medo de envelhecer” é o título de um artigo sobre a Doença de Alzheimer, após o que se segue uma evocação de Alexandre Fleming, o cientista que em 1928 descobriu a penicilina, o antibiótico que viria a revolucionar a terapêutica. “FCF Informação” terá periodicidade trimestral e é de distribuição gratuita.

reuniões e simpósios

DATA	EVENTO
9 e 10 de Novembro • Évora	IV Encontro de Casos Práticos de Acompanhamento Farmacoterapêutico Para mais informações e inscrições: www.ensino.uevora.pt/bio_saude
8, 9 e 10 de Novembro • Lisboa	ExpoFarma – Feira Nacional da Farmácia • FIL – Parque das Nações - Pavilhão 2 Para mais informações: Assistência Comercial, Joana Messias • Tel. (351) 21 924 78 30/1 Fax (351) 21 924 78 39 • Telemóvel (351) 91 444 78 00 • E-mail geral@expofarma.pt
18 a 21 de Novembro • Lisboa	XIth 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 • Albufeira	World Healthcare Student's Symposium 2007 – Different Rules, One Goal Para mais informações: http://whss2007.org/site

ISTO É QUE VAI SER POUPAR...



ILUSTRAÇÃO: EDUARDO PERESTRELO



Os novos estatutos

A Assembleia Geral realizada no passado dia 20 de Outubro aprovou os novos Estatutos da ANF. A alteração ao regime de propriedade de farmácia foi, como é sabido, o principal motivo da alteração. Os proprietários não farmacêuticos poderão, a partir de agora, ser associados da ANF, se assim o desejarem. Os novos Estatutos prevêem condições específicas para esse fim. O Governo decidiu, apesar da nossa oposição, liberalizar a propriedade de farmácia e, por isso, não podíamos nem devíamos ignorar a realidade. O nosso objectivo, com a alteração aos Estatutos, é o de respeitar o passado e preparar o futuro. A ANF, no interesse de todos, tem de continuar a ser uma associação forte

e representativa de todo o sector de farmácias.

Só assim podemos defender os nossos legítimos interesses.

O realismo dos novos Estatutos foi compreendido pelos associados, que os aprovaram por uma maioria esmagadora de 95% dos votos expressos.

Para além desta alteração, o Conselho Nacional foi extinto e as suas competências transferidas para a Assembleia Geral de Delegados.

Com esta alteração, haverá uma maior integração das farmácias na vida colectiva e uma maior representatividade do órgão que define as linhas fundamentais de orientação da política associativa.

As Delegações de Porto e Coimbra continuarão a constituir um importante factor da estabilidade associativa.

Foi criado, ainda, um Conselho Fiscal, com o objectivo de reforçar a transparência e o rigor de toda a vida interna da ANF.

Deixo para o fim, intencionalmente, aquela que considero a mais importante inovação estatutária – a definição de um modelo de farmácia que a ANF preconiza.

O artigo segundo dos novos estatutos prevê que a associação defenderá um modelo de farmácia com a natureza de estabelecimento de saúde e centro de prevenção e terapêutica que, para além da dispensa de medicamentos, presta serviços farmacêuticos essenciais e diferenciados à comunidade.

É com este modelo que os proprietários de farmácia, farmacêuticos ou não farmacêuticos, estão agora comprometidos.

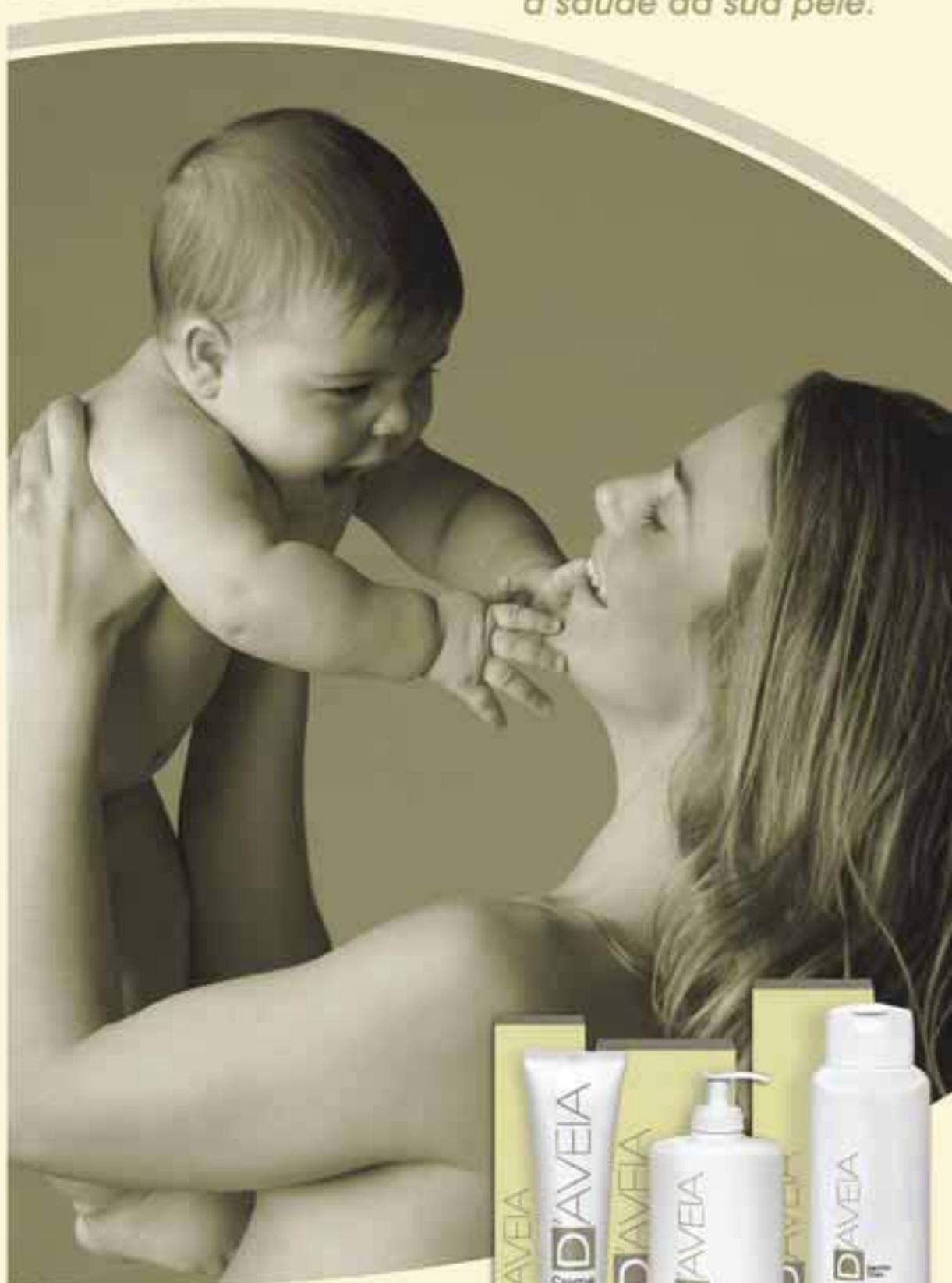
Continuaremos, portanto, a ser uma associação cujos membros exercem uma actividade de serviço público, que tem como objectivo, acima de tudo, prestar uma assistência farmacêutica de qualidade aos doentes em particular e à população em geral.

Saúdo o espírito aberto com que os associados acolheram os novos estatutos, no qual vejo um testemunho de confiança colectiva no futuro da Farmácia.

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, n.º 59, 1.º Esq. 1250-068 Lisboa
Tel. 213804180 www.dermoteca.com



FARMÁCIA DO MARQUÊS

(Lisboa)

Um Projecto Global Consiste

Projecto, Obra, Mobiliário, Robótica, Equipamentos, Preços Electrónicos Consiste, Imagem e Merchandising.