Farmácia Portuguesa

BIMESTRAL • Nº 173 • JANEIRO/FEVEREIRO '08

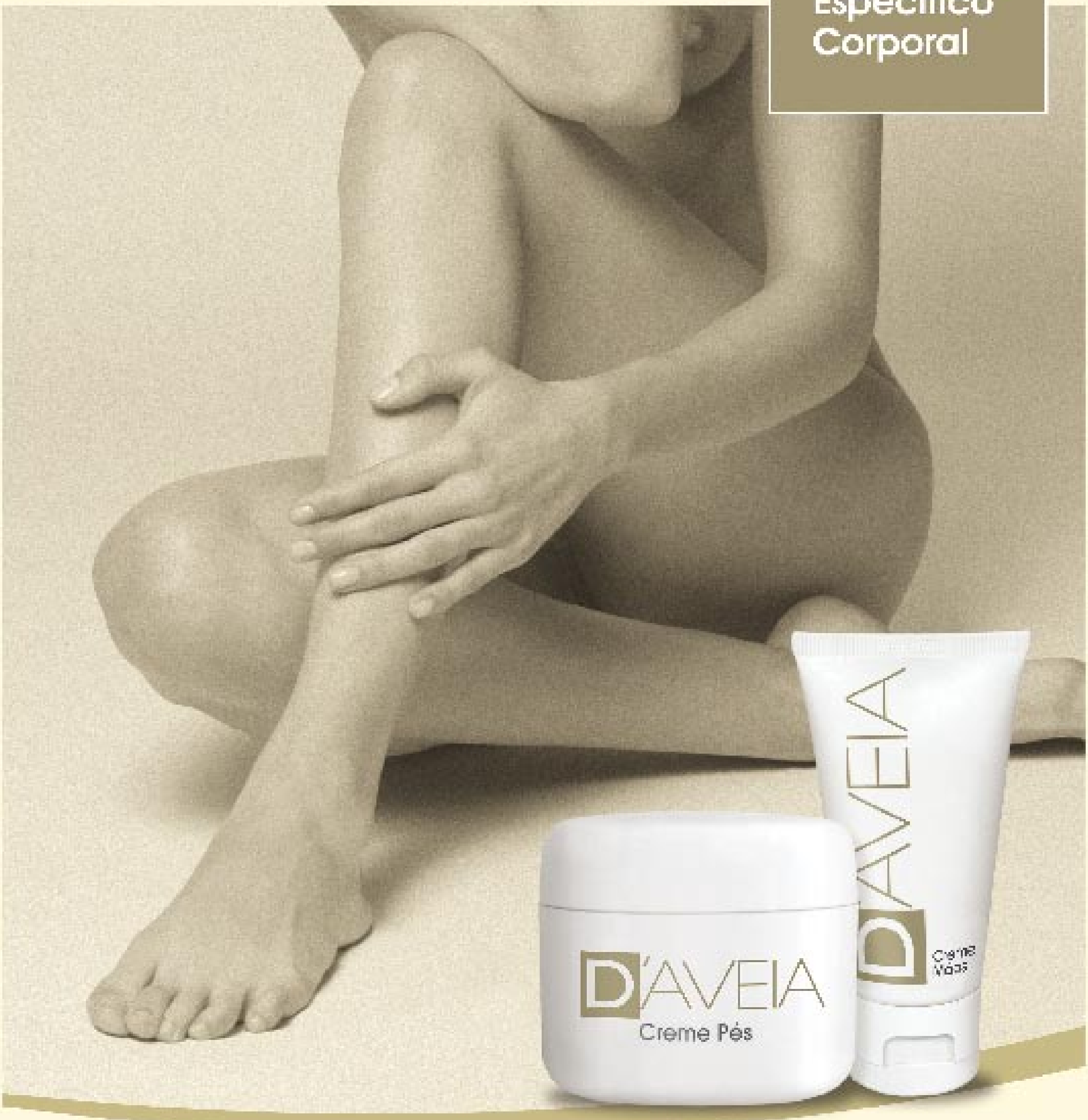
30 anos 1978 • 2008

Farmácias Portuguesas

Ganham nova dimensão

D'AVEIA

Hidratação e Cuidado Específico Corporal



De modo a complementar a linha corporal D'AVEIA, surgem 2 novos produtos destinados à Hidratação e Cuidado Específico Corporal: D'AVEIA Creme Mãos e D'AVEIA Creme Pés.

D'AVEIA Creme Mãos e Pés associa os ingredientes clássicos da linha D'AVEIA – Aveia Coloidal, Farinha Integral de Arroz e Amido de Milho – a substâncias com acção específica no cuidado de mãos e pés para uma pele suave e macia.

D'AVEIA Creme Pés - 100 ml

Com marcada acção queratolítica, **elimina as calosidades** (hiperqueratoses) e **diminui a espessura cutânea**. A presença de complexo Alpha e Beta Hidroxiácidos reforça a acção da Ureia, melhorando a sua eficácia. **A pele fica suave e macia.**

D'AVEIA Creme Mãos - 50 ml

Elimina a descamação, as manchas do fotoenvelhecimento, e promove uma **acção hidratante e suavizante.** O Fitantriol, o Pantenol e a Alantoína actuam sinergeticamente e estimulam a **regeneração da pele.** Não deixa as mãos untuosas.

Dermoteca

Produtos Químicos e Dermatológicos, SA   Rua Castilho, N.º 56, 1º Esq. 1250-068 LISBOA
Tel. 213804180   Fax 213804181   E-mail: dermoteca@dermoteca.com   www.dermoteca.com

VENDA EM FARMÁCIAS

Farmácia Portuguesa

Janeiro/Fevereiro de 2008 • Ano XXX • Nº 173
Publicação bimestral • ISSN 0870-0230 • DGCS 101528

sumário

Editorial
Editorial 5

Há 30 anos
30 years ago 6

Novas condicionantes
News constraints 8

Novo relacionamento com o SNS
New relationship with National Health System 12

Entrevista a António Arnaut
Interview with António Arnaut 22

CEFAR analisa recursos humanos farmacêuticos
CEFAR analyzes pharmaceutical human resources 28

Propriedade de farmácia de oficina em Portugal
Ownership of the pharmacy in Portugal 32

Marca Farmácias Portuguesas
Portuguese Pharmacies Brand 36

Informação Terapêutica - Leites
Therapeutical Information - Milks 40

Informação Terapêutica - Infecção na criança
Therapeutical Information - Infection in children 50

Informação Terapêutica - Incontinência urinária
Therapeutical Information - Urinary incontinence 56

Informação Veterinária - Novos protocolos de vacinas
Veterinary Information - New protocols of vaccines 58

Manipulados - FGP 2007
Magistral formula 61

Consiste distingue projectos de 2006/07
Consiste distinguishes projects of 2006/07 64

O mérito da integração
The merit of integration 66

Museu da Farmácia
Pharmacy Museum 68

A formação profissional
The professional training 70

Ajudas de custo e subsídios de refeição e viagem
Payment of cost and meal allowances and travel 74

Formação
Training 77

Noticiário
News 78

Cartoon
Cartoon 87

Corta e cola
Copy and paste 89

Desta varanda
From this balcony 90

12 Dossier

NOVO RELACIONAMENTO COM O SNS

A denúncia do acordo entre a ANF e o Estado abriu caminho a um novo relacionamento entre as farmácias e o SNS. As novas regras constam de legislação pouco clarificadora, exigindo das farmácias mais burocracia no tratamento do receituário. Mas também conferindo-lhes o poder de aceitar ou não as rectificações.

36 ANF

MARCA FARMÁCIAS PORTUGUESAS

Reforçar a identidade das farmácias do universo ANF, posicionando-as como únicas e diferenciadas num contexto concorrencial, é a filosofia subjacente à marca Farmácias Portuguesas. União é a palavra-chave de um futuro que já mereceu mais de 1800 adesões.

Uma nova ministra para uma **nova política?**

O Ministério da Saúde tem, desde 30 de Janeiro, um novo titular - Ana Jorge, especialista em pediatria médica e até então directora do Serviço de Pediatria do Hospital Garcia da Orta, em Almada.

A ministra manteve como secretário de Estado Adjunto Francisco Ramos, completando a equipa com Artur Pizarro, na Secretaria de Estado da Saúde.

Esta é a estreia de Ana Jorge em cargos governamentais, mas não na estrutura pública da Saúde: de 1996 a 1997 coordenou a Sub-Região de Saúde de Lisboa e de 1997 a 2000 presidiu ao Conselho de Administração da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Neste início de mandato, a sucessora de António Correia de Campos tem virado as suas atenções para os cuidados de saúde primários, privilegiando as Unidades de Saúde Familiar. Sobre a política da farmácia e do medicamento não se pronunciou ainda, pelo que permanece por conhecer a sua posição relativamente à mais recente reforma do sector e ao diálogo com os parceiros institucionais, nomeadamente a ANF.

Diálogo é, aliás, a atitude que os farmacêuticos esperam da nova ministra, na expectativa de que as relações institucionais possam voltar ao clima de normalidade e respeito mútuo em que decorreram com a grande maioria dos titulares da Saúde.

Pela sua parte, as farmácias e os farmacêuticos vão continuar a honrar o compromisso assumido com os portugueses - prestar serviços de qualidade em prol da saúde individual e colectiva - e que lhes têm granjeado credibilidade e a confiança da população.

Farmácia Portuguesa

Propriedade
anf Associação Nacional das Farmácias
Director
DR. FRANCISCO GUERREIRO GOMES

Sub-Directores
DR. LUIS MATIAS
DR. NUNO VASCO LOPES

Coordenadora do Projecto
DRª MARIA JOÃO TOSCANO

Coordenadora Redactorial
DRª ROSÁRIO LOURENÇO
Email: rosario.lourenco@anf.pt

Coordenadora Redactorial Adjunta
DRª TERESA REVEZ
Email: teresa.revez@anf.pt

Telef. 21 340 06 50

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

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

Consultora Comercial
SÓNIA COUTINHO
soniacoutinho@lpmcom.pt
Tel.: 96 150 45 80

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

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

Powered by
Boston Media

Impressão e acabamento
RPO - Produção Gráfica, Lda.

Depósito Legal nº 3278/83

Periodicidade: Bimestral
Tiragem: 5 000 exemplares

Distribuição
Farmacoope

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

www.anf.pt

30 anos

A revista "Farmácia Portuguesa" que estão a compulsar é a publicação mais antiga portadora da sigla ANF. No seu número 177 de Setembro/Outubro de 2008 cumprir-se-ão 30 anos de esforço editorial ininterrupto.

Naturalmente, gostaríamos que, tal como nós o sentimos, haja uma generalizada sensação de nos estarmos a aproximar de uma data obrigatoriamente assinalável.

Somos no fundo um departamento informativo da Direcção da maior associação patronal farmacêutica. O recente pulular entre nós de muitas outras variantes de meios de divulgação ao leitor mais obriga a definir permanentemente o perfil do conteúdo destas páginas.

Somos folhas de política profissional que, ora gravam o passado, ora tentam anteceder com bom senso o futuro. Para que todas estas realidades fossem evidentes e úteis, gostaríamos de mobilizar meios com dimensão superior aos que dispomos.

2008, o ano dos 30 anos, coloca-se na nossa frente pedindo originalidade em época de aniversário. Neste editorial proponho-me a levantar o véu sobre as mais importantes iniciativas planeadas.

O Estado através dos seus governos e, em particular, dos seus sucessivos ministros vai ser ouvido numa série de entrevistas. Os directores destas páginas vão também ser ouvidos, deixaram marcas duma caminhada de três décadas na vossa memória.

Dado que também este ano a Associação Nacional das Farmácias realiza o seu Congresso, foi-nos entregue uma oportunidade de olhar o futuro estudando a previsão da evolução da comunicação entre pares, sobretudo neste sector da saúde onde nos movemos e temos responsabilidades.

Finalmente, haverá um concurso partindo da simples convicção que cada farmácia é um centro de encontro, onde o convívio gera acontecimentos que podem ir do dramático ao jocoso e que diariamente doentes e técnicos levam para casa. Vamos ver se temos autores que sejam capazes de traduzir em contos esses momentos. Responsabilizamo-nos por promover, divulgar e premiar este concurso.

Francisco Guerreiro Gomes

30 anos 1978 • 2008

Há 30 anos

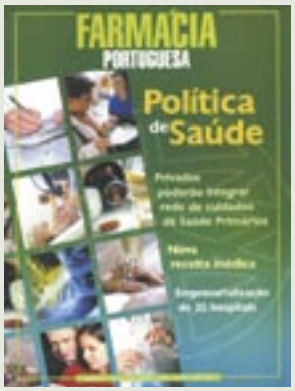
Em 1978 foi dado à estampa o primeiro número da revista "Farmácia Portuguesa" tal como a conhecemos. Não foi, porém, uma estreia na sua publicação, mas antes um renascimento a partir das páginas com o mesmo nome editadas pelo antecessor da Associação Nacional das Farmácias, o Grémio Nacional.

Um regresso assinalado, em editorial, por uma singela homenagem aos seus directores anteriores e pela intenção de inovar mas com base no "carácter didáctico e na coerência" da revista original, cuja "imagem de prestígio" funcionou com a agulha que impulsionou as vontades de todos quantos abraçaram o projecto.

Nessa edição (estava-se em finais do ano) reflectiam-se as preocupações de um país dividido quanto à possibilidade de Portugal ingressar na então Comunidade Económica Europeia e que se viria a concretizar alguns anos mais tarde, em 1985.

Questões de índole mais profissional dominaram o segundo número, que aborda uma das temáticas que ainda hoje é primordial na intervenção farmacêutica - a Farmacoterapia. "Farmácia Portuguesa" olha também para além-fronteiras, fazendo eco das conclusões do congresso anual da FIP - Federação Internacional de Farmacêuticos Outra área esteve em foco no terceiro número, a dermocosmética, já então se antecipando que este seria um segmento do mercado dos produtos de saúde em que os farmacêuticos poderiam ser activos do ponto de vista do aconselhamento.

Desses tempos há temas que sobrevivem até aos dias de hoje. É o que se conclui da análise do quarto número (Ago/Set de 1979). Em editorial alerta-se para os riscos do excesso de consumo de medicamentos e para



a prevalência de interacções medicamentosas, chamando a atenção para a necessidade de investir na Farmacovigilância.

E, mais adiante, abordam-se os limites da publicidade a medicamentos. A revista dá ainda espaço às palavras do professor de Deontologia, Correia da Silva que critica os farmacêuticos que actuam como comerciantes, e dá conta do primeiro estudo sobre a situação económica das farmácias.

Recorrentes nas páginas da "Farmácia Portuguesa" são as relações entre as farmácias e o Estado. No número seguinte é destacada a entrada em vigor de uma nova redacção do acordo relativo ao fornecimento de medicamentos a crédito aos utentes do SNS. Outros organismos e empresas vieram, com o tempo, a aderir a este modelo de relacionamento, conferindo ao sector uma estabilidade sem precedentes. Recorrente é igualmente a Formação, tema central do número com que se inaugura o ano de 1980. Nele se dá relevo à estruturação da Difarma com várias áreas de estudo, incluindo os domínios mais recentes da intervenção farmacêutica.

A par da valorização dos recursos humanos, o esforço da ANF tem sido também no sentido do desenvolvimento de ferramentas de suporte à profissão. É o que acontece com a informatização das farmácias iniciada nos anos 80 e que merece destaque no número 11 de "Farmácia Portuguesa".

Já o número 19 inclui nas suas páginas um assunto com repercussões até à actualidade: a legislação relativa à abertura e transferência de farmácias. Com desenvolvimento, apresenta-se a intenção do então Ministério dos Assuntos Sociais de alterar a lei, a partir de uma proposta da Direcção-Geral de Saúde não negociada com as farmácias e que a ANF rejeita. São os contornos desse processo que a revista repercute, tal como haveria de fazer ao longo dos anos com as sucessivas intenções governamentais de mudar a situação. A última intenção foi protagonizada pelo ministro Correia de Campos, em cujo mandato a abertura e transferência de farmácias ganhou novas regras.

Há 30 anos que a revista "Farmácia Portuguesa" dá voz às principais preocupações e conquistas dos farmacêuticos e aos desenvolvimentos do sector, a nível profissional, mas também político.

Infarmed regulamenta áreas mínimas, obras e postos farmacêuticos

Novas condicionantes

As mais recentes deliberações do Infarmed relativas à farmácia colocam novas condicionantes ao sector numa época em que sofre o impacto de uma profunda alteração legislativa que coloca constantes desafios.

As consequências do decreto-lei 307/2007 de 31 de Agosto continuam a fazer-se sentir sobre o sector, nomeadamente através de sucessivas deliberações do Infarmed - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde.

Uma dessas consequências tem impacto directo sobre o espaço físico da farmácia na medida em que alarga as áreas mínimas e impõe a obrigatoriedade de um conjunto de divisões. Não são regras retroactivas, mas apenas aplicáveis aos novos pedidos de instalação e transferência.

O que a deliberação n.º 425/CD/2007, de 28 de Novembro, do Infarmed traduz é, essencialmente, um alargamento das áreas mínimas da farmácia face ao normativo vigente antes da reforma liberalizadora a que o sector está a ser sujeito. Assim, as novas farmácias estão obrigadas a uma área útil total mínima de 95m^2, em vez dos anteriores 85m^2, divididos por um conjunto de espaços obrigatórios: uma sala de atendimento ao público com, pelo menos, 50m^2; um armazém com, pelo menos, 25m^2; um laboratório com, pelo menos, 8m^2; um gabinete de atendimento personalizado no mínimo com 7m^2 e instalações sanitárias com, pelo menos, 5m^2. A existência de outras divisões, como gabinete de direcção técnica, zona de recolhimento ou quarto, e área técnica de informática e economato, fica ao critério do proprietário da farmácia, sendo que devem acrescer à área total mínima.

Áreas mínimas alargadas mas com recuo

As regras agora estabelecidas resultam de um processo de auscultação aos parceiros. Processo em que a ANF

participou, ainda que com a reserva de lhe terem sido apenas concedidas 72 horas para analisar os documentos e sobre eles se pronunciar. Um prazo obviamente exíguo dada a importância das matérias, mas que a associação respeitou por não abdicar do seu direito de participação na definição das políticas para o sector.

E o que resulta da comparação entre o projecto inicial e a deliberação agora em vigor é que houve um recuo nalguns aspectos, nomeadamente quanto à área mínima total. Tal como sustentou no parecer, a ANF concorda com o alargamento mas recomendou moderação nesse objectivo, dado o impacto que a profunda transformação legislativa está a ter no sector.

Um dos aspectos que a associação contestou foi a área mínima prevista inicialmente para o laboratório - 20m^2. Um alargamento sem fundamento, nomeadamente porque a actividade de manipulação, apesar dos esforços do sector e do próprio Infarmed, não se tem desenvolvido. Além disso, está por concluir o enquadramento legislativo sobre esta actividade farmacêutica e não está sequer actualizada a lista dos medicamentos manipulados comparticipáveis.

Um laboratório com os 20m^2 propostos não é necessário, nem nas maiores farmácias do país. Pelo contrário, a esmagadora maioria das farmácias praticamente não manipula medicamentos, pelo que seria até mais razoável diminuir a área do laboratório. Contudo, no parecer, a ANF defende a manutenção dos 8m^2, no pressuposto de que o enquadramento legislativo da manipulação venha a ser alterado. E foi esse o entendimento que prevaleceu, com o Infarmed a deliberar no sentido de que o laboratório, enquanto espaço obrigatório, ocupe a área mínima até então vigente.

Na mesma deliberação, o Infarmed estabelece novos requisitos para o funcionamento dos postos farmacêuticos móveis, desde logo a distância mínima à farmácia ou ao posto mais próximo - reduzida de cinco para dois quilómetros.

Por outro lado, o Infarmed deixa de ouvir as autoridades municipais e as autoridades de saúde para efeitos de autorização de instalação. Tal como deixa de auscultar a Ordem dos Farmacêuticos para efeitos de cancelamento dessa autorização. No entanto, as autarquias podem, tal como os interessados e as Administrações Regionais de Saúde, iniciar o processo com vista à autorização de instalação.

E, quando exista mais de um candidato à instalação de um posto para o mesmo local ou para locais situados a menos de dois quilómetros em linha recta entre si, terá direito a instalar o posto o proprietário de farmácia com menor número de postos averbados no alvará. Em caso de igualdade, o Infarmed procederá a um sorteio.

Regras para transferências provisórias

Aprovada em Dezembro mas com efeitos retroactivos a 30 de Outubro, a deliberação n.º 439/CD/2007 regulamenta a remodelação, ampliação e transferência provisória de instalações de farmácia para realização de obras.

Enquadrando esta deliberação, o Infarmed argumenta que o bom estado de conservação e adequação das instalações de uma farmácia ao fim a que se destina, segurança, conservação, preparação, armazenamento, acessibilidade, comodidade e privacidade dos utentes na prestação de serviços farmacêuticos de pro-

moção da saúde e do bem-estar, são imperativos que decorrem do actual quadro legal.

Assim sendo, sustenta que a farmácia deve apresentar permanentemente condições físicas e funcionais que garantam o cumprimento das Boas Práticas de Farmácia, cabendo ao seu proprietário providenciar no sentido do cumprimento de todos os preceitos técnicos das actividades desenvolvidas na farmácia. Uma posição que é de há muito partilhada pela ANF e que se tem traduzido num investimento concreto e visível na melhoria do espaço físico e da funcionalidade da farmácia, no sentido de a confirmar como centro de prevenção e terapêutica, um espaço de saúde na verdadeira essência.

O que o Infarmed agora vem deliberar são as condições em que as obras devem decorrer, com ressalva, naturalmente, de que o atendimento ao público deve sofrer o mínimo de inconvenientes para os utentes e de que as condições de higiene e salubridade devem ser asseguradas.

Dependentes de aval do Infarmed, são três as modalidades previstas: obras de remodelação nas instalações; obras de remodelação e ampliação e transferência provisória, por encerramento de instalações, para a realização de obras. No que respeita à segunda alternativa, é considerada em particular a necessidade de abertura de uma nova porta de acesso ao público, cujo pedido de autorização deverá ser acompanhado de uma certidão camarária atestando as distâncias às farmácias mais próximas (mínimo de 350 metros), bem como de uma declaração da(s) farmácia(s) abrangida(s) nesse raio no sentido de que não se opõem a essa nova acessibilidade.

Quanto ao encerramento das instalações para realização de obras, está previsto que a transferência provisória possa verificar-se para outras instalações ou para um contentor, sendo que este caso carece de autorização camarária para ocupação da via pública.

Independentemente da modalidade, remodelação, ampliação ou transferência provisória, a farmácia permanece obrigada ao cumprimento dos horários de funcionamento e do regime de turnos.

Símbolos e documentos

A intervenção regulamentadora do Infarmed versou ainda sobre os documentos obrigatórios nas farmácias. No projecto de deliberação era contemplado o "Formulário Galénico Nacional, o que suscitou a crítica da ANF no parecer emitido.

A associação reconhece que é um documento histórico relevante, mas que não reflecte a realidade dado que a sua última edição é de 1969, pelo que propôs a sua substituição pelos documentos actualizados ao abrigo da deliberação n.º 1504/2004 de 07 de Dezembro.

Esta recomendação acabaria plasmada na regulamentação, com o Infarmed a definir como obrigatórios a "Farmacopeia Portuguesa" (em edição de papel, em formato electrónico ou online, a partir de um sítio reconhecido pelo instituto) e o "Prontuário Terapêutico", sem prejuízo dos documentos compendiais reconhecidos pela deliberação atrás citada.

Outra matéria regulamentada refere-se ao símbolo "cruz verde", definido como a tabuleta colocada perpendicularmente à fachada de uma farmácia, destinada a informar o público da existência do estabelecimento, com o formato de uma cruz e que inclua a cor verde. Um símbolo que deve estar iluminado quando a farmácia se encontre a funcionar e apagado sempre que esteja encerrada. Além do verde, pode incluir outras cores e informações úteis para o utente ou para o público em geral, como o nome da farmácia, serviços prestados, data, hora e temperatura do ar. Na prática, esta é uma deliberação que nada acrescenta à situação que se propôs regulamentar.

soltan

Protecção solar para toda a família com

Tripla Protecção Avançada

Tripla Protecção Avançada significa:

1. Uma combinação única de filtros UVA e UVB fotoestáveis
2. Uma protecção ultra UVA (5 estrelas)
3. Um complexo anti-oxidante patenteado

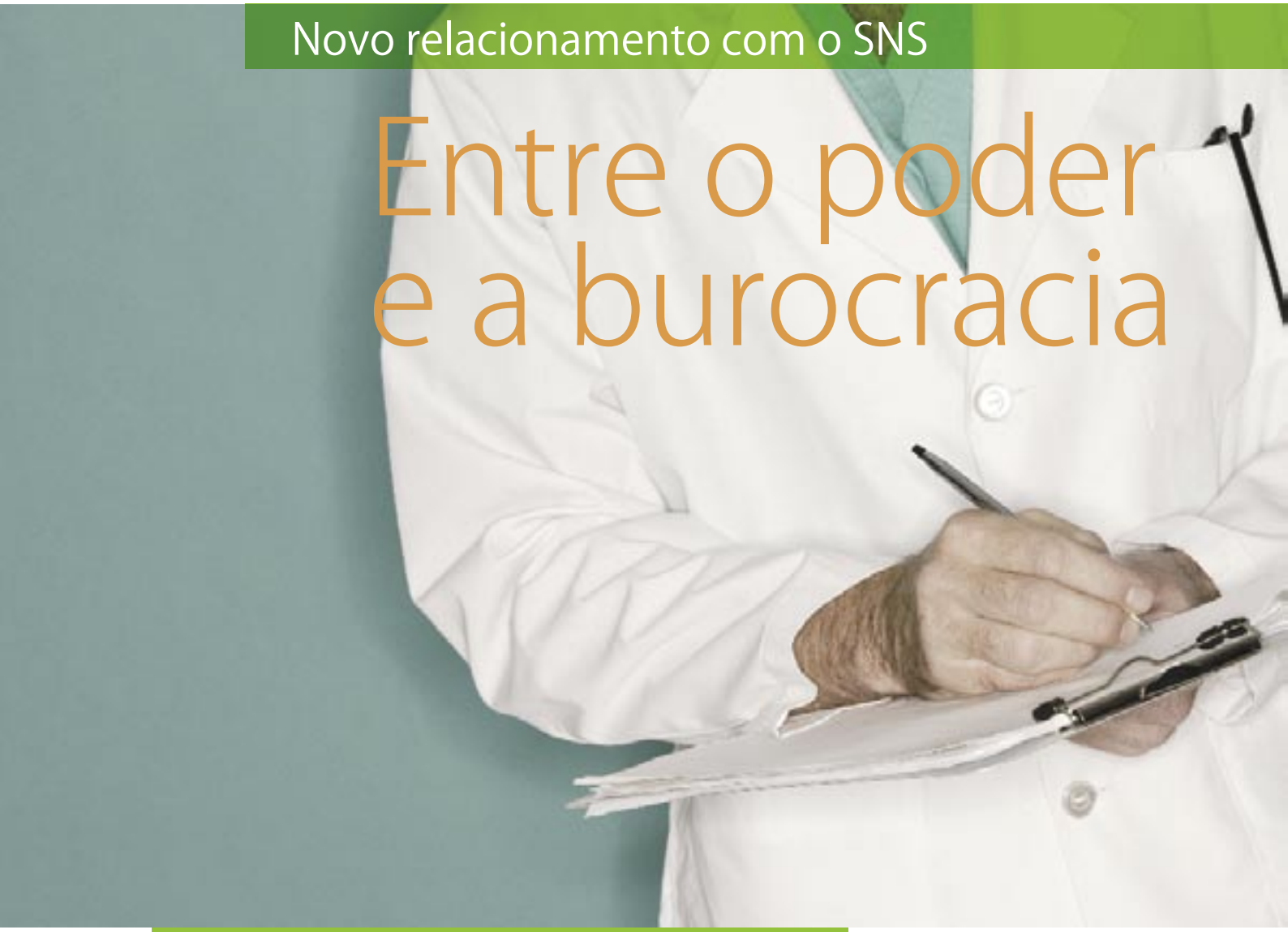
Ajuda a proteger a pele contra os danos causados a longo prazo, o envelhecimento prematuro e as alergias ao sol.

Desenvolvido por

Alliance Healthcare • Tel. 21 8614762/83/87

Novo relacionamento com o SNS

Entre o poder e a burocracia



O fim do acordo entre a ANF e o Estado em 2006 abriu caminho a um novo relacionamento entre as farmácias e o SNS. A legislação é pouco clarificadora no que respeita às normas de dispensa, o que tem originado mais burocracia no tratamento do receituário e dificuldades acrescidas para os utentes e para as farmácias, podendo contar com novos serviços para as apoiar.

O relacionamento entre as farmácias e o Serviço Nacional de Saúde imposto pela tutela entrou em vigor a 1 de Janeiro de 2007. Estava iminente desde que o ministro da Saúde António Correia de Campos manifestou publicamente a intenção de denunciar o acordo existente entre a ANF e o Estado visando o fornecimento de medicamentos a crédito aos utentes do SNS e prevendo a prestação às farmácias de um servi-

ço de intermediação financeira com o Estado.

Na prática, o relacionamento consagrado no decreto-lei n.º242-B/2006 de 29 de Dezembro e regulamentado na portaria n.º3-B/2007 de 2 de Janeiro, inspira-se essencialmente no acordo com uma diferença substancial, é que foi imposto unilateralmente, não resultando do diálogo e da concertação.

Até Dezembro de 2006, o acordo previa que a ANF prestasse aos seus associados um serviço de intermediação financeira, funcionando como única interlocutora do Serviço Nacional de Saúde. Na realidade, a associação cobrava a factura mensal das farmácias ao Estado mediante a respectiva cessão de créditos. Os estatutos conferiam-lhe essa possibilidade. Por forma a antecipar as decisões que o Estado viesse a tomar sobre o assunto, a ANF iniciou o processo para constituição de uma estrutura com competências legais para actuar neste domínio - a Finanfarma, uma sociedade de *factoring* vocacionada para a compra de créditos e o financiamento a empresas (neste caso, as farmácias associadas). Os pressupostos que conduziram à sua criação confirmaram-se: o acordo foi denunciado e a intermediação proibida pelo Orçamento de Estado. A intermediação financeira até então protagonizada pela associação foi transferida para a Finanfarma no que respeita ao SNS e aos Sistemas Regionais de Saúde.

Ao mesmo tempo, o Estado, através do decreto-lei 242-B/2006, definia as normas de pagamento às farmácias, propondo um relacionamento directo e individual e comprometendo-se a pagar as comparticipações no prazo de 40 dias. Todavia, a esmagadora maioria das farmácias optou por aderir à Finanfarma, numa demonstração da união do sector. Por outro lado, com a constituição da Finanfarma foi possível adiantar em cerca de 30 dias os pagamentos, num esforço financeiro que a associação suporta por entender que configura um serviço aos associados fundamental para a sua estabilidade económica.

Conferência do receituário gera conflitualidade

Este novo relacionamento, que introduziu novos procedimentos administrativos nas rectificações à factura mensal, tem sido gerador de muita conflitualidade. O fim o acor-

do significou o fim da relação directa entre a ANF e Ministério da Saúde, mediada através de uma comissão paritária, mecanismo que, conferia segurança neste circuito. O que agora existe é um relacionamento em que o Estado procura unilateralmente impor as regras relativas à dispensa de receituário, de uma forma rígida, sem flexibilidade e em questões eminentemente administrativas que não acrescentam segurança e fiabilidade ao processo de dispensa e conferência.

Vigora um crescente número de devoluções às farmácias. Os utentes são os principais penalizados e as farmácias, último elo do circuito, acabam também por o ser. E foi para obstar a esta situação que a ANF decidiu criar o SRR - Serviço de Rectificação de Receituário. Trata-se de um serviço de apoio aos associados que intervém na análise do receituário cujo fundamento de devolução as farmácias não aceitam.

A Portaria n.º 3-B/2007, de 2 de Janeiro, veio, com a obrigatoriedade de emissão de notas de crédito e notas de débito, conferir às farmácias a faculdade de poderem decidir sobre a aceitação ou não do receituário que lhes é devolvido, na medida em que passaram a poder recusar aquele cuja devolução não tem fundamento.

Anteriormente, o valor da rectificação proposta pela Sub-região de Saúde era abatido na totalidade, hoje só poderão ser abatidos os valores de rectificações aceites através das notas de crédito e débito emitidos pela farmácia.

Esta faculdade determina que, ao receberem o receituário devolvido, elas analisem os motivos invocados e decidam se são fundamentados ou não.

Se a farmácia aceita, o que acontece em cerca de 50% das receitas devolvidas em que há assumpção de responsabilidade na não conformidade da receita, segundo dados apurados pelo SRR, é obrigada a emitir uma nota de crédito ou débito. Se a farmácia não aceita tem ao seu dispor o SRR para tratar das rectificações não aceites.

SRR - Em nome dos associados

Neste processo de decisão, as farmácias podem recusar os fundamentos invocados para a devolução de receituário.

Devem então canalizá-lo para o SRR, cuja intervenção é no sentido de avaliar se a não aceitação se justifica ou não.

Cerca de 90% das receitas tratadas por este serviço são enviadas para as Sub-Regiões de Sáude, o que confirma o rigor das farmácias na análise do receituário devolvido.

Paralelamente ao tratamento do receituário, têm sido estabelecidos contactos directos com sub-regiões de saúde, de forma a promover um diálogo que permita gerar consensos capazes de ultrapassar divergências identificadas.

Esta acção, que envolve também a estrutura associativa da ANF e o gabinete jurídico da ANF, está já a dar alguns frutos, e a prazo os responsáveis pelo SRR acreditam que o volume de devoluções possa estabilizar.

A funcionar desde Abril de 2007 o SRR recepcionou até ao final de Dezembro 2953 processos, tendo tratado mais de 29 mil receitas (a média é de dez receitas por processo). O distrito de Lisboa é responsável pela maior fatia, 75% do total (2222 processos), seguindo-se-lhe os distritos de Braga (6%, 179 processos) e Porto (5,5%, 163 processos). O valor total de rectificações não aceites comunicadas às ARS/SRS em 2007 foi de 429.429,06 euros.

Sublinhe-se também que o volume de trabalho deste serviço tem sido crescente, contabilizando já nos dois primeiros meses de 2008 a entrada de cerca de 1500 novos processos. Neste período foram já reclamados mais de 200.000 euros de rectificações não aceites.

NARC- Porque as dúvidas existem

Os vários intervenientes no processo - da Finanfarma ao SRR - partilham a opinião de que o novo relacionamento requer uma postura mais rigorosa por parte das farmácias. O que pode começar a montante da conferência do receituário, no momento da dispensa. É esse o terreno em que actua o NARC - Núcleo de Acordos e Receituário e Codificação. A farmácia é o último elo de um circuito que começa na prescrição. É aqui que podem começar os incumprimentos com que o farmacêutico e o utente se deparam. As dúvidas afluem então ao NARC, em grande variedade e complexidade, agravada pelas lacunas da legislação vigente. É por consenso que se superam, muitas vezes, essas dificuldades, prevalecendo coerência perante a ausência de respostas na lei.

Os exemplos sucedem-se. Alguns são flagrantes. É o caso da quantidade de receitas sem data ou que não apresentam o número de utente completo. Devolvê-las significaria obrigar os utentes a voltar aos centros de saúde, privá-los do tratamento, fazendo recair sobre eles o ónus alheio. São situações avaliadas caso a caso num serviço que tem, além disso, a responsabilidade de adequar os ficheiros de preços e comparticipações recebidos do Infarmed. A cada dez dias, a Autoridade Nacional do Medicamento gera novos ficheiros, que têm de ser adaptados e reflectidos no Serviço de Apoio ao Médico, nas ARS e nos sistemas informáticos das farmácias. No intervalo entre a recepção e a actualização dos ficheiros podem gerar-se devoluções, que contribuirão para que os associados contactem os serviços do NARC. Está ainda por apurar o impacto das regras em vigor desde 2007 no trabalho do NARC, mas o certo é que o serviço já responde anualmente a 26 mil questões, 60% delas relacionadas com o SNS.

Com o receituário do SNS a corresponder a 80% da facturação das farmácias, é inegável o peso do relacionamento com o Estado na economia do sector. Perante um novo relacionamento, com regras nem sempre claras e objectivas, impõe-se promover um clima de confiança e boa fé que devolva o equilíbrio ao sistema.

Um circuito (ainda) pouco flexível

A falta de flexibilidade é uma das críticas que os responsáveis pela Finanfarma, pelo Serviço de Rectificação de Receituário (SRR) e pelo Núcleo de Acordos e Receituário e Codificação (NARC) apontam ao novo relacionamento com o Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Uma crítica assente no volume de receitas devolvidas pelas Sub-Regiões de Saúde e nos fundamentos invocados para esse procedimento. Desde sempre que as farmácias estão disponíveis para assumir as situações que resultem de falhas suas, não estando disponíveis para assumir a responsabilidades de outros, nem para ser polícias do sistema, pelo que não compreendem quando são penalizadas pelos incumprimentos que ocorrem, com frequência, a montante da farmácia, quer no acto de prescrição, quer na validação das receitas.

Todavia, para que o novo relacionamento com o SNS se desenrole com o mínimo de conflitualidade possível importa conhecer e aplicar as novas regras.

Elas constam da portaria nº3-B/2007, de 2 de Janeiro, que regulamenta o decreto-lei nº 242-B/2006, de 29 de Dezembro, relativo ao recebimento, pelas farmácias, do pagamento da comparticipação do Estado no preço de venda ao público dos medicamentos dispensados a beneficiários do SNS. A portaria começa por clarificar que beneficiários são os utentes não abrangidos por subsistemas e os que se enquadram em regimes de complementaridade.

Define igualmente o modo de fornecimento da receita médica, os procedimentos incluídos no acto de dispensa, os documentos necessários no relacionamento entre as farmácias e as ARS e os procedimentos para validação e contabilização da factura mensal, bem como o respectivo modo de pagamento.

Passo a passo

Ao abrigo desta portaria, cada farmácia deve enviar à respectiva ARS e até dia 10 de cada mês as receitas médicas onde estão prescritos os medicamentos comparticipados dispensados a beneficiários do SNS,

bem como a factura mensal correspondente ao valor da comparticipação do Estado no PVP desses medicamentos.

Uma vez recebida esta documentação, os serviços do Estado procedem à respectiva conferência, devendo enviar à farmácia até ao dia 25 do mês seguinte uma relação contendo o valor das rectificações, a justificação das devoluções e as receitas e documentos de facturação correspondentes. Para o envio da relação resumo dos valores rectificados, o prazo estende-se por 90 dias a contar da data limite de entrega do receituário.

Perante as receitas devolvidas, a farmácia procede à sua análise com o objectivo de validar a fundamentação da rectificação proposta. Dois cenários são possíveis: ou foram devolvidas com fundamento ou não o foram. Neste processo de avaliação, as farmácias podem recorrer ao NARC - Núcleo de Acordos e Receituário e Codificação, serviço que a associação presta aos associados precisamente para os ajudar a superar dúvidas relacionadas com aquelas matérias. Um contacto que pode ser decisivo no momento de aceitar ou não a rectificação, tal como pode revelar-se de extrema utilidade no momento da dispensa. Perante os motivos para a recusa da dispensa contemplados na lei é natural que se coloquem questões concretas: o que fazer perante a qualidade de uma receita que não cumpre na íntegra os requisitos legais?

Se a farmácia concordar com a rectificação proposta ou parte dela, a portaria estipula que deve emitir uma nota de crédito/débito manual ou por via electrónica das receitas aceites. Refira-se, a propósito, que tanto o Sifarma clássico como o Sifarma 2000 foram actualizados de modo a contemplar esta possibilidade. Essa mesma nota de crédito/débito deve ser enviada à ARS juntamente com a facturação mensal até ao dia 10 do mês seguinte.

Com uma excepção, a emissão é trimestral se o valor acumulado das rectificações, positivo ou negativo, foi inferior a 200 euros. Paralelamente, a farmácia deve sempre comunicar à Finanfarma, enviando-lhe uma cópia carimbada pela Sub-região de Saúde, a nota de crédito/débito entregue na ARS. Este procedimento é essencial para evitar diferenças entre os valores deduzidos pelas ARS e os valores adiantados pela sociedade de *factoring* da ANF. As receitas em causa, podem ser corrigidas e facturadas de novo ao SNS.

Se a farmácia não concordar com a rectificação proposta ou parte dela,

Top +

São múltiplos os fundamentos invocados para a devolução do receituário, sendo os mais comuns os seguintes:

- Falta data de prescrição
- Receita rasurada ou acrescentada
- Receita inválida para o lote
- Embalagem não comparticipada
- Embalagem não prescrita
- Substituição inválida
- Dispensa fora de prazo
- Falta a data, carimbo ou assinatura do farmacêutico
- Não pertence ao SNS
- O Diploma não ser prescrito pelo médico da especialidade

Muitas destas inconformidades remontam ao acto de prescrição e ao circuito que a receita percorre antes de chegar à farmácia. Verifica-se que na maioria dos casos não são da sua responsabilidade, nem por ela podem ser assumidas. Na verdade, o cumprimento de todos os requisitos iria induzir recusas sistemática do receituário, o que, para o utente, equivaleria a uma atitude desumana e, do ponto de vista dos serviços, agravaria a actual situação de congestionamento. Daí o apelo ao "bom senso" na rectificação do receituário e a um esforço acrescido de rigor e disciplina por parte das farmácias.

Por detrás das devoluções

É na legislação que regulamenta o novo relacionamento entre as farmácias e o SNS que se encontram as normas essenciais de dispensa, cujo incumprimento pode originar devolução do receituário. Desde logo no artigo 4º do decreto-lei nº 242-B/2006, ao abrigo do qual as farmácias devem recusar a dispensa de medicamentos comparticipados, prescritos em receita médica, quando a receita não obedeça aos modelos ou ao formato legalmente previstos, quando contenha correcções, rasuras ou quaisquer outras modificações, quando a dispensa se processe fora do prazo de validade da receita ou quando não tenham sido observadas as normas que dispõem sobre a prescrição de psicotrópicos ou estupefacientes. Atendendo a este normativo, a ANF tem veiculado junto das farmácias um conjunto de orientações de caracter geral, entra as quais se destacam:

- **Justificação na receita** - toda e qualquer justificação deve ser efectuada no verso da receita, local destinado à farmácia;
- **Identificação e número do utente/beneficiário** - caso estes dados não constem da receita, a farmácia deve mencioná-los no verso;
- **Embalagens esgotadas ou não disponíveis no mercado** - as farmácias devem justificar, no verso da receita, as dispensas que venham a efectuar ao abrigo do n.º 4 da portaria 3-B/2007: se a receita não especifica a dosagem ou a dimensão da embalagem, deve ser dispensada a de menor dimensão disponível no mercado; quando a embalagem de maior dimensão estiver esgotada, poder ser fornecida quantidade equivalente desde que este facto seja justificado de forma expressa.

poderá encaminhar as receitas não aceites para o Serviço de Rectificação de Receituário. O envio dessas receitas deverá ocorrer entre os dias 1 e 10 de cada mês, acompanhadas de um conjunto de documentos, a saber: a relação resumo contendo o valor das rectificações; a justificação das mesmas; os documentos de facturação correspondentes e o formulário próprio do serviço de rectificação da ANF.

De realçar que muitas vezes as rectificações propostas incluem também outros valores não justificados - acertos. Também neste caso a farmácia deve tomar uma decisão, devendo emitir uma nota de crédito/débito sobre estes valores se os aceitar ou comunicá-los ao SRR através do formulário do serviço caso não os aceite.

Em suma, a farmácia deve garantir que se pronunciou sobre a totalidade das rectificações que lhe foram propostas.

Da análise do SRR podem resultar duas situações, ou foi identificado um fundamento para a devolução ou não. No primeiro caso, as receitas regressam à farmácia acompanhadas de um relatório de tratamento, competindo à farmácia procedimento idêntico ao utilizado nas rectificações por ela aceites. Já quando o SRR não identifica uma razão fundamentada para a rectificação, é o serviço que, com o prévio acordo da farmácia, envia directamente à ARS as receitas devolvidas acompanhadas de um relatório de tratamento. Compete então à ARS dar provimento, ou não, às reclamações.

Até final do ano, o SRR havia já enviado processos para todas as sub-regiões de Saúde, obtendo respostas em cerca de metade dos casos. Algumas situações têm-se superado em reuniões com os responsáveis locais das ARS, nas quais tem participado activamente a estrutura associativa da ANF. Todavia, não é ainda possível quantificar o sucesso desta actuação.

A experiência de Vila Real

O valor do diálogo

Vila Real movimenta cerca de 1.200 mil receitas por ano. É sobre elas que incide a nova regulamentação, dando origem a uma devolução próxima dos dois por cento. Os números são do coordenador da Sub-Região de Saúde (SRS), José Afonso Andrade, segundo o qual a portaria não trouxe dificuldades acrescidas, não havendo um maior volume de receitas devolvidas às farmácias.

Não há agora. Mas reconhece que, no início da aplicação das novas regras de conferência do receituário, se assistiu a um surto de devoluções. Motivo: o prazo de validade da receita, limitado então a dez dias.

Desta realidade fazem eco os delegados de círculo da ANF no distrito, Fernando Rodrigues e Isabel Gomes da Silva. Ambos recordam que esse era, efectivamente, o grande motivo de devoluções, criticando a forma como os procedimentos se alteraram sem aviso. "De um momento para o outro, sem avisar, passaram a devolver as receitas quando ultrapassavam os dez dias", afirma Fernando Rodrigues, corroborado por Isabel Gomes da Silva, segundo a qual "bastava passar um dia" para devolverem a receita. "Até então aceitavam sempre, depois, sem aviso prévio, verificaram-se imensas devoluções, deixando algumas farmácias em dificuldades", acrescenta.

O diferendo foi superado por via de uma alteração legislativa que alargou para 20 dias o prazo de validade das receitas. Mas outros motivos continuam a justificar devoluções. Na lista da SRS, surge em primeiro lugar a dispensa de um medicamento diferente do prescrito na forma, na dosagem, na dimensão da embalagem ou até na designação. A delegada de círculo atribui esta predominância ao facto de o sistema informático dos médicos incluir muitos medicamentos em dosagens e embalagens que não são comercializados no mercado português, o que coloca às farmácias problemas ao nível da substituição. Contudo, o coordenador da SRS assegura que "se houver justificação para a substituição ela é aceite" pelos serviços de conferência do receituário.

O delegado Fernando Rodrigues compreende alguns motivos de devolução, nomeadamente a ausência de assinatura ou vinheta do prescritor: "É uma questão de bom senso, pois são estes elementos que autenticam a receita". Mas não compreende que haja diferentes rigores na análise da receita, receando que, no final, o utente saia prejudicado. "É a lei, mas as pessoas não podem ser penalizadas por incumprimentos pelos quais não são responsáveis. No distrito de Vila Real, não dispensar um medicamento prescrito numa consulta da especialidade, por exemplo, pode implicar o regresso ao Porto, que muitos doentes não podem suportar, por razões económicas e de saúde".

A mesma sensibilidade tem Isabel Gomes da Silva: "Quem não tem culpa é que é mais penalizado. É o doente que, em último caso, fica sem o medicamento".

Ambos os delegados de círculo da ANF advogam mais flexibilidade nos critérios de conferência do receituário. O coordenador da SRS, José Afonso Andrade, é também a favor dessa flexibilidade, considerando, aliás, que só, "discutindo abertamente as questões, é possível encontrar soluções de compromisso": "Do que tenho observado e acompanhado, não há razões para conflitualidade".

O diálogo tem existido em Vila Real. Isabel Gomes da Silva afirma que as reuniões com a SRS têm permitido normalizar a situação e Fernando Rodrigues reconhece que a SRS tem demonstrado uma maior abertura do que outras no país. Opiniões que vão ao encontro da do coordenador da sub-região, que destaca o "bom relacionamento com a estrutura associativa da ANF".

Receita electrónica pronta a avançar na Madeira

A caminho do futuro

A Região Autónoma da Madeira prepara-se para dar os primeiros passos num projecto integrado de transmissão electrónica de todo o ciclo da receita médica, da prescrição ao pagamento das comparticipações, passando pela conferência do receituário. Um projecto em parceria com a ANF e que vai trazer benefícios a todos os intervenientes.

O objectivo mais imediato deste projecto é vencer algumas ineficiências existentes no circuito do receituário médico, da prescrição à facturação e conferência, passando pela dispensa. São ineficiências associadas à ausência de um funcionamento em rede das diferentes entidades envolvidas neste circuito e de que a circulação da receita médica em suporte físico (papel) é a face mais visível.

A receita médica actual, mesmo quando é emitida por computador, materializa-se numa folha que o médico entrega ao utente e que este, por sua vez, entrega na farmácia, ficando sem acesso à informação nela contida. Informação preciosa para o tratamento, na medida em que é na receita que o médico inscreve, nomeadamente a posologia e os horários de toma. É apenas um exemplo de um sistema que peca por várias ineficiências, associadas ainda ao processo de conferência do receituário e pagamento das comparticipações às farmácias. Um processo que, na ausência de um suporte electrónico, consome recursos significativos, humanos e financeiros. O simples desfasamento entre o momento da dispensa e o envio das facturas às entidades comparticipadoras, para o correspondente reembolso, é gerador de custos, além de inibir o controlo real e atempado do receituário, privando a Administração da Saúde de indicadores em tempo útil.

É neste contexto que surge a implementação da receita médica electrónica na Região Autónoma da Madeira, uma parceria entre o Serviço Regional de Saúde e a ANF que ambiciona envolver hospitais, centros de saúde e farmácias (são 59 actualmente), numa rede que beneficiará os cerca de 250 mil habitantes do arquipélago.

O projecto assenta, naturalmente, na informatização das várias entidades envolvidas. No que respeita às farmácias essa é já a realidade - recorde-se que o sector conseguiu, em poucos anos, uma taxa de informatização sem para-

lelo noutros sectores de actividade, não se antecipando também problemas no que respeita aos serviços de saúde públicos. Algumas dificuldades poderão surgir no domínio dos consultórios privados, cujo grau de informatização se desconhece, mas não constituirão obstáculo ao avanço da receita médica electrónica na região.

Tendo a informática como ferramenta básica, foi concebido um sistema de informação em que a receita médica é o elemento chave. O local de prescrição é o ponto de partida deste sistema, com o médico a registar electronicamente os medicamentos que prescreve a cada doente, dados esses que ficam automaticamente depositados numa base de dados. Ao utente é fornecida uma guia, contendo os principais conceitos da terapêutica. Por sua vez, a farmácia acede à mesma base de dados, de onde invoca a prescrição, nela ficando o registo do que foi efectivamente dispensado e do próprio local da dispensa.

Estes dados - os da prescrição e os da dispensa - confluem para o SRS, permitindo optimizar o processo de conferência do receituário e, em consequência, efectuar, em tempo útil, o pagamento dos reembolsos devidos às farmácias. Ao aceder ao que é prescrito e ao que é dispensado, o SRS ganha a possibilidade de confrontar conteúdos e, se necessário, de promover medidas geradoras de maior racionalização dos recursos.

Por razões técnicas, em todo este circuito, a ANF funciona como entidade aglutinadora, uma espécie de elo de ligação entre as farmácias e o SRS.

Arranque parcial mas igualmente vantajoso

Tal como está concebido, o projecto contempla todo o ciclo da receita médica da prescrição ao pagamento do reembolso às farmácias. Todavia, numa fase inicial cingir-se-á conferência e facturação. A receita médica será produzida informaticamente mas não transmitida electronicamente. Será emitida por computador, os respectivos dados ficarão armazenados e servirão para a posterior conferência.

Continua, por enquanto, a haver uma quebra na cadeia, não sendo para já possível a desejada desmaterialização da receita. São inegáveis os benefícios que adviriam da eliminação do papel, nomeadamente em termos de custos (menores) e de segurança (maior). A poupança de recursos seria obviamente vantajosa para os serviços, enquanto a segurança reverteria a favor dos utentes, juntando-se a outras mais-valias como a comodidade e a liberdade.

Quanto às farmácias, vêem agilizados os procedimentos administrativos de tratamento da receita médica e, desejavelmente, conquistam uma maior celeridade nos pagamentos e conferências das facturas. Sem falar na previsível diminuição dos erros de facturação, um dos principais pontos de conflito com as entidades comparticipadoras. As farmácias saem igualmente beneficiadas de um maior rigor em todo o processo, o que é uma vantagem não mensurável, mas relevante.

A prazo, outras vantagens emergirão. Com a receita médica electrónica em velocidade de cruzeiro, o conceito de prescrição evoluirá para uma requisição de medicamentos, abrindo uma mão cheia de potencialidades. Um novo modelo de comparticipações poderá ser equacionado, perdendo a sua característica actual, em função do medicamento, para ganhar contornos mais equitativos em função do doente. A Região Autónoma da Madeira prepara-se para ser percursora deste futuro. Para já, aguarda luz verde da Comissão Nacional de Protecção de Dados. Os centros de saúde foram sujeitos a um recente esforço de informatização. As farmácias há muito que estão prontas.

"O SNS é a trave-mestra do Estado Social"

Entrevista a António Arnaut ex-ministro dos Assuntos Sociais

Farmácia Portuguesa - A Lei nº56/79 está perto de cumprir 30 anos e o SNS desde a sua criação tem sido alvo de sucessivas reformas, como se todos os ministros da Saúde procurassem deixar a sua marca. Quais foram os pressupostos que presidiram ao Serviço Nacional de Saúde e como encara as sucessivas reformas implementadas?

António Arnaut - A criação do SNS constituiu um imperativo ético e constitucional. Em 1978 Portugal detinha os piores índices sanitários da Europa. Morria-se por falta de assistência médica. Mais de 90% dos recursos humanos e técnicos concentravam-se no litoral. A mortalidade infantil aproximava-se dos 40 %... Era imperioso e urgente dar cumprimento ao art.º 64º da Constituição que reconheceu o direito à saúde como um direito fundamental, quer dizer, inerente à dignidade humana. O SNS foi a maior reforma social do século XX português.

FP - Se fosse o ministro da Saúde quais seriam as suas prioridades?

AA - Em Saúde tudo é prioritário, desde os cuidados primários, que respondem a 80 % da procura, até aos cuidados mais sofisticados, como os transplantes. Considerando a limitação dos recursos, daria prevalência à organização dos cuidados primários, aproximando-os cada vez mais das populações.

FP - Há alguns anos defendeu um pacto para a Saúde. Mantém esta ideia? Porquê?

AA - Continuo a defender a necessidade de um pacto para a saúde, com o objectivo de tornar o SNS um compromisso colectivo, liberto de ideologias, de mudanças de governo ou do próprio ministro da saúde. Um pacto em que fosse garantido o essencial, ou seja, um SNS cada vez mais prestável, acessível e humanizado, segundo a filosofia constitucional, que reconhece a todos, sem qualquer discriminação económica, social ou

geográfica, o acesso aos cuidados de saúde, dentro dos recursos disponíveis.

FP - Disse que se a direita estivesse no poder não teria coragem de atacar o SNS como o PS e que o PS, na oposição, não deixaria. Como funciona esta lógica partidária e como encara as recentes críticas feitas ao governo PS neste âmbito?

AA - Algumas medidas tomadas por Correia de Campos inseriram-se numa lógica neo-liberal, como a criação das absurdas taxas moderadoras para internamentos e cirurgias. Se a direita estivesse no governo não teria coragem de tomar tais medidas, e o PS, na oposição, não deixaria. Essa medida atenta contra a filosofia humanista do SNS, porque constitui um co-pagamento e não uma taxa moderadora, já que estas se destinam, por definição, a desencorajar a procura desnecessária. Por isso foram justas as críticas que clamaram de todos os sectores, incluindo da direita. É claro que as críticas da direita foram mera demagogia, porque, no fundo, rejubilou. Falo da direita ultra-liberal, e não da direita social, que defende o SNS.

FP - O mandato do último ministro, Correia de Campos, foi marcado por reformas muito contestadas socialmente. Considera-as necessárias?

AA - Muitas das reformas são necessárias, para racionalizar e reestruturar o sector. Porém, o que desencaminhou o ministro (quero dizer, o que o fez seguir por maus caminhos), foi a sua (de)formação técnica. Esta qualidade transformou-o no seu maior defeito. Sendo doutorado em economia da saúde, via tudo pelo prisma dos gráficos e das estatísticas. Ora, a saúde não é uma econometria, é um humanismo. Por isso não se pode fechar um bloco de partos, uma Urgência, ou um SAP, só porque o seu movimento é inferior ao traçado, a régua e esquadro, por um grupo de sábios no seu gabinete. A realidade do Portugal profundo não se compadece com a sobranceira frieza dos técnicos. E a prova foi o verdadeiro levantamento social que algumas medidas provocaram, levando à demissão do ministro.

FP - Dadas as sucessivas reformas, será excessivo dizer que o SNS está a perder a sua essência? Estamos a tempo de o salvar? E de que forma?

AA - Não direi como o antigo ministro Paulo Mendo, grande defensor do SNS, que estão a matá-lo, ou a tirar-lhe a alma. Mas parece-me evidente que o feriram, causando-lhe uma fractura exposta, que é urgente debelar. Aliás, o próprio Correia de Campos reconheceu que a nação estava a perder a confiança no seu Serviço Nacional de Saúde. Salvar o SNS, adaptando-o à realidade actual, é pois, uma obrigação indeclinável do governo e uma acto de cidadania. O SNS é a trave-mestra do Estado Social. O problema é que os grandes grupos económicos estão interessados em destruí-lo, ou transformá-lo numa espécie de instituição caritativa para os "coitadinhos", para usar a terminologia da actual ministra, Dr.ª Ana Jorge. O SNS é um filão apetecível para negociatas e especulações, porque absorve 1/6 do orçamento de Estado. Nada tenho contra os privados, desde que se contenham nos limites da lei e dos bons costumes. Há hoje dois milhões de contratos de seguro-doença, porque certas empresas obrigam os seus empregados a subscrever apólices que, na maior parte dos casos, são um logro. O governo tem de estar atento e cumprir

o preceito constitucional que o obriga a "disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas de medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde". Se o Estado fechou algumas unidades por falta de requisitos técnicos, espero que exija os mesmos requisitos para os privados. É estranho que onde fecham unidades públicas, logo se anuncia a abertura de hospitais privados para ocuparem o espaço que ficou abandonado...

FP - A Saúde vive, cada vez mais, no dilema entre o interesse público e a sustentação financeira. Assim acontece também no sector das farmácias. A recente liberalização da propriedade de Farmácia enquadra-se neste contexto?

AA - O problema da sustentação financeira do SNS, sendo real, é empolado por quem quer desacreditar o sector público. Basta pensar que 25% do orçamento da saúde é gasto em puro desperdício, como verificou recentemente o Tribunal de Contas. Portanto, o que urge é atacar os gastos desnecessários e o desperdício. Quanto ao sector das farmácias, não posso responder, porque não tenho elementos. A recente liberalização da propriedade da farmácia decorre do PGLC (processo geral de liberalização em curso)...

FP - O mercado dos genéricos representa cerca de 18% do mercado português dos medicamentos. De que forma vê a sua optimização?

AA - Vejo positivamente essa evolução, embora alguns médicos ainda tenham reticências aos genéricos.

FP - Que comentários faz à prestação das farmácias e dos farmacêuticos de oficina no contexto da política de saúde em Portugal?

AA - A farmácia de oficina foi uma instituição nacional. Sou do tempo em que se faziam as pílulas ou os xaropes, se falava de política enquanto esperava que aviassem a receita. Muitas dessas farmácias eram verdadeiras tertúlias. Na farmácia da Misericórdia, em Penela (donde sou natural) ouvia-se, à socapa, a BBC e a Voz da Liberdade... Mas isso foram outros tempos. Hoje a farmácia continua a ter um papel importante, sobretudo nos meios rurais, onde as pessoas conhecem o farmacêutico, ouvem os seus conselhos e até lhe pedem fiado. Há uma relação de confiança que deve ser preservada.

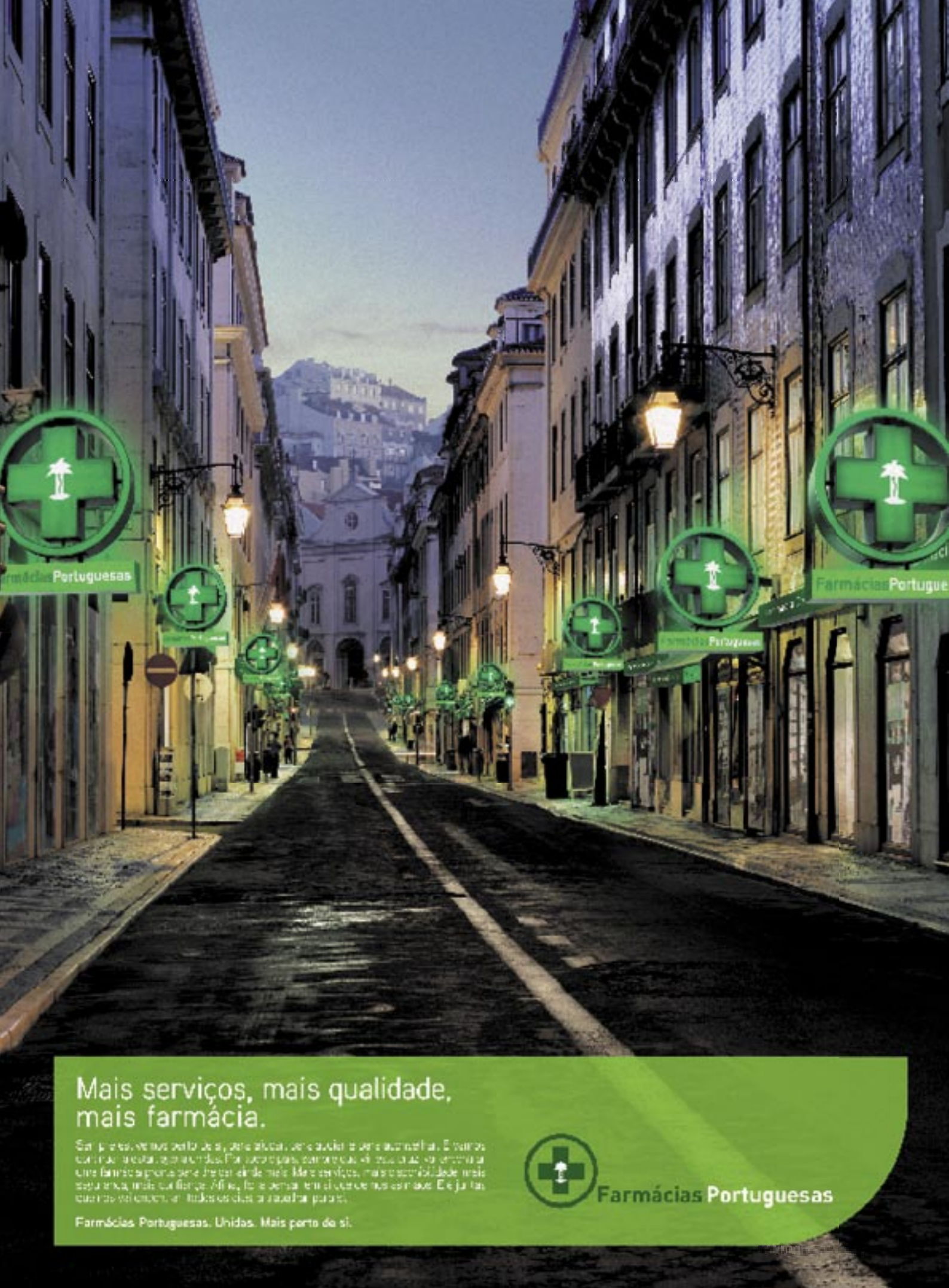
FP - O que perspectiva à luz das mais recentes medidas, nomeadamente da desregulamentação da venda de MNSRM e do fim da indissociabilidade entre a propriedade e a direcção técnica?

AA - Acho bem que medicamentos que não carecem de receita médica possam ser vendidos fora das farmácias, embora sujeitos a alguma regulamentação. Quanto à liberalização da propriedade de farmácia, a lei veio apenas legalizar muitas situações existentes, pois muitas farmácias não pertenciam aos farmacêuticos que lhe davam o nome.

FP - Ana Jorge foi nomeada Ministra da Saúde. Quais as suas expectativas para este novo mandato?

AA - Tenho as melhores expectativas na acção da nova ministra da Saúde, Dr.ª Ana Jorge, apesar de a não conhecer pessoalmente.

Sei que é muito sensível aos problemas humanos, conhece bem o sector e, qualidade relevante nos tempos que correm, é médica em dedicação exclusiva do SNS. Desejo-lhe os melhores sucessos.


Mais serviços, mais qualidade,
mais farmácia.
Farmácias Portuguesas
Farmácias Portuguesas. Unidas. Mais perto de si.

EUA

60% dos chefes de departamento das faculdades de Medicina têm relações financeiras com a indústria

Um inquérito realizado aos responsáveis de departamento das 125 faculdades de Medicina e dos 15 maiores hospitais universitários independentes dos EUA concluiu que, em 60% dos casos, são mantidos laços financeiros de carácter pessoal com a indústria farmacêutica: 27% são consultores; 24% membros de conselhos consultivos; 14% do painel de oradores; 11% integram conselhos de administração; 9% são fundadores de laboratórios; e 7% quadros técnicos ou executivos. Este inquérito é o primeiro a fornecer dados concretos sobre a elevada prevalência das relações entre os centros médicos académicos e a indústria farmacêutica.

In SCRIP News, 2/11/2007

Nova Zelândia

Académicos desaconselham à Europa a DTCA de medicamentos

A Nova Zelândia e os EUA são os únicos países que permitem que os laboratórios façam publicidade de MSRM directamente ao consumidor (DTCA), desde os anos 90. Precisamente dois académicos de Saúde Pública da Nova Zelândia alertam a Europa para não permitir esta prática. Através de um artigo no "British Medical Journal", e a propósito das recomendações que o Fórum dos Medicamentos irá emitir em 2008, aconselham a Europa a "aprender a lição da Nova Zelândia", onde não há uma avaliação independente, a *priori*, desta publicidade, e não ceder às pretensões da indústria, que quer fomentar as suas vendas. Em 2006, um inquérito do Ministério da Saúde neozelandês recebeu 2/3 de respostas contra a DTCA.

In SCRIP News, 10/10/2007

Reino Unido

Logótipo atesta credibilidade das farmácias electrónicas

A Ordem dos Farmacêuticos da Grã-Bretanha (RPSGB) criou um logótipo que estará visível na página de acolhimento das farmácias electrónicas que se registarem para o efeito, com vista a permitir ao público identificar se um determinado sítio é operado por uma farmácia britânica genuína, e reduzir o número de medicamentos vendidos em sítios fraudulentos. O logótipo inclui o número de membro na RPSGB e uma hiperligação para a página de registos do sítio da RPSGB, para que os utentes, antes de efectuarem uma compra *online*, se possam certificar da legitimidade do sítio e dos farmacêuticos. O logótipo foi testado em 20 farmácias electrónicas durante 2007. A adesão ao sistema é voluntária.

In SCRIP News, 16/01/2008

Rússia

Celesio em negociações para adquirir grossista/retalhista

A multinacional grossista Celesio está prestes a adquirir a Protek, grossista e retalhista russo que registou vendas globais na ordem de 1,7 mil milhões de euros em 2006. A Protek é líder nacional do mercado grossista, com 24% de quota, e possui a segunda maior cadeia de farmácias do país, a Rigla, com 636 pontos de venda, que obteve 177 milhões de euros em vendas. Prevê-se que o mercado farmacêutico russo registe um crescimento anual de 20% nos próximos anos. A Celesio é o último dos três grandes grossistas pan-europeus a entrar no mercado russo.

In OTC bulletin, 31/10/2007

Espanha

Actualização das margens das farmácias e dos grossistas

As margens das farmácias e dos grossistas vão ser actualizadas em 2008. O preço de um medicamento a partir do qual são aplicadas margens fixas passa de 89,62 para 91,63 euros, sendo as novas margens fixas de 38,37 euros para as farmácias (+ 2,2%) e de 7,54 euros para os grossistas (+ 2,3%). O sistema de reembolso (*clawback*) das farmácias ao Estado também é actualizado.

As farmácias com vendas mensais de MSRM (PVP) até 32.336,12 euros (antes, o limite era de 31.627,66 euros) ficam isentas de pagamento. 45% das farmácias não deve ultrapassar esse valor. As actualizações deviam ser anuais, em função da evolução do índice de preços no consumidor, do PIB e das vendas das farmácias. Porém, esta é a primeira em três anos.

In Pharma Pricing & Reimbursement, Novembro 2007

CEFAR analisa recursos humanos farmacêuticos

Lei difícil de cumprir

O sector terá dificuldade em cumprir o imperativo legal de dois farmacêuticos por farmácia. A conclusão decorre do estudo "Recursos Humanos Farmacêuticos 1997/2006", promovido pelo CEFAR. É certo que a média nacional é já superior a essa meta, mas há muitas farmácias que estão aquém. Falta saber quantas e como vão aplicar a lei.

Perceber qual a dinâmica, a evolução e a renovação que os recursos humanos nas farmácias têm sofrido ao longo dos anos foi o objectivo que presidiu ao estudo do CEFAR para, a partir daí, tirar ilações sobre o que, neste domínio, caracteriza o sector, nomeadamente adoptar medidas orientadoras do rumo a seguir.

Além disso, esta análise é particularmente pertinente num sector que se tem pautado pelo investimento em recursos humanos, na dupla vertente quantitativa e qualitativa, no entendimento de que constituem um trunfo insubstituível para enfrentar e, sempre que possível, antecipar os desafios.

O estudo "Recursos Humanos Farmacêuticos 1997/2006" traça esse retrato, permitindo caracterizar uma profissão e um sector na medida em que fornece indicadores actualizados. São igualmente indicadores validados, cuja matéria-prima são dados facultados pela Ordem dos Farmacêuticos

a partir do seu ficheiro de associados. Aliás, o trabalho do CEFAR beneficiou de uma colaboração com a Ordem encetada em 2004.

Mais farmacêuticos e mais jovens

Da análise dos números resulta um quadro claramente positivo, revelador de um sector dinâmico. Assim, na década em apreço, evidencia-se um óbvio incremento no número de profissionais, com uma taxa de crescimento sustentada e ininterrupta: em 1997, ponto de partida deste estudo, as farmácias de oficina absorviam 3.792 farmacêuticos, número que sofreu uma subida de 58,8% e passou, em 2006, para os 6021.

Paralelamente, assistiu-se no mesmo período a um claro rejuvenescimento dos farmacêuticos de oficina, o que perspectiva um caminho de contínua modernização técnica e científica da farmácia. A idade média decresceu, quer ao nível dos proprietários de farmácia, quer dos restantes farmacêuticos da equipa. De 44,88 anos em 1997 declinou para 41,40 em 2006. Nas regiões autónomas notam-se ligeiras inflexões, com a Madeira a apresentar valores um pouco inferiores – 40,02 anos – e os Açores a ultrapassar a média, com 47,85 anos.

Contudo, estes dois movimentos não influenciaram a proporção entre sexos: os farmacêuticos de oficina continuam a ser predominantemente do sexo feminino – 80% são mulheres. No entanto, o aumento percentual no sexo feminino ficou ligeiramente abaixo do aumento registado no sexo masculino – 58,28 contra 60,78.

Assimetrias justificadas

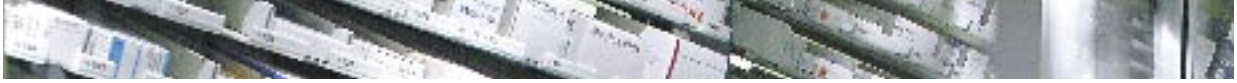
Um indicador valioso é o que se prende com o número de farmacêuticos por farmácia – a média nacional é de 2,32 farmacêuticos por farmácia, o que, à luz do novo quadro legal, se revela francamente positivo. Contudo, este é apenas um olhar global de imediato desmentido por uma análise mais compartimentada: é que, no continente, apenas em sete distritos existem, em média, dois farmacêuticos por farmácia, como determina a lei. E nas regiões autónomas também só quatro ilhas apresentam uma realidade compatível.

Com 1634 farmacêuticos e 623 farmácias, Lisboa era, em 2006, o distrito melhor posicionado neste rácio, apresentando 2,62 farmacêuticos por farmácia. Seguiam-se-lhe Coimbra, com 2,60, e o Porto, com 2,58. Os dois últimos lugares eram ocupados pelos distritos de Portalegre e Beja, com 1,45 e 1,33 farmacêuticos por farmácia, respectivamente.

No que respeita às regiões autónomas, a Madeira alinha com a média nacional, com um rácio médio de 2,11 farmacêuticos por farmácia, mas os Açores apresentam valores inferiores, com 1,83 farmacêuticos por farmácia. As ilhas de S. Jorge, Graciosa e S. Miguel escapam a esta média, com rácios acima dos dois farmacêuticos por farmácia.

É certo que a média nacional é positiva, mas não é menos verdadeiro que o país se comporta assimetricamente. No entanto, estas são assimetrias justificadas, em linha com as geográficas e demográficas e com as verificadas na localização de outros serviços, sejam de saúde ou não.

A propósito, o director do CEFAR, João Paulo Vaz, salienta que estes indicadores deixam entrever dificuldades na aplicação do imperativo legal – decorrente do novo regime da farmácia de oficina – de dois farmacêuticos por farmácia. O que ficou claro é que a maioria dos distritos



anf

Retrato de um sector

O estudo do CEFAR traça um quadro dinâmico do sector cujas principais conclusões são as seguintes:

- O número de farmacêuticos na farmácia de oficina passou de 3792, em 1994, para 6021 em 2006;
- A profissão continua a ser dominada pelo sexo feminino, que corresponde a 80% do total de farmacêuticos de oficina;
- A idade média dos farmacêuticos de oficina desceu de 44,88 anos, em 1994, para 41,40, em 2006;
- Em 2006, havia, em média, 2,23 farmacêuticos por farmácia;
- No continente, Lisboa, Coimbra e Porto são os distritos que apresentam rácios mais favoráveis, mas outros quatro: Setúbal, Leiria, Aveiro e Évora, também apresentam valores médios acima dos dois farmacêuticos por farmácia impostos pela actual lei;
- Dos onze distritos com rácios menos favoráveis, Portalegre e Beja são os que apresentam um maior desnível, com valores abaixo dos 1,5 farmacêuticos por farmácia;
- Nas regiões autónomas, as farmácias da Madeira possuem, em média, 2,11 farmacêuticos, enquanto as dos Açores apresentam valores inferiores, de 1,83 farmacêuticos;
- O número de farmácias em Portugal cresceu significativamente, passando de 1989, em 1976, para 2762 em 2005.

está abaixo desse valor. Mas está por quantificar quantas farmácias possuem actualmente menos de dois farmacêuticos. É esse o número que importa encontrar na perspectiva do cumprimento da lei.

Todavia, as conclusões do estudo não deixam margem para dúvidas. Muitas farmácias não terão condições para incorporar um novo quadro farmacêutico. São farmácias localizadas no interior do país, em zonas mais rurais, que se debatem com a desertificação de pessoas e serviços. Radicar pessoas nessas regiões é particularmente difícil.

E para uma farmácia inserida nesse contexto recrutar um quadro revelar-se-á uma missão quase impossível. Aliás – questiona João Paulo Vaz – como manter dois farmacêuticos se as condições económicas não o permitirem, como manter dois farmacêuticos se não houver serviços para prestar?

Daí que afirme que a lei não é equilibrada e que defenda a proposta apresentada pela ANF de tendencialmente se caminhar para os dois farmacêuticos por farmácia. Deste modo, cada farmácia teria oportunidade de se adaptar às circunstâncias, tendo como horizonte um número ideal, mas movendo-se num terreno realista.

Este é um dos obstáculos ao cenário de evolução, renovação e dinâmica que o sector tem demonstrado ao longo dos anos. Tal como decorre do estudo "Recursos humanos farmacêuticos 1997/2006".

DOMUSCLUBE

CONDOMÍNIOS RESIDENCIAIS

A casa é sua.

O prazer de o servir é nosso.

Já imaginou viver num condomínio onde encontra tudo o que precisa e mais ainda? Os Condomínios Domus Clube foram criados a pensar em si e em todos aqueles que valorizam a sua independência, segurança e o conforto que só um serviço de excelência lhes pode oferecer. Já em a Uma fase de comercialização mais do que a casa com que sempre sonhou, estes espaços têm para lhe oferecer uma inovadora rede de serviços que lhe garantem a máxima comodidade e bem-estar.

VENHA CONHECER HOJE MESMO OS NOSSOS CONDOMÍNIOS. E NÃO PERCA ESTA OPORTUNIDADE ÚNICA DE SE SENTIR DE BEM COM A VIDA.

JOSÉ DE MELLO

RESIDÊNCIAS E SERVIÇOS

LIGUE 707 506 506 MARQUE A SUA VISITA E CONSULTE WWW.JMELLORS.PT

A propósito de mitos, erros e preconceitos

Propriedade de farmácia de oficina em Portugal

João Rui Pita, Professor da Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra e investigador do CEIS20, jrpita@ci.uc.pt

Nos últimos anos um dos interesses prioritários na nossa investigação centra-se na farmácia em Portugal, entre meados do século XIX e meados do século XX. Verificámos que a farmácia de oficina e o exercício profissional farmacêutico constituiam dois dos tópicos recorrentes de reflexões, de polémicas, de preocupações internas da classe farmacêutica e, também, de promulgação de leis que condicionavam o regime de propriedade de farmácia e do exercício profissional farmacêutico em farmácia de oficina.

O novo regime jurídico de propriedade de farmácia e do exercício farmacêutico instituído em Portugal em 2007, na sequência das alterações que se operaram em anos imediatamente anteriores, com o novo estatuto do medicamento e a venda de medicamentos não sujeitos a receita médica fora das farmácias constitui um aliciante muito forte para um maior investimento nos estudos histórico-farmacêuticos sobre o funcionamento e propriedade das farmácias.

O objectivo deste artigo é traçar um breve percurso sobre a história da propriedade da farmácia (matéria que estudamos e que iremos desenvolver em estudo próprio) e esclarecer questões como a que frequentemente refere que o actual regime jurídico de propriedade de farmácia voltou a proporcionar, legalmente, a não farmacêuticos[1] o acesso à propriedade uma vez que foi há relativamente poucos anos que o farmacêutico ficou detentor do exclusivo da propriedade da farmácia.

Os primórdios

O célebre documento "Regimento do Físico-Mor do Reino" (1521) estabeleceu que quem quisesse ter botica aberta ao público deveria ser boticário

[1] Referimo-nos ao regime geral. A Lei nº 2.125, de 20 de Março de 1965 estabelece, ainda, um regime de excepções mas não é a este regime que nos reportamos.

Publicidade 1º Congresso Nacional de Farmácia, Lisboa, 1927

com carta passada pelo Físico-Mor do Reino, direccionando a propriedade das boticas para os boticários. Isto é, quem não fosse boticário encartado não podia exercer a profissão e a profissão exercia-se com a titularidade da botica. Trata-se, a nosso ver, de um documento que de um modo claro e organizado estabelece este critério de não dissociação entre propriedade do estabelecimento e exercício profissional. Diz-se no referido Regimento "defendemos e mandamos que daqui em diante nenhum boticário nem pessoa outra possa assentar botica nem usar do ofício de boticário sem que primeiro seja examinado pelo nosso Físico-Mor...". Isto é, não estava em causa apenas o exercício profissional mas a propriedade do estabelecimento - a botica.

Se percorrermos a colectânea de legislação portuguesa de Tello da Fonseca, por exemplo o vol. 1 da "História da Farmácia Portuguesa", através da sua legislação (1935) encontramos a partir de 1521 até ao início do século XX um conjunto de documentos convergentes da não dissociação da propriedade do estabelecimento e do exercício profissional, do boticário e posteriormente do farmacêutico. Basta ver, por exemplo, os documentos que nos remetem para os pagamentos a boticários por parte de diferentes câmaras do país e que traduzem o pagamento a um boticário e da sua botica.

Finais do século XVIII e primeira metade do século XIX

Não queremos dizer que com o estabelecimento daquelas medidas as boticas funcionassem bem e fossem sempre propriedade de farmacêutico. Desde sempre que houve muitas tentativas de intromissão no exercício profissional farmacêutico e na propriedade das boticas por parte de pessoas pouco habilitadas. Quando os droguistas surgem e se afirmam no quadro das actividades comerciais tentam captar para si, também, em muitos casos, a venda e produção de medicamentos. É muito interessante vermos alguns documentos que espelham o que dissémos. Dando um salto no tempo, vejamos, por exemplo, uma Ordem Real de 1780 em que se reafirma que só os habilitados para o exercício profissional podem exercer a profissão. Como exemplo, neste documento refere-se que havia um grande número de indivíduos que exerciam a medicina e a arte farmacêutica sem qualquer preparação e por isso se diz que as medidas tomadas tinham por base a "notícia do grande número de charlatães e mesinheiros que sem autoridade andam praticando curas, com tal ignorância dos princípios físicos, em dano irreparável da saúde dos povos, e que contra a mesma se tem armado outros indivíduos, abrindo lojas com drogas, e denominando-se boticários, sem exame, sem princípios e alguns com uma crassa ignorância, os mandei alistar a todos por ser este um dos objectos da Polícia o conservar a saúde dos povos destruindo tudo o que é em dano dela". O que estava em causa era, simultaneamente, o exercício da profissão e a propriedade do estabelecimento.

Basta também analisar a legislação farmacêutica portuguesa da primeira metade do século XIX, articulada com toda a legislação sanitária típica do movimento renovador da saúde pública dos primeiros anos de oitocentos, para nos apercebermos que

a relação da propriedade da farmácia com o exercício profissional farmacêutico não estava em causa, justamente a bem da saúde pública.

Em 1844, a Carta de Lei que organizou as repartições de saúde referia que as boticas podiam ser estabelecidas livremente por todo o indivíduo "que tiver obtido legalmente Carta de Farmacêutico".

O mesmo documento fazia alusão ao facto de boticários poderem ser proprietários de drogarias, mas não a droguistas serem proprietários de boticas. Mesmo assim a botica tinha que ser separada da drogaria.

As preocupações de finais do século XIX e início do século XX

Já tivemos oportunidade de sistematizar as grandes questões farmacêuticas de finais do século XIX e início do século XX. Entre elas, ao percorrermos periódicos médicos e farmacêuticos da época e imprensa em geral, é recorrente o exercício ilegal da profissão, a propriedade e funcionamento das farmácias.

O exercício ilegal da profissão era uma preocupação partilhada, também, pela medicina. Isto é, o exercício da actividade por quem não tinha habilitação para essa função.

No domínio farmacêutico há muitas denúncias relativamente à abertura e exercício profissional por quem não estava habilitado para esse exercício, fazendo perigar a saúde pública. Aspirava-se por uma regulamentação adequada do sector e, também, por um conjunto de medidas fiscalizadoras do exercício profissional.

A limitação do número de farmácias era, igualmente, uma preocupação e por variadas vezes surgem textos a sugerir qualquer modelo de condicionamento da abertura da farmácia.

Ao que se sabe a passividade das autoridades de saúde perante denúncias relativamente à ilegalidade de funcionamento de farmácias e de exercício profissional era grande.

As medidas dos anos 20 e do Estado Novo

Os Decretos n.º 9431 de 1924 e n.º 13470 de 1927 não são muito claros, a nosso ver, quanto à dissociação da propriedade da direcção técnica, o que ainda se acentuou mais após a revolução do 28 de Maio, em 1929, através do Decreto n.º 17636.

Basta percorrermos jornais e revistas farmacêuticas da época para verificarmos eventuais equívocos sobre a propriedade e direcção técnica das farmácias, muitas vezes referida como gerência técnica (gerente técnico), e posteriormente, em 1929, sobre a possibilidade legal de não farmacêuticos poderem ser proprietários de farmácia.

Em 1924 refere-se que "todas as farmácias abertas ao público ou privativas de estabelecimentos de assistência e associações de mutualidade ou outros serão dirigidas permanentemente por um farmacêutico legalmente habilitado, seu proprietário ou gerente técnico, que podem assistir-se de ajudantes técnicos de farmácia, sob a sua imediata responsabilidade"(art.º 1º).

Em 1927, no art.º 4º, diz-se que "nenhuma farmácia ou laboratório de produtos farmacêuticos poderá estabelecer-se, depois da publicação da presente lei, sem que o farmacêutico que a ela presida seja proprietário ou co-participante da empresa que explora o estabelecimento". Em 1929, embora se regulamente o exercício da profissão existe um vazio no que respeita à propriedade da farmácia, embora do Decreto 23422 de 29 de Dezembro de 1933 se possa deduzir que se encontra subjacente ao diplo-

Durante o século XX, com excepção da janela surgida entre 1924 e 1933, a indivisibilidade propriedade-direcção técnica foi uma realidade da farmácia portuguesa.

A Farmácia martirizada (in "A acção Farmacêutica", Porto, 1933)

ma e aos diplomas anteriores que a propriedade de farmácia fosse de farmacêutico ou que ele tomasse parte na sociedade.

O texto de 1929, contudo, refere apenas que a preparação de medicamentos era uma das competências das farmácias e que "o aviamento de receitas e a venda ao público de medicamentos e substâncias medicinais competem exclusivamente às farmácias".

Existia, porém, um regime de venda específico para as drogarias. Resta dizer que a direcção técnica era inquestionável embora a lei fosse permissiva quanto à substituição do director-técnico.

O Decreto n.º 23422 de 29 de Dezembro de 1933 teve como objectivo dissipar dúvidas quanto à propriedade da farmácia. No seu artigo 1º indica que "nenhuma farmácia pode estar aberta ao público sem que o farmacêutico, seu director técnico seja seu proprietário no todo ou em parte, por associação com outro ou outros farmacêuticos, estabelecendo-se alguns regimes de excepção. De acordo com o legislador a melhor garantia para o exercício da profissão e o melhor serviço à população era "o interesse directo do farmacêutico na propriedade da farmácia".

A Lei n.º 2125, de 20 de Março de 1965 juntamente com o Decreto-Lei nº 48547, de 27 de Agosto de 1968 consolidaram o princípio da indivisibilidade da propriedade da farmácia e da direcção técnica, estado de coisas que se manteve até 2007.

A Base II da Lei n.º 2125 estabelecia que "o alvará apenas poderá ser concedido a farmacêuticos, ou a sociedades em nome colectivo ou por quotas, se todos os sócios forem farmacêuticos e enquanto o forem". Contudo, deve assinalar-se que o regime jurídico de 1965, à semelhança do que vinha acontecendo em regimes jurídicos anteriores, estabeleceu ainda alguns regimes de excepção, nomeadamente os decorrentes da morte do proprietário onde em regime transitório a propriedade podia ser de não farmacêutico e estabelecia que poderia ser passado alvará às "instituições de assistência e previdência social, e, na falta destas, aos organismos corporativos da actividade farmacêutica", desde que houvesse interesse público na farmácia numa dada localidade ou desde que houvesse vantagens na preservação da que eventualmente já existisse. Mas, muito mais haveria a dizer sobre a Lei n.º 2125, numa apreciação enquadrada no contexto farmacêutico da época, mas cuja extensão ultrapassa os limites do presente artigo.

Com o presente artigo pretendemos dar a conhecer os tópicos gerais e essenciais sobre a questão da propriedade da farmácia de oficina em Portugal e demonstrar que a indivisibilidade propriedade-exercício profissional (gerência técnica, direcção técnica) não é uma realidade dos últimos anos como muitas vezes erradamente se transmite.

Durante o século XX, com excepção da janela surgida entre 1924 e 1933, sobretudo entre 1927 e 1933, e posteriormente, com os direitos adquiridos pelos proprietários não farmacêuticos, a indivisibilidade propriedade-direcção técnica foi uma realidade da farmácia portuguesa.

Marca Farmácias Portuguesas

Identidade reforçada

É inegável que o mercado está em plena transformação, colocando as farmácias perante novos desafios, exigindo delas uma resposta consistente e coesa que as diferencie dos restantes espaços comerciais. Foi desta premissa que emergiu a marca Farmácias Portuguesas, mais uma demonstração da coesão das farmácias que integram o universo ANF e que, assim, assumem total confiança na sua capacidade de enfrentar, com sucesso, esses desafios. Coesão e confiança que advêm do papel preponderante que as farmácias desempenham na comunidade.

Todavia, os novos tempos impunham uma resposta mais assertiva, traduzida na concepção de uma marca que reforça o elo entre os clientes e as farmácias, posicionando-as como únicas e diferenciadoras face à multiplicidade de canais de venda.

E diferenciando-as desde logo na imagem: a dispersão de símbolos deu lugar a uma cruz verde única. Mantiveram-se os princípios subjacentes a uma iconografia que assenta na lenda grega de Hipócrates e no saber acumulado ao longo dos tempos - a árvore e a serpente atestam esses princípios, mas agora com linhas mais modernas, suavizadoras da rigidez dos traços originais e envoltas

Reforçar a identidade das farmácias do universo ANF, posicionando-as como únicas e diferenciadas num contexto concorrencial, é a filosofia subjacente à marca Farmácias Portuguesas. União é a palavra-chave de um futuro que já mereceu mais de 1800 adesões.

num círculo, que funciona como um elemento agregador, remetendo para a rede coesa e consistente de Farmácias Portuguesas.

Esta simbologia desdobra-se nas diferentes formas de comunicação com os clientes - na imagem exterior e interior da farmácia, aqui se incluindo o espaço mas também os colaboradores. Novas batas e crachás funcionarão como elementos de reconhecimento e diferenciação, transmitindo competência e confiança.

Estes são, aliás, dois dos valores da marca - a competência e a confiança de sempre, numa associação entre a tradição e a evolução, entre a história e o futuro. Porque a marca propõe-se precisamente estabelecer uma ponte entre dois momentos na vida das farmácias nacionais.

Tal como a simbólica cruz verde, também a designação da marca resultou de uma intenção diferenciadora-as Farmácias Portuguesas propõem-se ser as mais representativas do país, demarcando-se inequivocamente das restantes e dos demais formatos de venda de produtos de saúde e afirmando o seu claro compromisso público. Importa, no entanto, sublinhar que esta diferenciação está longe de se esgotar na imagem. Porque esta não é uma mera ope-

A marca que marca

O desafio das Farmácias Portuguesas inspirou o presidente da Mesa da Assembleia Geral da ANF, David da Hora Branco, autor dos versos que a seguir se transcrevem:

"Consoladoras certezas,
Visão que o futuro abarca
As Farmácias Portuguesas
São uma marca que marca!

Competência é o critério!
E contínua formação
Aconselhamento sério
Primando pela isenção!

Com saber, com segurança,
Servir bem, com qualidade
É conquistar confiança,
Garantir fidelidade!

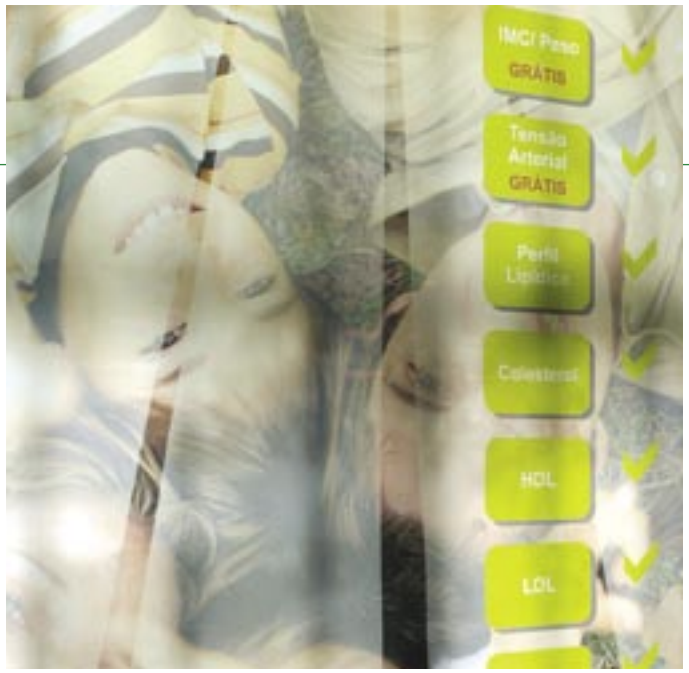
Um tratamento amigo,
Discrição e confidência
Alertando para o perigo,
Aconselhando prudência!

Ciência e tecnologia,
Na teoria e na prática
Utilizam com mestria
A ferramenta informática!

Cada vez mais, o Utente
Quer rigor e transparência
É sensato e inteligente
Procurar a excelência!

Há magia num sorriso
Ou num aperto de mão
Alertar quando é preciso,
Apostar na prevenção!

O atendimento seguro
Em mercado concorrido
No presente e no futuro,
É sucesso garantido!"



Farmácias Portuguesas

ração de cosmética, mas sim a face visível de um programa mais vasto e profundo destinado a aproximar ainda mais as Farmácias Portuguesas da população.

Um programa para o futuro

É um programa ambicioso e multidisciplinar que visa uniformizar a intervenção das farmácias e que se estende por diversas vertentes - ambiente da farmácia, atendimento especializado, horários, acessibilidade, gama de produtos, serviços, pró-actividade e cartão da farmácia.

Daí que tenham sido definidos requisitos profissionais a adoptar pelas farmácias aderentes ao programa, as quais se comprometem, nomeadamente, a disponibilizar aos clientes, no prazo máximo de um ano, um conjunto de serviços básicos — Informação Saúde, medição do colesterol, pressão arterial, glicemia, perímetro abdominal e IMC. Comprometem-se igualmente a introduzir os serviços que venham a ser abrangidos pelo programa, visando melhorar contínua e gradualmente a qualidade da intervenção.

Este é um programa unificador que, sem prejuízo da liberdade de cada farmácia, visa proporcionar ferramentas para uma resposta coesa e consistente a um ambiente cada vez mais concorrencial.

Que ferramentas? Novos produtos e serviços, definidos em função das directrizes do programa, mas também das características dos clientes; uma maior acessibilidade com horários adaptados à comunidade envolvente; espaços renovados; uma atitude cada vez mais activa e personalizada; uma comunicação direccionada e específica mas distintiva de uma rede de prestadores de cuidados e serviços de saúde.

Serão esses valores, coesão e consistência, que aliados à mais-valia de sempre, qualidade e competência, potenciarão a confiança que os portugueses já depositam nas farmácias, fidelizando-os à marca.

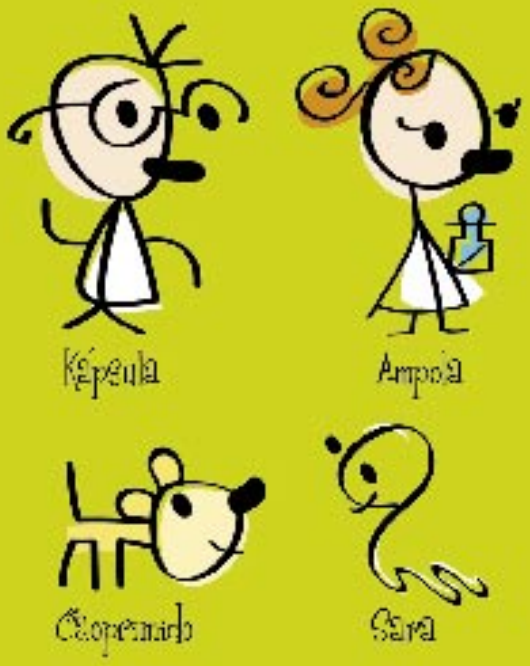
Farmácias Portuguesas não é um ponto de chegada, é o ponto de partida para o futuro da farmácia em Portugal, um futuro alicerçado num capital histórico de competência e numa sólida imagem de credibilidade. É desse futuro que fazem já parte mais de 1800 farmácias. Unidas.

Saúde, um Bem a Defender !

Estimular o gosto por uma vida saudável,
ao mesmo tempo que se incentivam as crianças e os jovens
a ter atitudes positivas e a não adquirir hábitos prejudiciais para o seu próprio corpo,
é o objectivo do CD-Rom Clube da Sara.
Temas como o Tabaco, a Droga, os Cuidados com os Medicamentos e até os Piolhos,
são abordados de uma forma pedagógica e dinâmica.

Concebido pelo Museu da Farmácia,
esta aplicação alia de forma pedagógica e lúdica a **valorização dos cuidados de saúde**,
a uma componente histórica sobre a farmácia ao longo dos tempos.
Ajudados pelas cativantes mascotes do Museu
Kápsula, Ampola, Cãoprimido e Sara - a serpente que tudo cura e tudo sara,
as crianças irão com certeza divertir-se!

À venda no Museu da Farmácia
preço: 25€, Mais informações através do número 21 34 00 680



› viagem através dos tempos › cuidados de saúde › visita às farmácias › jogos › loja da Sara

Leites

Ana Sofia Guimas,
farmacêutica do CEDIME
cedime@anf.pt

A elevada diversidade de leites e fórmulas infantis e a constante inovação e mudança nesta área da nutrição constituem um desafio para uma prática mais interventiva da equipa da farmácia e uma oportunidade para satisfazer as necessidades dos pais e dos bebés. Sobretudo quando se trata do primeiro filho, em que toda a experiência da paternidade representa novidade, o aconselhamento e apoio da farmácia são determinantes.

Leites e fórmulas infantis – a ajudar o bebé a crescer

No processo de adaptação à vida extra-uterina, os recém-nascidos têm o metabolismo mais activo, e as reservas estão reduzidas. O sistema enzimático, a função renal, digestiva e celular estão ainda em maturação, assim como o sistema imunitário, que embora funcional, é ainda imaturo.

Leite materno – o padrão de eleição

O leite materno é uma emulsão de proteínas e gorduras, que fornece compostos biológicos activos que reforçam o sistema imunitário. [1,2]

O leite materno é assim o alimento de eleição para os primeiros 4 a 6 meses de vida.[1,3,4] No entanto, nem sempre o aleitamento materno é possível e, nestes casos, os leites e fórmulas infantis são a melhor solução para responder às necessidades nutritivas, tanto funcionais como estruturais.[5]

Pelas suas características o leite materno representa o padrão de elaboração dos leites e fórmulas infantis. Estas têm como referência os seus efeitos benéficos sobretudo ao nível do crescimento e desenvolvimento dos lactentes. [5]

Desenvolvimento de leites e fórmulas infantis

A composição em macronutrientes (proteínas, lípidos, hidratos de carbono) e micronutrientes (vitaminas, oligoelementos) dos leites e fórmulas desenvolvidos especificamente para os lactentes é similar à do leite ma-

terno.[1,6,7] Contudo, esta semelhança não representa por si só um indicador da adequação nutricional para os lactentes. É necessário avaliar outras características que asseguram a melhor qualidade nutritiva, uma vez que estes leites também diferem do leite materno em termos imunológicos e de digestibilidade [1,6,7].

A composição relativa em macro e micronutrientes dos leites e fórmulas infantis respeita os valores mínimos e máximos recomendados pela União Europeia.[8]

A inclusão de novos elementos funcionais nas fórmulas pediátricas, como ácidos gordos poli-insaturados de cadeia longa, que contribuem para a constituição cerebral e neurodesenvolvimento, nucleótidos para estimulação da resposta imunitária, pré e probióticos para a constituição da flora intestinal e defesas intestinais, entre outros compostos, é actualmente, objecto de estudos, desenvolvidos com o intuito de identificar formulações cada vez mais similares ao leite materno. [5,9]

A quantidade e qualidade das proteínas presentes nas formulações de leites, visa equilibrar o padrão de aminoácidos presente no sangue, contribuindo para as fases iniciais de desenvolvimento da função neurotransmissora, e reduzir a ingestão proteica, prevenindo desta forma o excesso de peso.[9]

O leite de vaca, além de ser de difícil digestão, apresenta uma composição desequilibrada face às necessidades nutricionais do bebé. O elevado teor em proteínas e sais minerais, sobretudo sódio, causa sobrecarga renal e as vitaminas e principalmente o ferro estão em défice. [10,11]

O leite de vaca só deve por isso ser introduzido mais tarde na alimentação da criança - após os 12 meses, segundo a ESPGHAN (*European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition*), ou após os 36 meses, de acordo com a AAP (*American Academy of Pediatrics*).

Recomenda-se assim a utilização de um leite para lactentes até aos quatro meses e, a partir dos quatro meses um leite de transição.[10,11]

Os leites e fórmulas infantis classificam-se em três grupos de acordo com as resposta às diferentes fases de desenvolvimento e às diferentes necessidades das crianças: leites para lactentes - usados em crianças até aos 4 a 6 meses; de transição - a partir dos 4 meses de idade; e para fins medicinais específicos. [8]

Leites ou fórmulas, são géneros alimentícios com indicações nutricionais específicas, que satisfazem as necessidades nutricionais de cada grupo etário. Os leites ou fórmulas de transição diferem dos leites ou fórmulas para lactentes por constituírem o componente líquido principal de uma dieta progressivamente mais diversificada adequada a bebés com mais de 4 meses.[7,8]

A designação de leite ou fórmula difere de acordo com a fonte proteica. Sempre que a fonte proteica é o leite de vaca designam-se por leites, ao passo que quando a fonte proteica é diferente do leite de vaca se designam por fórmulas.

São numerosos os leites e fórmulas infantis disponíveis no mercado, pelo que se sistematiza as principais formulações, juntamente com as suas principais indicações e particularidades.

Leites para lactentes e leites de transição

Os leites para lactentes e de transição, em que a fonte proteica é o leite de vaca designam-se:

- Leites para lactentes ou leites 1: dos 0 aos 4/6 meses;

Leites para lactentes e de transição

0 - 4/6 meses	4 - 12 meses	12 - 36 meses
Emalac 1 ®	Nutribén continuação ®	Nutribén crescimento ®
Enfalac 1®	Emalac 2 ®	Emalac crescimento ®
Enfalac 1 Premium ®	Enfalac 2 Premium ®	Enfalac 3 Premium ®
Miltina 1 ®	Enfalac 2 ®	Aptamil 3 ®
Aptamil 1 ®	Miltina 2 ®	Aptamil Junior ®
Aptamil Confort 1 ®	Aptamil 2 ®	Nutrilon 3 ®
Nutrilon 1 ®	Aptamil Confort 2 ®	Omneo 3 ®
Nutrilon Confort 1 ®	Nutrilon 2 ®	S 26 III GOLD ®
Omneo 1 ®	Nutrilon Confort 2 ®	Miltina Plus ®
Novalac 1 ®	Omneo 2 ®	
S 26 GOLD ®	Novalac 2 ®	
Miltina Plus ®	S 26 II GOLD ®	
	Miltina Plus ®	

Bebé Saudável

Bebé com Atopia

Prevenção	Tratamento
Nutribén Natal HA ®	Nutramigen 1 LGG ®
Enfalac HA Digest ®	Nutramigen 2 LGG ®
Miltina HA ®	Aptamil HA 1,2 e 3 ®
Nutrilon HA ®1 e 2	Aptamil Pepti ®
Novalac HA ®1 e 2	Nutrilon Pepti ®
S 26 HA ®	

Bebé com Desconforto Digestivo

Anti-obstipantes	Anti-cólica	Saciedade	Desconforto digestivo
Nutribén AO ® 1 e 2	Nutribén AC ®	Novalac SA ® 1 e 2	Nutrilon Confort 1 e 2 ®
Novalac AO ® 1 e 2	Novalac AC ® 1 e 2		Aptamil Confort 1 e 2 ®

- Leites de transição ou leites 2: dos 4 aos 12 meses;
- Leites de crescimento ou leites 3: dos 9/12 meses até aos 36 meses.

Os leites 2 e 3 são considerados leites de transição.

Até aos 4-6 meses de idade o leite deverá constituir a única fonte alimentar do lactente. Entre o 4º e o 6º mês inicia-se uma alimentação diversificada, dado que o bebé apresenta necessidades acrescidas, dificilmente satisfeitas em exclusivo pelo leite. Coincidentemente a esta fase ocorre uma maior maturidade fisiológica associada a maior tolerabilidade digestiva. Nesta fase os leites de transição são os mais indicados, pois apresentam ainda um reduzido teor proteico, embora ligeiramente superior ao dos leites para lactentes, elevada percentagem de lactose, teor mais elevado de calorias, hidratos de carbono, minerais (sobretudo ferro) e vitaminas do que os leites para lactentes.[3,7] Diferem do leite de vaca, essencialmente pelo seu conteúdo proteico, que é menor, e pelo seu teor em ferro, 20 vezes superior.[7]

Os leites 3 surgiram da necessidade de combater a tendência para a introdução precoce do leite de vaca, ainda antes dos 12 meses. Estes leites não devem conter elevados teores em mel ou sacarose para não predisporem a uma fácil e precoce habituação ao sabor doce.

Estão disponíveis leites para lactentes e de transição com indicações particulares: Leites hipoalergénicos, anti-obstipantes, anti-cólicas, saciedade e para o desconforto digestivo.

Leites hipoalergénicos (HA)

As proteínas do leite de vaca têm elevado peso molecular, sendo uma das principais causas das diferentes manifestações clínicas de atopia (susceptibilidade/propensão alérgica) durante os primeiros anos de vida. Os leites HA contêm proteínas do soro de leite hidrolisado, eliminando desta forma praticamente todas as substâncias alergénicas habitualmente presentes no leite de vaca, reduzindo assim o risco de alergia. A substituição das proteínas inteiras do leite de vaca, por um hidrolisado das mesmas, é obtida através

da acção enzimática da tripsina.[3,7,12] O Comité sobre Nutrição da AAP preconiza a sua utilização em lactentes com sintomas de alergia e em crianças que apresentam um maior risco de desenvolvimento deste tipo de sintomatologia, nomeadamente com antecedentes familiares de doenças alérgicas.[10,13,14] Os leites HA classificam-se em dois grupos: leites parcialmente hidrolisados – prevêem ou adiam o aparecimento de sintomas atópicos em bebés susceptíveis e extensamente hidrolisados – destina-se a lactentes com alergia declarada às proteínas do leite de vaca.[7, 12,13,15]

Leites parcialmente hidrolisados

Indicados em crianças susceptíveis de atopia. Previnem ou adiam o aparecimento de sintomas atópicos em caso de susceptibilidade. Não são indicados na alergia declarada às proteínas do leite de vaca, dado que as proteínas presentes nestas formulações foram apenas parcialmente hidrolisadas, isto é, ainda presistem fragmentos de dimensões suficientes para induzir reacção alérgica em crianças sensibilizadas. A restante composição destes leites é semelhante à do leite com proteínas não modificadas.[7,10,13,15]

Leites extensamente hidrolisados

Os leites HA extensamente hidrolisados são indicados na alergia declarada às proteínas do leite de vaca.

Nestes leites as proteínas são hidrolisadas em peptídeos de reduzidas dimensões, pelo que são considerados leites sem proteínas alergizantes.[7,13,15] Está comprovado que não provocam reacções adversas em 90% das crianças com alergia às proteínas do leite de vaca.[7,12,13] Os leites HA extensamente hidrolisados também são considerados leites especiais, ou seja, destinados a fins medicinais específicos.

Leites anti-obstipantes

São constituídos por um teor em lactose adaptado a uma osmolaridade mais elevada, que com o aumento da actividade bifidogénica e do aporte de água ao lúmen intestinal, favorecem o amolecimento das fezes. [10]

Facilitam também o esvaziamento gástrico, em virtude da composição proteica ser rica em seroproteínas (proteínas com elevado valor nutritivo), e com reduzido teor de caseína (principal proteína do leite de vaca), e da fracção lipídica ser rica em triglicerídeos de cadeia média.[10]

Estes leites apresentam uma acção osmótica, que lhes confere um efeito laxante fisiológico, ou seja, amolecem as fezes mas não alteram a frequência das dejecções.[16] Induzem ainda a secreção de colecistoquinina (CCK), uma hormona gastrintestinal, que estimula a motilidade intestinal.[7]

Leites anti-cólicas

Estes leites apresentam um teor reduzido de lactose, e por isso uma menor tracção de lactose não absorvida ao nível do intestino, minimizando os riscos de flatulência e cólicas provenientes da sua fermentação de lactose no cólon. Estão particularmente indicados para os lactentes com insuficiência parcial de lactase (enzima responsável pela degradação da lactose), devida essencialmente à imaturidade intestinal.[10]

Leites saciedade

Indicados para bebés difíceis de saciar. São ricos em amido de milho, maltodextrinas e triglicerídeos de cadeia longa, conferindo uma digestão e absorção mais prolongadas. Aumentam a sensação de saciedade sem aporte extra de calorias [7].

Leites para desconforto digestivo

As cólicas, flatulência e obstipação

são muito comuns sobretudo durante os primeiros meses de vida e, na maioria dos casos, provêm da imaturidade digestiva e/ou enzimática do bebé.[3]

Pela imaturidade enzimática, se a enzima lactase não estiver a ser produzida em pleno, a absorção e digestão da lactose fica comprometida e a fracção que não é digerida fermenta causando cólicas.

A digestão e absorção lipídica podem estar dificultadas, quer por défice enzimático, quer pela posição que o ácido palmítico ocupa na cadeia triglicerídea, o que pode causar obstipação. O desequilíbrio da flora bifidogénica faz com que haja deficiente digestão e absorção proteica e lipídica, causando contracções e obstipação.[3]

Por fazer face a todas estas dificuldades estão disponíveis leites que proporcionam uma alternativa de mais fácil absorção e digestão. As proteínas estão parcialmente hidrolisadas facilitando a digestão.

O ácido palmítico, através de uma mistura lipídica, assume outra posição nos triglicerídeos, aumentando a absorção de cálcio e gorduras, que se reflecte em dejecções macias e naturais.

A lactose é parcialmente substituída por maltodextrina, havendo menor fermentação.

A viscosidade aumenta, possibilitando menor ingestão de ar. A incorporação de oligossacarídeos com propriedades prebióticas permite uma flora intestinal saudável e equilibrada, melhorando a absorção de nutrientes.[3]

Leites e fórmulas para fins medicinais específicos

Estão disponíveis exclusivamente em farmácias, sendo que apenas os leites indicados para crianças com erros congénitos do metabolismo, são comparticipados.[17] São considerados leites e fórmulas para fins medicinais específicos: leites sem lactose ou anti-diarreicos, anti-regurgitação, para prematuros ou RN de baixo peso, dietas elementares e semi-elementares e fórmulas de soja.

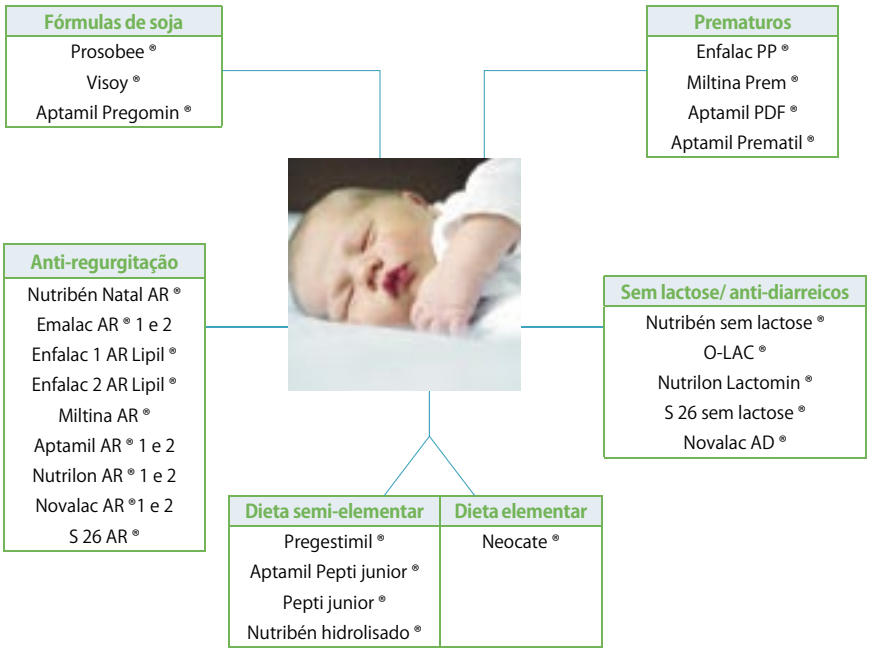
Os leites HA extensamente hidrolisados, referidos anteriormente, também são considerados leites para fins medicinais específicas.

Fórmulas à base de proteínas de soja

São fórmulas isentas de proteínas do leite de vaca, uma vez que são concebidas a partir de proteínas de soja.[7,10]

O conteúdo lipídico é exclusivamente de gordura vegetal e os hidratos

Leites para fins medicinais específicos



de carbono são constituídos, preferencialmente, por uma mistura de polímeros de glucose, que tornam a absorção e digestão mais prolongadas.

Estas fórmulas estão indicadas nos casos de intolerância/alergia às proteínas do leite de vaca e seus derivados, intolerância à lactose e à sacarose e galactosemia.[7,10]

É importante ter em atenção que a utilização rotineira de fórmulas dietéticas de soja não tem valor comprovado na prevenção e tratamento das cólicas do lactente nem na prevenção da doença atópica em lactentes com maior risco.[7,10]

Este tipo de fórmulas não é recomendada a recém-nascidos pré-termo ou lactentes com menos de 6 meses com alergias alimentares.

Após os 6 meses de idade, as fórmulas de soja podem ser indicadas se a tolerância à proteína de soja já estiver estabelecida [18,19,20].

Os dados disponíveis são ainda insuficientes para delinear conclusões definitivas quanto à segurança destas fórmulas, no que se refere ao conteúdo em isoflavonas fitoestrogénicas.

As autoridades e sociedades pediátricas de vários países recomendam a utilização destas fórmulas apenas para as situações acima descritas.[18]

Leites sem lactose ou anti-diarreicos

A lactose é um dissacarídeo constituído por glucose e galactose, que necessita de ser enzimaticamente degradado nos seus açúcares simples para ser absorvido. A lactase, enzima responsável pela degradação da lactose, pode estar em défice por imaturidade ou por destruição dos enterócitos maduros existente nas microvilosidades intestinais no decurso, por exemplo, de uma gastrenterite aguda.

Nestes leites a lactose foi substituída por polímeros de glucose ou dextrinomaltose. Têm por isso como principais indicações as situações de défice primário de lactase e, pontualmente, após diarreias ou gastrenterites agudas, défice secundário em lactase.[7,10,17,21]

O teor elevado em elementos como o sódio, potássio e cloro associados a uma baixa osmolaridade, compensam os episódios de diarreia moderada, permitindo alimentar a criança, durante e alguns dias após essa situação.[7,10,17,21]

Leites anti-regurgitação

Estão indicados no refluxo gastroesofágico não complicado. Têm uma

Enquadramento legislativo dos leites e fórmulas infantis

Enquadramento Legislativo	
DL n.º 220/99 de 16 de Junho	Estabelece a composição dos leites e fórmulas para lactentes e de transição destinadas a lactentes saudáveis.
DL n.º 212/00 de 2 de Setembro	Define a composição e os requisitos nutricionais essenciais dos leites e fórmulas destinados a fins medicinais específicos e estabelece as exigências adicionais e excepções às regras gerais sobre rotulagem e apresentação destes produtos.
Despacho n.º 25822/2005 de 15 de Dezembro	Estabelece as fórmulas destinadas a crianças com erros congénitos do metabolismo e a sua comparticipação.

composição glucídica ligeiramente diferente (por adição de amido de milho, amido de arroz, amido de batata ou farinha de semente de alfarroba) relativamente aos leites para lactentes e de transição, o que lhes confere um espessamento que proporciona um conteúdo gástrico mais homogéneo e de viscosidade adequada, acelerando o esvaziamento gástrico e diminuindo os episódios de refluxo.[7,10]

O espessamento além de conferir boa viscosidade em meio gástrico, é nutricionalmente inerte e não interfere na absorção.[3] Os leites com farinha de semente de alfarroba (por ex.: Aptamil AR ®, Miltina AR ®, Nutribén Natal AR ®) podem causar diarreia, cólicas e flatulência, dado que a alfarroba é uma fibra, e por isso é mais resistente à hidrólise digestiva.[7,10]

Os leites com amido de milho, arroz ou batata (por ex.: Enfalac AR ®, S26 AR ®) são relativamente fluidos a pH neutro e tornam-se viscosos a pH ácido, sendo melhor tolerados. Contudo, o amido de arroz é menos espesso e confere menor viscosidade que a farinha de semente de alfarroba, e o amido de batata é rapidamente hidrolisado deixando de se fazer sentir o seu efeito espessante.[3,7]

O teor mais elevado em hidratos de carbono e menor em gordura, acelera o esvaziamento gástrico, podendo conduzir a uma diminuição da absorção intestinal dos hidratos de carbono, gorduras, ferro, zinco e cobre.[6]

No entanto, não existe ainda informação conclusiva disponível sobre os potenciais efeitos dos agentes espessantes na biodisponibilidade das substâncias nutrientes no crescimento dos lactentes.

A frequência de reacções alérgicas aos vários agentes espessantes na infância é também desconhecida.

Assim, tendo em conta a limitada informação disponível, não é recomendada a administração de leites anti-regurgitação sem indicação específica, a lactentes saudáveis que apresentam refluxo, devendo ser apenas recomendados em crianças com má progressão ponderal, ou seja, que não aumentam de peso, devido à excessiva perda de nutrientes associada à regurgitação, em conjunto com supervisão médica adequada.[10,22]

Leites para prematuros ou RN de baixo peso

Os recém-nascidos pré-termo apresentam as funções vitais e sistemas reguladores ainda imaturos. Apresentam, em compensação, um

Composição dos leites para lactentes e de transição de acordo com a fonte proteica[8]

Fórmulas para lacentes		Fórmulas de transição	
Proteínas do Leite de vaca	Proteínas parcialmente hidrolisadas ou de soja	Proteínas do Leite de vaca	Proteínas parcialmente hidrolisadas ou de soja
Baixo teor Proteico (1,8-3,0 g/100 kcal)	Baixo teor Proteico (2,25-3 g/100 Kcal)	Baixo teor Proteico (2,25-3 g/100 Kcal)	
Suplementação em ferro (0,5-1,5 mg/ 100 kcal)		Suplementação em ferro (1-2 mg/ 100 kcal)	
Reduzido teor de sódio Elevado teor de lactose Suplementação em ácidos gordos essenciais (ómega 3 e 6) Suplementação em selénio			

Recomendações práticas[3,25,26,27,28]

Escolher o biberão e tetinas

- Escolher o tipo de biberão de acordo com:
  Capacidade - 60, 125 e 250 mL
  Abertura – larga ou estreita
  Material - vidro ou plástico
- Escolher a tetina.de acordo com:
  Material - latex, silicone ou borracha
  Forma – ortodônticas, anti-cólicas e ventiladas
  Quantidade de fluxo de leite – fluxo lento, fluxo médio, muito fluxo e fluxo variável

Como preparar o biberão

- Esterilizar biberão e tetinas.
- Adicionar o pó à água morna previamente fervida. Agitar.
- Se o bebé não tomar o biberão todo deve rejeitar-se a porção remanescente.
- Se preparar o leite ou fórmula com antecedência, deve ser guardado no frigorífico e nunca por um período superior a 24h.
  O biberão preparado com antecedência deve ser aquecido imediatamente antes de dar ao bebé.
- Caso aqueça no microondas, tenha o cuidado de misturar bem o líquido para homogeniezar a temperatura.
- Leites ou fórmulas preparadas com antecedência que estejam fora do frigorífico mais do que 1h devem ser rejeitadas.

Particularidades dos leites

- Os leites 2, pela sua composição em amido são de difícil diluição em água quente, pelo que se deve usar água morna.
- Os leites HA têm um cheiro e sabor característicos e o seu efeito pode levar 1 a 2 semanas.
- Os leites AR são mais espessos pelo que se deve ter em atenção o tamanho da tetina, para que o leite não fique acumulado na mesma. O efeito destes leites é relativamente rápido.

crescimento de recuperação rápido e acelerado, particularmente evidente nos primeiros dois a três meses de vida.

Por este motivo os leites para recém-nascidos pré-termo devem assegurar a viabilidade de um ritmo de crescimento compensatório semelhante ao ocorrido in-útero.

Assim, são leites que apresentam um teor proteico mais elevado, ocupando as proteínas solúveis um lugar maioritário, com o melhor coeficiente de utilização digestiva possível [10].

Por outro lado, nos recém-nascidos prematuros e nos leves para a idade gestacional as reservas em ácido araquidónico (AA) e em ácido docosahexanólico (DHA) são muito reduzidas, pelo que as fórmulas para pré-termos devem incluir pelo menos 0,35% de DHA e 0,4% de AA relativamente ao teor total de ácidos gordos.[23]

Tendo em conta a limitada actividade da lactase nos pré-termo, parte da lactose destes leites é substituída por polímeros de glucose, clivados

Conclusão

Os leites e fórmulas para lactentes e os de transição, apesar da elevada qualidade e de serem globalmente similares do ponto de vista qualitativo, apresentam algumas diferenças relativas ao teor de alguns micronutrientes e de proteínas.[10,24] Uma indicação racional deve seguir o princípio da dieta baseada na evidência.

Os leites e fórmulas para lactentes devem satisfazer as necessidades nutricionais das crianças até aos 4 a 6 meses de idade, ao passo que as de transição só devem ser usados quando a alimentação complementar é introduzida na dieta.

Nenhum destes leites ou fórmulas pode apresentar um teor nutricional superior ao leite materno, forma de alimentação de referência.[24]

A natureza da fonte proteica é o critério principal para escolher uma fórmula infantil. Na ausência de aleitamento materno, as fórmulas à base de leite de vaca representam a primeira. As crianças com risco de doença atópica, devem usar exclusivamente uma fórmula hipoalergénica durante os primeiros 6 meses de vida.[24] Com excepção de crianças com erros congénitos do metabolismo ou outras patologias não há nenhuma evidência que indique a prescrição de um leite para fins medicinais específicos.[24]

por acção da maltase ou glucoamilase, sendo que esta última apresenta uma elevada actividade já às 28 semanas de gestação.

O conteúdo em minerais está também aumentado.[10] Os leites para prematuros ou recém-nascidos de baixo peso são usados desde o nascimento até aos 9-12 meses de vida.[7]

Dietas elementares e semi-elementares

As dietas elementares e semi-elementares são contituídas por alimentos completos com características qualitativas especiais e adequadas. Respondem a situações de compromisso com a função digestiva.

Dietas semi-elementares

São fórmulas especiais, completas, em que os macronutrientes (proteínas, lípidos e hidratos de carbono) se encontram numa forma pré-digerida. São constituídas por proteínas extensamente hidrolisadas, triglicerídeos de cadeia média e isentos de lactose.[3,7]

Estão indicadas em situações de má absorção grave, como é o caso de lactentes com alergia às proteínas do leite de vaca ou a outras proteínas alimentares, síndroma de má absorção, doença inflamatória e diarreia crónica.[3,7]

Dietas elementares

São fórmulas completas, constituídas por aminoácidos livres, ácidos gordos livres e glucose.

Proporcional uma absorção rápida e eficaz com um mínimo de digestão, permitindo o repouso intestinal.[3,7]

As dietas elementares estão indicadas na síndroma de má absorção, doença inflamatória intestinal e em casos de intolerância às fórmulas semi-elementares.[3, 7]

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1.NIERS, L. et al. Nutritional support for the infant's immune system. Nutr Rev. 2007 Aug; 65(8 Pt 1):347-60.

2. ODDY, W.H. The impact of breastmilk on infant and child health. Breastfeed Rev. 2002 Nov;10(3):5-18.

3. Nutrição Infantil. Guia do Farmacêutico: Para o aconselhamento Farmacêutico. Nutricia - Alimentação Clinica e Dietética. 2002.

4. Código Internacional de Marketing dos Substitutos do Leite Materno. Tradução livre formulada pela Ordem dos Enfermeiros. Comissão de Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

5. RIVA, E. et al. Infant "starting formulas" are not all equal: comparative analysis of nutritional characteristics. Pediatr Med Chir. 2005 May-Aug; 27(3-4):1-10.

6. REGO, C.; RIBEIRO, L.; GUERRA, A. Leites e Fórmulas Infantis: Uma Visão Actualizada da Realidade em Portugal. Acta Pediátrica Portuguesa. vol. 33 - n.º 4; Jul/Ago de 2002.

7. Alimentação Infantil: Leites e Fórmulas Infantis. Escola de Pós-graduação em Saúde e Gestão. (Manual do curso. Lisboa, Setembro/Dezembro 2007).

8. Decreto-Lei n.º 220/99 de 16 de Junho. Diário da República – I Série. N.º 138 (99-06-16), p. 3453-3462.

9. RIVERO, U.M.; SANTAMARÍA ORLEANS, A.; RODRÍGUEZ-PALMERO SEUMA, M. The importance of functional ingredients in pediatric milk formulas and cereals. Nutr Hosp. 2005 Mar-Apr;20(2):135-46.

10. ÁVILA, R. Aleitamento da criança no primeiro ano de vida. Rev Port Clin Geral. 2004; 20: 339-46.

11. American Academy of Pediatrics – Committee on Nutrition. Commentary on Breast-Feeding and Infant Formulas, Including proposed Standards for Formulas. Pediatrics.1976; 57:278-85.

12. HOST, A., HALKEN, S. Hypoallergenic formulas--when, to whom and how long: after more than 15 years we know the right indication! Allergy. 2004 Aug;59 Suppl 78:45-52.

13. American Academy of Pediatrics – Committee on Nutrition. Hypoallergenic Infant Formulas. Pediatrics. 2000; 106:346-9.

14. OSBORN, D.A.; SINN, J. Formulas containing hydrolysed protein for prevention of allergy and food intolerance in infants. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Oct 18;(4):CD003664.

15. HALKEN, S. et al. Comparison of a partially hydrolyzed infant formula with two extensively hydrolyzed formulas for allergy prevention: a prospective, randomized study. Pediatr Allergy Immunol. 2000 Aug;11(3):149-61.

16. BONGERS, M.E. et al. The clinical effect of a new infant formula in term infants with constipation: a double-blind, randomized cross-over trial. Nutr J. 2007 Apr 11;6:8.

17. Despacho n.º 25822/2005 de 15 de Dezembro. Diário da República – II Série. N.º 239 (2005-12-15).

18. TURCK, D. Soy protein for infant feeding: what do we know? Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2007 May;10(3):360-5.

19. ESPGHAN Committee on Nutrition. et all. Soy protein infant formulae and follow-on formulae: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2006 Apr;42(4):352-61.

20. MERRITT, R.J.; JENKS, B.H. Safety of soy-based infant formulas containing isoflavones: the clinical evidence. J Nutr. 2004 May; 134(5):1220S-1224S.

21. American Academy of Pediatrics – Committee on Nutrition. Soy protein-based formulas: recommendations for use in infant feeding. Pediatrics.1998; 101:148-53.

22. AGGETT, J.; AGOSTONI, C.; GOULET, O. Antireflux or antiregurgitant milk products for infants and young children: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2002; 34:496-8.

23. KOLETZKO, B. et all. Long chain polyunsaturated fatty acids (LCPUFA) and perinatal development. Acta Paediatr. 2001; 90:460-4.

24. Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie. Evidence-based dietetics: what has to be kept in mind for the prescription of infant formulae and follow-on formulae in 2007th? Arch Pediatr. 2007; Apr;14(4):370-5.

25. MedLinePlus. Feeding Your Newborn. [acedido a 02 de Outubro de 2007]. Disponível na internet: http://www.kidshealth.org/parent/nutrition_fit/nutrition/feednewborn.html

26. Healthtouch. Bottle Feeding Your Baby. [acedido a 02 de Outubro de 2007]. Disponível na Internet: http://www.healthtouch.com/bin/EContent_HT/cnoteShowLfts.asp?fname=00345&title=BOTTLE+FEEDING+YOUR+BABY+&cid=HTHLTH

27. Drugs.com. Bottle Feeding Your Baby. [acedido a 02 de Outubro de 2007]. Disponível na Internet: http://www.drugs.com/cg/bottle-feeding-your-baby.html

Suporte ao aconselhamento em situações relacionadas com Leites e Fórmulas Infantis: **Folheto Leites e Fórmulas Infantis** – Ajuda para Crescer disponível nas Farmácias aderentes ao Serviço Informação Saúde desde Janeiro de 2008

Infecção na Criança

Tratar na dose certa

Lígia Reis, farmacêutica do CEDIME, cedime@anf.pt

O uso correcto dos antibióticos, em particular quando há crianças envolvidas, é uma importante área de intervenção da farmácia. Importa por isso estar preparado para responder da melhor forma promovendo o uso racional desta "arma" terapêutica.

Infecção dos 0 aos 18

As crianças são mais vulneráveis à infecção do que os adultos, o seu sistema imunitário é imaturo e não têm a mesma capacidade de resposta (baixos níveis de imunoglobulinas).

Grupos etários em Pediatria	
Recém-nascido	0 (nascimento) – 1 mês
Primeira infância	1 aos 23 meses
Pré-escolar	2 aos 5 anos
Criança	6 aos 12 anos
Adolescente	13 aos 18 anos

Acresce que a criança está muito exposta a diversos agentes de infecção. Frequentemente, estes agentes são vírus, responsáveis por grande parte das infecções respiratórias e gastrintestinais.

A criança não é um adulto em ponto pequeno

Tratar uma criança é diferente de tratar um adulto, pois, entre outros aspectos, o peso corporal não é o

Quando as crianças adoecem, a farmácia, pelo conforto da acessibilidade e pela proximidade do relacionamento que estabelece com os utentes, é um dos primeiros locais ao qual os pais recorrem em busca do melhor conselho e ajuda.

mesmo. As doses e intervalos de administração também diferem porque a absorção, distribuição, metabolização e eliminação são diferentes de acordo com a idade da criança.
Compreender estas diferenças é importante, pois contribui para a utilização mais segura de medicamentos, como os antibióticos.

Na criança, as principais alterações farmacocinéticas devem-se a:

Absorção

a) Via oral:

- Os bebés apresentam menor secreção ácida, pelo que o pH gástrico é mais neutro (pH6-8) e só por volta dos 2 anos de idade é que atinge valores idênticos aos do adulto, com influência na biodisponibilidade de fármacos, principalmente ácidos ou bases fracas.
- O tempo de esvaziamento gástrico é reduzido e variável nos recém-nascidos e bebés, apenas normalizando pelos 6-8 meses, o que influencia a absorção dos medicamentos.
- De igual modo, a motilidade intestinal é irregular e está diminuída nos recém-nascidos, o que prolonga o trânsito intestinal e faz com que demore até se atingir concentrações terapêuticas.
- A função biliar está reduzida e, em consequência, a quantidade de bílis produzida é baixa durante os primeiros meses de vida.

b) Via intramuscular:

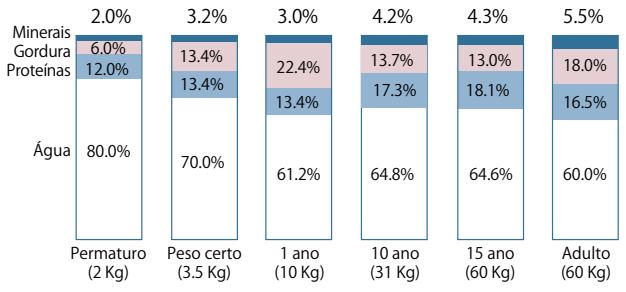
- A absorção pode ser lenta e variável pois o fluxo sanguíneo muscular é baixo, em especial no recém-nascido, bem como a quantidade de massa muscular.

Todos estes factores têm impacto na absorção oral dos medicamentos nas crianças, fazendo com que esta seja realmente diferente dos adultos.

Distribuição

O volume de distribuição na criança varia com a idade. Tal deve-se, principalmente, à composição corporal no que respeita a percentagem de água, gordura e proteínas plasmáticas (fig. 1)
As concentrações de albumina e proteínas totais são mais baixas nos recém-nascidos atingindo os valores normais por volta dos 10-12 meses. Em consequência, pode verificar-se um aumento

Fig.1 - Composição corporal em função da idade da criança



Adaptado de Puig M: Body composition and growth. In Nutrition in Pediatrics, ed. 2, edited by WA Walker and JB Watkins. Hamilton, Ontario, BC Decker, 1996.

da fracção livre de fármaco no local de acção, com maior probabilidade de ocorrência de reacções adversas.

Metabolismo

A imaturidade enzimática condiciona este processo, sendo lenta e reduzida nos recém-nascidos e bebés, principalmente durante o primeiro ano de vida.

Em particular a actividade do citocromo P450, responsável pela inactivação de muitos fármacos, a qual apenas estabiliza no final da puberdade.

Eliminação

O fluxo sanguíneo renal, a filtração glomerular e a secreção tubular estão alterados durante o primeiro e segundo ano de vida da criança, pelo que a eliminação dos fármacos, também influenciada pelas suas características físico-químicas, está modificada.

Antibióticos: tratar na dose certa

Infecções respiratórias

As infecções respiratórias são uma causa frequente de consulta médica e representam 50% das doenças nas crianças com menos de 5 anos e 30% nas crianças entre os 5 e os 12 anos.

Nas tabelas relativas às infecções respiratórias 1 e 2, encontram-se sistematizadas as principais infecções respiratórias características nas crianças e respectiva abordagem terapêutica.

Tabela Infecções Respiratórias 1 - Tracto respiratório inferior

Tracto Respiratório Inferior	Características/ Sintomas	Antibiótico, Dose, Duração do Tratamento
Bronquite	Sintomas semelhantes a outras infecções víricas comuns: corrimento nasal, cansaço, calafrios, dores nas costas e nos músculos, febre ligeira e inflamação da garganta A presença de tosse assinala, geralmente, o início da bronquite A expectoração pode ser menos intensa no início e de cor branca ou amarelada, mas aumentar e mudar de cor (esverdeada) com a evolução da doença, persistindo durante semanas	**1ª linha** Amoxicilina: 70-90 mg/Kg/dia de 8/8 h, durante 7 dias **2ª linha** Amoxicilina + ácido clavulânico Cefuroxima Cefixima
Bronquiolite	Frequente entre Novembro e Abril São mais afectadas as crianças que não foram amamentadas, que estão em creches e filhos de pais fumadores Transmite-se por contacto directo com as secreções Sintomas: respiração rápida, dispneia e pieira	Não recomendados
Pneumonia	a) Pneumonia bacteriana Típica até aos 3-4 anos, início súbito Sintomas: febre superior a 39º C, o estado geral da criança é afectado Agentes mais frequentes: *S. pneumoniae, S. aureus, H. influenzae*	**1ª linha** Amoxicilina: 80-100 mg/Kg/dia de 8/8 h, durante 10 dias **2ª linha** Amoxicilina + ácido clavulânico: 50 mg Kg/dia de 8/8h, durante 10 dias **3ª linha** Cefuroxima: 30 mg/kg/dia de 12/12 h, durante 10 dias
	b) Pneumonia bacteriana atípica: Qualquer idade acima dos 5 anos Início insidioso Sintomas: febre superior a 39ºC, o estado geral da criança mantém-se normal Agente mais frequente: Mycoplasma	**1ª linha** Claritromicina: 15 mg/Kg/dia de 12/12 h, durante 14 dias Azitromicina: 10 mg/Kg/dia, toma diária, durante 5 dias Eritromicina: 40 mg/Kg/dia, 6/6 h, durante 14 dias

Tabela Infecções Respiratórias 2 - Tracto respiratório superior

Tracto Respiratório Superior	Características/ Sintomas	Antibiótico, Dose, Duração do Tratamento
Rinofaringite	Picos de incidência em Setembro, Janeiro e Abril Mais frequente em crianças com 2 anos que frequentam creches e infantários (5 a 8 casos/ano) Etiologia vírica Duração variável (1 a 15 dias) Sintomas: espirros, obstrução nasal e rinorreia A complicação mais comum é a otite	A antibioterapia é adoptada nas complicações por *S. pneumoniae, H. influenzae, M. catarrhalis*
Amigdalofaringite	Frequente nos meses frios Sintomas: febre e dor de garganta Transmite-se pelas secreções nasais e objectos contaminados	Streptococcus β-hemolítico grupo A Penicilina benzatínica < 17 Kg 600.000 UI/dose única IM > 17 Kg 1.200.000 UI/dose única IM Amoxicilina 50 mg/Kg/dia de 8/8 h, durante 10 dias Em caso de hipersensibilidade: Cefradina, Eritromicina, Claritromicina, Azitromicina
Adenoidite	Díficil de distinguir de uma constipação, pois é frequente os adenóides também infectarem Quando persiste por mais de 10 dias e apresenta sinais de infecção bacteriana (corrimento de cor esverdeada) justifica o uso de antibiótico	Amoxicilina 80 mg/Kg/dia, 2 a 3 tomas diárias, durante 10 dias Claritromicina 15 mg/Kg/dia de 12/12 h, durante 10 dias
Sinusite	Pode desenvolver-se depois de uma infecção vírica, como a constipação comum Sintomas: corrimento e congestão nasal, dor e inflamação nos seios afectados, (face ou testa), febre, tosse	O recurso a antibióticos ocorre quando a sinusite é provocada por *S. pneumoniae, H. influenzae, M. catarrhalis, S. β-hemolítico* grupo A **1ª linha** Amoxicilina + ácido clavulânico: 50 mg/Kg/dia de 8/8h, durante 14 a 21 dias **2ª linha** Cefaclor: 40 mg/Kg/dia de 8/8 h, durante 14 a 21 dias Cefuroxima: 30 mg/kg/dia, 12/12 h, durante 14 a 21 dias Em caso de hipersensibilidade Azitromicina: 10 mg/Kg/dia de 24/24 h, 5 dias
Otite Média Aguda (OMA)	Sintomas: febre e otalgia, acompanhadas por obstrução nasal, rinorreia e diminuição da audição 70% das otites resolvem-se espontaneamente em 5 dias	O recurso a antibióticos ocorre quando a sinusite é provocada por *S. pneumoniae, H. influenzae, M. catarrhalis* **1ª linha** Amoxicilina: 70-90 mg/Kg/dia de 8/8 h, durante 7 dias **2ª linha** Amoxicilina + ácido clavulânico, Cefuroxima, Claritromicina, Azitromicina

Infecções gastrintestinais

Apenas cerca de 20% das infecções são de causa bacteriana. A maioria das situações é autolimitada, pelo que as medidas de suporte (rehidratação e dieta) são essenciais.

Infecções Gastrintestinais

Infecção	Características/ Sintomas	Antibiótico, Dose, Duração do Tratamento
Gastroenterite Aguda	*Salmonella* Infecta o intestino delgado e por vezes o cólon Transmissão através de alimentos contaminados Sintomas: febre alta, náuseas, vómitos, dor abdominal e cefaleia As fezes apresentam-se com cheiro fétido, volumosas, com muco e por vezes sangue Duração média: 4-5 dias	Ampicilina: 50-100mg/Kg/dia, 6/6 h Trimetropim + sulfametoxazol: 1 mg/Kg/dia, 24/24 h Ceftriaxona: 50-100 mg/Kg/dia, (IM), dose única Duração do tratamento: 7 a10 dias
	Shigella Grave se for em criança com idade inferior a 2 anos Infecta o cólon A transmissão é oral-fecal Sintomas: fezes com sangue, dor abdominal tipo cólica intensa, febre alta	Ampicilina Ceftriaxona

Infecções urinárias

Situação relativamente frequente na criança do sexo masculino, em geral associada a malformação do aparelho urinário. O principal agente bacteriano envolvido é a *E. coli.*

Infecções Urinárias

Infecção	Características/ Sintomas	Antibiótico, Dose, Duração do Tratamento
Cistite	Infecção urinária baixa Sintomas: micção difícil ou dolorosa, frequente e em pequenas quantidades, e sem febre	Cefradina: 100 mg/Kg/dia de 8/8 h, durante 7 dias Amoxicilina + ácido clavulânico:50 mg/Kg/dia, de 8/8h, durante 7 dias Cefuroxima: 40 mg/kg/dia de 12/12 h, durante 7 dias Cefaclor: 40 mg/Kg/dia de 12/12 h, durante 7 dias
Pielonefrite aguda	Infecção urinária alta Sintomas: febre, alteração do estado geral e queixas urinárias	Cefuroxima: 40 mg/kg/dia de 12/12 h, durante 10 dias Amoxicilina + ácido clavulânico: 50 mg/Kg/dia de 8/8h, durante 10 dias Cefixima: 8 mg/Kg/dia de 24/24 h, durante 10 dias

Evitar quinolonas em crianças com menos de 18 anos

Infecções Oculares

A conjuntura reveste o olho e a parte interna das pálpebras, estando exposta a vírus, bactérias, vento e poluição. As conjuntivites víricas não necessitam de tratamento específico, desaparecendo ao fim de uma semana.

Infecções Oculares

Infecção	Características/ Sintomas	Antibiótico, Dose
Conjuntivite bacteriana	Sintomas: olho vermelho (hiperémia), conjuntiva inflamada, exsudado mucopurulento, pálpebras coladas ao acordar, ausência de dor ou corpo estranho. Agentes bacterianos mais frequentes: *H. influenzae, S. pneumoniae, Staphylococcus, Neisseria*	Aplicação tópica (colírios e pomada) ao deitar: Ácido fusídico de 12/12 h Cloranfenicol de 2/2 h ou 4/4 h Polimixina de 2/2 h ou 4/4 h

Infecções do Sistema Nervoso

A principal infecção neste sistema é a meningite, que frequentemente tem origem vírica e por essa razão apenas requer tratamento sintomático.

Infecções do Sistema Nervoso

Infecção	Características/ Sintomas	Antibiótico, Dose, Duração do Tratamento
Meningite	Infecção das meninges provocada por bactérias: *Neisseria meningitidis, H. influenza, S. pneumoniae* Sintomas: surge com febre, vómitos e cefaleias que pode ser acompanhado de fotofobia, irritabilidade, dor cervical, prostração e por vezes convulsões. Na criança até ao ano de idade há abaulamento da fontanela.	Ceftriaxona: 100 mg/Kg/dia de 24/24 h, durante 10 dias Cefotaxima: 200 mg/Kg/dia de 6/6 h, durante 10 dias

A razão da Não-Dispensa

O uso frequente e inadequado de antibióticos tem como consequência a resistência bacteriana. Ou seja, as bactérias, através de diferentes mecanismos, deixam de ser sensíveis aos antibióticos habituais. Tratar uma infecção pode por isso requerer doses mais altas, outros antibióticos, ou deixar de ser possível tratar porque não há antibiótico disponível.

Assim a intervenção da farmácia é determinante na promoção do uso racional do antibiótico. Em cada dispensa é importante explicar:

1. O antibiótico só trata infecções bacterianas - um vírus é um microorganismo diferente de uma bactéria. Apesar de as infecções víricas serem mais frequentes na criança, são em geral autolimitadas. Só em caso de complicação com infecção secundária se justifica o recurso a antibióticos.
2. Cumprir o regime posológico - a hora e a dose a administrar devem ser rigorosos até ao fim do tratamento. Tratamentos incompletos contribuem para a resistência bacteriana.
3. Preparar e conservar o antibiótico em casa nas condições recomendadas.
4. Os pais não devem interromper a administração do antibiótico à criança mesmo que os sintomas desapareçam, a ausência dos sintomas não significa a erradicação da bactéria. Não devem também guardar restos de medicamentos para quando a criança tiver outra infecção, uma nova infecção pode ser causada por outro agente que não é sensível ao mesmo antibiótico.

Porque os antibióticos são fundamentais, o aconselhamento e a dispensa com informação devem constituir uma prática no dia a dia da equipa da farmácia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Dias, P. E Valente, P. (1990). Antibióticos em Pediatria. Wyeth – Instituto Pasteur. Lisboa
Escola de Pós-Graduação em Saúde e Gestão. (2007). Antibioterapia em pediatria. Acção de formação. ANF. Lisboa
INFARMED. (2007). Prontuário Terapêutico. 7a edição. INFARMED. Lisboa
Palminha, J. et al. (2001). Terapêutica pediátrica em ambulatório. Lidel. Lisboa
Prodigy. (2006). Management of infection guidance for primary care for consultation and local adaptation. BNF.
Radde, I. e Macleod, S. (1993) Pediatric Pharmacology and Therapeutics. 2nd ed. Mosby. USA.

Suporte ao aconselhamento em situações relacionadas com utilização de antibióticos em crianças: **Folheto para o doente** disponível nas farmácias aderentes ao **Serviço Informação Saúde** desde Janeiro 2008.

Incontinência Urinária

A incontinência urinária é definida como uma perda involuntária de urina, podendo manifestar-se em qualquer idade. Esta falta de controlo na emissão de urina é um problema incapacitante, com consequências pessoais, sociais e de higiene, para os doentes e para os que os rodeiam.

Francisco Rolo, urologista. Presidente da Associação Portuguesa de Urologia.
Anabela Madeira, farmacêutica. Departamento de Cuidados Farmacêuticos da ANF.

Para além do desconforto e dos aspectos negativos físicos e psicológicos, a incontinência está na origem de outros problemas de saúde como a infecção e as escaras.

Este problema afecta 12% da população, mas as mulheres são as mais atingidas pela incontinência, cerca de 85%.

Com o avançar da idade existe uma deterioração natural do corpo que pode levar à incontinência urinária. As suas causas podem ser múltiplas, urológicas, ginecológicas, neurológicas, psicológicas, hormonais, ambientais ou iatrogénicas.

As doenças como a diabetes *mellitus*, hérnias discais, doença de Parkinson, acidentes vasculares cerebrais ou doença de Alzheimer podem contribuir para a incontinência por alterações neurológicas. Também as cirurgias da próstata podem estar na origem da incontinência urinária nos homens.

Tratamento

A incontinência é ainda hoje um tema tabu pelo embaraço que causa aos doentes e que os leva adiar falar do assunto. Muitas vezes o doente não procura ajuda porque considera, erradamente, que a incontinência urinária não pode ser controlada ou tratada. Adiar a resolução do problema acaba por ter consequências devastadoras na qualidade de vida destes doentes. Mas, efectivamente, a doença pode ser tratada qualquer que seja a sua origem, melhorando a qualidade de vida do doente, reduzindo a dependência familiar e evitando o internamento precoce em lares de terceira idade.

Por vezes, o tratamento passa apenas pela adopção de medidas simples, tais como:

- Adequar a ingestão de líquidos às actividades diárias ou reduzir o peso, podem diminuir o volume e a frequência das perdas.
- Urinar com intervalos regulares (cada duas ou três horas) para manter a bexiga vazia.
- Evitar substâncias irritantes da bexiga, como as bebidas que contêm

De uma forma simples e prática a incontinência pode ser classificada em:

Tipo	Causas possíveis
Incontinência urinária de esforço - a perda de urina surge ao rir, tossir, espirrar ou levantar pesos. É mais frequente nas mulheres.	Alterações produzidas na uretra em resultado de um parto ou de uma cirurgia pélvica. Após a menopausa a incontinência por esforço resulta da diminuição de estrogéneos, que contribui para debilitar a uretra reduzindo, deste modo, a resistência da urina a fluir através deste canal. Nos homens, a incontinência por esforço pode aparecer na sequência de cirurgia da próstata.
Bexiga hiperactiva ou incontinência urinária de urgência - desejo urgente e incontrolável de urinar, seguido de uma perda de urina. Resulta de contracções involuntárias do músculo da parede da bexiga (detrusor). É mais frequente nas mulheres.	Na maioria das situações a sua origem é desconhecida, no entanto pode ser causada por : infecções urinárias, tumores de bexiga, pedras da bexiga. Certas perturbações neurológicas, como a apoplexia e a demência, que interferem com a capacidade do cérebro para travar a bexiga, podem ser causa de incontinência.
Incontinência urinária mista – associação da incontinência de esforço e de bexiga hiperactiva.	
Incontinência total – perda continua de urina, que surge quando o esfíncter urinário não se fecha adequadamente.	Algumas crianças têm este tipo de incontinência porque a uretra não se fechou como um tubo, é um defeito de nascença . Nas mulheres, a causa é, em geral, uma lesão no colo da bexiga e na uretra , causada durante o parto. Nos homens, a causa mais frequente é uma lesão no colo da bexiga e na uretra devido a cirurgia da próstata .
Incontinência urinária por regurgitação – perda constante de pequenas quantidades de urina estando a bexiga cheia, surge associada a micções fracas e de pequeno volume.	Nos homens surge associada a obstrução urinária grave, causada pelo aumento benigno ou maligno da próstata . Pode ainda surgir, nos homens e nas mulheres, após grandes cirurgias do recto ou do útero ou associada a doença neurológica.
Enurese nocturna - perda involuntária e inconsciente de urina durante o sono. Atinge principalmente as crianças até aos 5 anos.	

cafeína, bebidas gaseificadas, álcool, picantes e condimentos.

- Beber seis a oito copos de água por dia, para impedir que a urina se concentre em demasia (isso poderá irritar a bexiga).
- Evitar a obstipação

Estas medidas devem ser aplicadas em qualquer tipo de incontinência.

A selecção do tratamento depende do tipo de incontinência urinária e pode incluir:

Terapêutica farmacológica

•Para a bexiga hiperactiva. é a 1ª opção no tratamento, sendo utilizados fármacos anticolinérgicos, que actuam no músculo da bexiga e esfíncteres ou em ambos. Por vezes, também, são utilizados antidepressivos tricíclicos ou relaxantes musculares.

- Na incontinência de esforço a terapêutica tem uma eficácia limitada, recorrendo-se na maioria dos casos à cirurgia.
- Na mulher após menopausa e com défice de estrogenização o tratamento hormonal é frequente.
- Na incontinência por regurgitação provocada por uma próstata dilatada ou outra obstrução, a terapêutica tem uma eficácia limitada, recorrendo-se à cirurgia.

Técnicas de reabilitação

Exercícios de estimulação do pavimento pélvico e "educação da bexiga, estimulação eléctrica e biofeedback, são úteis na incontinência de urgência e na de esforço.

Cirurgia

É a alternativa para a incontinência total e está indicada nos outros tipos de incontinência quando todas as outras medidas falharam e a qualidade de vida do doente está comprometida.

"A ANF associou-se à iniciativa da Associação Portuguesa de Urologia e a Associação Portuguesa de Neurologia e Uroginecologia na comemoração do Dia da Incontinência, distribuindo às farmácias associadas folhetos para a sensibilização da população para o problema."

Novos protocolos de vacinas

A vacinação é uma ferramenta essencial nos cuidados de saúde dos animais domésticos. Para prevenir doenças com um elevado grau de mortalidade e de contágio, algumas das quais transmissíveis ao homem.

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.

Ser dono de um animal doméstico, seja de um cão, de um gato ou de um animal exótico, implica a prestação de um conjunto de cuidados básicos, da alimentação à higiene, passando pela saúde.

E neste domínio assume particular relevo a vacinação. Tal como no homem, o objectivo é o de prevenir, evitando ou reduzindo o impacto, doenças causadas por agentes patogénicos com elevado grau de contagiosidade.

Tradicionalmente, a vacinação dos cães constituía como que um ritual anual. Todavia, estudos recentes vieram comprovar que a imunidade dos componentes profilácticos é superior a um ano, o que significa que as vacinas protegem por maiores períodos de tempo. Esta conclusão é confirmada por um maior conhecimento do sistema imunitário dos cães, tendo sido identificado que o excesso de vacinação pode ser prejudicial.

A tendência actual é, então, para adaptar a vacinação ao animal e ao seu ambiente, tendo os protocolos médico-veterinários sido adequados nesse sentido. O que se mantém é o conjunto básico de doenças contra as quais os cães devem ser protegidos, a saber:

Vacinar é preciso!

- **Esgana** - Trata-se de uma doença vírica que se contrai mediante contacto directo com outro animal infectado ou ainda através da tosse e do espirro, já que o vírus se consegue espalhar a curtas distâncias. Diarreia, vómitos, descargas purulentas dos olhos e nariz são alguns dos sinais cínicos desta infecção com uma elevada taxa de mortalidade entre os cachorros.
- **Parvovirose** - É também de origem vírica. Causada pela exposição do cão a fezes contaminadas, começa por manifestar-se através de febre, sonolência, falta de apetite, vómitos, tosse e conjuntivite, após o que evolui para inflamação da laringe, onde o vírus se replica atingindo depois o sistema digestivo. Na sua forma miocárdia, provoca a morte súbita do animal sem sinais clínicos prévios.
- **Hepatite infecciosa canina** - Trata-se de uma infecção viral caracterizada por febre, anorexia, aumento da sede, congestão e hemorragia das mucosas, sensibilidade abdominal, relutância a movimentar-se, conjuntivite e fotofobia.
- **Leptospirose** - Provocada por uma bactéria, é uma das zoonoses mais frequentes, ou seja pode ser transmissível ao Homem, sendo observada principalmente nos meses mais chuvosos, em áreas alagadas e/ou deficientes em saneamento. No cão, resulta em doença renal e/ou hepática aguda, podendo levar a uma septicemia. No homem, o contágio acontece através da água contaminada com urina de animais doentes ou através de mordedura, manipulação de tecidos contaminados e ingestão de alimentos ou água contaminados.
- **Traqueobronquite infecciosa** - Doença altamente transmissível, surge com mais frequência durante o Inverno.

  Tanto pode ser causada por vírus, como o *parainfluenza*, por bactérias, como a *bordetella*, ou por fungos. É conhecida como tosse do canil dado ser comum onde há concentração de cães e por afectar o sistema respiratório superior dos animais produzindo crises de tosse, como se tivesse algo preso na garganta. Febre, falta de apetite são outros sintomas, com os animais a apresentarem um quadro semelhante ao da gripe humana.
- **Raiva** - Infecção de evolução aguda, é causada por um vírus que ataca o sistema nervoso dos animais, manifestando-se através de transtornos do comportamento, aumento da excitabilidade e sintomas paralíticos.

  Transmite-se por via de uma mordedura, pois é sobretudo a saliva do animal doente que contém o vírus. Também pode afectar o homem e, apesar de considerada erradicada em Portugal, a vacinação é obrigatória.
- **Doença de Lyme** - Causada por uma bactéria, transmite-se através da picada da carraça e desencadeia sintomas a nível das articulações (artrite). Os cães ficam apáticos e fracos, perdem o apetite e podem apresentar febre, sendo que nos casos mais graves podem ser afectados o coração, os rins e o sistema nervoso. É mais comum nas épocas quentes.
- **Babesiose** - Tem origem num tipo específico de carraça, um parasita

Tão importante como a vacinação é a desparasitação, de modo a prevenir que os parasitas dos animais se transmitam ao homem.

que se aloja e se multiplica nas células sanguíneas do cão. As células infectadas rompem-se e o agente patogénico espalha-se, sendo a anemia o sintoma que conduz ao diagnóstico.

Febre, diarreia, icterícia e insuficiência renal também podem ocorrer.

Muitas destas doenças seriam fatais sem a vacinação, pois são as vacinas que estimulam o sistema imunitário dos animais, levando-os a produzir anticorpos que actuam numa situação de contacto com o agente infeccioso.

Mas para manter esta protecção é importante que o esquema de vacinação delineado com o médico veterinário seja cumprido, nomeadamente no que toca à administração das doses de reforço.

É também conveniente a realização periódica de análises serológicas para assegurar que o animal está, de facto, protegido.

Afinal, vacinar o animal doméstico não é apenas protegê-lo - é estender essa protecção a todos que com ele convivem.

O esquema de vacinação deve ser proposto pelo médico veterinário após análise da situação específica do animal.

- 6/8 semanas - vacina contra a esgana e a parvovirose;
- Mais de 8 semanas - vacina contra a esgana, parvovirose, hepatite infecciosa canina, leptospirose e parainfluenza;
- 12 semanas - 2ª dose contra a esgana, parvovirose, hepatite infecciosa canina, leptospirose e parainfluenza;
- 15 semanas - 3ª dose contra a esgana, parvovirose, hepatite infecciosa canina, leptospirose e parainfluenza e vacina contra a *bordetella* e *parainfluenza* do tipo 2 (tosse do canil) em cães com risco de contrair esta doença;
- 18 semanas - vacina anti-rábica;
- 22 semanas - vacina contra a Babesiose;
- 25 semanas - reforço da vacina contra a Babesiose;
- Todas estas vacinas necessitam de um reforço anual, no primeiro ano e depois de 3-3 anos.

A vacina contra a leptospirose, os reforços devem ocorrer a cada seis meses, caso o animal esteja em risco - *habitat* em quintas ou jardins.

- As vacinas contra a Babesiose e Raiva devem de ter reforço anual.
- Os animais devem de ser submetidos a um **controlo serológico anual**, de forma a garantir que realmente estão protegidos.

Parasitas ao longe!

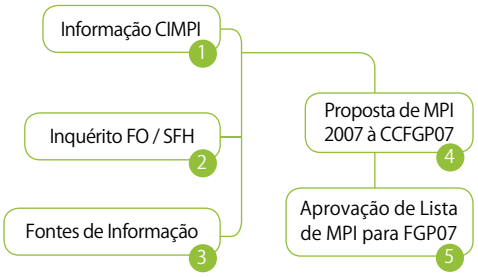
Tão importante como a vacinação é a desparasitação, de modo a prevenir que os parasitas dos animais se transmitam ao homem e a evitar infestações do meio ambiente.

Este é um procedimento que deve começar aos 15 dias de vida, devendo ser efectuado quinzenalmente até ao início do esquema vacinal. Daí em diante, a desparasitação deve ocorrer em simultâneo com a vacinação, de três em três semanas até aos quatro meses.

Depois, deve ser realizada a cada quatro meses e duas vezes por ano a sua eficácia deve ser controlada, mediante um exame fecal que garantirá que o animal está mesmo livre de parasitas.

No caso específico das cadelas, devem também ser desparasitadas uma semana antes da gravidez, uma vez depois, uma antes do parto e outra após o parto.

Formulário Galénico Português 2007



Em 2006, o Centro de Desenvolvimento e Validação de Medicamentos de Preparação Individualizada (CDVMPI) do LEF, dando continuidade ao projecto iniciado em 2001 pelo Centro Tecnológico do Medicamento, da Associação Nacional das Farmácias, assumiu a responsabilidade de editar periodicamente, monografias de interesse terapêutico, proporcionando ao farmacêutico preparador documentação técnica criteriosamente seleccionada e validada. A selecção dos medicamentos de preparação individualizada (MPI) a incluir no FGP2007 (Formulário Galénico Português 2007) obedeceu a um exaustivo processo de auscultação e triagem que sumariamente se esquematiza no fluxograma e se explana nos pontos 1 a 5.

1) Análise de todas as questões colocadas ao Centro de Informação de Medicamentos de Preparação Individualizada (CIMPI) do LEF, durante o período de operacionalidade deste (2005-2006), classificadas sob a temática "Preparação de Medicamento Manipulado". As questões foram agrupadas por itens, como a substância activa/forma farmacêutica/utilização terapêutica/especialidade médica/ tipo de veículo/frequência de solicitação/dificuldades na preparação.
2) Auscultação dos Farmacêuticos de Oficina (FO) e dos Serviços Farmacêuticos Hospitalares (SFH) através de inquérito dirigido a 50% das farmácias e a 100% dos hospitais.
3) Avaliação dos conteúdos de formulários galénicos e revistas da especialidade, de edição recente.
4) Após tratamento dos dados obtidos foram definidos critérios de prioridade condicionados pela necessidade dos MPIs, possibilidade de obtenção das matérias-primas correspondentes às substâncias activas, e rentabilização de fluxos de trabalho. O CDVMPI optou pelo estudo e validação de MPI dedicados à pediatria em formas orais líquidas (soluções e suspensões). Foram avaliadas todas as formulações orais líquidas recolhidas, relativamente à composição qualitativa e quantitativa, sendo preocupação a selecção de um número reduzido de veículos a fim de restringir a uma

Paula Tavares,
farmacêutica do LEF

gama diminuta as matérias-primas a existir em armazém da farmácia. De acordo com características físico-químicas das substâncias activas e as dosagens pretendidas, foram definidos os medicamentos manipulados a preparar agrupando os mesmos em Soluções ou Suspensões com sacarose ou isentas de açúcar. Os veículos propostos são os já existentes no FGP 2001-2005, B.7. – Xarope Simples, BP2000 (FGP B.7.), B.9. – Veículo para a Preparação de Suspensões Orais, isento de açúcar (FGP B.9.), B.12. – Veículo para a Preparação de Soluções e Suspensões Orais (FGP B.12.), B.13. – Veículo para a Preparação de Soluções Orais, isento de açúcar (FGP B.13.).

5) Avaliação e aprovação, pela Comissão Consultiva do Formulário Galénico (CCFGP) de lista proposta pelo CDVMPI 2007.

Foi constituída uma CCFGP composta por 17 farmácias de oficina de diferentes regiões do país, 13 serviços farmacêuticos hospitalares e o departamento de Medicamentos Manipulados do LEF, à qual coube a avaliação da proposta de medicamentos manipulados a incluir no FGP2007 mediante o reconhecimento da necessidade da padronização dos respectivos medicamentos.

A.III – Med. Anti-infecciosos / A.V – Hormonas trat. das Doenças Endócrinas
A.VI – Sistema Nervoso Central / A.VII – Ap. Cardiovascular / A.VIII – Ap. Digestivo
A.XI – Ap. Locomotor / A.XIII – Nutrição / A.XIV – Sangue

Os novos MPIs distribuem-se por 8 grupos terapêuticos e acrescem a este compêndio 40 substâncias activas veiculadas em líquidos açucarados e em líquido isento de açúcar, totalizando 98 novas monografias.

Índice remissivo - Substância Activa

As monografias são arquivadas em 2 pastas de argolas de modelo A4, distribuídas pelos respectivos grupos terapêuticos e, dentro destes, sequencialmente colocadas. A pasta correspondente ao Vol I – FGP2007, inclui 3 modelos de índice. O índice remissivo | Substância, cataloga todas as substâncias activas incluídas no FGP com indicação da referência da monografia e do ano de publicação.

Índice remissivo - FGP

O índice remissivo | FGP, organizado por assuntos, apresenta na parte A os MPIs, referência das monografias e ano de publicação, na parte B as "Preparações-Mãe", excipientes compostos e outras preparações, referência das monografias e ano de preparação e sob a designação de Outros assuntos indexa Prescrições Gerais, Enquadramento Legal de Medicamentos Manipulados, Recomendações Gerais e Informações, com indicação do capítulo e ano de publicação.

Índice - Formulações 2007

O índice | Formulações 2007, lista os MPIs desenvolvidos e validados em 2007, distribuídos por grupo terapêutico, com indicação da referência da monografia, ano e volume.

Monografia

A Monografia, impressa em papel de cor azul, ocupando duas páginas, apresenta num primeiro quadro informação identificativa do medicamento manipulado, nomeadamente o nome, a forma farmacêutica, a dosagem, classificação FHNM e ATC e uma breve indicação da utilização. Segue-se uma tabela onde se indica a composição qualitativa e quantitativa assim como a função de cada constituinte.

O modo de preparação é descrito em fluxograma, sendo a primeira coluna indicativa de matérias-primas e materiais, a 2 coluna refere as operações e a terceira coluna indica os ensaios de verificação a realizar. A descrição do medicamento, material de embalagem, prazo de utilização e condições de conservação são outras informações a que acrescem as especificações a cumprir em cada determinação.

Ficha de preparação

A Ficha de Preparação composta por 6 a 7 páginas, apresenta nas 3 primeiras um modelo semipreenchido destinado ao registo do MPI onde constam os pontos 1. Aviamento de materiais para o MPI; 2. Preparação do MPI; 3. Verificação do MPI; 4. Acondicionamento e rotulagem do MPI; 5. Dados de Identificação e 6. Anotações. As restantes páginas destinam-se ao registo de produtos intermédios a preparar para a elaboração do medicamento em causa, sempre que não se disponha dos mesmos pré-preparados ou sempre que se pretenda a sua preparação em quantidade que não exceda as necessidades do MPI em causa.

Cálculo do preço de venda

Para o Cálculo do Preço foi elaborado um documento de registo, semipreenchido composto por três quadros: quadro dos honorários; quadro das matérias-primas e quadro dos materiais de embalagem.

Caso a preparação seja efectuada para a quantidade total prevista na monografia e sendo utilizadas as quantidades indicadas em procedimento, a folha de registo já contempla os factores multiplicativos a usar, de acordo com a Portaria nº 769/2004. O utilizador deverá efectuar o preenchimento adaptando-o à situação real da preparação, estando disponível em rodapé uma tabela da correspondência entre factores e os submúltiplos do kg.

Modelo rótulo

Um outro anexo introduzido no FGP07 é o modelo de Rótulos semipreenchidos para rotulagem de MPI preparados e dispensados em FO ou em SFH.

O documento tipo é fotocopiado e a fotocópia é preenchida. Posteriormente esta cópia preenchida é fotocopiada, sendo arquivada no processo de preparação do manipulado. O preenchimento original é recortado, extraindo-se o rótulo que é colocado no frasco respectivo do MPI.

Folheto informativo

O Folheto Informativo, a fornecer ao doente no acto da dispensa informada do MPI segue uma organização de Pergunta Resposta onde se equacionam os seguintes assuntos: 1) O que é o MPI e para que é utilizado; 2) Antes de tomar o MPI; 3) Como tomar o MPI; 4) Efeitos secundários possíveis do MPI; 5) Como conservar o MPI e 6) Outras informações.

Os conteúdos destes documentos foram validados pela consultora do FGP, Professora Doutora Maria Augusta Soares. As 98 preparações que se incluem nesta edição 2007 do FGP foram preparadas em laboratório dedicado, segundo as boas práticas de medicamentos manipulados. Para cada tipo de forma farmacêutica foram realizados ensaios farmacotécnicos e fisico-químicos de caracterização da qualidade farmacêutica.

Os conservantes utilizados (parabenos) foram quantificados por cromatografia líquida de alta resolução aos tempos inicial e final. A dosagem de cada activo foi avaliada, por técnica de HPLC, aos tempos de ensaio inicial, intermédios e final. Ao tempo inicial e final foi igualmente efectuada a caracterização microbiológica dos MPIs estudados. Para alguns dos medicamentos manipulados ensaiados os tempos de avaliação da qualidade farmacêutica estenderam-se por um período de 2 meses.

Os dois volumes constituintes do FGP 2007 são disponibilizados às farmácias já devidamente organizados e prontos a utilizar. Além do modelo físico, esta edição é ainda disponibilizada em formato CD-ROM e online no site LEF (www.LEF.pt).

Estamos certos que os MPI agora disponibilizados serão de utilidade extrema em inúmeras situações da esfera pediátrica, sendo simultaneamente de fácil preparação e de exequibilidade na farmácia. Consciente que muito ainda há a fazer continuaremos a enriquecer o FGP nesta temática. Para o FGP08, planeamos a inclusão de mais MPI dermatológicos e iniciar a introdução de MPI para cuidados domiciliários e veterinária. Este projecto é extremamente gratificante dando a toda a equipa que empenhadamente o torna uma realidade, a satisfação de desempenhar uma actividade intrinsecamente farmacêutica – a preparação de medicamentos.

Consiste distingue projectos de 2006/07

O melhor das farmácias

O director de comunicação e imagem da Consiste, António Alcântara, não hesita em afirmar que os projectos da empresa continuam a ser reconhecidos como os melhores do mercado.

O balanço surge a propósito da entrega dos Prémios Consiste 2006/07, que distinguiram 18 farmácias de Norte a Sul do país, representantes dos melhores projectos em cada uma das áreas de intervenção da empresa.

O objectivo destes prémios, de periodicidade anual, é duplo: por um lado, pôr em relevo o trabalho desenvolvido pela Consiste e, por outro, destacar o contributo dos clientes para o resultado final.

É certo que os projectos têm a assinatura da empresa, mas, como salienta António Alcântara, não são apenas o resultado do saber-fazer técnico, colhendo também a experiência do proprietário da farmácia.

Esta relação com o cliente traduz-se num maior ou menor grau de autonomia, numa maior ou menor liberdade, o que se reflecte na maior ou menor funcionalidade e na maior ou menor ambição dos projectos.

Cada área tem, naturalmente, a sua especificidade. Daí as diferentes categorias destes prémios - Robótica, Sifarma 2000, Formação, Merchandising e Arquitectura.

Em cada uma delas foram identificados três projectos, com a excepção à regra a caber a Arquitectura, em que foram distinguidas seis farmácias.

É que estes são também os projectos mais significativos confiados à Consiste, não em termos de importância, mas por implicarem uma

portuguesas

solução global, integrando assim aspectos contemplados noutras categorias. Subjacente à atribuição dos prémios esteve outro critério para além da relevância do projecto: é que houve a preocupação de contemplar as diferentes regiões do país, fazendo coincidir a escolha das farmácias com a divisão empresarial adoptada pela Consiste.

É certo que é em Lisboa que se concentra o maior número de farmácias, mas essa predominância não se repercutiu na selecção dos melhores projectos. Aliás, António Alcântara, salienta que existem projectos muito bons por todo o país, inclusivamente no interior. É o que acontece, por exemplo, no Alentejo, que se destaca pela positiva no empreendedorismo. Esse foi, precisamente, o mérito de dois jovens farmacêuticos proprietários de farmácia, a quem foi entregue o Prémio Jeep (Jovem Empresário de Elevado Potencial). Nas palavras de António Alcântara, ambos - João Filipe de Sá (Farmácia da Ponte, Mirandela) e Maria Alexandra Pereira (Farmácia Vitex, Lisboa) - destacaram-se por protagonizarem projectos de relevo no sector.

Todos os prémios visaram projectos concretizados entre 2006 e 2007.

A próxima edição distinguirá o que de melhor se fizer desde finais de 2007 e ao longo deste ano.

Será a próxima montra da Consiste, empresa do universo ANF fundada em 1984 e que se dedica ao desenvolvimento e implementação de "soluções globais", que abrangem as áreas Financeira, da Distribuição, Produção, Manutenção, Qualidade e Recursos Humanos.

Com enfoque inicial na Farmácia, oferece actualmente serviços a sectores tão diversificados como a Indústria Farmacêutica, Química, Alimentação e Bebidas, Electrónica, Comunicações, Automóvel, Têxtil e Metalomecânica. Os seus projectos há muito extravasaram as fronteiras nacionais, estendendo-se a outros países da Europa, Ásia, América Latina e África.

Premiados

Os melhores projectos desenvolvidos pela Consiste em 2006/07 e, como tal, distinguidos são os seguintes:

- **Robótica**
  - Farmácia da Liga (Vila Nova de Gaia)
  - Farmácia Moura Carneiro (Seixal)
  - Farmácia Moderna (Vila Chã de Ourique)
- **Sifarma 2000**
  - Farmácia Amanajas Guedes (Porto)
  - Farmácia Carlos Pereira Lucas (Entronamento)
  - Farmácia Parreia (Lavradio)
- **Formação**
  - Farmácia Pais Moreira (Canedo, Vila da Feira)
  - Farmácia A. Guerra Pedroso (Vieira de Leiria)
  - Farmácia Campelos (Campelos)
- **Merchandising**
  - Farmácia Almeida (Viana do Castelo)
  - Farmácia Estádio (Coimbra)
  - Farmácia Borges da Cruz (Montijo)
- **Arquitectura**
  - Farmácia de Loureiro (Oliveira de Azeméis)
  - Farmácia S. Cosme (Covilhã)
  - Farmácia Sanches (Leiria)
  - Farmácia Costa (Vidigueira)
  - Farmácia Normal (Barreiro)
- **Prémio Jeep**
  - João Filipe Sá (Farmácia da Ponte, Mirandela)
  - Maria Alexandra Pereira (Farmácia Vitex, Lisboa).

Farmácia Quinta do Conde premiada pelo Ministério do Trabalho

O mérito da integração

Fotos gentilmente cedidas pela "Farmácia Distribuição"

O prémio é individual - atribuído à Farmácia Quinta do Conde por ter integrado três pessoas portadoras de deficiência. Mas António Santos, co-proprietário, torna-o colectivo, estendendo-o a todo o sector para, através do seu exemplo, promover a farmácia portuguesa.

Foi há quatro anos que a Farmácia Quinta do Conde deu os primeiros passos no caminho que haveria de conduzir à atribuição, pelo Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, do Diploma de Mérito de 1ª Categoria pelo contributo na integração de pessoas com deficiências.

Há quatro anos a farmácia estava instalada na Calçada da Tapada, em Lisboa. Os seus 20 m² tornavam-na a mais pequena farmácia da cidade. Uma limitação a que se juntava outra, o facto de Alcântara ser uma freguesia envelhecida. Tornava-se, pois, difícil expandir a farmácia, quer no espaço físico, quer nos serviços prestados. Os proprietários o casal Ana Paula Santos e António Santos, tomaram então a decisão de transferir a farmácia.

O concelho de Sesimbra acabou por ser a localização escolhida e a farmácia ganhou o nome da Quinta do Conde, uma área substancial do ponto de vista geográfico e em expansão demográfica. De Lisboa transitou a equipa - uma farmacêutica, que era e se mantém como directora técnica, e um ajudante. Mas, perante a nova realidade, cedo se verificou que os recursos humanos eram escassos, colocando-se a necessidade de reforçar os quadros. Tanto mais que a farmácia funcionava já em horário alargado, das 9 às 21 horas, e, a cada três semanas, cabia-lhe o serviço permanente - sete dias consecutivos, 24 horas cada.

Era uma sobrecarga incompatível com a equipa, o que desencadeou o processo de recrutamento. Todavia, apesar da boa acessibilidade, atrair quadros técnicos para a Quinta do Conde re-

velou-se uma tarefa difícil. E da dificuldade que nasceu a ideia de contratar pessoas portadoras de deficiência.

António Santos atribuiu o mérito à mulher. Foi ela que equacionou essa possibilidade e encetou os contactos com a Associação Portuguesa de Deficientes, (APD) no sentido de identificar colaboradores aptos para tarefas não técnicas, essas naturalmente reservadas a farmacêuticos e ajudantes.

A proposta surpreendeu pelo ineditismo. Não havia, nos anais da APD, antecedentes neste domínio, pois nunca antes uma farmácia havia enveredado por esta alternativa. Foram então identificadas duas pessoas, cujo perfil correspondia ao requerido pelos proprietários da Farmácia Quinta do Conde - a Carla e o Rui assumem desde então a responsabilidade da caixa.

Não foi um processo isento de obstáculos. Os primeiros tempos assistiram a algumas dificuldades no relacionamento com o público, mas, findo o estágio de seis meses acompanhado por técnicos da APD, a decisão de integração foi tomada. E a permanência na farmácia tem permitido ultrapassar as ineficiências iniciais, graças ao apoio da equipa e da população.

Foi a pouco e pouco que os utentes se aperceberam de que aqueles dois colaboradores da farmácia eram portadores de deficiência. E quando tomaram consciência da iniciativa solidarizaram-se com a causa que levava o casal Santos a dar uma oportunidade a pessoas habitualmente discriminadas pela sociedade. E passaram eles próprios a contribuir para limar as arestas.

Quando a terceira pessoa com deficiência foi integrada na farmácia o contexto já era, pois, mais favorável. A equipa foi-se recompondo, com a entrada de mais um farmacêutico e mais um ajudante, e gerou-se a necessidade de recrutar um colaborador para tarefas de bastidores. Esse é o papel da Cátia.

Solidariedade desinteressada mas recompensada

António Santos não acompanhou directamente os momentos iniciais. A profissão exercia-a, então, numa multinacional farmacêutica e era a mulher que assumia a gestão da farmácia. Hoje, no entanto, dedica-se a tempo inteiro ao projecto, orgulhoso do pioneirismo que valeu o diploma de mérito. Particularmente orgulhoso pela forma desinteressada como tudo começou. A integração das pessoas com deficiência era uma causa que, embora tenha permitido preencher vagas na farmácia, foi dominada pela solidariedade social.

Só mais tarde, já os três elementos integravam a equipa, teve conhecimento de que a farmácia podia aceder a benefícios fiscais por empregar pessoas portadoras de deficiência.

Os contactos mantidos com o Centro de Emprego do Seixal culminaram, em 2007, na candidatura ao prémio do Ministério do Trabalho. De entre 69 candidaturas a nível nacional, sobressaiu a Farmácia da Quinta do Conde.

António Santos admite que ficou surpreendido, pela distinção a uma empresa tão pequena como a sua. Pensava que, pelo país, se multiplicassem projectos de integração com mais impacto.

Destinado a homenagear as entidades empregadoras que se destacam na integração profissional de pessoas com deficiência, o prémio reconheceu, em 2007, o contributo social da farmácia. Mas, para António Santos, distinguiu também o esforço da equipa e o acolhimento da população.

E é sem hesitar que estende o mérito à profissão e ao sector, entendendo que demonstra que os farmacêuticos defendem o interesse público e que as farmácias, sendo empresas, perseguem objectivos de solidariedade social. "Este prémio é particularmente importante numa altura em que as farmácias são perseguidas pelo governo. É a prova de que, ao contrário do que diz o actual ministro da saúde, que nos acusa de visarmos apenas o lucro, nos preocupamos com as pessoas".

António Santos acredita que a Farmácia Quinta do Conde lançou sementes que estão a dar fruto e que abriu um caminho que pode vir a ser trilhado por muitas outras farmácias no país.

A indústria farmacêutica vista pel' "O Fiel Jardineiro"

Um lado obscuro

Foi em 2001 que John le Carré deu à estampa "The Constant Gardener", o livro que, quatro anos depois, o realizador brasileiro Fernando Meirelles transformaria num filme polémico - "O Fiel Jardineiro" abordava de uma forma directa os meandros dos jogos de influências entre a política e os negócios, numa África pobre subordinada aos interesses de uma diplomacia dominada pelo poder económico.

No centro da história está, inequivocamente, uma companhia farmacêutica. Dela é revelada (neste filme) uma face obscura, a do desrespeito pelos direitos humanos em nome da investigação científica e a troco de lucros prodigiosos. Nessa teia vêem-se envolvidos os personagens principais, Justin, um pacato burocrata inglês interpretado por Ralph Fiennes, e a mulher, a apaixonada e impulsiva Tessa, cuja pele é vestida pela actriz Rachel Weisz. Aparentemente diferentes, acabam por partilhar uma tarefa - a de arrancar ervas daninhas, ele dos seus canteiros, ela as que se infiltram por entre a fragilidade dos habitantes do miserável bairro de Kibera, na capital queniana.

Quando ela é assassinada, por saber demais, ele mergulha nas suas investigações e descobre um mundo tenebroso, o dos testes em cobaias humanos, não autorizados e não consentidos.

Uma vacina contra a tuberculose está a ser ministrada de uma forma fraudulenta a longas filas de quenianos esperançados mas enganados por uma empresa farmacêutica cujo símbolo são três favos hexagonais, cada um contendo uma abelha - "3 bees"(três abelhas). Pelo menos para uma das personagens, a esperança acaba, Wanza Kiluhu, interpretada por Jacqueline Maribe, morre e é a partir da sua morte que a trama se adensa.

É este também o ponto de partida para o interesse do Museu da

"O Fiel Jardineiro" expõe o lado mais obscuro de uma Ciência que avança à custa da fragilidade humana.
Três anos depois, o Museu da Farmácia exibe algumas das peças que ajudaram a construir a história, com um objectivo pedagógico.

Farmácia por esta história. João Neto, o director, reconhece que tanto o livro como o filme são duros para o sector do medicamento, lançando suspeitas sobre uma certa "indústria" farmacêutica.

O museu virado para a realidade

Aceita, naturalmente, que os medicamentos sejam testados em organismos vivos, mas lembra que as pessoas envolvidas nesses testes são voluntárias, remuneradas e conhecedoras dos riscos que correm. Riscos, aliás, há-os sempre, dado que qualquer medicamento envolve questões de segurança. Mas riscos como aqueles a que são denunciados em "O Fiel Jardineiro" não aconteceriam em países desenvolvidos, devido à existência de normas que regulam a prática deste tipo de experiências: "Os testes em seres humanos são inevitáveis, mas não podem ser realizados à custa da fragilidade humana". João Neto lamenta a hipocrisia que existe no mundo, que se diz global mas que,"em muitas ocasiões, continua a aproveitar-se de todos aqueles que não tem meios para se defenderem".
Daí a sua opção de mostrar alguma da memória cinematográfica desta obra de Le Carré/Meirelles: "Não se pode fechar os olhos ao que nos rodeia". Desde a primeira hora - recorda que o museu se propôs ser muito mais do que um repositório do passado, posicionando-se como um espaço dinâmico e interventivo em que a actualidade tem lugar na primeira fila.
Uma atitude que é partilhada pelos produtores de cinema que, desde há alguns anos, têm vindo a fomentar a ligação com o público, vendendo adereços e acessórios utilizados na construção de enredos. O museu tem estado em contacto com essas empresas, tendo, neste caso específico, identificado de imediato algumas peças de interesse. Assim acontece com um conjunto de cartazes que, no filme, são empunhados por uma organização anti-globalização que protesta contra a utilização de cobaias humanas em experiências cientificas . Assim acontece também com o relatório médico de Wanza Kiluhu. E ainda com uma caixa de medicamentos marcada com o símbolo das três abelhas.
São peças que, na óptica de João Neto, cumprirão o propósito de alertar para o lado mais obscuro de uma ciência que, por vezes, avança à custa da fragilidade humana. Naturalmente, sem generalizar, mas também sem ignorar.

A formação profissional

À luz do código do trabalho e da respectiva regulamentação

Filipe Azóia,
Advogado da PLMJ,
Sociedade de advogados

Em termos gerais, a formação profissional encontra-se regulada nos artigos 123º a 126º do Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 99/2003, de 27 de Agosto e nos artigos 160º a 170º da respectiva Regulamentação, aprovada pela Lei n.º 35/2004, de 29 de Julho.

A formação profissional envolve o empregador, o trabalhador e o próprio Estado:

a) O empregador deve proporcionar ao trabalhador as acções de formação profissional adequadas à sua qualificação;
b) O trabalhador deve participar de modo diligente nas acções de formação profissional que lhe sejam proporcionadas, salvo se houver motivo atendível;
c) O Estado deve, em particular, garantir o acesso dos cidadãos à formação profissional e proporcionar os apoios públicos ao funcionamento do sistema de formação profissional.

Nos termos da lei são objectivos da formação profissional os seguintes:

a) Garantir uma qualificação inicial a todos os jovens que tenham ingressado ou pretendam ingressar no mercado de trabalho sem ter ainda obtido essa qualificação;
b) Promover a formação continua dos trabalhadores empregados, enquanto instrumento para a competitividade das empresas e para a valorização e actualização profissional, nomeadamente quando a mesma é promovida e desenvolvida com base na iniciativa dos empregadores;
c) Garantir o direito individual à formação, criando condições objectivas para que o mesmo possa ser exercido, independentemente da situação laboral do trabalhador;

d) Promover a qualificação ou a reconversão profissional de trabalhadores desempregados, com vista ao seu rápido ingresso no mercado de trabalho;
e) Promover a reabilitação profissional de pessoas com deficiência, em particular daqueles cuja incapacidade foi adquirida em consequência de acidente de trabalho;
f) Promover a integração sócio-profissional de grupos com particulares dificuldades de inserção, através do desenvolvimento de acções de formação profissional especial.

No que respeita à qualificação inicial dos jovens admitidos a prestar trabalho e que dela careçam, a mesma é assegurada através da frequência de uma modalidade de educação ou formação exigida ao menor com idade inferior a 16 anos que tenha concluído a escolaridade obrigatória, mas não possua uma qualificação profissional, bem como a menor que tenha completado a idade mínima de admissão sem ter concluído a escolaridade obrigatória ou que não possua qualificação profissional.

Já no que concerne à formação contínua dos trabalhadores, o papel preponderante caberá seguramente ao empregador (ou à empresa utilizadora de mão-de-obra relativamente ao trabalhador que, ao abrigo de um contrato celebrado com o respectivo empregador, nela desempenhe a sua actividade por um período ininterrupto, superior a 18 meses), a quem compete:

a) Promover, com vista ao incremento da produtividade e da competitividade da empresa, o desenvolvimento das qualificações dos respectivos trabalhadores, nomeadamente através do acesso à formação profissional;
b) Organizar a formação na empresa, estruturando planos de formação e aumentando o investimento em capital humano, de modo a garantir a permanente adequação das qualificações dos seus trabalhadores;
c) Assegurar o direito à informação e consulta dos trabalhadores e dos seus representantes, relativamente aos planos de formação anuais e plurianuais executados pelo empregador;
d) Garantir um número mínimo de horas de formação anuais a cada trabalhador, seja em acções a desenvolver na empresa, seja através da concessão de tempo para o desenvolvimento da formação por iniciativa do trabalhador;
e) Reconhecer e valorizar as qualificações adquiridas pelos trabalhadores, através da introdução de créditos à formação ou outros benefícios, de modo a estimular a sua participação na formação.

A lei estabelece, porém, regras distintas consoante se esteja perante contratos de trabalho por tempo indeterminado ou contratos de trabalho a termo.

Quanto à formação contínua nos contratos de trabalho por tempo indeterminado, a lei prevê não só que a mesma deve abranger, em cada ano, pelo menos 10% dos trabalhadores com contrato de trabalho sem termo de cada empresa, como que a cada trabalhador deve ser assegurada pelo empregador um número mínimo horas anuais de formação certificada, que foi fixado em vinte horas para o ano de 2005 e em trinta e cinco horas a partir de 2006.

O direito individual de cada trabalhador à formação vence-se no dia 1 de Janeiro de cada ano civil, sem

Compete ao empregador assegurar o cumprimento do número mínimo de horas anuais de formação certificada previsto por lei.

prejuízo do ano da contratação no qual o trabalhador apenas tem direito à formação após seis meses de duração do contrato, devendo o número de horas ser proporcional àquela duração.

Compete ao empregador assegurar o cumprimento do número mínimo de horas anuais de formação certificada previsto por lei, que pode ser realizada pelo empregador ou através de entidade formadora acreditada, sendo que o número mínimo de horas de formação anual pode ser realizado através de uma ou mais acções de formação.

Ora, as horas de formação certificada que não foram organizadas sob a responsabilidade do empregador por motivo que lhe seja imputável são transformadas em créditos de horas acumuláveis ao longo de três anos no máximo, créditos esses que o trabalhador pode utilizar para a frequência de acções de formação por sua iniciativa.

Para o efeito, o trabalhador terá apenas de comunicar a sua vontade ao empregador com a antecedência mínima de 10 dias, sendo certo que o crédito de horas para formação é referido ao período normal de trabalho, confere direito a retribuição e conta como tempo de serviço efectivo.

Esclareça-se que, quando a formação tenha lugar fora do período normal de trabalho, desde que não exceda duas horas diárias não se compreende na noção de trabalho suplementar, devendo ser paga mas em singelo.

Já não será assim caso exceda duas horas para além do horário de trabalho diário, caso em que deverá ser tratada como prestação de trabalho suplementar e paga com recurso aos acréscimos previstos por lei.

Da conjugação das regras supra expostas resulta claro não só que, pelo menos de três em três anos, todos os trabalhadores contratados por tempo indeterminado gozam ou podem gozar do direito à formação profissional, como que, em regra, o crédito de horas de formação se destina à frequência efectiva de acções de formação, não se transformando em retribuição.

Só não será assim quando cessa o contrato de trabalho, cenário em que o trabalhador tem direito a receber a retribuição correspondente ao crédito de horas para formação que não lhe tenha sido proporcionado.

Por outro lado, sempre que haja interesse para a empresa e para o trabalhador pode ocorrer a antecipação, até ao máximo de três anos, do número de horas anuais de formação.

O que acaba de se expor não prejudica o cumprimento das obrigações específicas em matéria de formação profissional a proporcionar a trabalhadores contratados a termo, nos termos das quais o empregador deve proporcionar formação profissional a todos os trabalhador contratados a termo sempre que a duração do contrato, inicial ou com renovações, exceda seis meses, tendo a formação de corresponder aos seguintes limites:

a) Se o contrato durar menos de um ano, a formação corresponde a um número de horas igual a 1% do período normal de trabalho;
b) Se o contrato durar entre um e três anos, a formação corresponde a um número de horas igual a 2% do período normal de trabalho;
c) Se o contrato durar mais de três anos, a formação corresponde a um número de horas igual a 3% do período normal de trabalho.

O incumprimento destas regras confere ao trabalhador contratado a termo um crédito correspondente ao valor da formação que devia ter sido realizada.

Por referência ao conteúdo da formação profissional, a área em que a mesma é ministrada a pode ser fixada por acordo e, na falta de acordo é determinada pelo empregador, hipótese em que a área de formação profissional tem de coincidir ou ser afim com a actividade desenvolvida pelo trabalhador nos termos do contrato.

Sem prejuízo desta regra, a utilização de créditos de horas pelo trabalhador para frequência de acções de formação por sua iniciativa faz com que caiba ao trabalhador escolher o conteúdo da formação, devendo o mesmo, neste caso, ter correspondência com a actividade prestada ou respeitar a qualificações básicas em tecnologias de informação e comunicação, segurança, higiene e saúde no trabalho ou numa língua estrangeira.

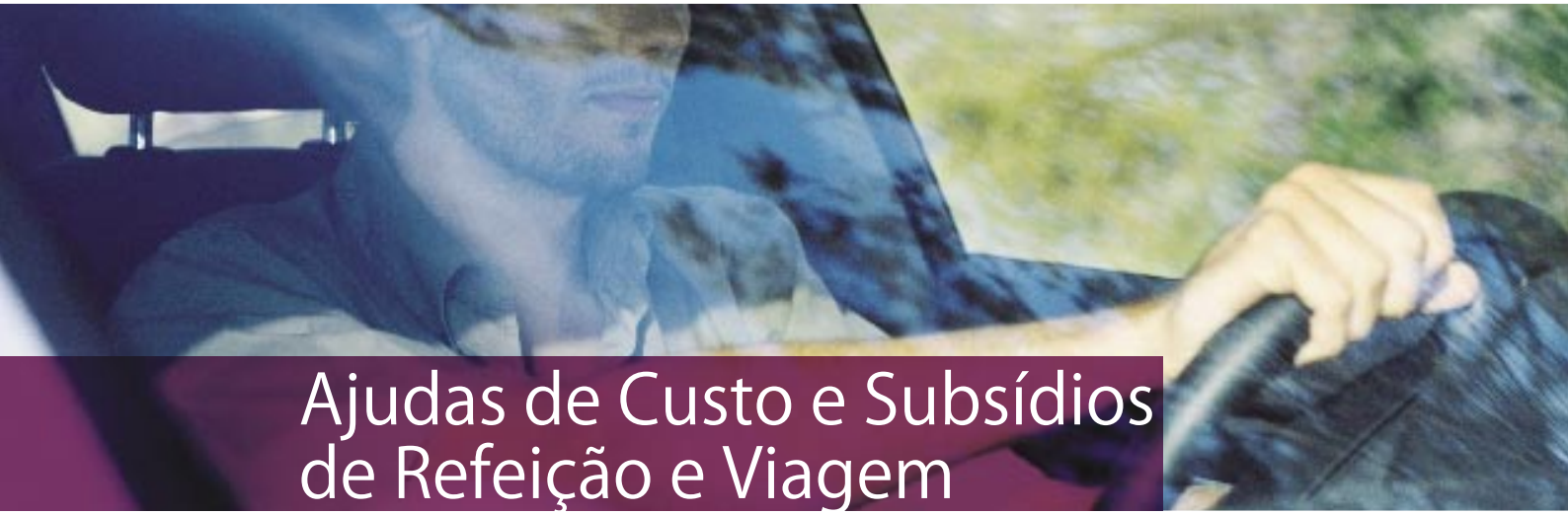
Por último, cumpre referir que, salvo no que respeita às microempresas (que empreguem no máximo dez trabalhadores), o empregador deve elaborar planos de formação, anuais ou plurianuais, com base no diagnóstico das necessidades de qualificação dos trabalhadores, os quais devem especificar, nomeadamente, os objectivos, as acções que dão lugar à emissão de certificados de formação profissional, as entidades formadoras, o local e horário de realização das acções.

Do diagnóstico das necessidades de qualificação e do projecto de plano de formação deve o empregador dar conhecimento não só aos trabalhadores, na parte que a cada um respeita, bem como à comissão de trabalhadores ou, na sua falta, à comissão sindical ou intersindical ou aos delegados sindicais, podendo estes, no prazo de 15 dias, emitir parecer sobre os mesmos.

O empregador deve, ainda, elaborar um relatório anual sobre a execução da formação contínua, indicando o número total de trabalhadores da empresa, trabalhadores abrangidos por cada acção, respectiva actividade, acções realizadas, seus objectivos e número de trabalhadores participantes, por áreas de actividade da empresa, bem como os encargos globais da formação e fontes de financiamento. A comissão de trabalhadores ou, na sua falta, a comissão sindical ou intersindical ou os delegados sindicais podem, no prazo de 15 dias a contar da sua recepção, emitir parecer sobre o referido relatório anual da formação contínua, sendo que decorrido este prazo sem que qualquer dos pareceres tenha sido entregue ao empregador se considera satisfeita a exigência de consulta.

O relatório anual da formação contínua deve ser apresentado à Inspecção-Geral do Trabalho, até 31 de Março de cada ano, sendo que no caso de pequena média ou grande empresa (empresas com mais de dez trabalhadores) deve ser apresentado por meio informático (nomeadamente em suporte digital ou correio electrónico) e no caso de microempresas (que empreguem até dez trabalhadores) pode ainda ser entregue em suporte de papel.

O empregador deve manter um exemplar do relatório durante cinco anos. É este, em suma, o regime geral da formação profissional que, sem dúvida, constitui uma das inovações introduzidas pelo Código do Trabalho.



Ajudas de Custo e Subsídios de Refeição e Viagem

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

Foi publicada a Portaria n.º30-A/2008, de 10 de Janeiro, onde se procede à revisão anual das remunerações e pensões dos funcionários e agentes da Administração central, local e regional, bem como à actualização das tabelas de ajudas de custo, subsídios de refeição e de viagem.

Os montantes revistos, concretamente os limites legais estabelecidos para a não tributação das compensações atribuídas, em sede de IRS, têm aplicação generalizada no sector privado, em decorrência de uma remissão do próprio Código do IRS (no seu artigo 2º, n.º 3, alínea d)), e visam compensar, ou reembolsar, o trabalhador pelas despesas em que teve de incorrer, nomeadamente, na sequência de deslocações em benefício da sua entidade patronal ou por mudança de instalações desta.

São, portanto, os limites em análise de aplicar, também, ao sector farmacêutico.

À semelhança da análise efectuada com referência ao ano transacto (cfr. artigo publicado RFP 168 de Março/Abril de 2007), importa que nos foquemos na actualização dos referidos valores, concretamente no que respeita à atribuição de ajudas de custo e de subsídios de refeição e de viagem, que vigoram para 2008.

Subsídios de Refeição

O subsídio de refeição diário, que estava fixado em € 4,03, foi agora actualizado para € 4,11 (cf. cit. Portaria n.º 30-A/2008, de 10 de Janeiro, n.º 6.º), o que corresponde a um aumento de 2,1% (igual ao aumento registado no ano anterior).

Lembra-se que os subsídios para refeição, por dia útil, são considerados excluídos de tributação em IRS, quando se processarem dentro dos limites a que se refere o ponto 2) da alínea b) do n.º 3 do artigo 2.º do Código do IRS, nos termos da qual "Consideram-se ainda rendimentos do trabalho dependente: (...) b) As remunerações acessórias, nelas se compreendendo todos os direitos, benefícios ou regalias não incluídos na remuneração principal que sejam auferidos devido à prestação de trabalho ou em conexão com esta e constituam para o respectivo beneficiário uma vantagem económica, designadamente: (...) 2) O subsídio de refeição na parte em que exceder em 50% o limite legal estabelecido, ou em 70% sempre que o respectivo subsídio seja atribuído através de vales de refeição."

Sendo assim, o limite, para o ano de 2008, da não sujeição a IRS, corresponde ao do valor do subsídio diário agora fixado multiplicado por 1,5, ou seja, a € 6,17 (€ 4,11 x1,5), quando no ano anterior era de € 6,05.

Para o pagamento efectuado através de "vales de refeição", o limite já será o de € 6,99 (€ 4,11 x 1,7), quando, no ano passado, foi de € 6,85, nos termos do citado artigo 2.º, n.º 3, alínea b), ponto 2 do Código do IRS.

Há que ter em atenção, porém, a redacção do artigo 126.º do Código do IRS, onde se estabelecem algumas regras que devem ser respeitadas pelas entidades emitentes dos vales de refeição e pelas entidades utilizadoras.

Assim, "as entidades emitentes de vales de refeição devem possuir registo actualizado do qual conste, pelo menos, a identificação das entidades adquirentes bem como dos respectivos documentos de alienação e do correspondente valor facial", sendo "obrigadas a enviar à Direcção-Geral de Impostos, até ao final do mês de Maio de cada ano, a identificação fiscal das entidades adquirentes de vales de refeições, bem como o respectivo montante, em declaração de modelo oficial". Quanto às entidades utilizadoras de vales de refeição, estas devem "possuir registo actualizado do qual conste, pelo menos, a identificação das entidades emitentes, bem como dos respectivos documentos de aquisição, e ainda registo individualizado dos beneficiários e dos respectivos montantes atribuídos", sendo que "a diferença entre os montantes dos vales de refeição adquiridos e dos atribuídos, registados nos termos dos números anteriores, deduzida do valor correspondente aos vales que se mantenham na posse da entidade adquirente, fica sujeita ao regime das despesas confidenciais ou não documentadas".

Ajudas de Custo

A Portaria em apreço veio ainda fixar os novos valores das ajudas de custo dos membros do Governo e dos funcionários e agentes do Estado e entidades equiparadas (cfr. n.º 7.º e n.º 10.º), nos termos que seguem:

a) Nas deslocações em Portugal:

- Membros do Governo – € 67,24 (anteriormente € 65,86)
- Funcionários, agentes do Estado e entidades a eles equiparadas:
  - Com vencimentos superiores ao valor de € 1 351,13 (índice 405) - € 60,98 (anteriormente € 59,73);
  - Com vencimentos que se situam entre os valores de € 1 351,13 (índice 405) e € 867,39 (índice 260) – € 49,61 (anteriormente € 48,59);
  - Outros – € 45,54 (anteriormente € 44,60).

b) Nas deslocações para fora de Portugal:

- Membros do Governo — € 162,36 (anteriormente € 159,02)
- Funcionários, agentes do Estado e entidades a eles equiparadas:
  - - Com vencimentos superiores ao valor de € 1 351,13 (índice 405) — € 144,71
  - (anteriormente € 141,73);
  - - Com vencimentos que se situam entre os valores € 1 351,13 (índice 405) e € 867,39 (índice 260) — € 127,83 (anteriormente € 125,20);
  - - Outros — € 108,73 (anteriormente € 106,49).

Considerando a doutrina administrativa decorrente da Circular n.º 12/91, de 29 de Abril, da DGCI e o disposto no artigo 2º, n.º 3, alínea d), do Código do IRS, não constituem rendimento de trabalho dependente (assim sujeito a este imposto) as atribuições a título de ajudas de custo até aos limites de € 60,98 e de € 144,71, respectivamente, nas deslocações em território nacional e para o estrangeiro[1].

Observe-se que o Decreto-Lei n.º 106/98, de 24 de Abril, estabelece ainda

Deslocações Diárias (percentagens da ajuda de custo diária) (*)	
Se a deslocação abranger, ainda que parcialmente, o período compreendido entre as 13.00 e as 14.00 horas.....	25%
Se a deslocação abranger, ainda que parcialmente o período compreendido entre as 20.00 e as 21.00 horas	25%
Se a deslocação implicar alojamento (**).....	50%

(*) Atendendo a que estas percentagens correspondem ao pagamento de uma ou duas refeições e alojamento, não haverá lugar aos respectivos abonos quando a correspondente prestação seja fornecida em espécie

(**) As despesas de alojamento só são consideradas nas deslocações diárias que se não prolonguem para o dia seguinte, quando o funcionário não dispuser de transportes colectivos regulares que lhe permitam regressar à sua residência até às 22 horas.

[1] Nos termos desta Circular, nas ajudas de custo abonadas por entidades não públicas aos seus trabalhadores e membros dos órgãos societários, pode tomar-se como referência o valor das ajudas de custo atribuídas a membros do Governo, sempre que as funções exercidas e/ou o nível das respectivas remunerações dos seus trabalhadores e membros de órgãos societários, não sejam comparáveis ou reportáveis à das categorias e/ou remunerações dos funcionários públicos, ou seja: € 67,24 ou € 162,36, consoante se trata de deslocações nacionais, ou para o estrangeiro.

Deslocações por dias sucessivos (*)		
Dia de partida	Até às 13.00 horas Depois das 13.00 horas e até às 21.00 horas Depois das 21.00 horas	100% 75% 50%
Dia de regresso	Até às 13.00 horas . Depois das 13.00 horas e até às 20.00 horas Depois das 20.00 horas	0% 25% 50%
Restantes dias		100%

(*) Atendendo a que estas percentagens correspondem ao pagamento de uma ou duas refeições e alojamento, não haverá lugar aos respectivos abonos quando a correspondente prestação seja fornecida em espécie

Subsídios de Viagem e de marcha (por Km)			
Transporte em automóvel próprio			€0,39
Transporte em veículos adstritos a carreiras de serviço público			€0,12
Transporte em automóvel de aluguer	Um funcionário		€0,37
	Funcionários transportados em comum	Dois funcionários	€0,16 (cada)
		Três ou mais funcionários	€0,12 (cada)
Transporte em veículo motorizado não automóvel			€0,15 [2]

as condições gerais em que os funcionários públicos têm direito a ajudas de custo e define deslocações "diárias" e "por dias sucessivos", regulamentando os correspondentes abonos, a efectuar nos termos dos quadros acima dispostos.

Subsídios de Transporte

A citada Portaria n.º 30-A/2008, de 10 de Janeiro, fixa, por último, como também se deixou indicado, os novos quantitativos dos subsídios de transporte (cfr. n.º 9.º), nos seguintes termos:

Importa acentuar que, nos termos do disposto no artigo 2.º, n.ºs. 3, alínea d), do Código do IRS, englobam-se na categoria dos rendimentos de trabalho dependente, sujeitos, portanto, a este imposto, as importâncias auferidas pela utilização de automóvel próprio ao serviço da entidade patronal, na parte que exceda os limites legais, sendo estes "os anualmente fixados para os servidores do Estado". Interessará salientar, em particular, o subsídio para transporte em automóvel próprio, também para vigorar desde 1 de Janeiro de 2008, agora fixado em € 0,39 por quilómetro, quando era de € 0,38 (cfr. artigo 9.º, alínea a), da Portaria n.º 88-A/2007, de 18 de Janeiro). Deve observar-se que a redacção da alínea f) do artigo 42º do Código do IRC determina que não são dedutíveis para efeitos de determinação do lucro tributável "as despesas com ajudas de custo e com compensação pela deslocação em viatura própria do trabalhador, ao serviço da entidade patronal, não facturadas a clientes, escrituradas a qualquer título, sempre que a entidade patronal não possua, por cada pagamento efectuado, um mapa através do qual seja possível efectuar o controlo das deslocações a que se referem aquelas despesas, designadamente os respectivos locais, tempo de permanência, objectivo e, no caso de deslocação em viatura própria do trabalhador, identificação da viatura e do respectivo proprietário, bem como o número de quilómetros percorridos, excepto na parte em que haja lugar a tributação em sede de IRS na esfera do respectivo beneficiário".

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

Lembra-se ainda que estas despesas são também tributadas autonomamente à taxa de 5% (cf. artigo 81.º, n.ºs 3 e 9, do Código do IRC). As alterações, introduzidas pela Portaria em apreço produzem os seus efeitos com referência ao passado dia 1 de Janeiro de 2008.

[2] Sobre este ponto – que, na Portaria, não vem referido - parece manter-se o entendimento da Circular nº 19/93 da DGCI, segundo o qual, para o caso de transporte em veículo motorizado não automóvel, é considerado rendimento de trabalho dependente a parte excedente a 40% do limite legal fixado anualmente para os subsídios de viagem e de marcha pelo transporte em automóvel próprio.

Farmacêuticos		
Curso	**Data**	**Local**
Gestão e Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Farmácia	24 e 25 Março de 2008	Porto
Menopausa	25 de Março de 2008	Coimbra
Menopausa	25 de Março de 2008	Lisboa
Antibioterapia na Infecção Respiratória	26 de Março de 2008	Lisboa
A Inteligência Emocional aplicada à Farmácia	27 de Março de 2008	Coimbra
O Marketing e a Farmácia	27 e 28 Março de 2008	Porto
Farmacocinética Avançada	29 de Março de 2008	Lisboa
Antibioterapia na Pediatria	31 de Março de 2008	Porto
Problemas relacionados com medicamentos e intervenção farmacêutica	1 de Abril de 2008	Lisboa
Dor, Febre e Inflamação: terapêutica com AINEs	2 de Abril de 2008	Lisboa
Diabetes mellitus	3 e 4 Abril de 2008	Lisboa
Curso de Formação Básica de Socorrismo	3 e 4 Abril de 2008 e 10 e 11 Abril de 2008	Porto
Doença de Alzheimer e outras Demências	5 de Abril de 2008	Ponta Delgada
Alimentação na Infância	7 de Abril de 2008	Castelo Branco
A Inteligência Emocional aplicada à Farmácia	7 de Abril de 2008	Porto
Patologias do pé	8 de Abril de 2008	Porto
O Marketing e a Gestão do Espaço na Farmácia	8 de Abril de 2008	Lisboa
Curso de Formação Básica de Socorrismo	8 e 9 Abril de 2008 e 15 e 16 Abril de 2008	Lisboa
Doenças Auto-imunes	10 e 11 Abril de 2008	Lisboa
A Contabilidade e a Gestão da Farmácia	10 e 11 Abril de 2008 e 18 de Abril de 2008	Lisboa
Factores de risco Cardiovascular - Prevenção Primária	12 de Abril de 2008	Lisboa

Farmacêuticos		
Curso	**Data**	**Local**
Antimicóticos em Dermatologia	14 de Abril de 2008	Guia
Construa o Plano de Marketing para a sua Farmácia	14 de Abril de 2008	Lisboa
Antibioterapia em Pediatria	16 e 17 Abril de 2008	Lisboa
Menopausa	16 de Abril de 2008	Porto
A Inteligência Emocional aplicada à Farmácia	16 de Abril de 2008	Lisboa
Curso de Formação Básica de Socorrismo	16 e 17 Abril de 2008 e 23 e 24 Abril de 2008	Coimbra
Dislipidemias	17 de Abril de 2008	Porto
O Boletim de Análises	17 e 18 Abril de 2008	Castelo Branco
Factores de risco Cardiovascular - Prevenção Primária	21 de Abril de 2008	Porto
A gestão dos conflitos e das reclamações na Farmácia	21 de Abril de 2008	Coimbra
Medicamentos Manipulados em Dermatologia	21 de Abril de 2008	Barcarena
Gestão de Aprovisionamento na Farmácia	22 de Abril de 2008	Porto
O Medicamento e o Idoso	23 de Abril de 2008	Lisboa
Doenças Auto-imunes	29 e 30 Abril de 2008	Porto
Vacinas em Pediatria	30 de Abril de 2008	Lisboa

ESCOLA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E GESTÃO

Rua Marechal Saldanha, 1 - 1249-069 Lisboa
Telf: 21 340 06 00 (geral) • Telf: 21 340 06 45/610/756/712
Fax: 21 340 07 59 • E-mail: escola@anf.pt

Bial licencia medicamento nacional

A Bial, o maior grupo farmacêutico nacional, acaba de licenciar o seu primeiro medicamento na área do sistema nervoso central. Trata-se de um antiepiléptico - o BIA2-093 - alvo de um contrato de licenciamento exclusivo com a Sepracor, empresa farmacêutica norte-americana que se propõe comercializá-lo nos Estados Unidos e no Canadá.

Nos termos do acordo, a Sepracor será responsável pela submissão e registo do medicamento junto da autoridade regulamentar norte-americana (FDA), o que deverá acontecer entre finais de 2008 e princípios de 2009. O lançamento deste antiepiléptico desenvolvido em Portugal deverá acontecer cerca de um ano depois.

Como contrapartida do acordo, a Bial receberá, numa fase inicial, mais de 51 milhões de euros, a que acrescem outros 68,5 milhões a longo das várias etapas de desenvolvimento e registo do fármaco. O fornecimento do produto acabado e a aprovação de eventuais novas indicações terapêuticas podem valer compensações posteriores à empresa portuguesa. Na assinatura do contrato, o presidente da Bial, Luís Portela, destacou o trabalho de I&D da empresa na área do sistema nervoso central, trabalho esse que permitiu identificar as mais-valias do acetato de eslicarbazepina - a substância activa do BIA2-093 - no tratamento da epilepsia.

Os ensaios clínicos envolveram mais de 1000 doentes em 22 países, tendo o novo medicamento demonstrado eficácia e segurança. Entre as vantagens identificadas contam-se a administração em toma única e o baixo potencial de interacções farmacológicas.

A Bial é, na área da saúde em Portugal, a empresa que mais investe em I&D, dedicando mais de 20% da sua facturação anual a investigação de novos fármacos. O seu trabalho neste domínio está centrado nas áreas do sistema nervoso central e do sistema cardiovascular. A sua parceria neste contrato, a Sepracor, dedica-se igualmente à investigação, com especial enfoque para o sistema nervoso central e o sistema respiratório.

Farmacêutica em "Aventura Solidária" no Senegal

Uma outra forma de dar

Durante dez dias de Novembro, a farmacêutica Paula Fonseca foi voluntária no Senegal. Contagiada pelo espírito da AMI - Assistência Médica Internacional, integrou a primeira "Aventura Solidária" da organização não governamental portuguesa. E teve oportunidade de praticar um tipo diferente de voluntariado e de solidariedade. Porque foi ela que suportou financeiramente a viagem e a estada, numa despesa que incorporou ainda um donativo.

O destino desta experiência que não hesita em classificar como muito gratificante foi a aldeia senegalesa de Réo Mao. E o alvo da sua solidariedade uma maternidade. Foi na criação desta infra-estrutura que foi aplicado o seu donativo e nas suas paredes, que ajudou a pintar, persistem as marcas do seu trabalho e dos restantes onze portugueses que, acompanhados de três elementos da AMI, partilharam esta missão.

Paula Barroso foi atraída pela oportunidade de participar numa missão de cariz humanitária, mas não tão prolongada como as que envolvem situações de emergência. Moveu-a também a possibilidade de conhecer uma realidade diferente, sobretudo muito diferente dos habituais destinos de férias. Conhecer e viver, porque durante dez dias conviveu com os habitantes da aldeia, absorvendo a sua cultura, os seus valores e hábitos.

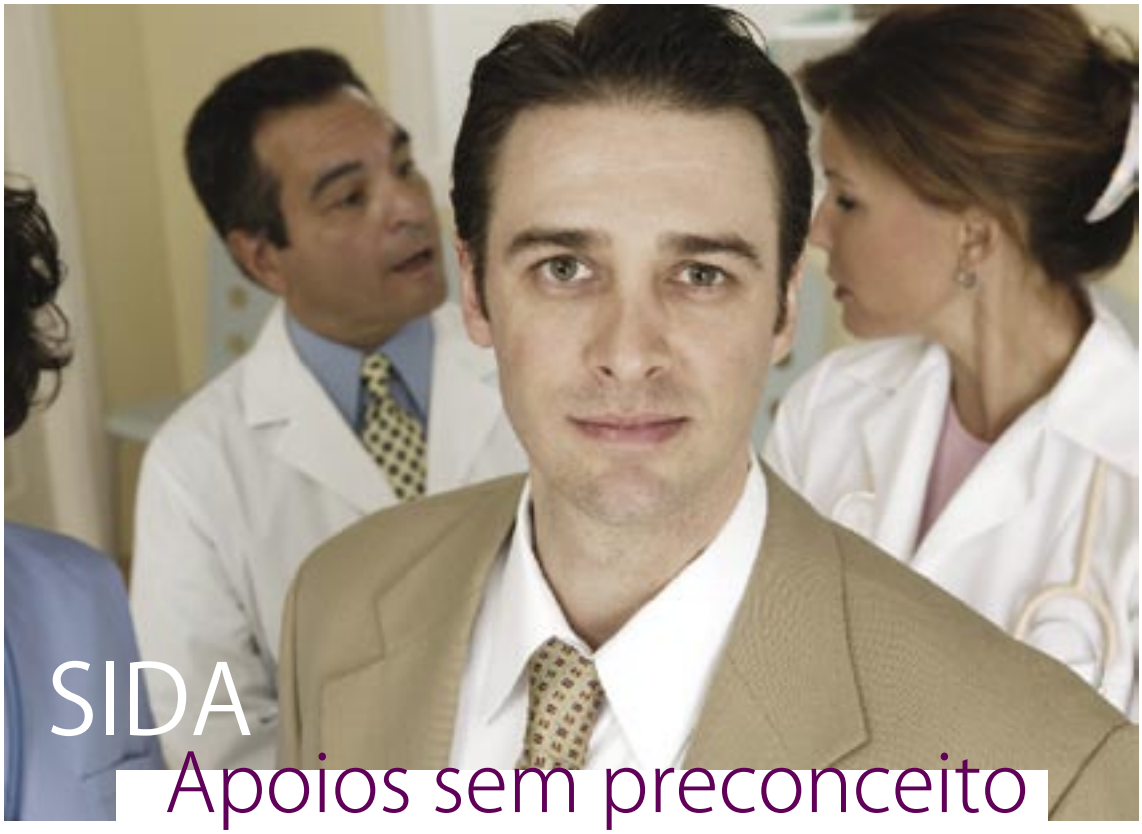
Além da solidariedade, em Réo Mao deixou trabalho e medicamentos. Tal como fizeram os demais elementos da aventura. Ser farmacêutica não foi relevante, não era esse o propósito nem lhe pareceu haver muito espaço para uma intervenção profissional, excepto detendo experiência na área da saúde pública. Ainda assim ficou a sugestão à AMI, a de aproveitar as mais-valias específicas de cada voluntário para além da mão-de-obra.

Como experiência pessoal, reteve sobretudo a importância das pequenas coisas numa realidade que tem muito menos do que a portuguesa. Aprendeu, por exemplo, como a água é preciosa e, já em Lisboa, passou a lidar com ela de uma forma mais racional. Ficou igualmente o desejo de repetir a vivência, porventura numa missão de facto da AMI.

É precisamente para a AMI que vão as suas palavras de apreço pela forma inteligente e transparente de praticar a solidariedade. Por permitir que, em vez de se depositar dinheiro numa conta, se avalie localmente a aplicação concreta do donativo.

É outra forma de dar. Esta foi a primeira "Aventura Solidária".

A próxima acontecerá em Abril, tendo também como destino o Senegal, país onde desde 1996 a AMI desenvolve missões de apoio à população local.



SIDA
Apoios sem preconceito

A Delegação do Centro da ANF realizou no dia 11 de Dezembro nas suas instalações, uma palestra de Natal dirigida às Farmácias afectas a esta delegação.

A palestra, subordinada ao tema "SIDA: APOIOS SEM PRECONCEITO", contou com a presença do Professor Doutor António Meliço Silvestre, professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e da Dra. Maria Eugénia Saraiva, presidente da Liga Portuguesa Contra a Sida, instituição integrante da Plataforma Saúde em Diálogo.

A intervenção do Professor Doutor António Meliço Silvestre iniciou-se com uma perspectiva histórica da doença, passando pela evolução verificada no seu tratamento e pela importância da prevenção no combate à sua propagação. Durante esta intervenção foi realçado o papel do farmacêutico no esclarecimento e sensibilização das populações, num cenário em que a infecção pelo VIH continua a estar envolta em estigmas e preconceitos que representam uma barreira ao pleno relacionamento em sociedade dos doentes infectados. Ainda neste âmbito foi dado destaque à adesão à terapêutica como factor relevante para o sucesso no tratamento dos doentes com VIH/ SIDA.

A Dra. Maria Eugénia Saraiva centrou a sua comunicação na temática do apoio integrado na área do VIH/ SIDA, tendo dado a conhecer o trabalho que a Liga Portuguesa Contra a Sida tem vindo a desenvolver, alertando para as principais dificuldades sentidas por esta instituição. À semelhança dos últimos anos, a Direcção da Delegação do Centro tem vindo a associar à vertente formativa destas palestras um caracter solidário, tendo cada participante contribuído com um presente, como forma de inscrição, a oferecer a duas instituições que acolhem crianças desfavorecidas, bem como à própria Liga Portuguesa Contra a Sida.

No final da palestra, o presidente da Direcção da Delegação do Centro, Dr. Miguel Silvestre, procedeu à entrega simbólica de alguns presentes recolhidos aos representantes do Centro de Acolhimento Temporário do Loreto, da Casa de Formação Cristã Rainha Santa e da Liga Portuguesa Contra a Sida.

Estudo alerta
Fraude nos medicamentos *online*

A compra de medicamentos *online* constitui uma ameaça à saúde dos consumidores, dado que a venda fraudulenta através deste canal é uma prática comum. O alerta é proveniente da conceituada empresa de consultadoria MarkMonitor, que dedica um capítulo à fraude na Internet no seu estudo "Brandjacking Índex".

Esta conclusão decorre da análise de 3160 "farmácias" *online* de todo o mundo. Os autores do estudo verificaram que o número de sítios fraudulentos que vendem medicamentos tem crescido acentuadamente, com a maioria a adoptar práticas comerciais duvidosas e até irregulares.

Os autores não hesitam mesmo em afirmar que proliferam os sítios na Internet sem escrúpulos, que vendem medicamentos através de métodos criminosos cada vez mais sofisticados.

Aliás, a maioria das empresas analisadas opera sem a necessária acreditação das autoridades reguladoras do sector da farmácia e muitas delas falsificam deliberadamente a certificação, o que impossibilita os consumidores de conhecer a sua verdadeira proveniência.

Acresce que a maior parte destes sítios não respeita as boas práticas de segurança na Internet, comprometendo, assim, a segurança dos dados pessoais dos compradores, incluindo os relativos ao cartão de crédito.

O que está em causa, alertam os autores do estudo, é sobretudo a saúde dos consumidores, dado que é frequente a venda *online* de medicamentos contrafeitos, furtados, alterados na sua composição ou fora de prazo. É também comum a dispensa de receita na venda de medicamentos sujeitos a prescrição médica.

10 anos - Clube de Golfe Farmacêutico

Em 2008, o Clube de Golfe Farmacêutico atinge um marco histórico ao completar o seu 10º aniversário. A assinalar esta data, a direcção do clube decidiu realizar um campeonato entre todos os associados, o Campeonato Matchplay CGF 10º Aniversário. O campeonato contará com seis provas até Outubro.

O CGF continuará durante este ano a marcar presença nas competições inter-clubes, através da sua participação no Torneio das Profissões Liberais e Torneio ARQ&FAR, tentando superar o sucesso alcançado em 2007.

A renovação da imagem institucional do CGF assinala também o 10º aniversário. Visite http://www.cgfarmaceutico.com/.

Mara Guerreiro defende tese em Manchester

A farmácia na gestão do risco

O papel da farmácia comunitária na gestão do risco esteve no centro da investigação que valeu à farmacêutica Mara Guerreiro o grau de Doutor pela Universidade de Manchester, uma das cinquenta melhores do mundo.

Intitulada "Risk Management of preventable drug-related morbility in Portugueses community pharmacies", a tese que defendeu perante o júri da prestigiada universidade britânica permitiu estabelecer a exequibilidade de utilizar em farmácia comunitária indicadores para melhorar a segurança do doente no âmbito do uso de medicamentos.

Foram, aliás, identificados factores que parecem influenciar a aceitabilidade da aplicação destes indicadores. A tese de doutoramento de Mara Guerreiro resulta de um amplo trabalho de pesquisa desenvolvido em Portugal ao longo de três anos, com a imprescindível colaboração de farmacêuticos comunitários, de médicos de família e de doentes.

Com resultados que terão implicações na prática profissional, bem como na futura investigação sobre serviços farmacêuticos no domínio da gestão do risco.

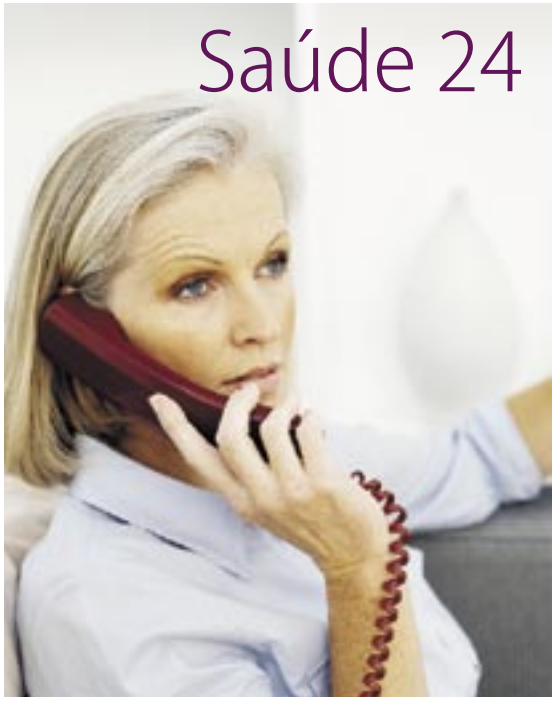
Ao conceder-lhe o grau de Doutor, o júri considerou excepcional o conhecimento e domínio sobre esta matéria revelados por Mara Guerreiro.

Natal na ANF

Como vem sendo tradição, a ANF organizou a festa de Natal dirigida aos colaboradores e às suas famílias. É que estes momentos reforçam a nossa Associação.

As crianças foram o alvo de todas as atenções nesta festa que começou com as pinturas faciais, a que se seguiu um espectáculo no anfiteatro principal. No final, teve lugar a habitual distribuição de prendas e o lanche convívio.

Saúde 24



Todos os dias, 24 horas por dia, ao ligar o 808242424 entrará em contacto com profissionais de saúde da linha Saúde 24 que lhe darão os melhores conselhos sobre a forma de lidar com a sua situação de saúde. Seja ajudando a resolver o problema ou encaminhando para a unidade de saúde mais adequada. O Saúde 24 presta os serviços de:

- Aconselhamento em situação de doença e encaminhamento para unidades de saúde, caso seja necessário;
- Esclarecimento de questões relacionadas com medicação;
- Assistência em problemas de saúde pública, como por exemplo vagas de calor e intoxicações;
- Informação da localização dos prestadores do Serviço Nacional de Saúde e brevemente farmácias de serviço.

Grave este número no seu telemóvel: 808242424

Festa dos Reis na **Quinta** do Convento de Val de Pereiras

Mais uma vez, e como tem vindo a ser habitual nos últimos anos, realizou-se no passado dia 5 de Janeiro de 2008, a Festa de Reis da Delegação do Norte da ANF na Quinta do Convento de Val de Pereiras, em Ponte de Lima.

Com a presença de dezenas de colegas associados da ANF e seus familiares o convívio entre todos decorreu num ambiente descontraído, acompanhado das tradicionais doçarias natalícias e de música apropriada à época festiva.

A exemplo de outros anos os participantes foram presenteados com a actuação de um Grupo Tradicional de Cantares de Janeiras, que recriaram toda uma atmosfera própria da época e deram as boas vindas ao Novo Ano de 2008.

Os mais novos contagiaram todos os presentes com a sua alegria e energia e levaram para as suas casas uma lembrança oferecida como recordação deste dia de festa.

Votos de um excelente 2008 !!

17 mulheres por uma sociedade mais informada e mais saudável

Dezassete mulheres apresentam sugestões em prol de uma sociedade mais informada e mais saudável. "Mais Informação Mais Saúde" é o título do livro que foi lançado pela AJE e revista "Farmácia Distribuição". Ligadas à educação e à saúde, de ex-ministras a bastonárias, a jornalistas e empresárias, estas mulheres afirmam a relação directa entre mais e melhor informação e mais e melhor saúde.

As farmacêuticas Clara Carneiro, ex-deputada, Odette Ferreira, investigadora na área da Sida, e Irene Noronha da Silveira, bastonária da Ordem dos Farmacêuticos, foram convidadas a dar o seu contributo.

Do livro ressaltam várias sugestões em prol de uma sociedade mais informada e mais saudável, que passa pela necessidade de integração dos requisitos de saúde em todas as políticas governamentais, pelo repensar dos espaços urbanos que favorecem o sedentarismo, pelo *empowerment* do doente, por um maior conhecimento das terapêuticas existentes no mercado, pelo compromisso activo das escolas na criação de uma geração verdadeiramente solidária e informada, etc.

A Associação Coração Feliz (Associação de Protecção e Apoio à Criança com Doença Cardíaca) foi envolvida neste projecto, recebendo um donativo e parte das verbas que irão ser obtidas com a venda desta obra.

"Mais Informação Mais Saúde"

O projecto foi coordenado por Ana Beatriz Gaminha (empresária), Carina Machado (jornalista e directora das publicações do grupo AJE), Dina Matos Ferreira (directora de comunicação da Apifarma) e Marina Caldas (jornalista), e contou ainda com textos de:

- Maria de Belém Roseira, ex-ministra da Saúde e presidente da comissão Parlamentar de Saúde;
- Isabel do Carmo, médica endocrinologista;
- Clara Carneiro, farmacêutica e ex-deputada;
- Luísa Carvalho, médica de família e vice-presidente do Infarmed;
- Irene Noronha da Silveira, farmacêutica e Bastonária da Ordem dos Farmacêuticos;
- Maria do Céu Machado, pediatra e alta comissária para a Saúde;
- Odette Ferreira, Farmacêutica e Investigadora na área da Sida:
- Paula Brito e Costa, Empresária e Presidente da Associação Raríssimas;
- Graça Rosendo, jornalista do semanário "SOL";
- Ana Escoval, professora da ENSP e presidente da Comissão para a Contratualização com os Hospitais;
- Rosário Frias, do grupo José de Mello Saúde;
- Inês Guerreiro, coordenadora nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e Cidadãos em Situação de Dependência;
- Kim Stratton, directora-geral da Novartis Portugal.

Mercado veterinário

GlobalVet reforça papel das farmácias

Afirmar e reforçar a intervenção das farmácias na área dos medicamentos e produtos veterinários é o objectivo do projecto GlobalVet - Espaço Animal, no terreno em fase experimental desde Outubro.

Durante 12 meses, cerca de cinco dezenas de farmácias de todo o país, implantadas quer no litoral, quer no interior, em meios urbanos e rurais, testam e aplicam os meios e ferramentas concebidos para uma intervenção especializada neste domínio da saúde. Nelas o mercado veterinário passou a ter um tratamento diferenciado mercê da criação do Espaço Animal.

As equipas envolvidas beneficiaram de formação ministrada pela Escola de Pós-Graduação em Saúde e Gestão e contam com o apoio de diversas estruturas da ANF. Nesta fase-piloto, a iniciativa será monitorizada regularmente para estudar o mercado dos medicamentos e produtos veterinários e perspectivar o desenvolvimento das estratégias mais adequadas ao espaço farmácia.

A GlobalVet, que resulta de uma parceria entre a ANF e a Bioconsulting, está vocacionada para a definição e implementação de "soluções e inovação veterinária", no entendimento de que as farmácias têm condições para desempenhar um papel de charneira neste segmento, contribuindo para regularizar a distribuição e comercialização destes medicamentos e produtos.

Este é um mercado complexo, dado que a legislação determina que apenas as farmácias podem dispensar estes medicamentos mas a prática demonstra que existem circuitos.

ficheiro mestre

Alteração à Propriedade

Farmácia Paula
Morada Rua Dr. José Pereira da Rocha, 12 , 8100 - 202 SALIR
Dra. Paula Cristina Dionísio Gonçalves
Farmácia Paula Cristina Unipessoal, Lda

Farmácia das Fontainhas
Rua de Santo Honorato - Urb. das Fontainhas, Edf. Torre, LJ 1
4795 - 114 AVES
Dra. Ana Maria Ferreira P. de Castro Magalhães
Farmácia das Fontainhas, Unipessoal, Lda

Farmácia da Gandra
Lugar do Terreiro
4990 - 643 GANDRA PTL
Dr. Ricardo José Silvestre Gonçalves da Rocha
Vastissima Unipessoal, Lda

Farmácia Sagres
Rua Comandante Matoso
8650 - 357 SAGRES
Dra. Sandra Carapeto Pintassilgo
Provaviva - Farmácias, Lda

Farmácia Serra das Minas
Avenida Maria Lamas, LOTE 4
2635 - 430 RIO DE MOURO
Dra. M. Celeste Leitão Duarte Santos
Farmácia Serra das Minas, Lda

Farmácia Duarte
Rua Luís de Camões, 21
2680 - 435 UNHOS
Dr. Manuel António do Sobral Pedro .
Farma Pedro, Unipessoal Lda

Alteração ao Pacto Social

Farmácia Pragal
Rua Direita, 6-D
2800 - 682 ALMADA
Dra. Helena Antonieta S. Campos
Farmácia Pragal Lda.

Alteração de Direcção Técnica

Farmácia Vaz
Rua Formosa, 115
3500 - 135 VISEU
Dra. Maria Luisa Pinto Ferreira
Farmácia Vaz Surc, Lda.

Alteração de Situação ANF

Farmácia Sagres
Rua Comandante Matoso
8650 - 357 SAGRES
Dra. Sandra Carapeto Pintassilgo
Provaviva - Farmácias, Lda

reuniões e simpósios

Internacionais

DATA	EVENTO
23-25 Abril de 2008 Cidade da Praia - Cabo Verde	I**X Congresso Mundial de Farmacêuticos de Língua Portugues**a Contactos: AFPLP, Rua Marechal Saldanha n.º1, 1249-069 Lisboa, Portugal Phone: + 351 213 400 600; Fax: + 351 213 400 777 E-mail: paulo.duarte@anf.pt
29 de Agosto a 4 de Setembro de 2008 Basileia - Suiça	**68th International Congress of FIP** Contactos: Phone.: +31 346 266 110; Fax: +31 346 263 308 E-mail: registration@newbrooklyn.nl

Nacionais

DATA	EVENTO
3 de Março de 2008 Porto	**Medicina de viagem e do viajante e a importância dos regulamentos de saúde internacional** **FMUP** - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto - Sala de Clínicas III na FMUP Contactos: Serviço de Higiene e Epidemiologia; Telef.: 22 551 36 52; Fax: 22 551 36 53 E-mail: epimed@med.up.pt ; Fonte: http://www.med.up.pt
12 e 15 de Março de 2008 Évora	**I Colóquio Luso-Brasileiro em Saúde, Educação e Representações Sociais** Contactos: Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus - Centro de Investigação em Ciências e Tecnologias da Saúde - Universidade de Évora Telf: 266 730 300 ; Fax: 266 730 350; Fonte: http://www.clbsers.uevora.pt clbsers-secretariado@uevora.pt ou mf@uevora.pt
12 de Março de 2008 Porto	**II Ciclo de Seminários de Biopatologia - Aplicações clínicas actuais das terapias com células estaminais** UFP - Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde / Escola Superior de Saúde, Rua Carlos da Maia, 296, 4200-150 Porto Contactos: Telefone: 22 509 63 71; E-mail geral: geral.asaude@ufp.pt; Fonte: http://www.ufp.pt
14, 15 e 16 de Março de 2008 Lisboa	**Congresso de Análises Clínicas e Saúde Pública APTAC 2008** Contactos: APTAC - Associação Portuguesa dos Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa - Parque das Nações Informações: congresso@aptac.pt ; Fonte: http://www.aptac.pt
17 de Março de 2008 Porto	**Comparação internacional de políticas de saúde e sistemas sociais** **FMUP - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto** Anfiteatro Nascente, FMUP Contactos: Serviço de Higiene e Epidemiologia Telef.: 22 551 36 52 ; Fax: 22 551 36 53 ; E-mail: epimed@med.up.pt ; Fonte: http://www.med.up.pt
28 de Março de 2008 Lisboa	**Administração de Medicamentos** Contactos: Secção Regional de Lisboa da Ordem dos Farmacêuticos, Rua da Sociedade Farmacêutica, 18 , 1169-075 Lisboa; Telef: 213 191 370 ; Fax: 213 191 398 Fonte: http://www.ordemfarmaceuticos.pt/
25 a 28 de Março de 2008 Porto	**Neurotoxicologia** FMUP - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto Contactos: Instituto de Pós-Graduação; Telefone: 22 551 3676; Fax: 22 551 3692 Email: ipg@med.up.pt; Fonte: http://www.med.up.pt
17 e 18 de Abril Lisboa	**II Encontro Nacional de Bromatologia, Hidrologia e Toxicologia** Contactos: Ordem dos Farmacêuticos, Rua da Sociedade Farmacêutica, 18 1169-075 Lisboa – Portugal; Tel.: +351 213 191 370; Fax: +351 213 191 398 E-mail: colegios@ordemfarmaceuticos.pt; Internet: www.ordemfarmaceuticos.pt www.aoaceurope.com

El Corte Português
VOCÊ TAMBÉM PODE CORTAR!
CORTAR FAZ BEM
AO EGO...
CORTE
PELO
TRACEJADO
BOOMBLE
PCHHHIIIT!
BOBLE
BOOOBLE
CORTES
PFFF!
PSSCHHHT!
PFFF!
POP!
BOBLE
BLUB!
PSSCHIII!!!
BLUB!
PFFF
PSSSCHHT!
PSCHHT
BOBLE
BOOBLE
RUMBLE
TROML
TROMBLE
ROMBLE
BLOP
FARMÁCIAS PRIVADAS NOS HOSPITAIS
PRESCRIÇÃO DE GENÉRICOS
HORÁRIO DOS CAPELÃES
DESCOMPARTICIPAÇÃO
MATERNIDADES FECHADAS
INCIA
TAXA NO INTERNAMENTO
URGÊNCIAS FECHADAS
ILUSTRAÇÃO: EDUARDO PERESTRELO

ILUSTRAÇÃO: EDUARDO PERESTRELO

Cheques-dentista em Maio

in Diário Económico de 20.02.08

A medida consta do novo programa de saúde oral, em vigor desde 1 de Março, mas só será aplicada dois meses depois. A partir de 1 de Maio, grávidas e idosos poderão ter direito a cheques que lhes darão acesso a cuidados médicos daquela especialidade. No total, 120 euros por ano para as grávidas e 80 para os idosos.

Diário Económico

Cheques-dentista disponíveis para grávidas e idosos em Maio

CDS contra desperdício

in Correio da Manhã de 23.01.08

CDS contra desperdício

Foi no Parlamento que a deputada do CDS-PP Teresa Caeiro se ergueu em defesa da prescrição de medicamentos por unidose e por Denominação Comum Internacional (DCI). Para o partido, esta seria uma forma eficaz de combater o desperdício de fármacos, que, à luz de um estudo do Instituto da Qualidade da Saúde, ascende a 21,7% da quantidade prescrita. Deste valor, 9,7% deve-se à inadequação das embalagens ao tratamento, o que a prescrição por unidose permitiria resolver.

Eles estão doidos!

In Público de 27.11.07

A acusação-desabafo é de António Barreto, conhecido comentador político e professor universitário. No artigo, insurge-se contra o zelo da ASAE, classificando a sua intervenção como "a solução final" e as suas brigadas como "exércitos de liquidação" de tudo quanto é artesanal e de quem se recusa a "ser igual a toda a gente". Com ironia, avisa: "Um dia destes, as brigadas vêm fiscalizar e ordenar as nossas casas".

Miguel Sousa Tavares

Expresso, 5.1.08

"Só alguém com sérios problemas mentais poderia ter feito esta lei antitabaco. E só uma Assembleia de deputados incompetentes e sem coragem nem vontade própria a poderia ter aprovado. É uma lei à medida de um país de polícias e de enucos."

Jorge Sampaio

Diário de Notícias, 13.1.08

"Como dizia, há uns anos, um americano que conheci, especialista em saúde pública "num país tão pequeno como o vosso, o problema não é de saúde, é de transportes."

Litério Marques (Presidente da Câmara de Anadia)

Diário de Notícias
24.1.08

"Disse-me de forma clara que me responsabilizava por tudo o que acontecesse à tripulação e ambulância, danos e agressões, por ser o presidente da Câmara e da Protecção Civil". (A propósito de uma conversa telefónica com Correia de Campos)."

A remodelação

No passado dia 30 de Janeiro, iniciou funções uma nova Ministra da Saúde, em clima de elevada expectativa quanto à política sectorial até ao termo da legislatura.

Expectativa dos que querem e dos que não querem a reforma da saúde.

Expectativa das populações, das autarquias e das forças políticas.

Expectativa das instituições de saúde e, particularmente, do Serviço Nacional de Saúde.

Expectativa dos profissionais e agentes económicos.

Acima de tudo, expectativa dos doentes.

O nosso sistema de saúde atravessa um período difícil.

Os constrangimentos financeiros são indiscutíveis, mas as reformas não são compreendidas nem aceites pelas populações.

Pela primeira vez, desde a revolução de Abril de 1974, movimentos de cidadãos de grande dimensão manifestam-se na rua em oposição à política de saúde.

A Saúde, normalmente instrumentalizada pelos Governos para fins eleitorais, está a transformar-se no principal instrumento das oposições.

A nova Ministra, a par da sua formação académica, tem uma larga experiência profissional em instituições e serviços de saúde, que lhe conferem à partida condições para um exercício bem sucedido do cargo político para que agora foi designada.

O sector de farmácias já manifestou à Senhora Ministra a sua disponibilidade para colaborar activamente na reforma da Saúde em todos os domínios em que exerce a sua actividade.

Assinámos com o Governo, em 26 de Maio de 2006, um compromisso político sobre a reforma no sector de farmácias.

Esse compromisso deve ser integralmente cumprido, conforme previsto, até ao termo da actual Legislatura.

Há legislação já publicada que contrariou o espirito e a letra desse Compromisso ou que teve consequências absolutamente contrárias aos objectivos nele preconizados.

Justifica-se uma reflexão objectiva sobre algumas soluções legais.

A traficância de interesses em que se transformaram os concursos para instalação de farmácias nos hospitais carece de uma intervenção política prioritária.

O País carece de serenidade no sector da saúde e de sucesso nas reformas.

Entendemos que é possível fazer mais e melhor, através de novas soluções, com os mesmos recursos humanos e financeiros.

Desejamos à Senhora Ministra da Saúde o maior sucesso no exercício das suas funções, em beneficio do País e dos doentes.

João Cordeiro

HARTMANN
Tensoval®
duo control
A dupla opinião que o deixa mais seguro.
INOVAÇÃO MUNDIAL
Tensoval® duo control. Sente e ouve.
HARTMANN
Duo Sensor Technology
A medição da tensão arterial, tão fiável como no consultório médico!

CRIAMOS PROJECTOS DE RAIZ de farmácias

PROJECTAMOS MONTRAS DINÂMICAS E ATRACTIVAS

A montra é hoje em dia um dos componentes de comunicação mais importantes numa Farmácia e tem uma forte implicação no aumento do número de vis tas realizadas ao interior do estabelecimento, incrementando as vendas.

A nossa equipa de profissionais têm em conta todos os factores que valorizam, captam e dão visibilidade aos produtos expostos. Apresentamos soluções com os mais diversos temas, maximizando os seus resultados.

OFERECEMOS-LHE UM PROJECTO CHAVE-NA-MÃO:
Aconselhamento, Planeamento, Elaboração de Projecto, Simulação e Execução da Montra.

Lisboa
Beloura Office Park - Edifício 10
Quinta da Beloura
Sintra, Portugal

Porto
Rua Eugénio de Castro
Porto, Portugal

Coimbra
Centro Empresarial de Taveiro
Estrada de Condeixa
Taveiro, Portugal

Espanha
Valencia, España

consisfarma