

Farmácia Portuguesa

BIMESTRAL • Nº 176 • JULHO/AGOSTO '08



Vacine-se Contra
a Gripe na Sua Farmácia

Campanha traz um contributo de qualidade

João Neto em entrevista depois de Pequim
O judo como paixão, a farmácia por profissão



HARTMANN



Tensoval[®]

duo control

INOVAÇÃO
MUNDIAL

A dupla opinião que o deixa mais seguro.



Tensoval[®] duo control. Sente e ouve.



A medição da tensão arterial, tão fiável
como no consultório médico!

Editorial	5
30º aniversário da Farmácia Portuguesa 30th anniversary of Farmácia Portuguesa	6
Departamento de Apoio aos Associados Associates Support Department	8
Entrevista com Ana Miranda Interview with Ana Miranda	14
Flashes	20
Entrevista com João Neto Interview with João Neto	22
Campanha Vacine-se Contra a Gripe na Sua Farmácia Vacin against flew at you pharmacy campaign	26
Privados ameaçam serviço público? Private sector is a treath to public service?	30
Congresso da Plataforma Plataforma Congress	32
Centro das Ciências da Vida e da Saúde do Porto Life Science and Health Center in Porto	36
Primeiras jornadas Alliance Healthcare Alliance Healthcare first meeting	40
Crioestaminal - medicina preventiva Crioestaminal - Preventive medicine	46
Novo Formulário Galénico Português New Portuguese Compounding Formulary	48
Museu da Farmácia Pharmacy Museum	52
Consultoria fiscal Tax consultancy	56
Consultoria jurídica Law consultancy	58
Informação Terapêutica - Hiperactividade Therapeutical Information - Hiperactivity	62
Informação Terapêutica - Alzheimer Therapeutical Information - Alzheimer	70
Informação Veterinária Veterinary Information	78
Noticiário News	80
Cursos de formação Courses	90
Cartoon	91
Reuniões e Simpósios Meetings and Simposia	92
Desta Varanda From this balcony	93



26 Campanha Gripe UM CONTRIBUTO DE QUALIDADE

Contribuir para o aumento da cobertura vacinal contra a gripe é o objectivo da campanha programada para o mês de Outubro. Uma iniciativa que servirá de rampa de lançamento para o novo serviço farmacêutico de administração de vacinas na farmácia.

22 Entrevista O JUDO COMO PAIXÃO, A FARMÁCIA POR PROFISSÃO

João Neto não trouxe de Pequim uma medalha, mas não se sente frustrado: acredita na sua boa prestação e na dos restantes judocas portugueses. Em hora de balanço, pondera o rumo da sua vida: ou continuar na alta competição ou dar os primeiros passos na profissão de farmacêutico.

Governo baixa preço de genéricos



O governo voltou a introduzir alterações no regime de formação do preço dos medicamentos comparticipados, quer dos que são sujeitos a receita médica, quer dos que são de indicação farmacêutica.

As alterações, aprovadas em reunião do Conselho de Ministros de 14 de Agosto, vão ter repercussões directas sobre o preço dos medicamentos genéricos, que sofrerá uma redução na ordem dos 30 por cento.

A nova legislação, publicada em Diário da República, com Portaria n.º1016-A/2008, substitui o estabelecido no decreto-lei n.º 65/2007, entrando em vigor a 15 de Setembro.

Em consequência dos novos preços, a ANF recomenda aos associados que procedam ao ajustamento dos stocks de genéricos, reduzindo-os ao mínimo necessário, e que regularizem, no mais curto espaço de tempo, todo o receituário pendente que envolva aqueles medicamentos.

A decisão do governo de voltar a baixar o preço dos medicamentos – recorde-se que o havia feito há cerca de um ano – será, naturalmente, alvo de avaliação e decisão da ANF. Dessa posição e do impacto desta medida, a Farmácia Portuguesa fará eco em próximo número.

PROPRIEDADE



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 ANA PATRÍCIA RODRIGUES
Email: ana.rodrigues@anf.pt

Telef. 21 340 06 50

PRODUÇÃO



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

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

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

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

ASSINATURAS

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

POWERED BY
Boston Media

IMPRESSÃO E ACABAMENTO
RPO - Produção Gráfica, Lda.

Depósito Legal n.º 3278/83

Periodicidade: Bimestral
Tiragem: 5 000 exemplares

Distribuição



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

www.anf.pt

Um texto politicamente incorrecto



Deve a revista de uma associação patronal de farmacêuticos referir, em editorial, a situação interna da Ordem dos Farmacêuticos?

E aproveitar a ocasião para tecer observações à condução dos destinos da maior organização da classe, existente em Portugal?

Correndo o risco de ser acusado de estar a aparecer num campo que não tem a ver com a minha função de director desta revista, e que também sou movido pelo sentimento de derrota que tive de assumir em resultado das eleições de 2007, às quais concorri integrando outra lista, mesmo assim vou pronunciar-me. A importância do tema e a transparência das convicções, estão pois na origem da elaboração deste comentário.

A Ordem dos Farmacêuticos, à qual a totalidade dos nossos leitores diplomados pertencem, teve eleições no ano passado tendo ganho, para os órgãos nacionais, uma lista lide-

rada pela candidata Prof. Doutora Maria Irene Noronha da Silveira. As eleições foram mais disputadas que o habitual, tendo surgido duas listas de âmbito nacional e uma regional independente no Porto.

Do resultado das votações, surgiu um espectro político, na direcção nacional, com três programas diferentes. Esse facto, fazia-nos esperar um esforço de conjugação notável e resultados, ao nível de uma união dos profissionais, também notável. Infelizmente não foi isso que nos temos vindo a aperceber.

A primeira assembleia geral realizada em Março de 2008, veio chumbar os documentos apresentados no Relatório de Actividades e Contas. Na mesma altura demitiu-se um dos membros da direcção nacional e outro suspendeu funções.

A importância destas tomadas de decisão é agravada pela situação de saúde da Bastonária, que não lhe per-

mitiu deslocar-se com a assiduidade necessária, comprometendo o seu desempenho e que se traduz agora na sua renúncia.

Tivemos então o órgão executivo da Ordem com 4 membros de origem, o que era o mínimo exigível para tomar decisões com quorum. Com a vice-bastonária a assumir o lugar da Prof. Doutora Irene Silveira, este número reduz-se, mas a coerência e eficácia da equipa são postas à prova.

A amizade e a solidariedade que sempre uniram os membros da direcção desta revista a alguns dos actuais colegas dirigentes da Ordem, não pode impedir as palavras de preocupação usadas neste texto.

É a imagem e a capacidade de afirmação que estão em causa para os farmacêuticos.

Francisco Guerreiro Gomes

30º aniversário da Farmácia Portuguesa

É entre os anos de 1994 e 1999 que prossegue o olhar retrospectivo sobre o sector que a Farmácia Portuguesa se propôs para assinalar o seu 30º aniversário. Um olhar assente nos sucessivos editoriais que, neste período, reflectiram o sentir da ANF e, com ela, das farmácias face aos acontecimentos e políticos que marcaram a Saúde em Portugal.

Dos cinco anos agora em foco emerge uma certeza: a de que o sector sempre esteve na mira de críticos que, de diversos quadrantes da sociedade, se empenharam em denegrir a imagem das farmácias, mas também a certeza de que as farmácias sempre resistiram a essas ofensivas, mantendo-se unidas e coesas.

Nas páginas de Farmácia Portuguesa está igualmente patente o papel social das farmácias. A começar pelas campanhas de promoção da saúde, com a revista a assinalar, em 1994, o primeiro aniversário – e o sucesso – do programa “Diz não a uma seringa em segunda mão” e a dar conta, em 1998, do envolvimento na substituição narcótica com metadona.

O compromisso com a valorização profissional do sector é também visível – dois momentos merecem destaque, o da organização do congresso mundial da FIP em Lisboa, em

1994, e o do desenvolvimento das Boas Práticas de Farmácia, no ano seguinte.

Este foi, aliás, um ano de grande movimentação associativa: a ANF perfez duas décadas de existência, uma comemoração acompanhada de eleições. Os farmacêuticos foram também chamados a eleger os novos órgãos directivos da Ordem, para os quais saíram dos elementos da direcção da ANF: João Silveira para o cargo de bastonário e Francisco Guerreiro Gomes para presidir à Secção Regional de Lisboa.

Uma eleição que permitiu ao presidente da ANF atestar, em editorial, a sua confiança no futuro da profissão. Não confiança, mas expectativa, foi o sentimento que exprimiu, no número de Setembro/Outubro desse ano (1995) com a nova política de saúde, com a qual se comprometeu a colaborar ainda que sem prescindir da

defesa dos legítimos interesses das farmácias.

Um ano depois essa expectativa esvaía-se: João Cordeiro denuncia o “diálogo impossível” com a tutela e uma “política do absurdo”, em que os atrasos nos pagamentos ao sector se tornam crónicos. E no final de 1995 dá-se conta da revisão do acordo com o Ministério da Saúde: depois de negociações difíceis, não se conseguiu o melhor acordo, mas o possível.

O acordo foi, aliás, um pretexto recorrente para a ofensiva contra a associação: no editorial com que se abre o ano de 1996, são desmontados os argumentos de quem via na lei da propriedade da farmácia e no acordo um tratamento preferencial às farmácias. João Cordeiro recorda que o sector não vive de favores nem subsídios e aconselha os detractores a cuidarem da sua própria imagem em vez de denegrirem a dos outros. E denuncia o facto de a intensidade e frequência das críticas oscilar em função dos ciclos de oportunidade política.

Aos associados lança o repto de fazerem de cada balcão de farmácia um órgão de comunicação com a comunidade, funcionando como elementos activos na divulgação das posições do sector. Contra aqueles que – denuncia mais tarde, em editorial de Maio/Junho de 1997 – sonham com o fim da associação desde que ela constituída, procurando dividir para reinar. Um “fracasso absoluto”, pois a resposta das farmácias é “unir para resistir”.

Ainda nesse ano, outra questão recorrente predomina nas páginas de Farmácia Portuguesa – a escalada na despesa com medicamentos no SNS. A ele são dedicados editoriais sucessivos, denunciando os vícios de um sistema governando por um ministério que é como “um barco à deriva”.

Exemplo disso foi o novo projecto de receita médica, apresentado em 1998 e cuja principal motivação era abolir as vinhetas. Uma iniciativa “inacreditável”, como a classificou João Cordeiro, num país carente de uma profunda reforma na saúde: “Pelos vistos, fugimos dela”. E em vez de rigor fomenta-se a desresponsabilização, em vez de transparência o secretismo, em vez de progresso o retrocesso. A reforma estava cada vez mais longe e o sistema mais ingovernável.

Com as eleições de novo à porta – estava-se em 1999 – Farmácia Portuguesa faz um balanço da legislatura finda, para concluir que o programa eleitoral era positivo mas a governação deixou o Ministério da Saúde num caos, o SNS em autogestão. De tal forma que, no último dia, foram aprovadas alterações ao regime de abertura e transferência de farmácias, a confirmar como o rumo escolhido foi o das medidas fáceis.

Uma nota positiva ainda nesse ano, proveniente não do poder político mas daqueles a quem se destina a intervenção da farmácia – os utentes. Em dois estudos independentes, em- prestaram a sua confiança ao sector,

considerando que as farmácias são os serviços de saúde que melhor funcionam em Portugal. Resultados que não surpreenderam, mas levaram o presidente da ANF a deixar um conselho: aos demagogos, para deixarem de falar em nome do povo.



Departamento de Apoio aos Associados

A coesão no horizonte



Funcionar como um elo de ligação entre a Direcção da ANF e as Farmácias é a missão tradicional do Departamento de Apoio aos Associados. Mas os tempos mudaram e a sua intervenção também. E o gestor de associados assume-se cada vez mais como um agente de mudança, tendo a coesão do sector no horizonte.

O gestor tem de ser um agente da mudança. É assim que Nuno Flora, responsável pelo Departamento de Apoio aos Associados (DAA), sintetiza o novo paradigma da intervenção da equipa que dirige desde Junho de 2007.

No centro desta postura estão, naturalmente, as alterações legislativas a que o sector foi sujeito nos últimos dois anos, as quais abriram a porta à concorrência. Em consequência, a actuação do gestor de associados – o elemento de contacto directo com a farmácia – desenrola-se em múltiplas vertentes, quer sejam de cariz associativo, político ou profissional.

É uma nova realidade, de facto, mas que não faz esquecer aquela que é a missão original do departamento – funcionar como elo de ligação e motor de

uma melhor comunicação entre a ANF e as farmácias. Cada gestor é responsável por cerca de duas centenas de farmácias, que visita, em média, duas a três vezes por ano.

A actualização informativa é o cerne das visitas programadas, que são desenvolvidas pelo departamento com a apresentação de temas específicos por cada Ciclo de Visitas, mas também em contactos telefónicos que são desencadeados sempre que necessário. Nuno Flora sublinha, a propósito, que o gestor está – e deve estar – sempre disponível para atender às solicitações das farmácias, respondendo-lhes directamente, se possível, ou encaminhando as questões colocadas para os respectivos serviços da ANF.

É uma comunicação em dois sentidos, em que o gestor apresenta às farmácias a estratégia e os programas associativos para o sector e nelas recolhe opiniões, dúvidas, questões sobre a forma como esses mesmos programas são implementados.

Há, por vezes, necessidade de uma intervenção mais personalizada, visando dar a conhecer os novos projectos da associação. Foi o que aconteceu, no início deste ano, com o Programa Farmácias



Anabela Lemos



Clara Morais



Eduardo Ferreira



Hugo Ramos



Hugo Reis



Margarida Pacheco



Maria João Afonso



Marisa Gomes



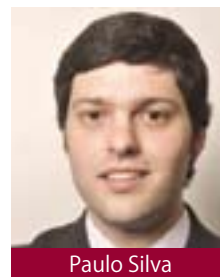
Marta Contente



Nuno Augusto



Patrícia Rosa



Paulo Silva



Pedro Silva



Rosa Inocêncio



Sofia Rito



Responder aos novos desafios

Portuguesas. A Direcção da ANF protagonizou sessões descentralizadas de apresentação aos associados, com o DAA a intervir numa fase subsequente, com contactos mais directos e próximos com as farmácias no sentido de as motivar para esta nova etapa estratégica para o sector.

Este é, no entanto, um trabalho que não se esgota nessas visitas, com o DAA a assegurar o acompanhamento do Programa, quer reforçando a mensagem, quer proporcionando formação ou esclarecendo dúvidas. É toda uma intervenção de suporte indispensável para que o projecto – este como outros já em curso ou em planeamento – atinja os objectivos definidos.

Criado em Maio de 2000, o Departamento de Apoio aos Associados tem crescido continuamente, ao ritmo dos novos projectos em que a associação está envolvida e dos desafios que o sector vai enfrentando. As suas áreas de intervenção são obviamente transversais aos serviços prestados pela associação e o objectivo é prestar um apoio contínuo à actividade da farmácia. A intervenção do DAA tem-se adaptado, por isso, aos novos tempos. A esta evolução não é alheio o novo quadro legal do sector, do qual resultou novos desafios mas também novas oportunidades. Neste tempo que leva à frente do departamento, Nuno Flora tem assistido a uma mudança na motivação dos associados, que se ressentiram das alterações dos últimos anos, mas que, actualmente,

estão comprometidos com uma postura de investimento, mais susceptíveis à inovação e expectantes quanto aos novos serviços farmacêuticos. Conhecer estas percepções é fundamental num departamento que se orgulha de também contribuir para a coesão do sector. Reformular o denominado projecto das visitas técnicas é, por isso, uma prioridade. Destinado inicialmente a, em conjunto com a farmácia, avaliar os parâmetros legais do seu funcionamento, este projecto deve evoluir para a avaliação de novos requisitos: trata-se de, como refere o responsável pelo DAA, trabalhar com a farmácia tendo como meta o aumento dos padrões de desenvolvimento profissional, nomeadamente ao nível dos serviços que presta, bem como potenciar a utilização das novas



ferramentas ao serviço do sector, por exemplo ao nível do marketing ou de informatização. O propósito, ressalva, não é inquiridor, é de aconselhamento, de orientação para a qualidade. É no mesmo contexto que se enquadra uma das missões mais recentes do DAA – acolher os novos filiados farmacêuticos e não farmacêuticos, mediante a realização de reuniões de boas-vindas, em que são apresentados os serviços da associação. Fruto igualmente da possibilidade de ser proprietário de mais do que uma farmácia ou da prevista abertura de novas farmácias em função da baixa de capitação, é também importante que o DAA projecte a intervenção que a ANF pode oferecer. A este nível, as possibilidades são múltiplas, incluindo a prestação de um serviço global de

suporte à instalação da farmácia ou de intervenções à medida, mais parciais, sendo que os associados poderão sempre beneficiar da mais-valia da associação enquanto facilitadora de contactos.

Na retaguarda da estrutura associativa

Como elo de ligação entre a associação e os associados, o departamento trabalha em proximidade com a estrutura associativa. Naturalmente que o gestor de associado não se substitui ao delegado (de círculo ou de zona), que possui a legitimidade de ter sido eleito, a ele cabendo a gestão política das matérias. Mas pode funcionar como uma espécie de secretário-geral do delegado, apoiado na qualidade da informação que

detém, nomeadamente na mobilização das farmácias para actividades de âmbito local ou nacional, no esclarecimento de questões sobre projectos associativos ou até mesmo no aconselhamento sobre a resolução de situações de conflito. Este trabalho passa naturalmente pela presença e acompanhamento dos delegados nas reuniões profissionais do sector, nas assembleias de círculo e nas assembleias gerais de delegados. A este nível deve realçar-se ainda a recepção e apoio aos novos delegados e o processo de elaboração das escalas de turnos de serviço, uma competência da estrutura associativa, que envolve também o DAA, em particular no suporte administrativo e de encaminhamento das propostas das farmácias às entidades responsáveis.

Uma grande mais-valia



Gabriela Plácido, proprietária da Farmácia Botto e Sousa, em Alhandra, pertence à estrutura associativa há mais de uma década. Quando começou ainda não existia formalmente o Departamento de Apoio ao Associado que reputa como uma importante base de apoio das farmácias e dos delegados. Com os vários gestores com que entretanto trabalhou manteve sempre uma “relação óptima”, assente numa postura de disponibilidade e numa “perspectiva de grande entajuda”.

Para Gabriela Plácido, o DAA constitui uma “grande mais-valia” para os delegados, sobretudo enquanto intermediários na circulação de informação. É a intervenção dos gestores que permite agilizar os mecanismos normais, transmitindo aos delegados informação actualizada e com rapidez.

“Sempre que surge alguma situação nova, imediatamente me contactam, o que me permite ficar desperta para essa realidade e com dados actualizados por forma a responder às farmácias e até às populações”. Essa informação é, posteriormente, reforçada nas habituais circulares emanadas da direcção da ANF, mas entretanto o DAA já facilitou o seu papel como delegada.

Também na gestão de conflitos – “duas ou três situações pontuais” – envolvendo as farmácias dos três concelhos do círculo (Alenquer, Azambuja e Vila Franca de Xira, a par das localidades de Arruda dos Vinhos e Arranhó) o gestor de associado se tem revelado útil. “Os contratempos têm sido resolvidos e prontamente se tem chegado a um bom entendimento”, sustenta Gabriela Plácido, embora ressalvando que tem pouca experiência neste domínio, dado que o círculo “é constituído por pessoas com grande capacidade de diálogo e muito assertivas”.

Uma equipa dinâmica

Dinâmica é a palavra-chave para falar da equipa do DAA. Desde logo pelas funções que lhe são atribuídas, mas também devido a uma lógica de renovação própria do departamento.

Actualmente, além do chefe de departamento, a equipa é constituída por dois coordenadores e 15 gestores. Destes, 14 estão no terreno, assegurando sete a cobertura do Norte e Centro e outros tantos a do Sul e Ilhas. Ao apoio aos novos associados e novos projectos do departamento está dedicado em exclusivo o 15.º gestor. Três assistentes de contacto completam a equipa.

Das melhores opções da ANF

É assim que Miguel Silvestre, delegado de círculo em Coimbra e presidente da Delegação do Centro da ANF, classifica a criação do DAA. É a sua experiência no desempenho das duas funções mas também como associado da ANF que justifica esta opinião: “Todos os gestores de associado com que tenho contactado têm sido incedíveis”.

“Estão sempre prontos para a ajudar” e a sua actuação extravasa o apoio normal que é próprio das suas funções. Do apoio à estrutura associativa, Miguel Silvestre recolhe o “modo natural e discreto” como intervêm e a forma como conciliam as missões acometidas a cada parte: uma mais técnica e outra mais política.

Destaca igualmente a relação



que os gestores de associado estabelecem, com capacidade para trabalhar em equipa e sem ultrapassar os limites próprios das diferentes funções: mais técnica a dos gestores, mais política a dos delegados. “Complementamos no terreno. Estão sempre preparados e respondem sempre que solicitamos”.

Como associado nota a forma eficaz e eficiente como o DAA actua. E como delegado evidencia a intervenção em momentos mais críticos. São como as farmácias – diz – “a qualquer hora do dia, sempre perto de nós”.

DAA tem valido por si

Eleita para um quarto mandato como delegada num dos dois círculos em que se divide o distrito da Guarda, Maria João Grilo acredita que o DAA tem valido por si. Diz mesmo que antes da sua criação não se sentia a falta de



um departamento com a missão de estabelecer a ponte entre a direcção da ANF e os associados, mas agora, oito anos volvidos, é indispensável.

“Passámos a ter alguém mais perto de nós, com quem podemos dialogar directamente”, salienta a proprietária e directora técnica da Farmácia da Sé. E é importante que haja esta relação próxima entre a associação e as farmácias: é uma base de apoio que se tem revelado muito útil.

Como delegada, considera que os gestores de associado têm a mais-valia de fazerem chegar informação mais atempadamente, além de que tem sentido sempre um retorno muito positivo na resposta a dúvidas e na resolução de problemas. “Empenham-se, há uma grande colaboração entre as duas partes”.

Uma colaboração no respeito pelas competências de cada uma: “É um complemento. Não há invasão de competências”. O que há é “uma relação óptima em todos os aspectos, que não é só profissional, é já de amizade”.

Intermediários na comunicação

É assim que Carlos Sá Esteves, proprietário da Farmácia Lima, em Braga, olha para os gestores de associado, com quem mantém “uma relação óptima a todos os níveis”. Como delegado de círculo, elogia a criação do DAA como instrumento da comunicação entre a direcção nacional e os associados. E é precisamente no



domínio da transposição da informação que destaca a intervenção dos gestores: “Aproveito a função e a disponibilidade dos gestores para fazer passar determinadas mensagens às farmácias do círculo”.

São intermediários no circuito da comunicação, agilizando-a, mas sem que haja qualquer conflito de funções: complementam-se.

Enquanto associado, reconhece as vantagens de um departamento que faz circular a informação, sobretudo “para aqueles colegas que estão mais afastados das decisões”. Reconhece igualmente a sua mais-valia na resolução de problemas: “O DAA faz todos os possíveis para que os problemas sejam resolvidos”.

Quando foi criado, já Carlos Sá Esteves era delegado de círculo. Então, a sua função era mais complicada, tendo beneficiado significativamente da nova estrutura. Daí que não hesite em considerar que este é um departamento “muito importante”.

Contributo das farmácias é notável



**Ana Miranda,
consultora científica
do CEFAR**

É consultora científica do CEFAR desde a primeira hora e é com admiração que olha para o contributo das farmácias e dos farmacêuticos para os estudos desenvolvidos. Em entrevista a propósito do Prémio Boas Práticas no Sector Público atribuído ao centro que coordena, Ana Miranda advoga a importância do registo e da melhoria de processos, defendendo a necessidade de a informação ser utilizada para gerar intervenção. Nas farmácias também.

Farmácia Portuguesa – O Registo Oncológico Regional do Sul, que dirige, foi distinguido com o Prémio Boas Práticas no Sector Público na categoria Melhoria de Processos. Que percurso conduziu a este prémio?

Ana Miranda – Os registos de cancro de base populacional existem noutros países europeus há décadas, alguns datam mesmo de 1920, mas em Portugal existiam apenas alguns registos de base hospitalar, até que a necessidade de informação conduziu à criação dos ROR (registos oncológicos regionais) por disposição legislativa de 16 de Janeiro de 1988.

O ROR - Sul, da responsabilidade do Centro Regional de Lisboa do Instituto Português de Oncologia, cobre uma população de 4,5 milhões de pessoas, numa área que inclui Lisboa e Vale do Tejo, o Alentejo, o Algarve e a Madeira. Esta dimensão torna-o um dos maiores da Europa.

Começámos em 1989 em suporte papel, recebendo informação de todas as instituições abrangidas. Não foi fácil convencer as pessoas a registarem sistematicamente, até porque não temos um espírito muito ordenado no que respeita ao registo de informação.

Em 1992, submetemos a criação de um simulacro de rede de informação a um programa comunitário, tendo sido financiados a 50 por cento. E, quando a rede informática da saúde ficou pronta, modificámos a nossa plataforma para podermos entrar.

Actualmente somos a maior rede no âmbito da saúde. E estamos sempre a evoluir. De tal forma que há dois anos submeti aos coordenadores do registo um projecto que tinha como principal objectivo criar o chamado caso único. Para isso a informação tem de circular, não pode ficar contida numa instituição.

Outro objectivo muito importante – e absolutamente inovador a nível internacional – visava a integração de dados. Trata-se de aproveitar o facto de termos um número único na saúde – o do utente – para ir buscar informação a outras bases de dados, integrando-a no registo. Estou a falar de informação sobre o diagnóstico, o tratamento, informação de qualidade pois provém de domínios, como o bloco operatório, em que o registo é obrigatório.

Decidimos, então, avançar para uma plataforma de registo de cancro por integração de bases de dados, o que vai servir para, no futuro, avaliarmos co-morbilidades, consequências do tratamento, ou para estudos de avaliação económica. Esta integração permite-nos seguir cada caso de tumor até ao óbito, mesmo que não seja por causa oncológica. Queremos avaliar resultados, identificar eventuais assimetrias e tentar perceber por que acontecem de modo a poder intervir.

FP – Num registo destes, e tendo em conta a posterior utilização dos dados, colocam-se decerto questões relativas à protecção de dados.

Como é que o ROR-Sul acautelou a salvaguarda dos direitos individuais dos doentes abrangidos?

AM – Começámos por elaborar um normativo para que as regras fossem claras e transparentes e para que todos saibamos a quem podemos disponibilizar a informação e que informação.

Neste momento, os dados estão acessíveis para os clínicos, afinal são eles que geram a informação. O registo corre na intranet da saúde, precisamente por conter informação sensível, em que a doença surge associada a uma pessoa. E o acesso implica uma autorização da gestão do registo e da Administração Central dos Serviços de Saúde. Só as instituições de saúde, ligadas à Rede Informática da Saúde, têm acesso – um médico no seu consultório privado não.

Devo salientar que o registo foi aprovado pela Comissão Nacional de Protecção de Dados desde o início, sendo todas as modificações submetidas. Assim aconteceu com a plataforma por integração de dados, que foi autorizada pela comissão.

FP – E o cidadão, o doente cujo processo consta do registo?

AM – O cidadão não pode aceder ao registo, o que pode é recusar que a informação seja recolhida. No IPO de Lisboa informamos sempre o doente, não sei se as outras instituições o fazem. Mas consultámos o colégio da especialidade de Anatomia

Patológica, da Ordem dos Médicos, para saber se, em termos éticos, era adequado ou não o acesso a essa informação. E foi-nos respondido que o interesse público se sobrepõe ao privado.

FP – Mas os dados são cedidos. A quem e em que condições?

AM – Eu defendo que a informação só é válida se circular, se for útil. Mas só cedemos informação agregada, constante das publicações. Nós somos o garante da inviolabilidade da informação. As instituições de saúde depositam essa confiança em nós e, de maneira nenhuma, cedemos informação sem que autorizem. Somos apenas os gestores da estrutura central, não os donos da informação. Os pedidos de dados que recebemos são, em grande parte, da comunicação social, o que se entende pois este é um tema actual, que interessa às pessoas, tanto mais que a oncologia é grande consumidora de recursos em saúde. Mas também cedemos informação para estudos concretos, para ensaios clínicos, para universidades. E até para suporte à tomada de decisão política.

Sistema de alerta é prioridade

FP - O ROR-Sul está à beira de completar 20 anos. Que balanço faz?

AM – Com a base de dados por integração demos um salto muito grande.

E eu estou convicta de que este é o caminho, não criar sucessivas bases de dados que consomem muitos recursos humanos.

Tanto mais que, a nível da saúde, existe a mais-valia que é o número do utente.

Ao enveredarmos por este caminho protagonizámos uma ruptura completa com a organização anterior, o que só traz vantagens, nomeadamente ao nível da actualidade da informação.

FP – E quais são as próximas prioridades?

AM – As nossas jornadas anuais, que fazemos sempre em Fevereiro aqui na ANF, constituem precisamente uma oportunidade para fazer o balanço e definir prioridades.

Neste momento, um dos nossos objectivos é a exploração exhaustiva do

registo, porque considero que uma das coisas mais importantes nestes sistemas é que não sejam um mero repositório de dados, mas que produzam, de facto, informação. E é isso que pretendemos.

Outro objectivo que gostava de prosseguir prende-se com a monitorização do cancro, o que passa por criar um sistema de alerta com geração automática de indicadores cujos resultados sejam dirigidos a diversos actores e que, uma vez interpretados, gerem actuação, intervenção.

FP – No fundo, trata-se da melhoria de processos, a mesma que valeu o prémio de Boas Práticas ao ROR-Sul...

AM – De facto, essa é uma questão que me preocupa. É que andamos todos a fazer o mesmo, quando podemos aproveitar o esforço de cada um e acrescentar alguma coisa.

Acontece muitas vezes, porque não nos debruçamos sobre o todo, temos visões parcelares. Mas, quando pensamos no todo, podemos ver como cada um intervém e assim melhorar o processo. Para que sejamos complementares e não supletivos.



Informação das farmácias é de qualidade

FP – O seu percurso tem sido centrado na investigação e no ensino. Como é que acontece a sua ligação ao CEFAR, como consultora científica?

AM – A minha colaboração remonta ao início do próprio CEFAR, por convite da sua primeira directora, Paula Martins. E envolve consultoria em investigação, concretizada na discussão de protocolos e na organização do processo de investigação, nomeadamente na selecção do modelo mais adequado aos objectivos de cada estudo. Participo também na validação de resultados e na revisão dos relatórios finais. A minha formação e a minha experiência centram-se nestes domínios, não só da investigação mas também da organização da informação.

FP – As farmácias são a fonte da informação utilizada nos estudos do CEFAR. Como vê esta participação?

AM – Devo dizer que considero notável o trabalho das farmácias a este nível, um trabalho desinteressado. O

seu interesse não é outro que não seja contribuir para o bem dos seus concidadãos, na medida em que contribuem para um estudo que vai produzir resultados que, em princípio, irão ser aproveitados para intervenção. Se não fossem as farmácias e os farmacêuticos o CEFAR não teria produzido os estudos que tem produzido e não seria tão reconhecido como é. As farmácias têm uma noção muito grande da importância da sua contribuição para a investigação. E a informação que fornecem é de qualidade. Contudo, talvez os resultados dessa investigação não estejam a ser tão aproveitados como poderiam. Na minha opinião, deve ser promovida ainda mais a utilização da informação para modificar a intervenção.

Também considero útil que se invista na divulgação dos resultados. Eles não podem ficar fechados, têm de ser discutidos e em primeiro lugar com os farmacêuticos, pois foram eles os produtores da informação. Penso que há essa necessidade e que há receptividade. É claro que tem custos, mas penso que os ganhos serão maiores. Em termos de motivação, mas até de modificação de estratégia. Afinal, são eles que têm a sensibilidade operacional. E sei que os que participam o fazem de alma e coração.

FP – De que modo é possível otimizar este contributo das farmácias para a investigação?

AM – É possível continuar a desenvolver estudos com qualidade na farmácia, mas talvez se possa utilizar melhor a base de dados das farmácias. Não sei se é viável, mas parece-me útil utilizar o sistema de registo da farmácia para, com um pequeno esforço adicional, obter mais informação para estudos pontuais.

Uma das dificuldades com que lidamos é o facto de não termos a garantia de que as pessoas são seleccionadas aleatoriamente. Se não o forem, obtemos um viés na amostragem, o que pode comprometer os resultados. É claro que os farmacêuticos, se o fazem, não é intencionalmente, é porque sabem que aquela pessoa lhes vai fornecer melhor informação do que outra, por exemplo. Mas será que o sistema informático da farmácia não pode dar um contributo para a selecção aleatória? Produzindo um alerta no momento da dispensa, ou abrindo um inquérito.

De qualquer das formas, é preciso ter consciência de que a participação nos estudos interfere com o dia-a-dia da

Um vasto currículo

Licenciada em Medicina pela Universidade de Lisboa, foi na Saúde Pública e na Epidemiologia que Ana Miranda desenvolveu o seu percurso académico. A começar pela Pós-Graduação em Saúde Pública, pela Escola Nacional de Saúde Pública, e a culminar no Mestrado em Epidemiologia, pela Faculdade de Ciências Médicas: entre estes dois marcos, sucedeu-se a participação em diversos cursos da especialidade, aquém e além fronteiras.

É, aliás, nestes domínios que tem assentado a sua experiência profissional, com a maior parte do seu trabalho, produzida no âmbito da investigação em doenças crónicas, em especial a oncologia, e no planeamento em saúde.

Foi na divisão de Epidemiologia da Direcção-Geral de Cuidados de Saúde Primários, onde trabalhou entre 1987 e 1989, que adquiriu experiência no processamento de dados, com o uso de algumas aplicações informáticas de construção de base de dados, de análise estatística. Uma experiência valiosa para a concretização e desenvolvimento do Registo Oncológico Regional Sul, que coordena desde a sua criação, em 1988.

Desde 1993 que é consultora para a área da Epidemiologia do Centro de Estudos e Avaliação em Saúde – CEFAR – da Associação Nacional das Farmácias.

Como investigadora tem dado o seu contributo a múltiplos projectos, nomeadamente: “Estudo sobre factores de risco dos tumores raros”, financiado pelo programa PRAXIS XXI (estudo europeu do qual é investigadora principal), “Estudo Caso Controlo sobre Factores de Risco de Tumores da Pele”, financiado pela Comunidade Europeia, e “Projecto de Melhoria da Qualidade e de disponibilização da informação do Registo Oncológico Regional Sul”, financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian no âmbito do Serviço de Saúde e Desenvolvimento Humano.

Como complemento da sua actividade de investigação dedica-se ao ensino, leccionando Epidemiologia na Escola Nacional de Saúde Pública, no Mestrado de Epidemiologia na Faculdade de Ciências Médicas, nos ciclos de formação em Oncologia organizados pela Maternidade Alfredo da Costa e nos cursos de actualização em Oncologia organizados no hospital de S. José.

Preside, desde 2005, ao Conselho de Investigação do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, onde está sediado o ROR – Sul. Tem publicados e/ou apresentados cerca de 60 trabalhos de investigação.



A participação nos estudos interfere com o dia-a-dia da farmácia e decorre em regime de voluntariado.

farmácia e decorre em regime de voluntariado. É necessário ter uma grande consciência do seu papel social e do seu contributo para a sociedade.

FP – Os estudos promovidos pelo CEFAR têm-se dirigido a doenças crónicas e outros problemas de saúde pública. Que novos domínios poderiam ser explorados?

AM – Penso que era importante seguir as novas moléculas que entram no mercado, estudar a sua utilização. E isso só é possível com as farmácias. Sabemos que as novas moléculas são mais caras e que têm de ser utilizadas adequadamente. Juntando a dispensa e a prescrição num mesmo projecto, seria possível monitorizar a terapêutica. Porque sem o diagnóstico só se conseguem perfis de prescrição ou de utilização, mas é importante conseguirmos os perfis terapêuticos. Penso que poderá ser uma oportunidade de colaboração entre a farmácia e a rede de médicos-sentinelas, que, aliás, já tem colaborado com o CEFAR.

FP – Enquanto membro da comunidade científica, ainda que consultora do CEFAR, como o vê enquanto centro de estudos?

AM – Todas as unidades de investigação têm um percurso de ascensão, depois de consolidação e novamente de desenvolvimento. O CEFAR tem naturalmente essa fase de ascensão, mas depois houve alguma conturbação. Penso que, com a actual direcção (liderada por Suzete Costa), se desenvolverão novas estratégias. Estou segura de que haverá um novo impulso.

Temos poucas unidades de investigação e não nos podemos dar ao luxo de as desperdiçar. E que, me recorde, não existe mais nenhuma unidade com as características do CEFAR. Se não fosse o CEFAR muitos estudos não se teriam feito e muita informação não seria conhecida.

Foi importante que a ANF, uma grande casa pela qual tenho muitíssimo respeito, o tivesse criado e mantido.

Registo do Registo

- O ROR - Sul foi criado, tal como os demais registos oncológicos regionais, por disposição legislativa de 16 de Janeiro de 1988.
- Agrupa todas as instituições públicas de saúde das regiões de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve e Madeira, recolhendo, processando e tratando informação sobre os casos de tumores malignos.
- Abrange uma população de 4,5 milhões de pessoas.
- Integra cerca de 380 mil casos, sendo que se registam 19 mil novas entradas por ano.

Automedicação

França: 217 medicamentos em self-service nas farmácias

A agência francesa do medicamento (Afssaps) apresentou a lista de 217 medicamentos de automedicação que, a partir de 1 de Julho, os utentes podem escolher nas prateleiras do lado de fora do balcão das farmácias, e que inclui 19 medicamentos homeopáticos e 12 à base de plantas. Na sua maioria, trata-se de analgésicos, antitússicos, antigripais, antiácidos, produtos para a cessação tabágica, e vitaminas. A Afssaps refere que a segurança foi o critério que esteve na base da elaboração da lista, que pode ser alterada sem recurso a legislação. O Governo prevê que a comparação de preços promova a concorrência no sector e a baixa dos preços, e assegura que o farmacêutico está disponível para aconselhar e informar.

In SCRIP News, 4/07/2008

Contrafacção

Comissão Europeia propõe formas de combater a contrafacção de medicamentos

Com vista a contrariar o elevado risco para a saúde pública resultante da contrafacção dos medicamentos, a Comissão Europeia propõe a adopção de nova legislação sobre os lotes, o rastreio dos medicamentos, a proibição da reembalagem, e controlos mais rigorosos sobre a cadeia de distribuição. A Comissão expressa também o seu apoio à iniciativa IMPACT da OMS.

Em 2007, a apreensão de medicamentos contrafeitos aumentou 51% na União Europeia, num total de 4 milhões de produtos, sobretudo com origem na Índia. Segundo a Comissão, os medicamentos representam 5% do total de apreensões, num total de 2.045 ocorrências.

As apreensões de cosméticos e produtos de cuidados pessoais contrafeitos cresceram 264%.

In OTC bulletin, 31/03/2008; SCRIP News, 28-30/05/2008

Automedicação

Preço e acessibilidade dos medicamentos não determinam automedicação

A indústria europeia de automedicação deve seguir estratégias diferentes, e em outros países, para poder crescer. A conclusão é da Nielsen, que inquiriu 28.000 consumidores em 51 países do mundo, através da Internet. Do estudo, resulta que o preço e a acessibilidade não estão entre as principais barreiras ao crescimento do sector da automedicação na União Europeia.

Conclui-se ainda que não existe um perfil de consumidor europeu típico: 25% está disposto a se automedicar aos primeiros sinais de uma afecção menor; 19% opta por consultar um médico; e 17% escolhe outras formas de tratamento. As razões invocadas pelos europeus para esperar ou evitar tomar medicamentos também não seguem um padrão definido.

In SCRIP News, 20/06/2008

Agora vai ter ainda mais da sua farmácia.



Chegou o cartão que lhe dá mais opções de pagamento.

Poder pagar as suas compras na farmácia a 3 meses, sem juros. Poder aceder às receitas cada vez que for necessário. Poder tratar assim os seus velhos familiares e proporcionar-lhes o melhor. Este é o tipo de serviço que vai passar a ter na sua farmácia. Basta ter o Cartão Farmácias Portuguesas. Também lhe damos o direito de crédito. Pagação do seu Cartão Farmácias Portuguesas é proporcional ao limite de crédito atribuído, independentemente do valor das compras na sua farmácia. Escolha o melhor para si.

- Opções de crédito de 3 meses, sem juros
- Crédito de crédito de uso universal
- Valido em todas as Farmácias Portuguesas



Farmácias Portuguesas
Ninguém o trata como nós.

O judo como paixão, a farmácia por profissão

João Neto
em entrevista
depois
de Pequim

Não trouxe de Pequim uma medalha, mas não se sente frustrado: acredita na sua boa prestação e na dos restantes judocas portugueses. Em hora de balanço, pondera o rumo da sua vida: ou continuar na alta competição ou dar os primeiros passos na profissão de farmacêutico.

Farmácia Portuguesa – Como avalia a sua prestação nos Jogos Olímpicos de Pequim tendo em conta que não conseguiu a ambicionada medalha?

João Neto – Não consegui uma medalha, mas sei que a podia ter ganho. Não fiquei frustrado. Penso que a minha prestação, sem ser deslumbrante, foi positiva. Perdi, por desempate, ao fim de oito minutos de combate. E perdi para o vice-campeão olímpico. É preciso dizer que o judo não é um desporto de marcas, não há um mais rápido ou um mais forte. Joga-se tudo no momento, no tapete. E o que se lê (nos jornais) não é o que se passa no tapete.

Além disso, no global, a participação portuguesa no judo foi das melhores de sempre. É verdade que em Sidney (nos Jogos Olímpicos de 2004) conseguimos uma medalha de bronze

(ganha por Nuno Delgado), mas este ano, em cinco judocas, conseguimos um sétimo lugar, três nonos e um 11º.

FP – São os portugueses que colocam a fasquia das expectativas muito alta?

JN – É verdade. Eu sinto isso, os portugueses têm muitas expectativas, depositaram muitas expectativas em nós. Esquecendo-se de que não somos atletas profissionais. Somos profissionais no tapete, mas atletas amadores. Não temos apoios. O Comité Olímpico Português dá-nos um subsídio quando temos possibilidades de ir aos jogos olímpicos, mas, comparado com os incentivos de outros países, não é nada de extraordinário. Sobre tudo para o nível de exigência e para as expectativas que

se geram. Noutros países, em que o judo é uma modalidade profissional, os atletas dedicam-se a 100 por cento. Não estudam, praticam de manhã à noite. Se em Portugal acontecesse o mesmo eu não estaria no sexto ano do curso de Ciências Farmacêuticas. E se tivesse estado quatro anos a trabalhar como trabalhei no último, tendo em vista os jogos, a minha participação em Pequim talvez fosse diferente.

FP – Foi esse desencanto que o levou a anunciar a possibilidade de abandonar a alta competição?

JN – Não é ainda uma decisão. Estou a ponderar. Neste momento, sou quarto ou quinto do ranking mundial. Para continuar com este nível de prestação e de resultados teria de me dedicar profissionalmente ao judo, mas, para isso, são necessários apoios de outra dimensão.

A política desportiva tem de mudar. Não há equilíbrio entre os resultados que trazemos para Portugal, entre o que nos pedem e o que nos dão. É verdade que temos boas condições de treino, de preparação, mas faltam os apoios directos e os incentivos de natureza financeira para nos podermos dedicar à competição.

Além disso, pessoalmente, não sei por quanto tempo mais consigo lidar com a pressão dos campeonatos. Mais um ano ou dois, não sei se os quatro que faltam para os próximos

jogos olímpicos (em Londres). Por um lado, fisicamente pode ser difícil manter esta consistência, mas, por outro, a experiência e o à-vontade são uma vantagem, podem fazer toda a diferença.

Ainda estou a ponderar. Vamos ver.

FP – Se abandonar a competição abandona o judo?

JN – Não, isso não. Vou continuar a treinar diariamente, pois é benéfico em termos de convívio e de descontracção após um dia de trabalho. Ajuda a limpar a cabeça.

Além disso, penso que posso dar um contributo importante na formação de outros atletas. Trabalhar com esperanças e juniores é uma possibilidade a equacionar.

FP – Como é que começou esta ligação com o judo?

JN – É uma ligação que já tem muitos anos. Surgiu aos oito, quando um primo me desafiou para experimentar a modalidade no ACM Coimbra. Fui, gostei e fiquei. Havia um bom grupo de trabalho, um bom ambiente.

Consegui logo resultados muito bons. Aos 12 fui campeão nacional na categoria de juvenis, depois integrei a selecção de esperanças e, a partir daí, fui construindo uma carreira.

Passei para a selecção nacional e há oito anos atingi o topo da modalidade.

FP – Se a continuidade desta carreira é uma incógnita, o mesmo não se pode dizer da licenciatura...

JN – Retomá-la é uma prioridade para Setembro. Já fiz o estágio e só me faltam quatro cadeiras para terminar. Depois tenciono exercer a profissão para que andei a estudar estes seis anos.

FP – Em farmácia de oficina ou noutra área?

JN – Apesar de ter feito o estágio em farmácia de oficina, penso que é uma área onde é muito difícil pôr em prática o que se aprende nos seis anos. Na minha opinião, ao balcão o farmacêutico é subaproveitado. É redutor, se pensarmos que a prescrição traz todos os elementos necessários e que o sistema informático nos alerta para os riscos de interacção e outros. Eu sei que, por via dos novos serviços, há possibilidade de uma maior intervenção, mas tenho de reconhecer que a farmácia de oficina não é o domínio que mais me atrai. Talvez como proprietário e director técnico, porque permite outros desafios, nomeadamente o de gerir uma equipa. Se a hipótese de adquirir uma farmácia me surgir não a vou deixar fugir. Sinto-me mais inclinado para trabalhar em investigação, na indústria. A Farmacologia foi, durante o curso, uma área que me fascinou bastante e que permite um trabalho mais



Perfil de um campeão

João Neto não trouxe de Pequim uma medalha, tendo-se classificado em nono na sua categoria, mas soma títulos desde os 12 anos. Aos 26, possui já um vasto palmarés de vitórias, de que se destacam:

- 1º no Campeonato da Europa, em Lisboa (Abril de 2008),
- 2º na Taça do Mundo de Tbilissi (Janeiro de 2008),
- 2º na Taça do Mundo de Birmingham (Setembro de 2007),
- 2º na Taça do Mundo de Roma (Abril de 2007),
- 1º na Taça do Mundo de Lisboa (Abril de 2006),
- 1º na Taça do Mundo de Minsk (Abril de 2006),
- 7º nos Jogos Olímpicos de Atenas (Agosto de 2004).

A competir actualmente na categoria de – 81 kg, João Neto é atleta do ACM Coimbra (T.N.) e do PSV Abensberg, clube profissional alemão.



aliciante. O mesmo acontece com a biotecnologia, um domínio novo em que se abrem boas perspectivas. Mas ainda nada está decidido.

FP – Como é que surgiu a opção pela licenciatura em Ciências Farmacêuticas? Esta é uma escolha que, com frequência, tem antecedentes familiares...

JN – De certa forma, foi o que aconteceu comigo. Não temos uma farmácia na família, mas o meu avô foi professor da Faculdade de Farmácia e a minha avó era farmacêutica num laboratório. Nenhum dos meus pais seguiu este caminho, são ambos professores. Mas eu fui desenvolvendo uma paixão pela área da Saúde e ainda coloquei a hipótese de seguir Medicina. Só que há todo um lado de contacto com a vida humana que me levou a colocar esta hipótese de lado e a optar por Farmácia. São cursos que se complementam e que partilham áreas do conhecimento, nomeadamente ao nível do diagnóstico. E

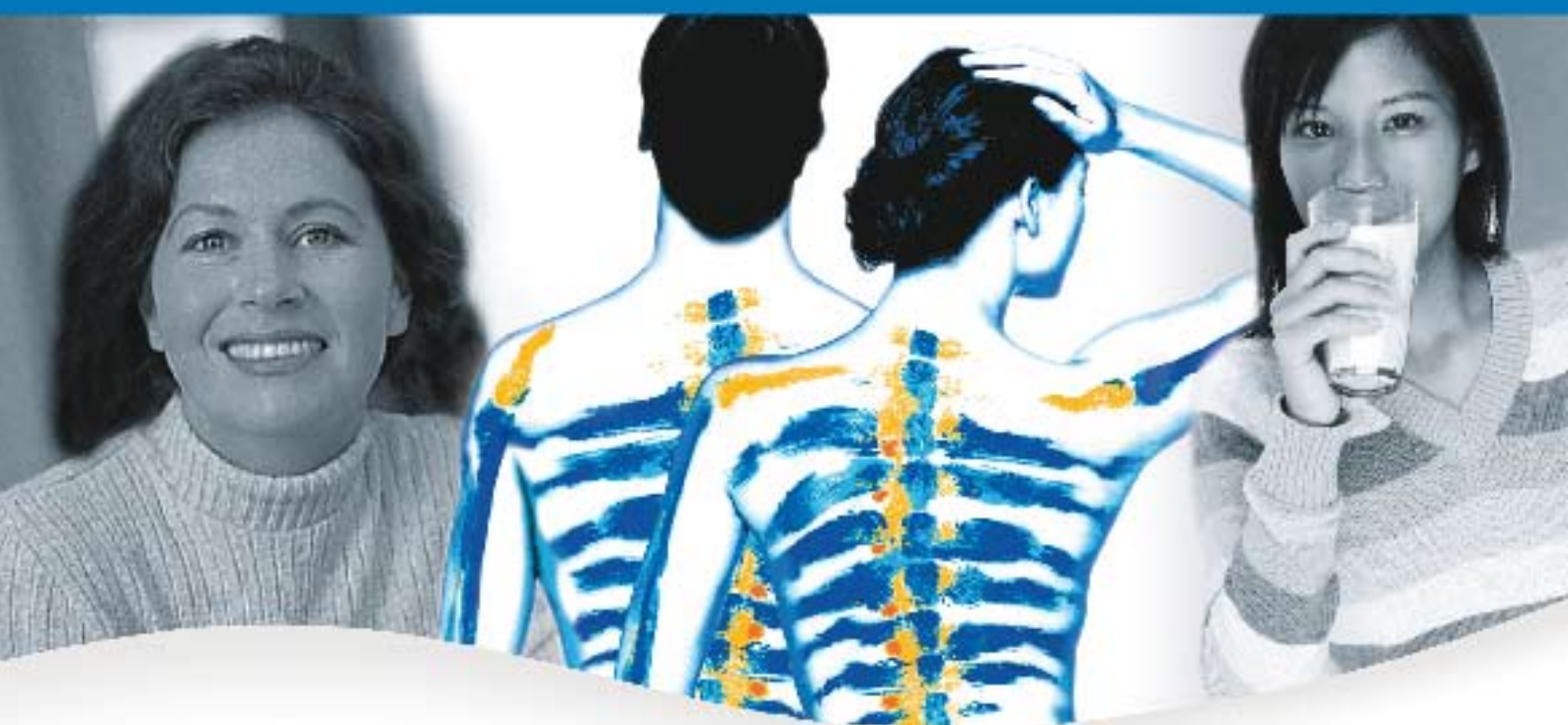
não estou arrependido, apesar de ter deixado o curso um bocadinho para trás para me dedicar ao judo. Em termos de resultados, de assiduidade às aulas e de participação nas práticas houve algum prejuízo: não podia ser de outra forma, com treino duas vezes por dia, todos os dias. Mas a verdade é que passei a todas as cadeiras e só me faltam quatro.

FP – E depois de concluídas qual será o seu rumo profissional?

JN – Admito que ainda estou indeciso. Tenho de reflectir muito antes de tomar uma decisão. Mas também depende das propostas.

FP – Entre o judo e a Farmácia, é uma opção entre coração e razão?

JN – Não coloco as coisas assim. Gosto das duas coisas. Mas no judo atingi um nível de excelência que nunca vou alcançar na farmácia. No judo sou dos melhores do mundo e na farmácia apenas mais um farmacêutico.



Osteocare®

para uma estrutura óssea saudável

O primeiro suplemento completo de cálcio

O cálcio é essencial para ajudar a manter a estrutura óssea saudável, assim como a vitamina D, necessária para a sua absorção e metabolização. No entanto, a maioria das pessoas ignora que o magnésio, o zinco e outros minerais são igualmente essenciais.

Osteocare® foi especialmente formulado para ajudar a manter uma estrutura óssea saudável.

Dos comprimidos de **Osteocare®** por dia fornecem a dose diária recomendada de cálcio, magnésio e vitamina D, e ainda de zinco, manganês, selénio, cobre e boro.

Osteocare® fornece diariamente mais cálcio do que 1 litro de leite gordo e mais magnésio do que 2 l de leite, mas sem gorduras, açúcar e calorias.

Assegurar uma ingestão adequada de cálcio é essencial em todas as idades, especialmente para crianças, mulheres durante a gravidez e amamentação, durante e após a menopausa, e idosos, na prevenção da osteoporose.



Apresentações: • Comprimidos (emb. 30 e 90)
• Líquido – sabor à laranja

Campanha

Vaccine-se Contra a Gripe na Sua Farmácia

Um contributo
de qualidade

Contribuir para o aumento da cobertura vacinal contra a gripe é o objectivo da campanha programada para o mês de Outubro. Uma iniciativa que servirá de rampa de lançamento para o novo serviço farmacêutico de administração de vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação na farmácia.

A dispensa e a administração da vacina completam-se com o aconselhamento

As farmácias voltam a ser chamadas a cumprir aquele que é o seu desígnio profissional e social: a promoção da saúde pública. Desta vez, o objectivo é a imunização contra a gripe, no intuito de aumentar a cobertura vacinal entre a população, oferecendo as melhores condições de qualidade e segurança na administração da vacina. É com esse propósito que a ANF propõe às farmácias associadas a campanha “Vaccine-se Contra a Gripe na Sua Farmácia”, cujo horizonte temporal é o mês de Outubro, aquele em que deve ocorrer, preferencialmente, a vacinação contra a gripe. Contudo, esta vacina pode ser administrada até ao final do Inverno.

A campanha prevê que a intervenção farmacêutica abranja duas franjas dos utentes da farmácia: por um lado, os indivíduos adultos com prescrição de vacina contra a gripe e, por outro, os que, embora pertencentes a grupos de risco, que beneficiariam com a imunização, não apresentem prescrição médica.

Aos primeiros – e de acordo com as recomendações do Departamento

de Programas de Cuidados Farmacêuticos – deve ser proposta a vacinação na farmácia aquando da dispensa da vacina, marcando-se dia e hora para o efeito (de acordo com o horário do serviço na farmácia). A administração da vacina, seguindo os procedimentos técnicos adequados, deve ser seguida do registo de vacinação na farmácia.

O registo será, aliás, matéria-prima para que o CEFAR avalie o impacto do serviço de administração de vacinas na farmácia.

Ao utente deve ser entregue um cartão de registo de vacinação devidamente preenchido, com a recomendação de ser guardado junto do Boletim de Vacinas do SNS.

A dispensa e a administração da vacina completam-se com o aconselhamento, devendo ser fornecido ao utente um folheto sobre a gripe. Este material informativo é igual ao produzido e utilizado pela Direcção-Geral de Saúde na campanha nacional de sensibilização para a vacinação contra a gripe. Uma escolha justificada pela importância da

harmonização de conteúdos e mensagens. Aliás, as recomendações da ANF para esta iniciativa, bem como para o serviço de administração de vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação (PNV), seguem as directivas emanadas da DGS para os demais pontos de vacinação, nomeadamente centros de saúde e enfermagem.

Uma segunda linha de intervenção ao longo do mês de Outubro dirige-se a indivíduos pertencentes a grupos de risco mas sem prescrição médica para a vacina. São pessoas pertencentes a uma franja da população que habitualmente não vai ao médico mas que, pela proximidade e acessibilidade, recorrem à farmácia, beneficiando do aconselhamento farmacêutico.

Aproveitando esta mais-valia, a equipa da farmácia deve informar sobre a gripe e suas consequências, sobre o tratamento e a prevenção e, em concreto, sobre os benefícios da vacinação. E nesse sentido deve ser recomendada uma consulta médica para eventual prescrição da vacina.



Rampa de lançamento

Esta é uma campanha com horizonte temporal definido – o mês de Outubro, aquele em que, preferencialmente, deve ocorrer a vacinação contra a gripe.

No entanto, a intervenção proposta não se fica por aqui: a administração desta vacina pode prolongar-se por todo o Inverno, até Março, correspondendo ao período de maior incidência da infecção pelo vírus *Influenza*.

Além de que a imunização contra a gripe não esgota a intervenção farmacêutica neste domínio: ao abrigo da Portaria n.º 1429/2007, de 2 de Novembro, as farmácias passaram a poder prestar um serviço de administração de vacinas não incluídas no PNV, um serviço considerado de conveniência para o doente no que respeita à acessibilidade mas também à qualidade e segurança.

Assim, a par da vacina contra a gripe, as farmácias podem administrar vacinas pneumocócicas, contra infeções pelo Vírus do Papiloma Humano, contra a Hepatite B e A (individualmente ou combinadas), a varicela, a febre amarela, a febre tifóide (isolada ou combinada com a da Hepatite A), a raiva, a encefalite da carraça, o herpes zóster e o rotavírus.

As recomendações da ANF, após análise jurídica e técnica dos requisitos e das condições adequadas para, no estrito cumprimento da lei, proporcionar um serviço com garantia de qualidade, rigor e segurança constam numa Brochura sobre a Administração de Vacinas na Farmácia. Inclui recomendações quanto ao espaço, aos equipamentos e materiais para administração da vacina e para o tratamento de reacção anafiláctica.

Benefícios claros para o utente: com toda a comodidade, passa a poder adquirir e receber a vacina contra a gripe, mediante apresentação obrigatória de receita médica, depois outras desde que não incluídas no PNV.

Formação indispensável

O serviço de administração de vacinas na farmácia deve ser prestado por profissionais legalmente habilitados. Assim, a farmácia pode recrutar individualmente enfermeiros ou recorrer à bolsa de prestadores desenvolvida pela RHM em parceria com a ANF. No que respeita aos farmacêuticos, a ANF recomenda formação específica, ministrada pela Escola de Pós-Graduação em Saúde e Gestão. Foram concebidos dois cursos: um sobre administração de vacinas e outro sobre suporte básico de vida, este já constante da oferta formativa anual da escola.

Com duração de dia e meio e da responsabilidade de formadores farmacêuticos, médicos e enfermeiros, reconhecidos e idóneos, o curso de administração de vacinas dotará o farmacêutico dos conhecimentos teóricos e práticos para a sua intervenção profissional neste domínio. Já agendada para o mês de Setembro, e com sessões descentralizadas, esta acção caracteriza-se por uma forte componente prática, com treino real orientado para a administração da vacina propriamente dita, mas tam-

bém para a eventualidade de uma reacção anafiláctica.

A mesma preocupação está subjacente ao curso de suporte básico de vida, concebido de forma a que, no final, os participantes sejam capazes de responder eficazmente a uma situação de emergência de paragem cardio-respiratória. São acções complementares, daí que seja proposta a frequência deste curso na tarde do segundo dia do curso de administração de vacinas. O objectivo foi otimizar a formação, mas também a participação dos formandos, concentrando-a em dois dias. Naturalmente que os farmacêuticos que já tenham frequentado este curso não carecem de repetir a formação, bastando dela fazer prova se solicitados.

A adesão ao novo Serviço de Administração de Vacinas nas farmácias é, obviamente, voluntária, em função de estarem, ou não, reunidas as condições necessárias para a sua efectivação. Condições já válidas para a campanha "Vacine-se Contra a Gripe na Sua Farmácia".

Esta é, no entanto, uma oportunidade valiosa para reforçar o papel

da farmácia e do farmacêutico na comunidade. Com benefícios claros para o utente: com toda a comodidade, passa a poder adquirir e receber a vacina contra a gripe, mediante apresentação obrigatória de receita médica, e depois outras desde que não incluídas no PNV, no mesmo local. Com garantia de que a cadeia de frio se mantém estável desde a produção à administração da vacina e, portanto, sem risco de ver quebradas as garantias de qualidade, eficácia e segurança.

E nas Farmácias Portuguesas os aderentes ao chamado "cartão das farmácias" beneficiam ainda da possibilidade de rebate de 90 pontos pelo Serviço de Administração da vacina contra a gripe (até Março de 2009).

Para o farmacêutico, esta é mais uma oportunidade de alargar a intervenção profissional, contribuindo, neste caso concreto, para o aumento da cobertura vacinal da população. E porque a farmácia é um espaço de saúde em que os cidadãos confiam, é também mais uma oportunidade para demonstrar que essa confiança é merecida e recíproca.

política de saúde

Privados ameaçam



A polémica surgiu com a divulgação do Relatório da Primavera do OPSS: nele se sustenta que o sistema privado de saúde só é viável porque financiado pelo Estado. Os operadores contestaram de imediato e a José de Mello Saúde considera mesmo que o documento é revelador de um processo de intenções ideológico.

serviço público?

A conclusão que opõe os operadores privados da saúde ao Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) pode ler-se logo nas primeiras páginas do Relatório da Primavera, tornado público em Julho.

Na introdução, é reconhecida a mais-valia da oferta privada, mas defende-se a ideia de que “o sistema privado de saúde em Portugal continua, quase na sua totalidade, apenas a ser viável se financiado pelo Estado”. O “principal problema” é que - acrescenta o observatório - “enquanto o Estado está a financiar o sector privado, está a optar - porque os recursos são escassos - por não investir no sector público”. “Os custos de oportunidade são enormes. É o futuro do serviço público que está em jogo”.

A esta tomada de posição reagiram de imediato os operadores privados da saúde. Unânicos em classificar as conclusões do relatório como pouco rigorosas e até dependentes de ideologias, configurando mesmo um processo de intenções sem fundamento contra o sector.

É que, ao invés do que o observatório dá a entender, as ineficiências do sector público não se devem ao privado: antes pelo contrário, o sector privado é fundamental para melhorar o acesso, a qualidade e o serviço público na prestação dos serviços de saúde. Não são os prestadores pri-

vados que põem em causa o serviço público, mas sim o desperdício, a fraca eficiência na utilização dos recursos disponíveis, a não consideração das capacidades existentes no sector privado e a ausência de concorrência entre prestadores.

Riscos e incertezas

O futuro do serviço público de saúde está no centro deste relatório, conforme decorre do próprio título - “Riscos e Incertezas”. Um título que “reflecte as incertezas dos caminhos que o sistema de saúde está a percorrer e os riscos associados a estas incertezas”. Em função destas variáveis, o observatório considera “haver necessidade urgente de uma discussão profunda e de uma procura de decisões que permitam uma consolidação estratégica sobre o sistema de saúde português, sobre os seus valores e prioridades”. Isto sob pena de, dentro de cinco anos, se estar a viver num país em que o sistema de saúde dá “uma má resposta aos legítimos interesses dos cidadãos”.

Os riscos e as incertezas advêm, em grande parte, da “distracção crónica” do Estado face a aspectos fundamentais de transparência e organização do sistema. “A prática governativa da saúde, em geral, mantém-se ocupada na resolução

de problemas pontuais, como resposta à reacção dos profissionais, dos media ou dos restantes cidadãos utilizadores do sistema, não criando medidas que possam prevenir estas e outras situações”, critica o OPSS.

Sustentando este argumento, o documento defende que, “muito preocupado com a redução das despesas com a prestação de cuidados, em especial com a eliminação de gastos excessivos”, o Estado “tem tomado algumas decisões que têm também contribuído para um maior peso da participação dos cidadãos nesses cuidados”. E apresenta como “caso exemplar” a redução dos preços dos medicamentos acompanhada pela alteração dos critérios de comparticipação: “o Estado paga menos mas os cidadãos passam a pagar mais pelos medicamentos”. Neste relatório, pouco espaço é reservado ao sector do medicamento. Duas menções apenas: uma para as farmácias hospitalares de venda ao público, sobre as quais produz uma reflexão teórica na ausência de experiências implantadas no terreno, e outra sobre o projecto de dispensa de medicamentos por unidose, a propósito do que alerta para alguns riscos e defende a necessidade de comparar os seus benefícios com “outras causas reais de desperdício”.

plataforma



Congresso no décimo aniversário

Todos Juntos pela Saúde

É este o tema em torno do qual a Plataforma Saúde em Diálogo propõe reflexão no seu terceiro congresso: a congregação de esforços face a um mesmo destinatário – o doente. Na certeza de que este é um dos grandes desafios dos profissionais de saúde na actualidade, mas também um imperativo. Pela Saúde.

Foi em 1998 que a Plataforma Saúde em Diálogo se assumiu como aglutinadora de interesses, vontades e esforços em prol de uma saúde melhor para todos. Criada sob a égide da ANF, mas entretanto individualizada e desde 2005 detentora de personalidade jurídica, a plataforma tem feito do diálogo a matriz da sua intervenção, congregando sinergias para dar voz aos doentes e consumidores dos serviços de saúde.

Dez anos volvidos sobre a sua constituição, a plataforma agrega 29 entidades. No caminho já percorrido tem-se multiplicado em iniciativas que visam, por um lado, intervir ao nível do sistema de saúde e, por outro, promover a reflexão pública sobre esse mesmo sistema, suas potencialidades e vulnerabilidades do ponto de vista dos utentes e doentes.

Este é o propósito que esteve subjacente aos dois congressos já realizados e que volta a presidir ao terceiro congresso: de 19 a 20 de Setembro, em Lisboa, a Plataforma Saúde em Diálogo lança o desafio de se reflectir sobre uma temática pertinente

– “Todos juntos pela Saúde”, que é, aliás, o que move a parceria solidária que lhe deu origem.

O desafio é de todos os sistemas de saúde e, em particular, do português. Haverá uma incapacidade para trabalharem em conjunto? Esta é a primeira questão para a qual se procurarão respostas neste congresso, a cuja sessão de abertura presidirá a ministra da Saúde, Ana Jorge. O cargo que agora ocupa é político, mas a sua carreira profissional assenta solidamente no exercício da Medicina, pelo que a união de esforços em prol da saúde é, certamente, uma questão a que é sensível.

Os desafios do presente

Para dissecar e aprofundar a “(In)Capacidade de Trabalharmos em Conjunto” – tema da conferência de abertura foi convidada a psicóloga Ana Maia: que barreiras se erguem entre os diferentes profissionais de saúde e como as derrubar serão al-

guns dos pontos a abordar e a discutir no debate que se seguirá.

A vocação integradora da plataforma estará em análise ainda na sessão da manhã deste primeiro dia, oportunidade para apresentar dez anos de intervenção e perspectivar os próximos, dando a conhecer as prioridades e os projectos em carteira.

Após a sessão de abertura, o congresso decorrerá sob a forma de painéis, o primeiro dos quais visará uma questão cada vez mais actual – a “Acessibilidade ao Sistema de Saúde”. Moderado por Joaquim Brandão, vogal do Conselho Directivo da Entidade Reguladora da Saúde, dará voz a Luís Pisco, coordenador da Missão para os Cuidados de Saúde Primários, que abordará “O Acesso a Cuidados de Saúde”, e a Hélder Mota Filipe, vice-presidente do Infarmed, que falará sobre “O Acesso ao Medicamento vs Segurança”. Ouvidas serão igualmente as perspectivas dos farmacêuticos, através de Margarida Maldonado, directora técnica da Farmácia Maldonado, que abordará as questões relaciona-

das com “A Farmácia no Sistema de Saúde”, e dos doentes, pelo olhar da Hepaturix, Associação Nacional das Crianças e Jovens Transplantados ou com Doenças Hepáticas.

Outra questão pertinente dará corpo ao segundo painel – “Iliteracia em Saúde: Melhor Informação, mais Saúde”. Isabel Loureiro, Professora Associada da Escola Nacional de Saúde Pública, assegurará a moderação do debate em torno do acesso à informação por parte dos doentes e utilizadores dos serviços de saúde.

Hoje em dia, os profissionais de saúde e as ferramentas por eles disponibilizadas estão longe de constituir as primeiras fontes de informação sobre saúde e medicamentos: a internet, nomeadamente, abriu novos horizontes numa época em que os cidadãos querem saber cada vez mais e deter cada vez mais poder sobre as decisões de saúde.

Mas será essa informação de qualidade e será a sua generalização benéfica? Sobre esta questão reflectirão Mónica Galo, directora da Direcção de Informação, Comunicação e Assuntos Externos do Infarmed, que se centrará na “Informação sobre Medicamentos”, e Vasco Prazeres, chefe da Divisão de Informação, Comunicação e Educação para a Saúde da Direcção-Geral de Saúde, que abordará a “Informação sobre

Saúde”. Finalmente, Maria do Rosário Zincke Reis, presidente da Alzheimer Portugal, e Mário Beja Santos, do Conselho Técnico da União Geral de Consumidores, debruçar-se-ão sobre como “Compreender a Informação”.

Perspectivar o futuro

Um jantar de beneficência encerra o primeiro dos trabalhos. Na manhã seguinte, o tema do congresso estará reflectido no terceiro painel – “Plano Nacional de Saúde: Mais Saúde para Todos”. José Pereira Miguel, presidente do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge será o moderador do debate que se seguirá às três intervenções programadas. O balanço do plano e os próximos dois anos serão apresentados por Maria do Céu Machado, Alta Comissária da Saúde, enquanto os seus principais desafios serão equacionados por Francisco George, Director-Geral da Saúde. A Francisco Beirão, presidente da Associação Portuguesa das Doenças do Lisosoma, e a Maria Eugénia Saraiva, presidente da Liga Portuguesa contra a Sida, caberá abordar os contributos da sociedade civil na concretização das metas

do Plano Nacional de Saúde. O que farão à luz da experiência da plataforma em alguns dos grupos de trabalho que convergem na sua implementação.

Com o repto lançado na conferência de abertura, a recta final do congresso será orientada para o futuro: “Como Podemos Trabalhar em Conjunto?” é a questão a colocar a representantes das diversas profissões da saúde – serão ouvidas as opiniões de um médico, um farmacêutico, um enfermeiro, um psicólogo, um assistente social e um voluntário, com o debate posterior a ser moderado pela jornalista Margarida Pinto Correia.

Das opiniões e das propostas evoluir-se-á para a experiência de quem há muito sabe como congregar esforços e vontades: Manuela Eanes, presidente do Instituto de Apoio à Criança, usará da palavra para falar sobre o “Modelo Ideal para Trabalharmos em Conjunto”, numa sessão de encerramento presidida pela Alta Comissária da Saúde.

Em ano de décimo aniversário, este terceiro congresso da Plataforma Saúde em Diálogo propõe-se abrir caminhos conducentes a uma meta comum para os profissionais de saúde e utilizadores dos serviços e cuidados de saúde. Mais do que promover a reflexão, trata-se de fazer germinar sementes de acção.

II CONFERÊNCIA NACIONAL DE FARMACOTERAPIA

17 DE OUTUBRO DE 2008 | TORRE DO TOMBO

COM O APOIO DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE FARMACOLOGIA

DOR UM PROBLEMA TERAPÊUTICO ACTUAL

ORGANIZAÇÃO:



ESCOLA DE
PÓS-GRADUAÇÃO
EM SAÚDE E GESTÃO

PARCERIAS:

anf
Associação Nacional de Farmácias

IPG
Instituto Português de Geriatria

IS
Instituto Superior de Ciências da Saúde
EGAS MONIZ

Para inscrições:

ESCOLA DE
PÓS-GRADUAÇÃO
EM SAÚDE E GESTÃO

Rua Marechal Saldanha, 1

1249-069 LISBOA

Tel.: 213406400

213406475/213406410

Fax: 213406759

Email: escola@anf.pt



**CAMPANHA
DE LANÇAMENTO**

INSCREVA-SE NA CONFERÊNCIA
E ADQUIRA O CD DAS CEFALÉIAS
COM **30%** DE DESCONTO



É inovador na abordagem que faz do ensino das Ciências da Saúde, ao juntar num mesmo espaço diversas valências formativas, derrubando os muros físicos e simbólicos de faculdades como a de Farmácia e Medicina. É um desafio, mas a combinação de saberes vai reverter a favor de uma formação e de uma intervenção profissional de valor acrescentado.

Centro de Ciências da Vida e da Saúde do Porto

A 25 de Julho último foi lançada a primeira pedra daquele que será um complexo inovador em Portugal – o Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Porto, um projecto com horizonte temporal no ano lectivo de 2010/11, altura em que receberá cerca de quatro mil alunos de licenciatura, mestrado e doutoramento.

Será então o culminar de um sonho e de uma ambição iniciados em 1998, quando o professor Carvalho Guerra presidia ao Conselho Científico da Faculdade de Farmácia e o professor Costa Lima ao Conselho Directivo. Um sonho e uma ambição perfilhados desde a primeira hora pelo professor Jorge Gonçalves, actual vice-reitor da Universidade do Porto.

O levantamento de necessidades cedo deu lugar a uma forte convicção de que a partilha de espaços e recursos era o caminho a seguir. De tal forma que os acontecimentos se sucederam a um ritmo mais intenso a partir de 2001, com o

Um desafio de mentalidades

lançamento de concurso público e a elaboração do projecto. Orçado em 30 milhões de euros, aguardou por financiamento público que, uma vez assegurado, lhe conferiu um fôlego definitivo. Com a construção a dar os primeiros passos, 2011 será o ano de demonstrar que esta foi uma aposta correcta.

Quem o diz, convicto, é o professor Jorge Gonçalves, acérrimo defensor deste complexo em que vão coexistir a Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto (FFUP) e o Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), a par de uma valência do Centro Hospitalar do Porto, no caso concreto do Hospital de Santo António, bem como um hospital veterinário para animais de pequeno porte.

O objectivo subjacente a este projecto, assente na proximidade do meio académico ao meio hospitalar, é “potenciar o que as duas escolas têm de melhor, de modo a que o resultado final ultrapasse o somatório de ambas”.

Assumem-se, assim, uma ruptura com a linha de pensamento que, a dada altura, considerou fundamental individualizar cada faculdade, fechando-as intramuros, a funcionar de uma forma espartilhada e estanque. Hoje – defende – as instituições de ensino afirmam-se pela qualidade da formação e dos serviços prestados pelos profissionais que formam, não por terem construído uma fortaleza com uma placa na porta.

Partilhar espaços e saberes

Partilhar espaços, neles reunindo as melhores condições para proporcionar a melhor formação, é o caminho, da combinação de saberes resultando o reforço das profissões. “Só assim é que faz sentido”.

E o que faz então sentido é que estudantes de ciências farmacêuticas e médicas se formem num ambiente de proximidade, aprendendo ao longo do seu percurso formativo a coexistir e assim se potenciando a neces-

sária interacção na vida profissional. Esta era – na óptica do vice-reitor da Universidade do Porto – uma lacuna. A interacção na formação constitui uma mais-valia com reflexos positivos na intervenção profissional. E essa ligação “faz falta”. A sua ausência era “particularmente sentida” na Faculdade de Farmácia, geograficamente isolada: a relação com outros profissionais de saúde acontecia tarde e era muito formal, muito rígida. É essa rigidez que o novo complexo vai eliminar. Os alunos não só vão interagir entre si, partilhando espaços, recursos, saberes, como vão estar, desde o primeiro momento, em contacto directo com o meio hospitalar: a vertente pedagógica e a vertente profissional vão conjugar-se ao longo de todo o percurso académico. E essa interpenetração acontecerá nas melhores condições formativas. No que respeita aos candidatos à profissão farmacêutica disporão de espaços dignos e adequados ao treino das diversas valências. No que respeita à farmácia de oficina será simulado

Um complexo inovador

O Centro de Ciências da Vida e da Saúde da Universidade do Porto é um complexo inovador por agregar, sob uma filosofia de partilha de espaços, recursos e saberes, a Faculdade de Farmácia e o ICBAS. É a seguinte a ficha técnica do empreendimento:

- Lançamento da 1ª pedra – 25 de Julho de 2008
- Prazo previsto para conclusão – Dois anos e meio a três anos
- Custos – 30 milhões de euros
- Área – mais de 36 mil m²
- Localização – quarteirão da cidade do Porto delimitado pelas ruas D. Manuel II, Jorge Viterbo Ferreira e Restauração e ainda pelas instalações do Hospital Santo António
- Autores do projecto – Arquitectos José Manuel Soares e Ricardo Alegre
- Valências – Faculdade de Farmácia, ICBAS, Pólo Ambulatório do Hospital Santo António e hospital veterinário para animais de pequeno porte
- Inauguração prevista – Ano lectivo 2010/11.



um ambiente que permitirá exercitar o relacionamento com os doentes, aplicando os conhecimentos adquiridos nas aulas teóricas. A farmácia hospitalar, as análises clínicas e a tecnologia farmacêutica beneficiarão da ligação directa ao hospital, o que possibilitará uma aprendizagem mais eficiente.

Será uma mais-valia para todos, o que leva o professor Jorge Gonçalves a comentar que “este é daqueles negócios em que todos ganham”. O optimismo e a confiança não o impedem, porém, de reconhecer que há desafios à vista. Serão os desafios próprios de passar a coexistência à prática. Depois de “algum isolamento e algum acomodamento”, em que as instituições têm vivido, admite que haja “algum desconforto inicial”, mas acredita que as dificuldades serão superadas.

Resistências já as houve, logo no

início do projecto, mas foram sendo vencidas à medida que as potencialidades iam emergindo. “É o que vai acontecer quando se começarem a aperceber de que esta partilha de espaços é um elemento facilitador, não perturbador.”

“Não podia deixar de acontecer”, porque o que está em causa é a formação e a profissão. E proporcionar uma excelente formação em Ciências Farmacêuticas, nomeadamente, não deve ser um objectivo apenas da Faculdade de Farmácia, mas da Universidade. Esta mensagem ainda não é completamente compreendida, o que explica alguma reserva à evolução deste modelo. É uma questão de mentalidade, mas o vice-reitor da Universidade do Porto acredita que, a partir de 2011, o Centro de Ciências da Saúde demonstrará que não fragiliza o ensino e a profissão, antes as fortalece.

GLUCOCARD

+ conforto
no controlo da diabetes

viva + a sua vida!

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

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



SISTEMA
GLUCOCARD **G+™**

Diabetes sob controlo



1^{as} Jornadas Alliance Healthcare

Uma parceria de sucesso



Uma parceria de sucesso – é assim definida a parceria que deu origem à Alliance Healthcare e de que a ANF é uma das protagonistas. Uma aliança com três anos assinalados numa jornada de debate e reflexão sobre os novos desafios de um mercado em plena e profunda transformação.



Cerca de duas centenas de participantes estiveram reunidos no passado dia 19 de Junho em Lisboa para assinalar três anos de uma parceria de sucesso: a que une a ANF e a José de Mello Participações II SGPS à Alliance Boots e se concretiza na Alliance Healthcare Portugal.

Uma parceria firmada em 2005, numa altura em que sobre o sector farmacêutico português sopravam fortes ventos de mudança. Foi desse contexto que falou o presidente da direcção da ANF, João Cordeiro, ao intervir no primeiro painel das jornadas, reservado à visão dos accionistas.

Essa mudança, ainda em curso, traduz-se na liberalização da venda dos MNSRM, na liberalização da propriedade da farmácia, na possibilidade de instalação de farmácias nos hospitais, na redução da capitação e das distâncias, na possibilidade de descontos nos preços dos medicamentos e na diminuição dos preços dos medicamentos e da margem das farmácias (que desceram por duas vezes, para valores inferiores aos dos países de referência, ao contrário da margem da indústria que cresceu e permanece superior à praticada naqueles mesmos mercados).

A este contexto as farmácias não poderiam deixar de reagir: os novos serviços – da administração de vacinas e primeiros socorros à utilização de meios auxiliares de diagnóstico e ao apoio domiciliário, entre outros – são o reflexo da capacidade de reacção do sector.

São também o reflexo de uma estratégia local prosseguida pela ANF e, como apresentou o presidente da direcção, assente em quatro pilares – associativo, político, empresarial e profissional. Situando-se na vertente empresarial – aquela que, afinal, conduziu à parceria com a Alliance – João Cordeiro justificou-a com a necessidade de defender a economia da farmácia, objectivo indissociável da prestação de novos e melhores serviços aos associados, garantindo a independência do sector em áreas essenciais.

Reforçar a credibilidade junto do sector bancário, obter know-how em todos os domínios da saúde directa ou indirectamente relacionados com a actividade farmacêutica e celebrar parcerias estratégicas com grupos empresariais credíveis, de modo a acautelar melhor o futuro e a independência da farmácia numa econo-

mia cada vez mais globalizada são os demais objectivos desta estratégia. O pilar empresarial da ANF cumpre-se em vários domínios – da distribuição farmacêutica aos sistemas de informação, da formação e inovação à saúde, passando pela área financeira, mediante a constituição de sociedades detidas a 100 por cento ou através de parcerias. Assim acontece com a Alliance Healthcare.

A associação mais empreendedora da Europa

Foi precisamente esta capacidade de reacção a um ambiente de mudança que atraiu a Alliance Healthcare para a parceria com a ANF. Isso mesmo sublinhou a responsável pela divisão Alliance Healthcare na Alliance Boots, Ornella Barra: "A ANF é a associação de farmácias mais empreendedora da Europa. O seu principal objectivo é defender e representar os interesses dos seus membros. A operação conjunta com a ANF reflecte a estratégia de longo prazo do grupo, em que a parceria com as farmácias e os produtores é um elemento chave.

Devido ao seu posicionamento, aos seus valores e princípios, a ANF representa o parceiro ideal para nós em Portugal”.

Nas palavras de Ornella Barra, o grupo tem todas as razões para se orgulhar desta parceria: “A Alliance Healthcare Portugal é verdadeiramente dinâmica. O seu negócio crescente é motivado pela inovação e pelo empreendedorismo”.

A dinâmica é, aliás, uma marca da Alliance Boots, cuja realidade actual apresentou aos participantes nestas jornadas. Um grupo que continua a expandir-se, na senda do seu objectivo – tornar-se um verdadeiro líder global. Este é um objectivo perseguido em várias frentes – através da Alliance Healthcare, que fornece produtos farmacêuticos a mais de 135 mil farmácias, médicos, centros de saúde e hospitais, da Alloga, especialista em logística presente em 24 países, da Alphega Pharmacy, rede de farmácias virtuais lançada em 2007 e já em expansão.

Outra das características do grupo é a inovação. Nela se inscreve um novo modelo de negócio – o Direct to Pharmacy, uma resposta às mudanças estruturais que o mercado farmacêutico está a sofrer. “O am-

biente vai ficar ainda mais difícil”, preconizou. Por um lado, “os mercados maduros estão sob pressão crescente por parte dos mercados emergentes, que crescem rapidamente”. Por outro, “o sector público está a exercer uma forte pressão sobre o sector farmacêutico”. A solução passa por “encontrar um equilíbrio entre a redução da despesa pública e a procura crescente de serviços pelos doentes”.

Ornella Barra fez ainda referência às alterações legislativas em curso em diversos países europeus, nomeadamente em Portugal. O sector – comentou – está a enfrentar “um verdadeiro big bang...”. Na sua opinião, o modelo tradicional de distribuição está sob ataque e os produtores estão a ser obrigados a mudar a sua forma de trabalhar. E a Alliance Healthcare tem sido a companhia mais activa na Europa em termos de identificar as suas necessidades: “Estamos não só a reagir a estas mudanças, como a antecipá-las, de modo a transformar os obstáculos em oportunidades”.

A responsável da Alliance Boots terminou a sua apresentação falando precisamente das oportunidades que se perspectivam em Portugal:

delas são exemplo o lançamento dos genéricos Almus, previsto para final do ano, bem como do recente lançamento da marca Alvita, da comercialização dos produtos Boots, dos solares Soltan e da linha de cuidados anti-envelhecimento Serum7. Destas marcas falou mais detalhadamente o director de Marketing e Desenvolvimento da Alliance Healthcare, Joaquim Fausto Ferreira, numa intervenção precedida pela do director-geral da Alliance Healthcare Portugal, Joaquim Simões, que apresentou a empresa e a sua estratégia.

Um mercado em transformação

As tendências do mercado farmacêutico actual foram afloradas na intervenção de Ornella Barra, mas coube ao orador seguinte, o presidente para a Europa, Médio Oriente e África do IMS Health, Adel Al-Saleh, caracterizar essa mudança e o impacto nos diversos actores do circuito.

Na sua opinião, são cinco as razões que tornam o mercado actual um desafio: um crescimento que passou de dois para um dígito, o declínio do peso dos dez principais contribuido-

res para o crescimento, os constrangimentos colocados pelos financiadores dos sistemas de saúde, os escassos resultados da I&D e a erosão dos produtos de marca a favor dos genéricos.

Cada um destes factores foi escalpelizado na apresentação de Al-Saleh, segundo o qual o mercado português não está imune ao contexto global, nomeadamente à quebra nos preços. Mesmo os genéricos, cujo volume está a crescer, têm sofrido uma diminuição nos preços. Apesar disso, continua a existir um potencial de crescimento, particularmente na Europa. Portugal não é excepção, tanto mais que o uso de genéricos ainda é diminuto por comparação com outros mercados.

A mudança no sector farmacêutico envolve uma inversão do peso dos diferentes actores, com os prescritores a perderem poder para os financiadores e os utentes do sistema. O responsável pelo IMS Health situou-se, em particular, nos métodos que os financiadores do sistema utilizam para controlar o acesso aos produtos, considerando que intervêm a três níveis – no da prescrição, impondo medidas de racionalização, no da procura, aumentando a despesa a

cargo dos doentes, e no do preço, através de medidas restritivas.

Esta pressão suscitou uma reavaliação dos modelos de actuação da indústria – novos esquemas de comercialização dos produtos, múltiplas fontes de inovação, maior enfoque na produtividade e na cadeia de fornecimento, exploração de novas fontes de crescimento.

A distribuição está igualmente a ser reinventada – através do comércio paralelo, da venda directa e do mais recente canal, o “direct to pharmacy”.

Quanto à dispensa, também ela se está a tornar cada vez mais multifacetada, com a farmácia de oficina a percorrer novos caminhos, como os cuidados ambulatoriais, o “mail order” e a unidose. O desafio é – segundo Al-Saleh – desenvolver o valor acrescentado da intervenção farmacêutica.

A terminar, o dirigente da IMS fez uma projecção, considerando que no futuro os medicamentos continuarão a crescer mas em áreas muito específicas, sendo que as farmácias continuarão a ser o principal canal de distribuição ainda que se assista a uma maior diversidade de canais. A excelência será o factor diferenciador.



Cristina Lopes



Joaquim Fausto



Joaquim Simões



Pascal Brenneisen

Criar valor, a visão da farmácia

Foi também de diferenciação que falou o vice-presidente da ANF João Silveira, ao intervir no terceiro painel, dedicado ao tema “Como tornar a Alliance Healthcare o distribuidor de referência para os seus parceiros”. Apresentando a visão da farmácia, João Silveira começou por enquadrar os motores das mudanças no sistema de saúde, do aumento da esperança de vida ao desenvolvimento de novas tecnologias, da contenção no financiamento ao poder acrescido de um doente/cidadão cada vez mais esclarecido, mais exigente e mais responsável.

Neste contexto situou a farmácia como um espaço de saúde diferenciado, com a diferença a ser marcada por características como a proximidade, a confiança, a organização, a existência de uma rede de competências e de uma rede tecnológica, mas também pelo papel do farmacêutico enquanto especialista e conselheiro.

Sobre a farmácia actual, o também membro do Fórum Europeu de Farmacêuticos definiu-a como um espaço de saúde e bem-estar do qual se pode esperar a mais-valia de uma atitude activa de dispensa de medicamentos, complementada pelo aconselhamento activo e pela disponibilização de serviços farmacêuticos cada vez mais diversificados.

A farmácia – sustentou – é um centro de prevenção e terapêutica assente em parcerias múltiplas – com os doentes, os médicos, a indústria, a distribuição e as autoridades. E porque a distribuição estava no centro destas jornadas, João Silveira elencou as várias vertentes em que se cumpre a aliança entre a ANF e a Alliance Healthcare: recursos humanos, produtos, serviços, informação e comunicação, recursos económicos e financeiros.

Assumindo o lema da Alliance Healthcare, “Tornamos a saúde mais próxima”, destacou que o objectivo é criar valor na cadeia de cuidados de saúde e, em particular, na cadeia do medicamento, tendo como beneficiário desse valor o doente.

Modelo em ruptura, a visão da indústria

Outra visão, a da indústria, foi apresentada por Cristina Lopes, da APIFARMA, em substituição da Sanofi-Aventis, cuja intervenção começou por caracterizar o mercado farmacêutico dos medicamentos: 4.217,9 milhões de euros em 2007, segundo dados da IMS, sendo o mercado ambulatorio responsável pela maior fatia (78% do total), com os MSRM a corresponderem a mais de três milhões (82,2%), contra cerca de 205 milhares dos MNSRM (6,2% do ambulatorio).

Ainda sobre o mercado, a representante da indústria farmacêutica apresentou a evolução dos medicamentos de marca e dos genéricos, quer em volume, quer em quota. Os de marca cresceram em volume (PVP) entre 2003 e 2004, mas a partir daí sofreram uma inflexão decrescente até 2006, ano em que se voltou a assistir a uma subida; já os genéricos cresceram continuamente em volume de 2003 a 2007. Quanto à quota de mercado, a dos medicamentos de marca foi decaindo, para 82,2% em 2007, por oposição à dos genéricos, que atingiu nesse ano os 17,9%.

Do contexto nacional, Cristina Lopes partiu para o europeu, abordando o que se discute actualmente na Europa, nomeadamente o sistema de codificação harmonizado, as importações paralelas e a contrafacção e cujos impactos abordou em pormenor.

Para o final da sua intervenção reservou a análise das relações entre a indústria e a distribuição: 2010-2014 será o período da reformulação absoluta do sistema, mas até lá “a indústria vai continuar a aumentar os custos e a diminuir os rendimentos”. Uma tendência que – preconizou – impõe uma “alteração profunda do modelo actual e a evolução para alianças/parcerias estratégicas. Promover ganhos na cadeia e garantir uma gestão mais económica são os objectivos.

O modelo actual – sustentou – evoluirá para venda directa às farmácias,

com os preços e descontos a serem da responsabilidade dos laboratórios, ou para um modelo misto, com recurso a um intermediário a quem pagará um fee por pack, para assumir um conjunto de serviços.

Genéricos, um mercado em ascensão

Outro olhar da indústria foi apresentado pelo director-geral da Sandoz Portugal, Pascal Brenneisen, que se centrou no mercado de genéricos. Um mercado que – salientou – continua a denotar um elevado potencial de crescimento, fomentado por mudanças a nível regulatório e legislativo, mas também a nível da prescrição e da dispensa: na sua opinião, a política de contenção de despesas vai estimular a prescrição por DCI e o direito de substituição. Também a pressão nos preços e comparticipações e a acção dos grossistas, com a criação de alianças estratégicas, contribuirá para o desenvolvimento do mercado de genéricos.

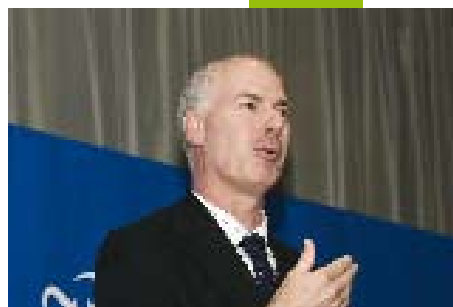
Para a indústria, este potencial é fonte de oportunidades, mas também de ameaças, com Pascal Brenneisen a considerar existirem ainda incertezas devido ao facto de se aproximarem eleições em Portugal e devido ao futuro papel da ANF num contexto de uma crescente complexidade do mercado.

O director-geral da Sandoz traçou

ainda uma perspectiva do mercado europeu de genéricos, considerando que existe um ambiente altamente competitivo, caracterizado, por um lado, pelo crescimento do volume de negócio e pela emergência de novos mercados e, por outro, pela pressão colocada nos preços e nas margens, pela existência de novos concorrentes e pela tendência para a consolidação.

Voltando ao mercado nacional, focou-se no papel da distribuição para defender a ideia de que a excelência nos serviços prestados aos clientes é a chave para o sucesso dos grossistas. Com benefícios para os produtores e para as farmácias. A terminar, enquadrando a Sandoz nessa filosofia de excelência, que a empresa oferece quer aos distribuidores, quer às farmácias.

Estas I Jornadas Alliance Healthcare encerraram com uma mesa redonda em que intervieram os oradores dos três painéis. Três anos de uma parceria de sucesso foi o mote do debate. E, nas palavras de Ornella Barra, “o futuro brilha” para esta aliança: “A nossa parceria com as farmácias portuguesas é mais do que estratégica – está nos nossos genes. Acredito que trabalhando em conjunto alcançaremos ainda maiores sucessos. Juntos estamos melhor colocados para aproveitar as oportunidades à medida que o mercado evolui. Juntos somos mais fortes”.



Michael Wheeldon



Adel Al-Saleh



Ornella Barra



João Silveira

Criopreservação de Células Estaminais



Uma aposta na medicina preventiva

Quando em finais de 2003 os pais do Frederico decidiram criopreservar as células estaminais do seu primeiro filho na Crioestaminal estavam longe de imaginar que essas células poderiam ser importantes no tratamento de uma imunodeficiência severa que o atingiu.

Foi em Fevereiro de 2006 que a Crioestaminal disponibilizou a amostra de células estaminais que tinha armazenado e que foi usada no transplante a que foi sujeito o pequeno Frederico de 14 meses no IPO do Porto. Cerca de 16 meses mais tarde, o Frederico encontra-se a recuperar muito bem e já faz a

vida praticamente normal de uma criança de 2 anos e meio.

Embora sendo uma tecnologia ainda muito recente, o caso do Frederico é um dos mais de 8000 transplantes efectuados até à data a partir de células estaminais do sangue do cordão umbilical para tratar um vasto conjunto de doenças do

foro hemato-oncológico. Como tal, faz todo o sentido promover o aproveitamento do sangue do cordão umbilical, o qual representa uma fonte de células com bastante interesse clínico e que, na maioria dos casos, continua a ser desaproveitada. Mas, se as aplicações actuais desta tecnologia já são significa-



tivas, o seu potencial no futuro não é menor, atendendo aos inúmeros trabalhos de investigação que estão a ser desenvolvidos um pouco por todo o mundo em torno desta área científica. Também a Crioestaminal tem vindo a desenvolver vários projectos de investigação no sentido de contribuir para o alargamento do leque de aplicações das células estaminais do sangue do cordão umbilical. O objectivo é comum, alargar o leque de aplicações das células estaminais do sangue do cordão umbilical que cada vez mais famílias decidem guardar para uma eventual utilização futura.

A Crioestaminal já recebeu o voto de confiança de mais de 20 000 pais que decidiram guardar as células estaminais dos seus filhos nos seus laboratórios.

Com as células guardadas, podemos contar com elas não só para responder às aplicações clínicas que hoje se conhecem mas também a todas as outras que resultarão dos avanços científicos e clínicos que irão ocorrer nos próximos 20 anos, período mínimo durante o qual as células se mantêm guardadas e disponíveis para utilização em transplantes. Convém não esquecermos, no entanto, novas áreas em franco desenvolvimento como são a tera-

pia celular e a medicina regenerativa que deverão também fazer uso das células estaminais do sangue do cordão umbilical.

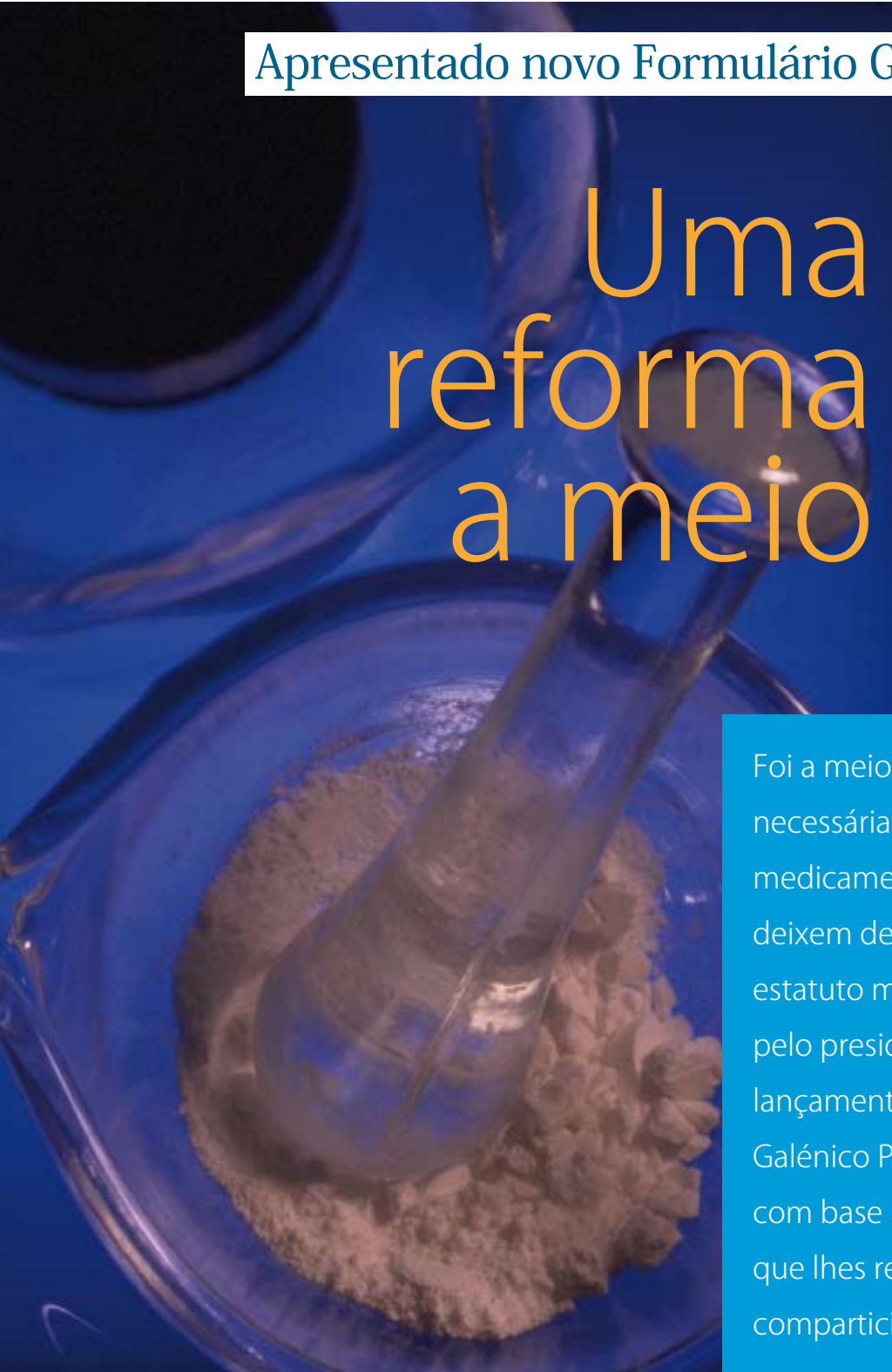
Nessa perspectiva e, novamente de forma pioneira, depois de também ter sido a primeira entidade privada a prestar o serviço de criopreservação de células estaminais em toda a Península Ibérica, a Crioestaminal lançou em Setembro de 2007 um desafio às farmácias portuguesas, dando-lhes a possibilidade de disponibilizarem o CrioKit, a caixinha que permite recolher as células estaminais do sangue do cordão umbilical e que, posteriormente, serão guardadas em azoto líquido por um período mínimo de 20 anos.

O CrioKit pode ser adquirido pela farmácia a um conjunto de distribuidores farmacêuticos com os quais a Crioestaminal estabeleceu um acordo e é disponibilizado aos futuros pais pelo valor de 115 euros. Adicionalmente, os pais que aderirem ao serviço, terão de pagar um valor de 1085 euros, por todo o processo laboratorial e pela criopreservação por 20 anos. Este valor pode ser repartido em suaves prestações mensais a partir de 23,41 euros.

Em Setembro de 2007 realizaram-se 3 sessões de apresentação da parceria, em Lisboa, Porto e Coimbra,

às quais assistiram várias centenas de farmacêuticos. Adicionalmente foram desenvolvidas acções de divulgação, foram efectuadas visitas às farmácias, foram distribuídos materiais de divulgação, entre outras acções... Estamos, apesar disso, conscientes de que muito mais haverá ainda por fazer para que as farmácias se sintam inteiramente à vontade para promover activamente o serviço de criopreservação de células estaminais. Contudo, feito um primeiro balanço, constatámos que a proposta de valor apresentada pela Crioestaminal foi reconhecida pelas farmácias, nomeadamente, a oferta de um serviço diferenciador e que reforça a sua imagem.

Do ponto de vista da Crioestaminal, os primeiros indicadores são também muito promissores, uma vez que foi dado um forte contributo para a democratização deste tema e para a aproximação da Crioestaminal aos seus potenciais clientes, os futuros pais. Reforçar esta ligação e a divulgação do serviço junto dos utentes da farmácia é o objectivo da Crioestaminal, pelo que, também não podíamos deixar de estar ao lado das farmácias com o Programa de Fidelização e estamos presentes na primeira edição do Catálogo.



Apresentado novo Formulário Galénico Português

Uma reforma a meio

Foi a meio que ficou a reforma necessária para que os medicamentos manipulados deixem definitivamente de ter um estatuto menor. A crítica foi feita pelo presidente da ANF durante o lançamento do novo Formulário Galénico Português. E sustentada com base numa legislação que lhes reserva um regime de comparticipação diferente.

Disponível pela primeira
vez em formato electrónico,
a par do tradicional
suporte impresso, o
formulário será sujeito a
actualizações periódicas.

Confirmando a aposta das farmácias portuguesas na credibilização e desenvolvimento dos medicamentos manipulados foi lançada a 17 de Junho uma nova edição do Formulário Galénico Português. Editada pelo LEF e coordenada por Paula Tavares, a obra, relativa a 2007, é orientada para a pediatria, incluindo formulações distribuídas por 40 substâncias activas e oito grupos terapêuticos.

Tendo como palco a sede da ANF, o lançamento do Formulário constituiu ocasião para o presidente da direcção, João Cordeiro, tecer críticas à estagnação da reforma da legislação que enquadra os medicamentos manipulados.

Na presença, entre outras individualidades, do presidente do Infarmed, Vasco Maria, e do presidente da Secção Regional de Lisboa da Ordem

dos Farmacêuticos, João Mendonça, congratulou-se pelo facto de Portugal dispor, desde 2004, de um enquadramento legislativo que, no global, “se pode considerar moderno e propício ao desenvolvimento dos medicamentos manipulados”: “Desde então, estes medicamentos deixaram de ter um estatuto menor face ao medicamento industrializado, tendo-se assegurado que a sua prescrição, preparação e utilização ocorresse em condições de qualidade, segurança e eficácia”.

Todavia, a reforma necessária ficou a meio. Porque a legislação continua a discriminar negativamente os medicamentos manipulados, atribuindo-lhes um regime de comparticipação diferente dos industrializados, sem nenhuma razão técnica ou económica que o justifique. E porque, além disso, nunca foi actualizada a lista de

medicamentos manipulados compatíveis pelo SNS, cujo suporte actual remonta a 1968.

Ora esta situação – denunciou João Cordeiro – “tem criado graves problemas na acessibilidade dos doentes aos medicamentos de que necessitam e para os quais, efectivamente, não há alternativas terapêuticas”.

A ANF tem reiteradamente apresentado esta questão junto do Ministério da Saúde e do Infarmed, organismo que mantém a intenção de constituir um grupo de trabalho pluridisciplinar visando proceder à actualização da lista de manipulados compatíveis. Mas da intenção à acção ainda não se passou e, ao fim de quatro anos, a verdade é que – criticou – “nenhuma actualização foi proposta ou aprovada pelo Ministério da Saúde”. Para a ANF, a situação actual “é insustentável”, tendo o presidente da

Para os farmacêuticos,
os medicamentos
manipulados não
são um regresso ao
passado.



direcção reiterado a disponibilidade da associação para participar activamente no processo.

Uma aposta no futuro

É que, para os farmacêuticos, os medicamentos manipulados não são um regresso ao passado, mas sim uma aposta no futuro. Ou não fossem estes medicamentos, muitas vezes, o único recurso terapêutico disponível e adequado às necessidades específicas de determinado doente ou grupo de doentes.

Conforme sublinhou o presidente da associação no lançamento da edição de 2007 do Formulário Galénico Português, a individualização que os manipulados permite é imprescindível em situações de adaptação de doses, na associação de diferentes substâncias activas, na optimização da formulação galénica, na modificação de características organolépticas

e na resposta a intolerâncias decorrentes da utilização de medicamentos industrializados. Com benefícios comprovados em áreas como a pediatria, a dermatologia, a geriatria e a terapêutica da dor.

Foi este entendimento que levou a associação a considerar como prioritário o investimento na formação e no apoio técnico e científico no domínio dos manipulados. Os primeiros passos foram dados em 1997, com a criação do CETMED – Centro Tecnológico do Medicamento, entretanto integrado no LEF. Uma decisão operacional mas que em nada diminuiu o relevo atribuído a este recurso terapêutico.

O objectivo foi e continua a ser valorizar a intervenção profissional das farmácias, mas sempre tendo em conta os destinatários primeiros dos serviços prestados – os doentes. É nesse âmbito que se enquadra a edição, desde 2001, do Formulário Galénico

Português, uma plataforma de apoio tecnologicamente avançada cuja edição mais recente está agora à disposição de farmacêuticos e médicos. Disponível pela primeira vez em formato electrónico, a par do tradicional suporte impresso, o formulário será sujeito a actualizações periódicas com a edição de monografias nas áreas da geriatria e da veterinária e com o desenvolvimento de formulários de prescrição, visando permitir uma maior cooperação entre os profissionais de saúde envolvidos.

O corolário deste investimento assumido pela ANF seria a revisão da lista de medicamentos manipulados comparticipáveis, fundamental para a melhoria das condições de acesso dos doentes a este importante recurso terapêutico. Isso mesmo sublinhou o presidente da direcção, João Cordeiro, na sessão de lançamento desta ferramenta de apoio à prática profissional.



TEMOS UM LUGAR RESERVADO PARA SI.

O país mudou e, com isso, mudou o sector farmacêutico e a saúde em Portugal. Entrámos numa nova Era, com novos desafios, novas conquistas e novos horizontes. Por isso, no 9º Congresso Nacional das Farmácias, que se realiza entre os dias 20 e 23 de Novembro no Centro de Congressos de Lisboa (antigo FLE), teremos o maior prazer em convidá-lo para debater o futuro das Farmácias e muito mais. Unidos vamos tomar esta 9ª. Oligéssia mais um sucesso na história do sector e da saúde em Portugal.

Para mais informações, contacte o Secretariado do 9º Congresso Nacional das Farmácias, através dos telefones 213 400 651 ou 213 400 650, ou envie-nos um e-mail para 9congresso@anf.pt.



Farmácias Portuguesas
Uma nova era para a saúde
em Portugal.



Importante colecção pré-colombiana
no Museu da Farmácia

O lado real da fantasia



O Museu da Farmácia possui uma importante colecção de artefactos pré-colombianos ligados à saúde e à farmácia. São peças que dão aos visitantes uma nova visão das civilizações mais antigas da América Central: é o lado real da fantasia alimentada pelos filmes da saga Indiana Jones.

Não são um mero exercício de criatividade as aventuras em que o actor Harrison Ford dá corpo ao impetuoso professor e antropólogo Indiana Jones. São fantasia é certo as imagens que agarram os espectadores ao ecrã a cada novo filme, mas essa fantasia alimenta-se de factos reais das civilizações pré-colombianas construídas

e destruídas nos territórios que hoje são, nomeadamente, de peruanos e mexicanos.

Neles começaram por habitar os olmecas, provavelmente a primeira de todas as civilizações do hemisfério sul, mas também os aztecas, os incas e os maias. De cada uma delas há testemunhos no Museu da Farmácia,

repositório de uma importante colecção de artefactos pré-colombianos ligados à saúde e à farmácia. O director do museu, João Neto, afirma mesmo que é, provavelmente, uma das melhores colecções de saúde a nível internacional, reunindo peças de cerâmica, ouro, pedra e madeira, símbolos de uma nova visão do mun-



do dada a conhecer pelos espanhóis. Foram eles que, imbuídos de um activo espírito de missão, contribuíram para o declínio das civilizações indígenas da América Central, destruindo testemunhos da forte relação entre o espiritual e o natural que faziam aqueles povos acreditar no poder dos deuses e das plantas para tratar, curar e até prevenir os males terrenos. Mas foram também os espanhóis que, posteriormente, fizeram renascer esses mesmos testemunhos, recuperando-os e assimilando-os.

Cópias dos códices originais, destruídos porque eram tidos como obra do diabo, acabaram por sair das memórias de um sobrevivente colocado ao serviço da coroa e do clero espanhóis. Desse esforço reconstutivo emergiu a constatação de que aqueles povos eram férteis no conhecimento e hábeis no manuseio das plantas

e dos venenos com fins medicinais. Destinavam mesmo um espaço próprio à venda desses produtos, embora não haja a certeza de que tivessem contornos aproximáveis aos de uma farmácia. O que é certo é que o culto dos deuses estava associado à prevenção e à protecção da saúde, sendo invocados para potenciar os efeitos dos produtos terapêuticos.

“Mergulho” nas origens dá sentido à colecção

Dos povos que habitaram as Américas na era pré-colombiana chegaram até à actualidade apenas a história, a antropologia e a arte. Do peso que a saúde tinha nestas culturas pouco se sabe. E foi em busca desse conhecimento que o director do Museu da Farmácia fez, há alguns anos, uma

viagem de prospecção e investigação pelo Peru, Chile e México.

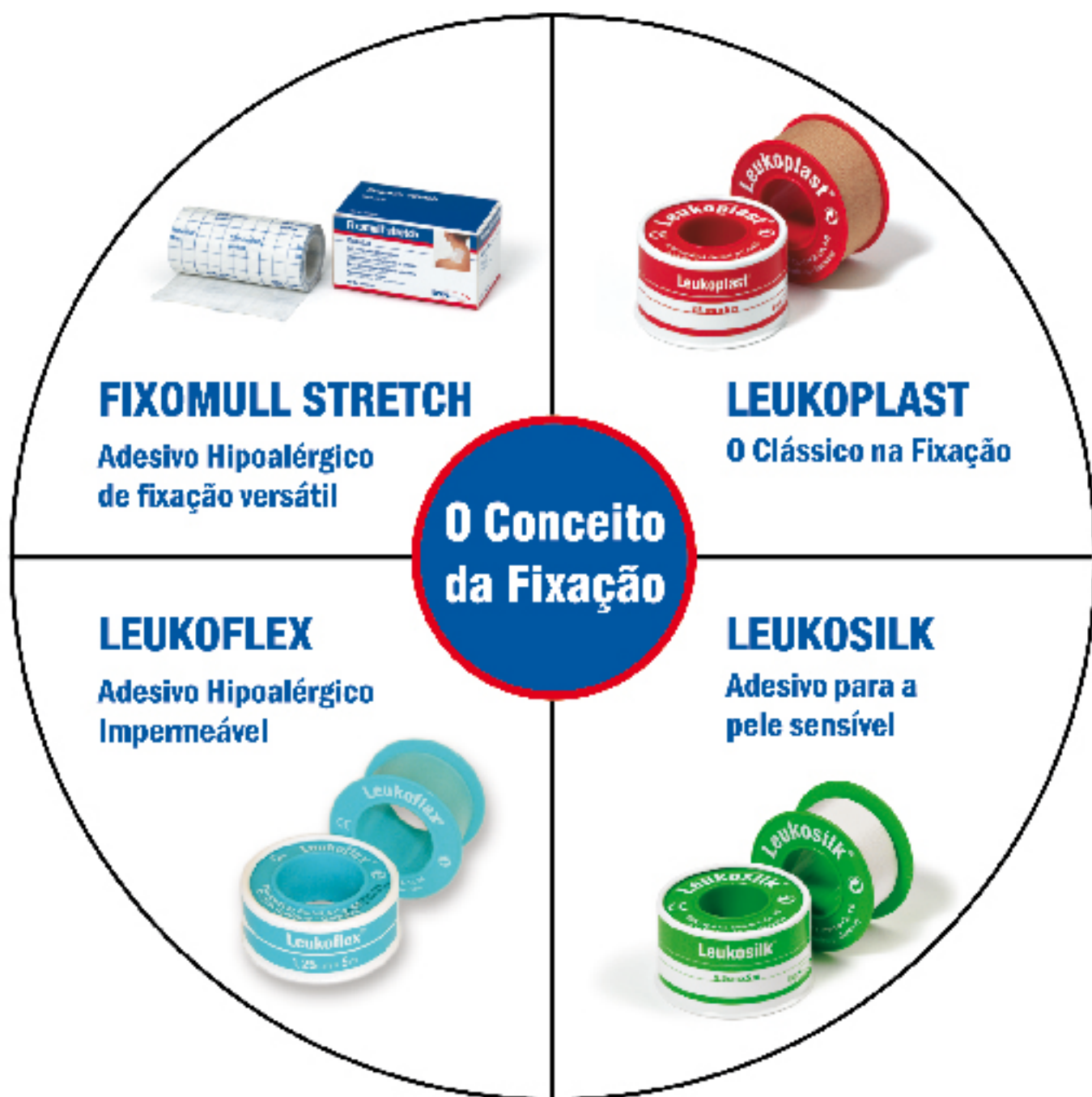
Não foi nos livros que encontrou o que buscava: “Foi preciso conhecer as culturas locais, falar com pessoas que mantêm bem vivas as memórias das suas raízes”. Esse diálogo ajudou João Neto a entender os objectos, a sua função e o seu simbolismo. Ajudou-o a perceber, nomeadamente, a predominância das rãs e sapos na decoração de vasos e outros utensílios: é que daqueles anfíbios se extraíam substâncias manipuladas em recipientes. Reteve igualmente a noção da importância da gravidez, do parto e do aleitamento: na morte da mãe durante o parto, o recém-nascido ficava protegido para a vida, como se tivesse sido tocado pelos deuses. Foram contactos que permitiram dar sentido à colecção e enriquecê-la, já que abriram horizontes para o interesse por um tipo diferente de peças.



Como uma peça azteca que revela o interior do corpo humano, mostrando uma dimensão surpreendente naquele povo: dela se extrai a confirmação de que, já então, o diagnóstico assumia uma importância muito próxima da que possui actualmente, com esta peça a simbolizar a importância de entrar no corpo humano para chegar à origem da doença e, através dela, alcançar a cura.

Não há nesta colecção uma caveira de cristal como a que Indiana Jones persegue no último episódio da saga. Mas há a imagem de um esqueleto, uma estátua na posição sentada, numa pose de espera e observação absolutamente natural. E que representa a importância do culto dos mortos naquelas civilizações. O esqueleto não era ali visto como o fim, mas como a continuação da vida. Daí que no dia de finados se iluminassem as casas, para acolher na família os familiares mortos.

São peças que permitem um regresso a um passado que tem tanto de histórico como de imaginário. Um passado com que os portugueses contactam cada vez mais, mercê de um crescente afluxo turístico aos países da América Central. Há um maior interesse por estas culturas atestado também nas visitas ao museu: a colecção surpreende os visitantes pela diversidade e valor das peças enquanto símbolos de uma época de ouro.



A Descida do IVA e os Produtos Farmacêuticos

Entrou em vigor no passado dia 1 de Julho a lei que reduziu a taxa normal do IVA de 21% para 20% (e de 15% para 14% para as operações localizadas nos Açores e Madeira).

Tal como se adivinhava, a redução da taxa de IVA não acarretou, no geral, uma descida dos preços em conformidade, tendo alguns comerciantes aproveitado – legalmente, entenda-se, a menos que o preço esteja sujeito a alguma condicionante de natureza legal ou contratual – para fazerem sua a margem correspondente à descida do imposto. Cumpre sublinhar, no

entanto, que o que à partida tenderia a ser encarado como uma situação de aproveitamento pode, no caso de alguns sectores da venda a retalho, ser o resultado de uma opção “forçada”, para evitar custos comerciais, motivada pelas dificuldades decorrentes das regras sobre a etiquetagem de preços. De facto, e de acordo com a legislação em vigor, todos os bens

destinados à venda a retalho devem exibir o preço de venda ao consumidor, devendo esta indicação ser feita por unidade (só os bens vendidos ao mesmo preço e que sejam expostos ao público em conjunto são objecto de uma única marcação).

A alteração ao preço de quaisquer bens deve implicar a modificação dos preços marcados nas respectivas eti-

Todos os bens destinados à venda a retalho devem exibir o preço de venda ao consumidor, devendo esta indicação ser feita por unidade.

quetas, ascendendo as coimas devidas pela violação destas regras a valores importantes. O que significa que o comerciante que pretenda fazer repercutir, no imediato, a redução da taxa normal do IVA nos preços praticados encontra-se obrigado a alterar os preços marcados, arcando, assim, com o consequente custo, seja no valor das etiquetas propriamente dito, seja no da afectação de recursos humanos para o efeito. É evidente que este problema é diferente em função da dimensão do estabelecimento comercial em causa, sentindo-se com maior acuidade, por exemplo, nas grandes superfícies comerciais. Mas poder-se-ia dizer que o custo com a (re)etiquetagem de que tanto se fala é um falso obstáculo à redução do preço, porque facilmente contornável, designadamente através da afixação de letreiros indicando que todos os artigos passariam a beneficiar de uma redução genérica de preço, na proporção da descida do imposto. Só aparentemente, porém, esta solução se afigura fácil e exequível. E desde logo porque impede, à partida, que sejam expostos novos produtos, a preços diferentes, aos quais não seja aplicável a redução genérica de preços, sem violação das regras sobre

indicação de preços; depois, porque não se afigura claro se essa solução se apresenta conforme às regras sobre as práticas comerciais de redução de preços; por fim, e ainda que menos relevante neste contexto, porque a taxa efectiva de descida de preço, em conformidade com a redução da taxa do IVA (na ordem dos 0,8264%), não se apresenta como uma taxa de fácil aplicação, sendo que o arredondamento para uma taxa de 1% implicaria que o comerciante, obrigado a entregar o IVA (incluído no preço total), suportasse a correspondente diferença. Nota-se, ainda, que, de acordo com a legislação em vigor, os talões de venda a emitir ao consumidor têm de mencionar já o preço do produto com a nova taxa de imposto, pelo que qualquer redução genérica no preço de venda implicaria, também, a adaptação dos softwares de gestão ao desconto praticado. Especificamente, e no que ao sector farmacêutico respeita, temos informação de que, de acordo com a prática adoptada por muitas das farmácias, a mencionada adaptação dos softwares de gestão está já a ser concretizada, encontrando-se a taxa do IVA a ser corrigida no momento da venda, directamente no sistema

informático, por meio da leitura do código de barras que consta da etiqueta do produto. E, assim, o consumidor não deixa de beneficiar da redução da taxa normal do IVA de 21% para 20%, por pouco que isso signifique. Por isto, e tanto quanto sabemos, a (re)etiquetagem parece não estar ainda a ser efectuada para os produtos colocados na prateleira antes de 1 de Julho de 2008, sobretudo pelos custos que acarreta.

Aparentemente, apenas os produtos etiquetados a partir de 1 de Julho de 2008 contêm já tanto a nova taxa do IVA aplicável como novo preço, assim já ambos devidamente corrigidos.

De acordo com as informações que também foram chegando através de vários directores técnicos do sector, é, pois, de esperar que o efeito da redução do IVA nos produtos sujeitos à taxa normal não chegue, no imediato, sequer a ser visível nos etiquetados antes de 1 de Julho de 2008. Não obstante, e sem prejuízo da consequências associadas em matéria contra-ordenacional, aquela diferença poderá sentir-se directamente no “bolso” dos consumidores e, bem assim, comprovar-se pela factura emitida pela Farmácia, aquando da concretização da venda.



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



O direito a férias no Código do trabalho

O presente texto não visa uma análise exaustiva do regime jurídico das férias, mas apenas focar alguns dos pontos deste regime que mais frequentemente suscitam dúvidas.

Nos termos do disposto no Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 99/2003, de 27 de Agosto, o trabalhador tem direito, em cada ano civil, a um período de férias remunerado, de modo a possibilitar a sua recuperação física e psíquica e a assegurar condições mínimas de disponibilidade pessoal, de integração na vida familiar e de participação social e cultural.

O direito a férias é irrenunciável e o seu gozo efectivo não pode, em re-

gra, ser substituído, ainda que com o acordo do trabalhador, por qualquer compensação económica ou outra. No entanto, existem excepções a esta regra, sendo permitido ao trabalhador renunciar parcialmente ao direito a férias, recebendo a retribuição e o subsídio respectivos, desde que seja sempre assegurado o gozo efectivo de 20 dias úteis de férias. Se o trabalhador expressamente assim o preferir, nos casos em que as faltas

determinem perda de retribuição, as ausências podem ser substituídas por dias de férias, na proporção de 1 dia de férias por cada dia de falta, desde que seja salvaguardado o gozo efectivo de 20 dias úteis de férias ou da correspondente proporção, se se tratar de férias no ano de admissão. Assim, o trabalhador só poderá renunciar, no máximo, a 5 dias úteis de férias, e isto apenas no caso de ser beneficiário da majoração do período mínimo de duração de férias anual.

O direito a férias reporta-se, em regra, ao trabalho prestado no ano civil anterior, salvo situações excepcionais, como sucede no ano da contratação, nos contratos de duração inferior a seis meses e no ano da cessação de impedimento prolongado respeitante ao trabalhador.

Nestes casos, o que sucede, é o seguinte:

Ano da contratação – o trabalhador tem direito, após seis meses completos de execução do contrato, a gozar dois dias úteis de férias por cada mês de duração do contrato, até ao máximo de 20 dias úteis. Se o ano civil terminar antes de decorrido o prazo de seis meses, ou antes de gozado o direito a férias, o trabalhador pode usufruí-lo até 30 de Junho do ano civil subsequente. Assim, por exemplo, se o contrato de trabalho se iniciar no dia 1 de Maio, o trabalhador, após 30

de Outubro, tem o direito a gozar 12 dias úteis de férias. Por outro lado, se o contrato de trabalho se iniciar no dia 1 de Agosto, o trabalhador, só após 31 de Janeiro do ano seguinte pode gozar férias, no período máximo de 12 dias úteis. Em qualquer caso, o trabalhador não pode gozar, no mesmo ano civil, mais do que 30 dias úteis de férias.

Contratos de duração inferior a seis meses – o trabalhador tem direito a gozar dois dias úteis de férias por cada mês completo de duração do contrato, devendo contar-se para efeitos de determinação do mês completo, todos os dias, seguidos ou interpolados, em que foi prestado trabalho. Não atingindo o contrato a duração total de seis meses, o gozo das férias tem lugar no momento imediatamente anterior ao da cessação, salvo acordo das partes. Este regime é válido para os contratos cuja vigência não exceda seis meses e independentemente de estes seis meses decorrem todos no mesmo ano civil, ou abrangerem períodos em dois anos civis diferentes, ou seja, aplica-se este regime, por exemplo, quer num contrato de trabalho que vigore entre Fevereiro de 2008 e Junho de 2008, quer num contrato que vigore entre Novembro de 2008 e Março de 2009.

Ano da cessação do impedimento prolongado – à semelhança do que

sucede no ano da contratação, o trabalhador tem direito, após seis meses completos de execução do contrato, a gozar dois dias úteis de férias por cada mês de duração do contrato, até ao máximo de 20 dias úteis. Se o ano civil terminar antes de decorrido o prazo de seis meses, ou antes de gozado o direito a férias, o trabalhador pode usufruí-lo até 30 de Abril do ano civil subsequente.

O período anual de férias tem a duração mínima de 22 dias úteis. No entanto, este período pode ser aumentado no caso de o trabalhador não ter faltado ou na eventualidade de apenas ter faltas justificadas no ano a que se reportam as férias (para este efeito, são equiparadas às faltas os dias de suspensão do contrato de trabalho por facto respeitante ao trabalhador, como por exemplo, decorrentes de doença ou acidente).

Este aumento será efectuado nos seguintes termos:

- a) 3 dias de férias até ao máximo de uma falta ou dois meios dias;
- b) 2 dias de férias até ao máximo de duas faltas ou quatro meios dias;
- c) 1 dia de férias até ao máximo de três faltas ou seis meios dias.

Pelo contrário, se o trabalhador faltar injustificadamente, ou der mais do que três faltas justificadas ou seis meios dias, então já não terá direito à majoração.

Para melhor compreensão do regime exposto, tenhamos em consideração os seguintes exemplos:

● **Exemplo 1:** 1 de Fevereiro de 2008 a 31 de Julho de 2008: se as férias não tiverem sido gozadas nem tiver sido pago o respectivo subsídio de férias, pela cessação do contrato de trabalho seriam devidos ao trabalhador, 6 duodécimos da retribuição a título de proporcionais de férias e 6 duodécimos da retribuição a título de proporcionais de subsídio de férias.

● **Exemplo 2:** 1 de Novembro de 2008 a 30 de Junho de 2009: se as férias não tiverem sido gozadas nem tiver sido pago o respectivo subsídio de férias, pela cessação do contrato de trabalho seriam devidos ao trabalhador, 8 duodécimos da retribuição a título de proporcionais de férias e 8 duodécimos da retribuição a título de proporcionais de subsídio de férias.

● **Exemplo 3:** 1 de Fevereiro de 2007 a 31 de Janeiro de 2008: se as férias não tiverem sido gozadas nem tiver sido pago o respectivo subsídio de férias, pela cessação do contrato de trabalho seriam devidos ao trabalhador, 20 dias úteis de férias e respectivo subsídio, correspondentes ao trabalho prestado no ano de 2007, 22 dias úteis de férias e respectivo subsídio, vencidos no dia 1 de Janeiro de 2008, 1 duodécimo da retribuição a título de proporcionais de férias e 1 duodécimo da retribuição a título de proporcionais de subsídio de férias, respeitante ao trabalho prestado no ano da cessação.

● **Exemplo 4:** 1 de Março de 2007 a 31 de Março de 2008: se as férias não tiverem sido gozadas nem tiver sido pago o respectivo subsídio de férias, pela cessação do contrato de trabalho seriam devidos ao trabalhador, 20 dias úteis de férias e respectivo subsídio, correspondentes ao trabalho prestado no ano de 2007, 22 dias úteis de férias e respectivo subsídio, vencidos no dia 1 de Janeiro de 2008, 3 duodécimos da retribuição a título de proporcionais de férias e 3 duodécimos da retribuição a título de proporcionais de subsídio de férias, respeitante ao trabalho prestado no ano da cessação.

Para efeitos de férias, são úteis os dias da semana de segunda-feira a sexta-feira, com excepção dos feriados, não podendo as férias ter início em dia de descanso semanal do trabalhador. Assim, independentemente dos dias em que cada trabalhador presta trabalho, para efeitos de férias, contam-se sempre os dias de segunda-feira a sexta-feira, inclusive.

O direito a férias adquire-se com a celebração do contrato de trabalho e vence-se, em regra, no dia 1 de Janeiro de cada civil. Assim, as férias devem ser gozadas no decurso do ano civil em que se vencem, não sendo permitido acumular no mesmo ano, férias de dois ou mais anos. Porém, as férias podem ser gozadas no primeiro trimestre do ano civil seguinte, em acumulação, ou não, com as férias vencidas no início deste, por acordo entre empregador e trabalhador ou sempre que este pretenda gozar as férias com familiares residentes no estrangeiro. Caso o empregador e o trabalhador acordem, é ainda possível a acumulação no mesmo ano, de metade do período de férias vencido no ano anterior com o vencido no início desse ano.

O período de férias é marcado por acordo entre empregador e trabalhador e, na falta de acordo, caberá ao empregador marcar as férias e elaborar o respectivo mapa. Neste caso, o empregador só pode marcar o período de férias entre 1 de Maio e

31 de Outubro¹, devendo o período de 22 (ou 25) dias úteis ser gozado continuamente. O mapa de férias, com indicação do início e termo dos períodos de férias de cada trabalhador deve ser elaborado até 15 de Abril de cada ano.

Caso o trabalhador adoeça durante o período de férias, estas são suspensas desde que o empregador seja disso informado. Assim, logo após a alta, prossegue o gozo dos dias de férias compreendidos ainda naquele período, cabendo ao empregador, na falta de acordo, a marcação dos dias de férias não gozados.

No que concerne aos efeitos da suspensão do contrato de trabalho por impedimento prolongado do trabalhador, para além do que supra se referiu a propósito do direito a férias no ano da cessação do impedimento prolongado, importa salientar que, no ano da suspensão do contrato, se se verificar a impossibilidade total ou parcial do gozo do direito a férias já vencido, o trabalhador tem direito à retribuição correspondente ao período de férias não gozado e respectivo subsídio. Por outro lado, se o contrato de trabalho cessar após impedimento prolongado respeitante ao trabalhador, este tem direito à retribuição e ao subsídio de férias correspondentes ao tempo de serviço prestado no ano de início da suspensão.

A cessação do contrato de trabalho também tem efeitos no que respei-

Duração do contrato	Dias de férias	Subsídio de férias	Proporcionais de férias	Proporcionais de subsídio de férias
1.2.2008 a 31.7.2008	12	subsídio correspondente aos dias de férias		
1.11.2008 a 30.6.2009	16	subsídio correspondente aos dias de férias		
1.2.2007 a 31.1.2008	20+22	subsídio correspondente aos dias de férias	1 duodécimo	1 duodécimo
1.3.2007 a 31.3.2008	20+22	subsídio correspondente aos dias de férias	3 duodécimos	3 duodécimos

ta a férias. Com efeito, cessando o contrato de trabalho, o trabalhador tem direito a receber a retribuição correspondente a um período de férias, proporcional ao tempo de serviço prestado até à data da cessação, bem como ao respectivo subsídio. Se o contrato cessar antes de gozado o período de férias vencido no início do ano da cessação, o trabalhador tem ainda direito a receber a retribuição e o subsídio correspondentes a esse período, o qual é sempre considerado para efeitos de antiguidade. Em qualquer caso, do contrato que, por qualquer causa, não atinja 12 meses, não pode resultar um período de férias superior

ao proporcional à duração do vínculo, sendo esse período considerado para efeitos de retribuição, subsídio e antiguidade.

Por último, salienta-se que, para além de a violação de algumas normas relativas a férias constituir a prática de contra-ordenações leves ou graves e, por isso, poder dar lugar à aplicação de coimas, caso o empregador, com culpa, obste ao gozo das férias nos termos previstos no Código do Trabalho, o trabalhador recebe, a título de compensação, o triplo da retribuição correspondente ao período em falta, que deve obrigatoriamente ser gozado no primeiro trimestre do ano civil subsequente.

Elaborado por Eduardo Nogueira Pinto e Eliana Bernardo, advogados da PLMJ, Sociedade de Advogados

¹ O CCT celebrado entre a ANF e o SNF, prevê que, na falta de acordo, o empregador possa marcar o período de férias fora deste período, caso de serem de farmácias a funcionar em praias ou termas que, pelos condicionalismos próprios tenham de ter no referido período de tempo laboração intensiva, ou no caso de a farmácia ter 10 ou menos trabalhadores.

Hiperactividade e Défice de atenção na Criança

A Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA), é reconhecida como uma patologia de origem neurológica caracterizada por um padrão persistente de falta de atenção e/ou impulsividade-hiperactividade presente em diferentes contextos da vida da criança com uma intensidade mais frequente e grave do que a observada em crianças com um nível semelhante de desenvolvimento.^{1,3,4,5}

Até há pouco tempo eram crianças apelidadas de “problemáticas”, “desmotivadas”, “cabeças no ar”, “malcriadas”, “indisciplinadas”, “irresponsáveis” ou até mesmo, “pouco inteligentes”.

Afecta cerca de 3 a 5 % das crianças em idade escolar⁵, sendo mais comum nos rapazes do que nas raparigas. Trata-se de um problema crescente, que tem vindo a afectar um número cada vez maior de crianças e respectivas famílias, e no qual o farmacêutico tem oportunidade de intervir, prestando um apoio diferenciado e o melhor aconselhamento, em particular no que respeita às abordagens terapêuticas, tanto farmacológicas como não farmacológicas, instituídas após o diagnóstico.

A PHDA caracteriza-se por uma ausência de controlo e não por uma ausência de vontade, ou seja não é intencional, não é uma questão de inteligência, mas sim consequência de uma perturbação neurológica.

Compreender a PHDA na criança

As crianças com PHDA têm dificuldade em seguir regras e problemas de concentração e atenção, o que compromete significativamente o desempenho de tarefas, tanto em casa como na escola e a relação com os outros.

Com etiologia pouco esclarecida, podem ser múltiplas as causas implicadas:

1. Factores genéticos

Estudos revelaram que 20% a 30% dos pais de crianças hiperactivas manifestaram comportamentos hiperactivos durante a sua infância.

Parece haver uma maior prevalência de perturbações de humor, perturbações da ansiedade e perturbações da aprendizagem nos membros da família destas crianças.^{3,5}

2. Factores orgânicos, adquiridos ou constitucionais

Foram detectadas áreas do cérebro menos activas em pessoas portadoras de PHDA, levando à suspeita de uma possível disfunção do lóbulo frontal e das estruturas diencefalo-mesencefálicas;

alteração a nível dos neurotransmissores responsáveis pelos distúrbios nomeadamente noradrenalina e dopamina.³

3. Factores ambientais ou sociais

Consumo de álcool, tabaco, marijuana e benzodiazepinas durante a gravidez³.

O mecanismo subjacente à PHDA reside num défice entre o processamento da informação recebida e a resposta produzida, ou seja, por uma incapacidade em inibir apropriadamente a resposta até que toda a informação seja processada.

Uma perturbação complexa

O diagnóstico é exclusivamente clínico e obedece a cinco critérios de acordo com o Manual de Diagnóstico Estatístico de Desordens Mentais (DSM-IV) da Associação Americana de Psiquiatria (APA):

1. Presença de seis manifestações de falta de atenção ou de seis manifestações de hiperactividade (descritas na Figura 1), associadas a manifestações de impulsividade,

de, que persistam por um período mínimo de seis meses, provocando alterações comportamentais, desadaptativas e inconsistentes com o nível de desenvolvimento da criança.

2. Manifestações com início antes dos sete anos.
3. Alterações significativas do comportamento ocorridas em pelo menos dois ambientes distintos (casa, escola), com envolvimento de relações intrapessoais (auto-estima, humor) e de relações interpessoais (amigos e actividades sociais).
4. Evidência clínica clara de um défice significativo nas actividades sociais, escolares ou ocupacionais.
5. Exclusão de qualquer outra perturbação (autismo, esquizofrenia, perturbação do humor, perturbação de ansiedade) que possa estar subjacente às manifestações clínicas.^{1,2,3,5}

Elaborado por
Zaida Moreira, Cedime

As principais manifestações da HPDA são:

Falta de atenção, hiperactividade e impulsividade que se caracterizam de acordo com a Figura 1.

Podem também estar associadas



Figura 1 – Manifestações clínicas da Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção.^{1,2,3,4,5}

perturbações da linguagem, perturbações do sono, aumento do risco de lesões acidentais e enurese.

As manifestações clínicas podem variar substancialmente entre ambientes: casa e escola; ambientes estruturados e não estruturados; pequenos ou grandes grupos; situações que exijam baixos ou altos desempenhos da criança; etc.. Por isso, crianças com PHDA podem estar muito atentas em situações

que achem fascinantes (como ver televisão ou jogos electrónicos) ou quando em relação directa com um adulto.

Embora muitas crianças revelem sintomas tanto de falta de atenção como de hiperactividade-impulsividade, é possível distinguir **três subtipos de PHDA** de acordo com o predomínio de sintomas:

Tipo Predominantemente

Desatento

A atenção da criança dispersa-se facilmente com estímulos irrelevantes para a tarefa que está a realizar. Os trabalhos escolares feitos em casa são um esforço terrível para a criança, e uma vez terminados estão cheios de erros e rasuras pelo que são acompanhados de frustração quer para os pais quer para a própria criança. Estas crianças não

demonstram comportamentos de hiperactividade-impulsividade.^{1,3,5}

Tipo Predominantemente Hiperactivo-Impulsivo

Problemas no controlo dos movimentos, com actividade motora excessiva e necessidade de se manter em movimento constante.

A impulsividade tem manifestações a nível emocional e cognitivo. A falta de controlo emocional leva

a criança a agir sem avaliar as consequências dos seus actos. A nível cognitivo as manifestações da impulsividade afectam sobretudo o desempenho escolar, em tarefas como a leitura, a escrita e a matemática.^{1,3}

Tipo Misto

É o mais frequente e combina a hiperactividade com impulsividade e a falta de atenção.^{1,3,5}

Abordagem terapêutica

A terapêutica tem por objectivo um equilíbrio emocional adequado e, melhorar o desempenho escolar e ocupacional.

A estratégia mais eficaz combina a intervenção comportamental, junto da criança e respectiva família, e a terapêutica medicamentosa.

A terapêutica farmacológica é individualizada de acordo com as características e necessidades específicas de cada criança. O acompanhamento médico deve ser sistemático, e a posologia ajustada mensalmente de acordo com a evolução dos sintomas, manifestação de reacções adversas, desenvolvimento de tolerância à terapêutica instituída, e de acordo com o “feedback” dos pais e professores.^{1,3,11,12}

Os medicamentos aprovados como terapêutica de 1ª linha de acordo com a Food and Drug Administration são:

- metilfenidato, amfetamina*, sulfato de dextroamfetamina* – substâncias com acção estimulante sobre o sistema nervoso central, com propriedades farmacológicas idênticas às das anfetaminas.

*Não se encontram comercializados em Portugal.^{1,7,11}

Principais comorbilidades

- **Perturbações específicas da aprendizagem** - dificuldade na compreensão ou utilização da linguagem falada ou escrita ^{1,4,6}
- **Perturbação de Tiques** - piscar de olhos, esticar o pescoço, encolher os ombros, abrir a boca, tossir, fazer caretas, “aclara a garganta”, cliques de língua, grunhidos, uso de palavras obscenas
- **Perturbação de oposição** - perda de controlo, discussões com adultos, recusa em cumprir ordens ou regras, culpabilização de outros pelos seus erros ou mau comportamento, sentimentos de rancor ^{1,4,5}
- **Perturbação do comportamento** - violação dos direitos básicos dos outros, regras ou normas sociais próprias da idade da criança, como:
 - Agressão a pessoas ou animais
 - Destruição da propriedade
 - Falsificação ou roubo
- **Perturbações da Ansiedade por Separação** - ansiedade excessiva relativa à separação da casa ou daqueles a quem a criança está vinculada

informação terapêutica

Embora o exacto mecanismo do metilfenidato não esteja bem esclarecido, tudo indica que bloqueia a recaptação da dopamina e noradrenalina para o neurónio pré-sináptico e aumenta a libertação destas monoaminas no espaço extra-neuronal.

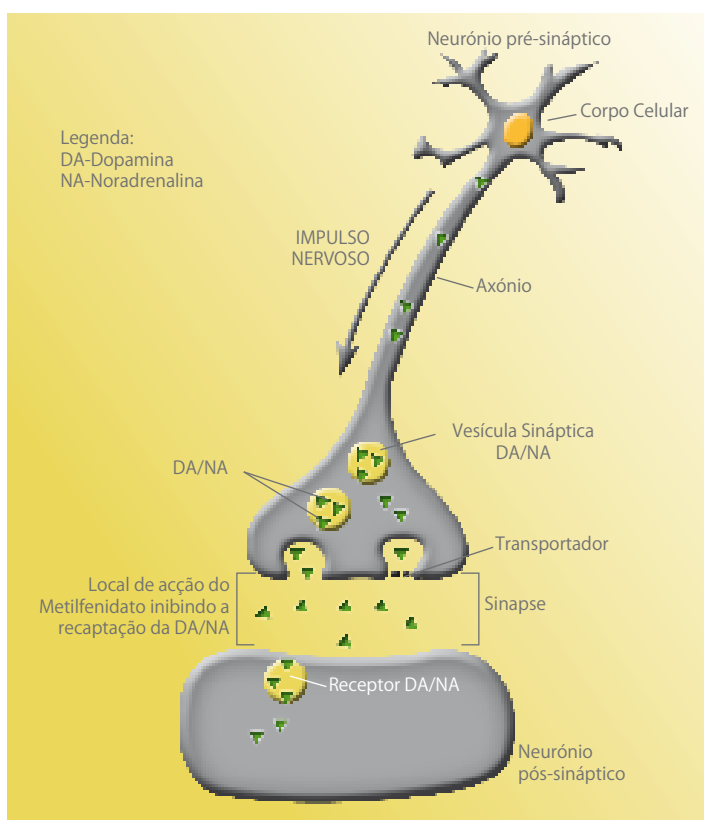


Figura 2 – Mecanismo de acção do Metilfenidato

As formulações de acção prolongada de metilfenidato apresentam a vantagem de terem um tempo de duração de acção superior (até 12h), conferindo cobertura terapêutica tanto durante o período de aulas como durante as actividades extracurriculares que envolvem convívio com amigos, e elaboração de trabalhos escolares em casa;¹²

- atomoxetina – é um inibidor potente e altamente selectivo do transportador pré-sináptico da noradrenalina sem afectar directamente os transportadores da serotonina ou da dopamina. Ao contrário do grupo de fármacos anterior não é um psico-estimulante nem um derivado da anfetamina.

A atomoxetina é um medicamento eficaz para as crianças que não respondem ao metilfenidato ou para as que respondem parcialmente. Pode ser utilizado para tratar crianças que apresentam efeitos adversos, como tiques e alterações do peso, ou abusam dos estimulantes. É também uma boa escolha para o tratamento da PHDA com comorbilidades associadas nomeadamente, ansiedade, tiques, alterações do humor e abuso de substâncias.^{1,7,11,12}

Quando a terapêutica não é eficaz, ou seja, quando os sintomas não estão controlados, ou quando há efeitos secundários marcados ou a PHDA está associada a outras perturbações (comorbilidades), pode recorrer-se a outros medicamentos em terapêutica conjunta ou isolada (Tabela III).

Substância Activa	Denominação	Dose Inicial Recomendada	Dose Diária Máxima
Metilfenidato	Acção curta Rubifen®	5 mg uma a duas vezes ao dia (pequeno-almoço e almoço)	60 mg
	Acção Prolongada Concerta®	18 mg uma vez ao dia de manhã	54 mg
	Ritalina LA®	20 mg uma vez ao dia de manhã	60 mg
Atomoxetina	Strattera®	40 mg uma vez ao dia de manhã. Pode ser dado ao deitar caso ocorra sonolência	100 mg

Tabela I - Terapêutica Farmacológica de 1ª linha^{7,8,9,10,11,12,13}

Substância Activa	Órgão ou Sistema	Principais Reacções Adversas
Metilfenidato	Gastrointestinal	• Dor abdominal • Anorexia transitória • Perda de peso • Náuseas • Vômitos • Boca seca
	Neurológico	• Cefaleias • Sonolência • Tonturas • Discinesia • Nervosismo • Insónias no início do tratamento
	Cardiovascular	• Taquicardia • Palpitações • Arritmias • Pressão arterial aumentada • Frequência cardíaca aumentada
	Tecidos cutâneos e subcutâneos	• Erupção cutânea • Prurido • Urticária • Alopecia
	Músculo-esquelético	Artralgia

Substância Activa	Órgão ou Sistema	Principais Reacções Adversas
Atomoxetina	Gastrointestinal	• Dor abdominal • Náuseas • Vômitos • Anorexia • Perda de peso • Obstipação • Dispepsia
	Neurológico	• Tonturas • Sonolência • Insónia • Irritabilidade • Alterações de humor
	Tecidos cutâneos e subcutâneos	• Dermatite • Prurido • Exantema
	Outras	• Fadiga • Midríase • Sintomas de constipação /gripe

Tabela II – Principais Reacções adversas que caracterizam a terapêutica ^{7,8,9,10,11,12,13}

Substância Activa/ Classe terapêutica	Comorbilidade	Dose Recomendada	Observações
Bupropiona Antidepressivo	Ansiedade Depressão História de abuso de substâncias	• 50 a 100mg três vezes ao dia, no máximo 450 mg por dia • 100 a 150 mg (libertação prolongada) duas vezes ao dia	Não deve ser utilizada no caso de convulsões ou alterações do comportamento alimentar
Imipramina Antidepressivo tricíclico	Ansiedade Depressão História de abuso de substâncias Alterações do sono Enurese	• 0,5 a 1 mg/Kg/dia dividido em duas a três doses. • A dose máxima é de 5 mg /Kg/ dia dividido em duas a três doses	Devem ser tidos em atenção os efeitos cardiovasculares dos antidepressivos tricíclicos em pediatria
Clonidina Antagonista alfa-adrenérgico	Alterações do sono Perturbação de oposição Perturbação do comportamento Perturbação de tiques	• 0,1 ou 0,2 mg	A mirtazepina pode ser uma alternativa para as crianças que acordam com pesadelos
Guanfacina Antagonista alfa-adrenérgico	Perturbação de Tiques Stresse pós traumático		Pode exacerbar situações de depressão e cefaleias

Tabela III – Terapêutica farmacológica de 2ª linha ^{11,12,13}

O sucesso da terapêutica depende de um esforço coordenado entre profissionais de saúde, profissionais de educação e pais de forma transdisciplinar.

O Modafinil foi aprovado em 2005 para o tratamento da PHDA. Tem sido utilizado na dose de 340 mg em crianças com peso inferior a 30 Kg e 420 mg em crianças com peso superior a 30 Kg. É bem tolerado e sem riscos cardiovasculares significativos. Continua em investigação a sua utilização, mas pode constituir uma alternativa no futuro.^{11,12}

Trabalho de equipa

É fundamental que famílias e educadores compreendam os comportamentos típicos da PHDA. Por isso, a informação fornecida deve ser precisa e adequada, esclarecendo pais e professores sobre a patologia, sua terapêutica, consequências na aprendizagem, comportamento e auto-estima, promovendo uma abordagem coordenada.

A criança com PHDA tem maior facilidade de adaptação em ambientes fa-

miliares bem estruturados e baseados em rotinas e regras claras.

Algumas recomendações para pais:

- Responda às perguntas com a "verdade" curta e rápida
- Saiba dizer não quando é necessário
- Explique as regras
- Incentive antes de penalizar
- Converse com a criança e pensem juntos
- Crie uma metodologia de trabalho ou estudo
- Mostre que alguns erros são pontes para a resolução de problemas
- Promova a responsabilidade e a independência
- Planeie antecipadamente situações problemáticas^{2,3,4}

Na escola é importante estabelecer estratégias que permitam, com mais facilidade, ajustar o comportamento da criança, de forma que esta aprenda e deixe que os outros alunos, da

turma, aprendam também. Algumas recomendações para os professores:

- Certifique-se que o aluno compreendeu a instrução
- Compreenda as dificuldades do aluno e integre-as na sala de aula
- Divida as tarefas
- Dê instruções claras e breves
- Evite criticar o aluno
- Faça algumas adaptações na sala de aula (sente a criança perto do professor, longe da janela, escolha os períodos do dia de maior atenção da criança para actividades mais estruturadas)
- Os comportamentos adequados devem ser recompensados
- Tente manter níveis elevados de motivação para aprender
- Remova os objectos que possam iniciar um comportamento não desejado
- Antecipe e previna os problemas, sempre que possível^{2,3,4}

Conclusão

A PHDA é uma perturbação do comportamento frequente em pediatria. O seu diagnóstico precoce e preciso, e uma intervenção eficaz e abrangente, são essenciais para um melhor prognóstico. Apesar das limitações da terapêutica, os fármacos estimulantes revelam-se eficazes, pelo que a intervenção farmacêutica neste domínio se reveste da maior importância, no esclarecimento da sua correcta utilização e monitorização.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. National Institute of Mental Health -Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Disponível em: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/adhd/summary.shtml>. Acesso em:05/08
2. FERNANDES, Armando - PDAH- do diagnóstico à terapêutica- 18/10/06 Centro de Desenvolvimento Infantil. Disponível em: <http://www.diferencas.net/artigos.html> Acesso em:05/08
3. GONÇALVES, J.Fernando – DDAH- Desordem por Défice de Atenção com Hiperactividade Disponível em: <http://ddah.planetaclix.pt/index.htm> Acesso em:05/08
4. Instituto da Inteligência – Hiperactividade-Impulsividade-Défice de Atenção Disponível em: <http://www.institutodainteligencia.net/> Acesso em:07/07
5. American Psychiatric Association (APA), DSM-IV- Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 4ª Edição; Climepsi Editores, pag. 80-126, 1996
6. FERNANDES, Armando- Perturbações por défice de atenção com Hiperactividade: Comorbilidades. Disponível em: <http://amrf.no.sapo.pt/PHDA-Comorbilidade.pdf> Acesso em:05/08
7. Resumo das Características do Medicamento, Ritalina® 20,30,40 mg, cápsulas de libertação modificada 2006
8. Resumo das Características do Medicamento, Concerta® 18 mg, comprimidos 2007
9. Resumo das Características do Medicamento, Rubifen® 5,10,20 mg, comprimidos.2003
10. Resumo das Características do Medicamento, Strattera® 10,18,25,40,60 mg, cápsulas.2007
11. Pediatric and Adolescent ADHD: Pharmacotherapy Highlights-March 2006 Disponível em: http://www.medscape.com/viewprogram/5191_pnt. Acesso em:06/08
12. ANONYMOUS-ADHD: Applying Practice Guidelines to Improve Patient Outcome and Executive Function. J. Clin Psychiatry, vol 67, iss12, 2014-2025, 2006
13. Micromedex®Healthcare Series. Thomson Healthcare. Disponível em: <http://www.thomsonhc.com> Acesso em:06/08

isaúde
informação saúde

Suporte ao
aconselhamento em
situações relacionadas
com Perturbação da
Hiperactividade e Défice
de Atenção. Folheto
disponível nas Farmácias
aderentes ao Serviço
Informação Saúde a
partir de **Outubro de
2008**.

O desafio de vencer

Doença de Alzheimer



barreiras

Introdução

A prevalência da doença de Alzheimer (DA) tem aumentado exponencialmente a par do envelhecimento populacional, sem inovações terapêuticas disponíveis que revertam o processo degenerativo.

Por ser uma demência que progressivamente limita a autonomia da pessoa doente, esta patologia causa um grande impacto psicológico e emocional não só para o próprio como também para os seus familiares e cuidadores.

Neste artigo não vamos desenvolver as perspectivas terapêuticas ou fisiopatológicas da DA, vamos antes abordar as dificuldades com que os cuidadores de pessoas com DA se deparam, bem como algumas soluções práticas que podem habilitar o farmacêutico na farmácia comunitária a participar da rede de apoio às inúmeras famílias que se deparam com esta patologia e cuidam dos seus entes queridos.

Demência e Doença de Alzheimer – Definições e Prevalência

A demência é definida como o declínio de funções cognitivas, incluindo memória, capacidade de raciocínio e de julgamento, na ausência de delírio ou obnubilação de consciência, e persistente por um período não inferior a seis meses ². A DA representa cerca de 55% dos casos de demência e é uma doença neurodegenerativa, em que as alterações do tecido nervoso são graduais e progressivas ².

A relativa inexistência de marcadores biológicos específicos de diagnóstico (sendo que os que assim podem ser considerados se destinam a prever ou detectar precocemente a forma familiar da doença, minoritária) é um dos factores que faz com que a DA seja uma patologia subdiagnosticada, o que dificulta a correcta determinação de dados epidemiológicos

como a prevalência e incidência desta patologia.

A idade pode ser considerada como factor de risco para a DA na medida em que a prevalência da doença aumenta acentuadamente com a idade, estando descrito que uma em cada vinte pessoas com mais de 65 anos e uma em cada cinco pessoas com mais de 80 anos têm demência.⁶

Estima-se que, de acordo com as taxas de prevalência estabelecidas pela Eurodem (European Community Concerted Action on the Epidemiology and Prevention of Dementia group), haja cerca de 129 916 pessoas com demência em Portugal (dados de 2005).¹²

Elaborado por
Clara Antunes
e Joana Pinto, do
Cedime

Sinais de Alarme – A Importância de um Diagnóstico Precoce

O diagnóstico e integração precoce das pessoas com DA na rede de cuidados de saúde é determinante na

informação terapêutica

O farmacêutico pode ajudar os doentes ou os seus familiares quando acorrem à farmácia com queixas específicas a identificar os sinais de alarme.

evolução da doença e na qualidade de vida da pessoa doente e familiares, na medida em que a introdução de terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas numa fase inicial da doença permitem atrasar a sua progressão, prolongando as capacidades e autonomia da pessoa ⁵. Com a perda de funções cognitivas no doente, são muitas vezes os familiares ou pessoas próximas que percebem as primeiras alterações,

sendo desta forma importante o reconhecimento dos sinais de alarme como alerta para o recurso a cuidados médicos o mais precocemente possível. Começa aqui a colaboração do farmacêutico que pode ajudar os doentes ou os seus familiares quando acorrem à farmácia com queixas específicas a identificar os sinais de alarme (tabela 1), distinguir de outras situações normais de esquecimento e encaminhar para o médico.

Tabela 1: Sinais de alarme para a DA (e para outras demências) e distinção face aos sinais normais de envelhecimento ⁹

PESSOA COM DOENÇA ALZHEIMER	SINTOMAS	SITUAÇÕES NORMAIS
Esquecer frequentemente informação recente, sem recuperação posterior da informação	PERDA DE MEMÓRIA	Esquecer ocasionalmente nomes ou compromissos
Esquecer os passos necessários à realização de uma determinada tarefa habitual	DIFICULDADE EM EXECUTAR TAREFAS HABITUAIS	Esquecer ocasionalmente o que nos levou a uma determinada divisão da casa
Esquecer vocabulário simples ou substituição por palavras desajustadas	PROBLEMAS DE LINGUAGEM	Esquecer ocasionalmente determinada palavra
Incapacidade para reconhecer locais familiares	DESORIENTAÇÃO TEMPORAL E ESPACIAL	Não saber o dia da semana
Vestir roupas inadequadas à estação do ano ou perder a noção do valor do dinheiro	DISCERNIMENTO FRACO OU DIMINUÍDO	Tomar ocasional decisões questionáveis como não consultar o médico para determinado problemas de saúde (apesar de reconhecer a existência do problema)
Dificuldade em identificar números ou o que fazer com os mesmos	PROBLEMAS RELACIONADOS COM O PENSAMENTO ABSTRACTO	Achar difícil a realização de determinadas tarefas como manter o controlo dos gastos
Arrumar objectos em lugares desajustados – um relógio de pulso no açucareiro	TROCAR O LUGAR DAS COISAS	Arrumar temporariamente objectos em lugares que não os habituais
Alterações súbitas de humor sem razão aparente	ALTERAÇÕES DE HUMOR OU COMPORTAMENTO	Ocasionalmente estar triste ou mal-humorado
Alterações drásticas de personalidade	ALTERAÇÕES NA PERSONALIDADE	Pequenas alterações de personalidade relacionadas com o envelhecimento
Passividade exagerada – passar demasiado tempo a ver televisão e perder o gosto por actividades habituais	PERDA DE INICIATIVA	Sentir ocasionalmente cansaço/desmotivação pelo trabalho ou obrigações sociais

O diagnóstico da DA baseia-se sobretudo na avaliação clínica por um especialista (neurologista ou psiquiatra) das manifestações, em testes laboratoriais não específicos e no diagnóstico diferencial que pretende excluir outras possíveis causas de demência³.

A avaliação do estado mental do indivíduo é fundamental para o diagnóstico da DA, e pode realizar-se com recurso a testes cognitivos como o Mini-Mental State Examination (MMSE), que inclui questões para avaliar a agilidade mental, a orientação temporal e espacial, e a linguagem³.

Os testes laboratoriais permitem excluir outras causas de doença como défices nutricionais, infecções, doenças metabólicas ou abuso de substâncias⁴.

Os exames imagiológicos (tumografia computadorizada e ressonância magnética) podem ser úteis para excluir outros diagnósticos como tumores ou lesões hemorrágicas^{3,4}.

Evolução da Doença de Alzheimer – Mudança na vida das pessoas doentes^{7,8}

Com a progressão da doença verifica-se um agravamento dos sintomas iniciais com interferência nas activi-

dades diárias em casa, no trabalho e na vida social. Os lapsos de memória são significativos (por exemplo nomes de membros da família) e a pessoa perde autonomia para controlar e resolver aspectos práticos da sua vida tais como aspectos financeiros, condução e realização das tarefas diárias básicas. Algumas pessoas não conseguem ter consciência destas dificuldades – **anosognosia** – o que os impede muitas vezes de reconhecerem a necessidade de ajuda e supervisão.

Além da memória outras funções mentais vão sendo progressivamente afectadas manifestando-se por **apraxia** – incapacidade para, voluntariamente, executar movimentos coordenados – e **afasia** – perda de capacidade de falar ou de compreender a linguagem falada ou escrita. A razão e o discernimento são grandemente afectados e numa fase final o doente terá incapacidade para reconhecer familiares e amigos, para alimentar-se e movimentar-se sem ajuda e poderá mesmo ficar incontinente.

A par das alterações cognitivas, são frequentes outros sintomas como depressão, frustração, irritabilidade, ansiedade, hostilidade, desconfiança (muitas vezes desconfiam dos familiares e cuidadores) maioritariamente resultante de alucinações e ideias delirantes.

A Mudança na Vida dos Cuidadores

Por definição o cuidador é a pessoa que, de forma quotidiana, presta apoios no sentido de satisfazer as necessidades básicas e psicossociais da pessoa doente ou supervisiona o doente no seu domicílio.¹¹

A tendência actual dita que os idosos, mesmo com demência, não sejam retirados do seu meio ambiente pois considera-se que esta é a opção que proporciona melhor qualidade de vida a uma pessoa com demência². Em contrapartida, a progressiva perda de autonomia exigirá a disponibilidade permanente de um cuidador, o que representará constrangimentos na sua vida que, ao longo do tempo, poderão afectar a qualidade de vida, estabilidade emocional e saúde (física e mental)².

Os cuidadores são frequentemente parentes próximos, um cônjuge, filhos, outros parentes ou pessoas próximas. As alterações negativas provocadas pela DA nas suas vidas são vulgarmente designadas por sobrecarga do cuidador, que alguns estudos consideram máxima na fase de demência moderada em que, as alterações psicopatológicas no doente provocam no cuidador um sentimento de frustração pela inevitabilidade da progressão da doença

informação terapêutica



e modificação de uma relação com anos de existência ². Alguns aspectos da doença como a incontinência, deambulação, insónia, alucinações, delírios ou comportamento agressivo encontram-se fortemente correlacionados com a sobrecarga do cuidador.¹⁰

A Valorização do Cuidador

O cuidador de uma pessoa com DA é crucial para o tratamento bem sucedido da doença. Cuidadores esclarecidos e atentos são insubstituíveis no reconhecimento de sinais de sucesso do tratamento e na contribuição para avaliações mais exactas do estado de evolução da doença.

É essencial que o prestador de cuidados compreenda a progressão da doença, e saiba quais as implicações e expectativas realísticas do tratamento. Que tenha presente que

nem todos os doentes manifestam melhoras perceptíveis. Alguns podem melhorar durante algum tempo, outros podem estabilizar sem melhoria ou deterioração aparentes e outros podem apenas revelar um agravamento da sua situação a uma velocidade mais lenta do que a que se assiste em doentes não tratados.¹⁰

De igual forma, é importante que o cuidador tenha presente que o tratamento com inibidores da colinesterase (donepezilo – Aricept®, galantamina – Reminyl® e rivastigimina – Exelon®, Prometax®) pode demorar vários meses até que a sua eficácia possa ser determinada, sendo fundamental a adesão ao mesmo. Além disso, pode ser apropriada a associação com outros agentes terapêuticos, como sejam os antagonistas dos receptores N-metil-D-aspartato (NMDA) – moduladores do sistema

de neurotransmissão glutamérgico (ex. memantina), em resultado da progressão da doença, ou outros com o objectivo de controlar sintomas comportamentais e psicológicos associados ou ainda sintomas resultantes de efeitos adversos das terapêuticas em curso.¹

A estabilização e um agravamento inferior ao esperado constituem indicadores de uma resposta apropriada à terapêutica e isto deve ser comunicado claramente ao prestador de cuidados.¹⁰

O cuidador pode, com a atitude apropriada a cada momento, evitar crises de agitação e agressividade do doente, pode ajudar a resolver problemas de insónias, pode fazer estimulação cognitiva e pode reconhecer a presença de doenças concomitantes ²

* Mais informação relativa à epidemiologia e fisiopatologia da DA, assim como às abordagens terapêuticas disponíveis pode ser encontrada em Antunes, C. Terapêutica da Doença de Alzheimer. Farmácia Portuguesa. 2005; 158: 42-47



A perda de um bom cuidador corresponde, normalmente à institucionalização do doente com os custos e desvantagens².

Ajudar quem cuida

Para além das questões já citadas, relacionadas com a progressão da doença, com impacto na saúde, bem estar e qualidade de vida do cuidador, muitas outras, de ordem familiar, social, profissional, ou financeira, contribuem para a sobrecarga do cuidador.

A informação sobre a doença e a formação sobre como lidar com as várias vertentes da mesma e com as questões mais básicas do dia-a-dia, o grau de ajuda e de suporte emocional ao dispor, o conhecimento dos instrumentos de apoio social disponíveis e a facilidade de contacto com o médico de família ou com o neurologista, são alguns

aspectos da maior importância para o cuidador.

A depressão e a ansiedade são comuns nos cuidadores e estão associados à falta de saúde do prestador de cuidados e a uma diminuição da qualidade do relacionamento entre este e o doente ¹⁰.

A institucionalização da pessoa doente revela-se, em boa parte das vezes, prejudicial para a própria, pela falta de pessoal com formação adequada, pela descontinuação do acompanhamento em consultas de especialidade e pela perda de referências, e para o cuidador que em consequência vive sentimentos de culpa que agravam a depressão.

O prestador de cuidados deve ser encorajado a procurar a informação e a ajuda de que precisa, a recorrer aos serviços sociais, às associações de doentes, aos grupos de apoio. Há que incitá-lo a não descurar a sua saúde, a procurar ajuda médica, também para si, em caso de necessidade, a descansar tanto quanto possível e a alimentar-se bem.

Estratégias que permitam ao principal prestador de cuidados salvar algum tempo para si, são de extremo valor. Recorrer à ajuda de familiares ou amigos, recorrer ao apoio domiciliário ou a centros de dia, possibilitam ao cuidador o descanso e as pausas necessárias à manutenção da sua saúde e bem estar.

A saúde e o bem-estar do prestador de cuidados são essenciais para o plano global de tratamento da pessoa doente¹⁰.

Recursos para os cuidadores

Alzheimer Portugal

Associação de Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer

Associação de âmbito nacional, reconhecida como instituição particular de solidariedade social que tem como objecto a recolha e divulgação de conhecimentos sobre a Doença de Alzheimer e a promoção do seu estudo e investigação das suas causas, efeitos, profilaxia e tratamento, bem como o desenvolvimento de formas de apoio às pessoas portadores daquela patologia e aos seus familiares. O seu principal objectivo é melhorar a qualidade de vida das Pessoas com demência e seus familiares/cuidadores, no respeito pelos seus Direitos Fundamentais à Liberdade e à Autodeterminação, promovendo a autonomia e o envolvimento social. Para prosseguir os seus objectivos a Associação tem estruturas de âmbito local:

- Sede: Av. De Ceuta-Norte, Lote 1 – Lojas 1 e 2 – 1350-410 Lisboa
Telefone: 21 361 04 60/8
Fax: 21 361 04 69
E-mail: Geral@alzheimerportugal.org
www.alzheimerportugal.org
- Delegação do Norte: R. Barão do Corvo, 181 - 4430-039 VILA NOVA de GAIA
Telefone: 22 606 68 63
Fax: 22 375 44 84
E-mail: antonio.proenca@alzheimerportugal.org
- Delegação do Centro: Centro de Saúde de Pombal - 3100-000 POMBAL
Telefone: 23 620 09 70
Fax: 23 620 09 71
E-mail: Rosaria.Cardoso@alzheimerportugal.org
- Delegação da Região Autónoma da Madeira: Complexo Habitacional da Nazaré, Cave do Bloco 21 - Sala E - 9000-135 FUNCHAL
Telefone e Fax: 29 177 20 21
E-mail: Cristina.Gouveia@alzheimerportugal.org
- Núcleo do Ribatejo: Rua Dionísio Saraiva, Lt. 1 - 1º - 2080 - 104 Almeirim
Telefone: 24 359 41 36
E-mail: filipa.gomes@alzheimerportugal.org
- Núcleo de Aveiro - Santa Casa da Misericórdia de Aveiro Complexo Social da Quinta da Moita – Oliveirinha - 3810 Aveiro
Telefone: 23 494 04 80
E-mail: geral.aveiro@alzheimerportugal.org

Memoclínica Clínica da Memória

Clínica multidisciplinar vocacionada para o diagnóstico e tratamento de défices cognitivos e demências que,

entre as diversas actividades desenvolvidas inclui o Aconselhamento de Cuidadores, na forma de lidar com o doente, e outras com vista à manutenção do bem estar geral do idoso e ao apoio aos familiares.

- Av. António Augusto de Aguiar, 42, 5º Dto.
1050-017 Lisboa
Telefone: 21 313 98 30
Fax: 21 313 98 39
www.memoclinica.com



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GOLDMAN, Lee, AUSIELLO, Dennis - Cecil Textbook of Medicine. 22ª ed. New York: Saunders, 2004.
2. Castro-Caldas, Alexandre, Mendonça, Alexandre. A Doença de Alzheimer e outras Demências em Portuga. Lisboa: LIDEL, 2005
3. KNOSPAN, David S. Alzheimer disease and other major dementing illnesses. Neurology:XI. ACP Medicine. May 2004.
4. O silêncio da memória: O (des)conhecimento da Doença de Alzheimer em Portugal. Lisboa: Permanyer Portugal, 2004.
5. CRUZ, Vítor Tedim, et al. Sintomas Iniciais da Demência de Alzheimer: A Percepção dos Familiares. Acta Med. Port. 2004; 17: 437-444.
6. Ferri, C. Et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. The Lancet.2005;366:2112-7
7. KASPER; FAUCI; LONGO; BRAUNWALD; HAUSER e JAMESON - HARRISON'S: Principles of Internal Medicine. 16ª ed. New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division, 2005.
8. DIPIRO, TALBERT, YEE, MATZKE, WELLS e POSEY - Pharmacotherapy A Pathophysiologic Approach. 4ª ed. Stamford, Connecticut: Appleton & Lange, 1999
9. Basics of alzheimer's disease: What it is and what you can do. Alzheimer's Association. 2005. <http://www.alz.org>
10. Brangman, S. Doença de Alzheimer: enfoque no prestador de cuidados. Patient Care. 2005;24-33
11. Situação Social dos Doentes de ALZHEIMER. Instituto da Segurança Social, I.P. 2005. Disponível em <http://www.advita.pt>
12. Estimated number of people (2005) with dementia – European Commission Health and Consumers Directorate (Indicator No. 22-2005 (SL88) last updated by SANCO.C.2 in July 2008)

ADVITA - Associação para o Desenvolvimento de Novas Iniciativas para a Vida

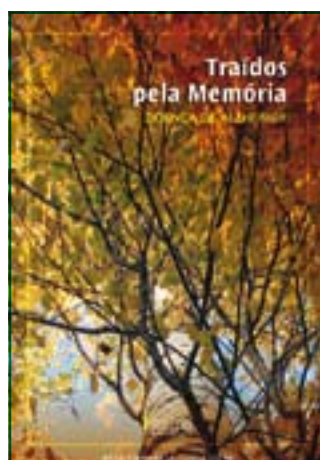
Instituição Particular de Solidariedade Social responsável pelo Projecto AJUDAR A CUIDAR, dedicado a prestadores de cuidados, cujo objectivo é fornecer informação prática e útil sobre temas de prestação de cuidados, de saúde e de dependência, informação que contribua para o bem-estar

das pessoas doentes e dependentes, suas famílias e prestadores de cuidados.

- Rua Prof. Carlos Alberto da Mota Pinto n.º 17-9.º - 1070-313 Lisboa
Telefone 21 313 98 30
Fax 21 313 98 39
www.advita.pt

"Doença de Alzheimer - O desafio de vencer barreiras"

Brochura disponível nas farmácias aderentes ao Serviço Informação Saúde dirigida aos familiares/cuidadores de doentes de Alzheimer. Suporte com informação sobre a doença e sobre a melhor forma de cuidar da pessoa doente nas várias vertentes do dia-a-dia e ao longo das várias fases da doença. É igualmente uma boa ferramenta para o farmacêutico no aconselhamento de utentes que tenham a ser cargo doentes de Alzheimer.



Este conteúdo foi elaborado em colaboração com os Laboratórios Pfizer e a Associação Alzheimer Portugal e articulado com a Acção Informativa sobre a Doença de Alzheimer a decorrer nas farmácias aderentes ao Serviço InformaçãoSaúde.

Guia para o banho do cão

Com que frequência se deve dar banho ao cão?

A resposta a esta pergunta varia de raça para raça. Raças que tenham predisposição para problemas de pele, como os Cocker Spaniels, deverão tomar banho regularmente (de 6 em 6 semanas). Cães de pêlo curto como o Doberman, Boxer, etc, podem tomar banho com muito menos frequência, cerca de 4 ou 5 vezes por ano. Se der banho demasiadas vezes a raças de pêlo curto pode enfraquecer-lhes o pêlo e diminuir as suas qualidades isolantes e protectoras.

Que tipo de champô se deve utilizar?

O tipo de champô a utilizar depende do tipo de pêlo do cão, bem como de alguma necessidade es-

pecífica que tenha (por exemplo hidratar). Existem champôs para pêlo curto, pêlo liso, champôs de uso frequente e outros com efeitos mais específicos tais como os indicados para alergias, seborreia, etc. Utilizar sempre um champô específico para cães. O champô utilizado pelo homem é quimicamente mais agressivo e é formulado com um pH não indicado para o pelo dos animais.

Cuidado com as orelhas

Proteja as orelhas dos animais e tenha cuidado para não entrar água para o canal auditivo. Pode colocar-se uma bola de algodão nas orelhas para funcionar como barreira e evi-

tar que alguma água entre acidentalmente no canal auditivo.

Proteja os olhos

É importante proteger os olhos e evitar que o champô possa provocar irritação.

Molhar o pêlo

Abrir a torneira lentamente e ajustar a temperatura e a pressão da água antes de começar a molhar o animal. A água deve estar tépida, nem muito quente nem muito fria. A eficácia do champô é maior quando a água está a esta temperatura. Colocar o bocal do chuveiro o mais perto possível do pêlo do animal. Desta forma ele não fica assustado e a água penetra melhor na sua pelagem.



Começar nos quartos traseiros e ir molhando até à cabeça do animal. Esta deve ser a última parte a ser molhada. Nunca apontar directamente o jacto de água para a cabeça. O fluxo de água deve ser suave. Inclinar ligeiramente a cabeça do animal para que a água esorra pelo pescoço abaixo e não para o nariz e olhos. Utilizar os dedos para espalhar a água no nariz, olhos e boca.

Aplicar o champô

Tal como quando se molha o cão, começar também pela parte traseira e avançar até à cabeça do animal. Certificar-se de que se aplica bem o champô e que não se está só a aplicar na parte superficial do pêlo. Em raças de pêlo curto, pode usar-se uma esco-

va de borracha, para ajudar na aplicação do champô. Se o seu cão tiver pêlo comprido, massajar o champô na direcção do crescimento do pêlo. Desta forma, evita-se que fique embaraçado.

Enxaguar muito bem

Volte a verificar a temperatura da água como se fez no início. Aqui deverá começar-se pela cabeça do animal. Utilizar a mão livre para ir removendo o champô. Se ficarem restos de champô no animal este pode provocar enfraquecimento e irritação da pele.

Secagem

Quando terminar a lavagem, remover a água em excesso com as mãos. Secar o pêlo com uma toalha.

Se o cão tiver pêlo comprido não se deve esfregar com muita força. Cães de pêlo curto devem ser secos com movimentos circulares da toalha. Não esquecer de remover o algodão dos ouvidos e de retirar a humidade em excesso destes. Algumas raças de pêlo longo (Galgo Afegão, Poodle, etc.) ficarão com um pêlo mais bonito se forem secos com um secador. Nestes casos regular o secador para a velocidade mais fraca e não apontar o ar directamente para o focinho do animal.

GLOBALVET
soluções e inovação veterinária

Artigo elaborado
em colaboração
com a GlobalVet

Portugal acolhe 6ª Conferência da PCNE

Portugal vai tornar-se, em 2009, no primeiro país do Sul da Europa a acolher uma conferência da PCNE – Rede Europeia de Cuidados Farmacêuticos (Pharmaceutical Care Network Europe). Será de 4 a 7 de Março no Vimeiro subordinada ao tema “A inovação na investigação dos cuidados farmacêuticos”.

Com a organização a cargo da Filipa Alves da Costa e de Mara Guerreiro, esta sexta conferência da PCNE reunirá um vasto leque de especialistas com interesse particular na inovação: em foco estarão os métodos quantitativos e qualitativos de investigação, a educação, a desregulamentação,

o valor acrescentado dos cuidados farmacêuticos e os novos serviços oferecidos aos doentes, entre outros assuntos.

A escolha da inovação como eixo dos trabalhos decorre do facto de a PCNE acreditar que, para desenvolver investigação de elevada qualidade, é preciso estar continuamente actualizado, trocar experiências e conhecimentos. Daí que a conferência privilegie o formato de workshops, no entendimento de que constituirão uma ocasião única para a discussão e reflexão e para a emergência de novos projectos.

A PCNE reúne-se no Vimeiro à luz de um contexto europeu caracterizado

pela mudança, que, directa ou indirectamente, afecta a prática de cuidados farmacêuticos, a educação e a investigação.

Mudança imposta desde logo pelo processo de Bolonha, cujos reflexos estão ainda por avaliar. Mudança também imposta pela desregulamentação em curso nalguns países, nomeadamente Portugal, à qual os farmacêuticos têm reagido criando novos e mais avançados serviços.

A PCNE existe desde 1994, tendo como propósito o desenvolvimento da farmácia através dos cuidados farmacêuticos. Agrega actualmente 18 países.

Brasil certifica LEF

O LEF – Instituto Farmacêutico de Ciência e Tecnologia deu mais um passo na sua estratégia de internacionalização ao conquistar a certificação obrigatória para iniciar a prestação de serviços no mercado brasileiro.

A Certificação Primária em Boas Práticas em Biodisponibilidade e Bioequivalência de Medicamentos foi conferida a 5 de Junho último pela AVINSA, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Brasil.

O laboratório de estudos farmacêuticos da ANF torna-se, assim, a primeira empresa nacional a obter uma certificação da AVINSA, integrando o reduzido número de entidades europeias certificadas pela autoridade brasileira.

O reconhecimento do LEF surge após inspecção às suas instalações e procedimentos, tendo sido oficializado a 9 de Junho com a publicação no Diário Oficial da União, o equivalente ao Diário da República português.



Farmacêuticos espanhóis em congresso

“O farmacêutico, um profissional acessível” – é este o tema do XVI Congresso Nacional Farmacêutico de Espanha. Um tema que o presidente do Conselho Geral dos Colégios de Farmacêuticos, Pedro Capilla, justifica com o valor acrescentado da proximidade, o que confere aos farmacêuticos uma posição de destaque na sociedade como conselheiros de saúde e primeiro degrau na cadeia de saúde.

Tendo como palco a cidade fronteiriça de Badajoz, esta reunião magna dos farmacêuticos espanhóis acontece num momento em que a profissão enfrenta grandes desafios na Europa, com os acontecimentos mais recentes a terem lugar de destaque no programa delineado para

os dias 22 a 24 de Outubro. O futuro da profissão em Espanha joga-se também na Lei das Garantias e Uso Racional dos Medicamentos e Produtos de Saúde, cujos últimos desenvolvimentos estarão em foco. O programa engloba ainda sessões sobre a tecnologia e o modelo de farmácia, a inovação e a formação, a dermofarmácia e a actualidade profissional nas áreas da farmácia de oficina, distribuição, indústria e farmácia hospitalar.

Mais pormenores sobre o congresso podem ser obtidos junto do Conselho Geral dos Colégios Oficiais de Farmacêuticos através do endereço de correio electrónico congral@redfarma.org ou da página na internet – www.portalfarma.com.



corta e cola

Pequenos grandes gestos

In Gingko, Maio de 2008

É na rubrica “Uma ideia para mudar o mundo” que a revista Gingko dá conta de como pequenos gestos se podem revelar grandes ajudas. Esse é o objectivo da campanha que se propõe apoiar crianças desfavorecidas da província moçambicana de Gaza.

A ideia é de uma organização não governamental que se chama precisamente “Um Pequeno Gesto uma Grande Ajuda”, que desafia os portugueses a serem padrinhos ou madrinhas de uma daquelas crianças: uma quantia anual providencia-lhes ali-

mentos, medicamentos e outros bens de primeira necessidade, mas mais do que ajuda financeira o objectivo é que se criem relações afectivas.



Tendências da Farmácia Clínica discutem-se na Croácia



O estado da arte na aplicação da farmácia clínica à intervenção diária dos farmacêuticos europeus e as tendências para o desenvolvimento futuro vão estar em foco no 37º Simpósio Anual da Sociedade Europeia de Farmácia Clínica (ESCP). “Pharmaceutical Care Models and Therapeutic Innovations” é o denominador comum deste evento, que decorre na cidade croata de Dubrovnik de 22 a 24 de Outubro.

Um tema que se justifica dados os progressos constantes e novas conquistas em Farmácia e nas ciências relacionadas, bem como pelas rápidas mudanças de que são alvo os sistemas de saúde. Assim, o simpósio propõe-se constituir uma oportunidade para trocar experiências e conhecimentos, aprender, planear e, através da cooperação entre todas as partes da profissão farmacêutica, contribuir para o seu progresso e eficácia.

Objectivos a atingir ao longo de três

sessões plenárias e 13 workshops, bem como sessões paralelas de actualização em farmacoterapia, comunicações orais e apresentação de posters.

“O equilíbrio entre custos e eficácia” é o mote da primeira sessão plenária, escolhido a partir da constatação de que as decisões, mesmo as de saúde, envolvem custos, tangíveis como os recursos financeiros ou intangíveis como a qualidade de vida. E dado que os custos financeiros podem influenciar as opções terapêuticas, sobretudo quando se trata de inovação, encontrar o equilíbrio torna-se imperativo, constituindo um desafio para médicos e farmacêuticos.

“Da evidência à prática” é a questão que dominará a segunda sessão plenária, com base no pressuposto de que, apesar de algumas inovações surgirem muito rapidamente, a sua difusão pode revelar-se um processo muito lento.

Já a terceira sessão plenária, no últi-

mo dia do simpósio, proporá a reflexão sobre como “mudar os riscos na segurança do doente”. Em foco estará a acessibilidade aos medicamentos, nomeadamente a mudança de estatuto de prescrição para não sujeito a receita médica e a maior autonomia e responsabilidade dos doentes. Será ainda analisado o contributo dos farmacêuticos para promover uma segurança efectiva do uso dos medicamentos.

Este 37º Simpósio da ESCP tem como anfitriões a Faculdade de Farmácia e Bioquímica da Universidade de Zagreb, a Sociedade Farmacêutica Croata e a Câmara dos Farmacêuticos. Fundada em 1979, integra membros de 53 países, entre farmacêuticos, médicos, investigadores e formadores. Organização sem fins lucrativos, assume como sua a missão de promover e desenvolver o uso racional e apropriado dos medicamentos, pelo indivíduo e pela sociedade. Do actual comité geral faz parte a farmacêutica portuguesa Mara Guerreiro, da Farmácia Fialho, em Portel.



Da farmácia para a comunidade

A Farmácia Cartaxo, localizada no bairro lisboeta de Alvalade, foi protagonista de uma experiência de intervenção comunitária que cumpre, à letra, o lema “Mais perto de si”.

A iniciativa envolveu a revisão da terapêutica na população de um centro de dia para idosos, desencadeada pela campanha “Viver mais, viver melhor conhecendo os seus medicamentos” promovida pela ANF em Março de 2007.

No âmbito da campanha, os utentes com idade igual ou superior a 65 anos e a tomar quatro ou mais medicamentos foram convidados a apresentar na farmácia toda a medicação para uma análise em conjunto visando a identificação de eventuais problemas de adesão à terapêutica, duplicação de terapêutica e reacções adversas.

Foram abrangidos 13 doentes, com a

média de idades a situar-se nos 82 anos, sendo que a maioria – 77% – era do sexo feminino. À farmácia levaram 162 medicamentos, o que perfaz uma média de 12,5 fármacos por idoso. Depois de feita a revisão da terapêutica, foram detectados problemas que motivaram a referenciação de cinco doentes para consulta médica.

Os resultados comprovaram de tal forma a importância da intervenção farmacêutica neste domínio que a equipa da Farmácia Cartaxo decidiu estender a experiência à comunidade. Nesse sentido foi proposta uma parceria ao Centro Social e Paroquial de São João de Brito em cujo centro de dia duas farmacêuticas procederam à revisão da terapêutica de 34 pessoas idosas.

A idade média e a distribuição por género revelaram-se muito próximas das

verificadas na amostra abrangida pela campanha. Foram avaliados, com os mesmos critérios, 193 medicamentos, perfazendo uma média de 5,7 por doente. E apenas dois dos doentes justificaram encaminhamento para consulta médica.

Esta diferença é justificada pelo facto de os utentes do centro de dia estarem mais acompanhados, a nível familiar, social e clínico, do que os idosos abrangidos pela campanha na farmácia, o que é revelador da existência de problemas mais graves em ambiente domiciliário, com muitos idosos a viverem sozinhos e desprovidos de apoio.

Face a estes resultados, a equipa da Farmácia Cartaxo defende a necessidade de uma intervenção multidisciplinar, reclamando para os farmacêuticos um papel pioneiro na sua dinamização.

Fusão dá origem à Glintt

Global Intelligent Technologies – assim se designa a Glintt, o novo gigante das tecnologias da informação resultante da fusão, por incorporação, da ParaRede com a Consiste, empresa do universo ANF.

Cotada em Bolsa, a Glintt assume-se como detentora de uma forte posição nos negócios com a banca, as telecomunicações, a saúde, o comércio, a indústria e a administração pública.

O seu posicionamento assenta em três pilares estratégicos – especialista em inovação tecnológica, parceria na prestação de serviços de outsourcing de elevado valor acrescentado e entidade com uma dimensão diferenciadora expressa pela abrangência de serviços, quadros de recursos humanos e capilaridade da rede.

Na sequência da fusão foi entretanto aprovado o conselho de administração da nova empresa para o triénio

2008/10, sendo a presidência exercida por João Cordeiro, presidente da ANF, coadjuvado por Pedro Rebelo Pinto, até agora presidente da ParaRede, e por Costa Freire, que presidia à Consiste.

A estrutura accionista da Glintt inclui mais de 13 mil accionistas, com a Farminveste – Gestão de Participações SGPS e a ANF a deterem 49,81% do capital e dos direitos de voto.

ANF associa-se a Fórum Saúde



A iniciativa partiu da Associação Comercial e Industrial das Taipas e da Associação Humanitária dos Bombeiros Voluntários das Caldas das Taipas tendo como objectivo sensibilizar a população desta vila do distrito de Braga.

Um objectivo concretizado no mês de Maio, ao longo do Fórum de Saúde e a que a ANF se associou. A participação das farmácias e dos farmacêuticos envolveu a realização de rastreios gratuitos – foram efectuados quase seis mil, envolvendo a medição de parâmetros clínicos como a glicemia, colesterol, tensão arterial e triglicéridos, mas também a análise da densidade óssea, para despiste da

osteoporose, e do PSA, para despiste do cancro da próstata.

E porque se tratava de mobilizar sinergias também a população mais jovem das Caldas das Taipas foi visada nesta iniciativa: às escolas do primeiro ciclo de 23 freguesias circundantes foi apresentado o programa “A farmácia é tua amiga”: promover o uso racional do medicamento é a mensagem contida num DVD concebido para os mais novos. Uma mensagem depois passada ao papel, em desenhos efectuados pelos alunos sobre o papel da farmácia na sociedade expostos no quartel dos bombeiros locais e posteriormente enviados para a ANF e para o Museu da Farmácia.

Bastonária renuncia

Motivos de saúde estiveram na origem da renúncia da bastonária da Ordem dos Farmacêuticos, Irene Silveira. A decisão foi comunicada pela própria em carta enviada ao presidente da Mesa da Assembleia Geral, Proença da Cunha, a 30 de Julho último.

Os estatutos da Ordem determinam que, em caso de renúncia ou impedimento, o cargo seja ocupado automaticamente pelo vice-presidente: Elisabete Faria assume, assim, as funções de bastonária até 2010, termo do mandato resultante das últimas eleições.

A renúncia de Irene Silveira acontece pouco mais de um ano após se ter sagrado vencedora do escrutínio de Junho de 2007. Concorrendo com Maria Filomena Leal Cabeça, a professora catedrática da Faculdade de Farmácia de Coimbra obteve então 54 por cento dos votos, tendo tomado posse a 11 de Julho.

Preços dos MNSRM subiram mesmo!

A ANF disse-o desde a primeira hora: a liberalização da venda de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) iria repercutir-se negativamente nos preços, fazendo-os subir e não descer como argumentava o governo.

A decisão de estender a venda daqueles medicamentos a outros espaços comerciais que não as farmácias está em vigor desde 2005, tendo sido a primeira medida anunciada publicamente pelo actual primeiro-ministro: fê-lo logo no discurso de posse. Com os argumentos, entre outros, de que aumentaria a acessibilidade e diminuiria o preço.

Os estudos entretanto efectuados desmentem, porém, este argumento.

O mais recente é da DECO que, na edição de Agosto da revista Teste Saúde, dá conta de um aumento generalizado daqueles medicamentos. Um aumento na ordem de 5,2% desde 2005 e que, no último ano, foi de 1,7%. Este é um valor médio, pois houve preços que dispararam: alguns medicamentos de grande consumo estão a custar mais 27, 30 e até 45 por cento.

Para chegar a esta conclusão, visitou 89 hipermercados, 62 parafarmácias e 78 farmácias, com uma amostra de 20 medicamentos. Destes, apenas sete haviam baixado o preço médio.

Face a estes resultados, a DECO sustenta que, “ao contrário do que governo anunciou, não houve uma descida generalizada”.



produtos

Tratamento da pele oleosa



A nova gama HYFAC® destinada à pele oleosa e/ou com problemas, apresenta a HYFAC® Emulsão Hidratante. Com uma textura fluída, suaviza, reestrutura, hidrata e regula

a oleosidade da pele ao longo do dia. Emulsão O/A de textura não oleosa, com agradável perfume, hipoalergénico, não comedogénico e sem parabenos.

Alteração à Denominação

Farmácia Teixeira Lopes Lda
Rua da Vitória, 75-79
1100-063 LISBOA
Dra. Rita Ilharco Viana Pereira da Fonseca
Teixeira Lopes & Companhia,
Unipessoal, Lda.

Farmácia Colmeias, Lda
Rua da Plastiguel, 21, Eira-Velha
2410-784 COLMEIAS
Dr. Rui Paulo Galo Vareda
Farmácia Colmeias Lda

Farmácia Funchal
Rua Dr. Brito Câmara, Centro
Comercial Dolce Vita, Loja 219
9050-231 FUNCHAL
Susana Maria Teixeira Pinto Afonso
Pérolafarma - Exploração de
Farmácias, Unipessoal Lda

Alteração de Direção Técnica

Farmácia Rodrigues & Aires Lda.
Rua da Lapa, 52-54
1200-702 LISBOA
Dra. Maria Fernanda Rosa Lopes
Ludovico
Rodrigues & Aires Lda.

Farmácia Moderna
Rua do Comércio, 32
2420-091 CARANGUEJEIRA
Dr. José Carlos Rocha Quaresma
Cardoso Pimentel
José Carlos Rocha Quaresma Cardoso
Pimentel

Farmácia Almeida
Rua Infante D. Henrique, Nº62
8000 - 363 FARO
Pedro Paulo dos Santos Rodrigues de
Passos
Bernardo Alves Rodrigues de Passos,
Herdeiros

Farmácia Central
R Capitão Mouzinho Albuquerque, 7
7630 - 162 ODEMIRA
Dra. Helena Maria Raposo Lopo
Sabino Silva Samora
Dra. Helena Maria Raposo Lopo
Sabino da Silva Samora

Farmácia Campos
Aguda, 3260 - 021 AGUDA
Dra. Vera Lucia Santos Gomes
Mirafuturo - Farmácia, Unipessoal, Lda

Farmácia Andrade
Rua do Alecrim, 125-127
1200 - 016 LISBOA
Dra. Joana Dias Borges Nunes
Farmácia Andrade, Lda.

Farmácia do Pereiró
Rua da Preciosa, 35
4100 - 418 PORTO
Eduardo Fernando Almeida e Silva
Dra. Alda Mª Azevedo Ferreira -
Cabeça de casal da herança de

Farmácia Reigota Baptista
Rua do Balcão, 10
5040 - 319 MESÃO FRIO
Dr. Sérgio António de Andrade Silva
Cardoso
Sérgio António de Andrade S.
Cardoso, Soc. Unipessoal, Lda

Farmácia Ribeiro Lda.
Avenida Senhor dos Aflitos, 102,
Silvares
4624 - 909 LOUSADA
Andreia Manuela Ramos Ferreira
Farmácia Ribeiro S.A.

Farmácia Moderna
Avenida Dr. Brandão Vasconcelos, 52,
Almoçageme
2705 - 017 COLARES
Nadine Franco de Lemos
Área Farmacêutica, Lda

Farmácia Silva Inácio
Rua José Cardoso Pires, 3-A/B, Urb.
Planalto dos Casquilhos
2830 - 554 BARREIRO
Dra. Maria Teresa Mendes dos Reis
Graça Moreira
Dra. Maria Julieta Rosa da Silva Martins
Inácio, Herdeiros

Farmácia Amado Braga
Rua da Lameira, 115, Gualtar
4710 - 093 BRAGA
Dra. Patrícia Susana Santos Neves
Farmácia Amado Braga Unipessoal,
Lda.

Farmácia Feijó
Rua Isidoro Ferreira, 7, Feijó
2810 - 087 ALMADA
Elgar Marçal da Silveira Godinho
Maria Edite Marçal da S. Godinho
- Farmácia Feijó Sociedade Unipessoal
Lda.

Farmácia Soares
Rua S. Tiago,
6200 - 214 COVILHÃ
Dr. Jacinto José Figueiredo
de Campos
Carlos Filipe dos Reis Carlos Filipe dos
Reis

Farmácia Cortez
R. de S. Nicolau, 91-93, 1000-548
LISBOA
Dalia Rute Reis dos Santos Brissos
Sociedade Farmacêutica J. C. M., S.A.

Alteração ao Pacto Social

Farmácia Rodrigues & Aires Lda.
Rua da Lapa, 52-54
1200-702 LISBOA
Dra. Maria Fernanda Rosa Lopes Ludovico
Rodrigues & Aires Lda.

Farmácia do Chafariz
Largo do Chafariz, 13-14
9000-070 FUNCHAL
Dra. Paula Alexandra Catarino Pereira
Fernandes
Farmácia do Chafariz, Sociedade
Unipessoal Lda.

Farmácia do Monte
Estrada do Livramento, 86-A
9050-231 FUNCHAL
Dra. Susana Maria Teixeira Pinto Afonso
Pérolafarma - Exploração de Farmácias,
Unipessoal Lda

Farmácia Ponta Delgada
Sítio do Lugar, Lote Nº 6 - Loteamento
Nº 2, São Vicente
9240-110 PONTA DELGADA SVC
Dra. Maria Manuela dos Santos Antunes
Catarino
Farmácia da Ponta Delgada, Sociedade
Unipessoal, Lda.

Farmácia das Orlais
Rua João do Nascimento Costa, 16-A
1900 - 269 LISBOA
Dra. Isabel Maria Plácido Lapa Marques
Inácio
Farmácia das Orlais, S.A.

Farmácia Turcifalense
Rua Rogério de Figueiroa Rego, 158,
Torres Vedras
2565 - 814 TURCIFAL
Dra. Paula Cristina de Sousa Perdigão
Barreiros & Anacleto, Lda - Cessionária

Farmácia Azevedo
Rua 25 de Abril, 387
4415 - 079 PEROSINHO
Dr. Vítor Manuel Pinto de Sousa Lopes
Sousa Lopes - Lda

Farmácia Campos
Aguda, 3260 - 021 AGUDA
Dra. Vera Lucia Santos Gomes
Mirafuturo - Farmácia, Unipessoal, Lda

Farmácia Andrade
Rua do Alecrim, 125-127
1200 - 016 LISBOA
Dra. Joana Dias Borges Nunes
Farmácia Andrade, Lda.

Farmácia Mota
Vila Cova
4515 - 403 MEDAS
Dra. Ana Patrícia Lima dos Santos Mota
Camilo dos Santos Mota, Lda.

Farmácia Amado Braga

Rua da Lameira, 115, Gualtar
4710 - 093 BRAGA
Drª. Patrícia Susana Santos Neves
Farmácia Amado Braga Unipessoal, Lda.

Farmácia Ribeiro Lda.

Avenida Senhor dos Aflitos, 102,
Silvares
4624 - 909 LOUSADA
Andreia Manuela Ramos Ferreira
Farmácia Ribeiro S.A.

Farmácia Linaida

Rua Ferreira Borges, 42-48
1350 - 001 LISBOA
Maria de Fátima Jesus Duarte da
Gama Dias
Farmácia Linaida, SA

Farmácia Lopes Ribeiro

Rua do Cruzeiro, 52-A
1300 - 166 LISBOA
Ana Cristina Nielson Nunes
de Abreu
Farmácia do Cruzeiro, S.A.

Farmácia da Pontinha

Rua de Santo Eloy, 4
1675-175 PONTINHA
Dra. Maria do Céu Gil Pereira Seabra
Farmácia da Pontinha S.A.

Farmácia Oliveira Furtado

Rua Direita, 33
8500-624 PORTIMÃO
Paulo Jorge Vieira de Almeida Gouveia
Furtado Guerra Lda.

Farmácia Central Lda.

Rotunda de Santana, 11
2400-223 LEIRIA
Julieta Pedrosa Lopes Pereira Faria
Farmácia Central de Leiria,
Unipessoal Lda

Farmácia Gomes Suc.

Rua da Junqueira, 326-328
1300-340 LISBOA
Vitor Manuel Gomes David e Silva
Vitor David e Silva Unipessoal, Lda.

Farmácia Carvalho

Rua João Pires Correia, 314-B
2645-050 ALCABIDECHE
Dra. Maria Manuela G. Pereira
Carvalho
Pereira de Carvalho, Com. Medicam.
Cosm. Perf., Lda

Farmácia Cortez

R. de S. Nicolau, 91-93
1000-548 LISBOA
Dalia Rute Reis dos Santos Brissos
Sociedade Farmacêutica J. C. M., S.A.

Alteração à Propriedade

Farmácia Teixeira Lopes Lda

Rua da Vitória, 75-79
1100-063 LISBOA
Dra. Rita Ilharco Viana Pereira da
Fonseca
Teixeira Lopes & Companhia,
Unipessoal, Lda.

Farmácia Santo Amaro

Rua Filinto Elisio, 29-A B
1300-245 LISBOA
Dra. Julieta Carmelina Campos M.
Correia
Vitalamaro - Sociedade Farmacêutica,
Unipessoal, Lda

Farmácia Moderna

Rua do Comércio, 32
2420-091 CARANGUEJEIRA
Dr. José Carlos Rocha Quaresma
Cardoso Pimentel
José Carlos Rocha Quaresma Cardoso
Pimentel

Farmácia Colmeias, Lda

Rua da Plastiquel, 21, Eira-Velha
2410-784 COLMEIAS
Dr. Rui Paulo Galo Vareda
Farmácia Colmeias Lda

Farmácia Varela Baião

Rua do Comércio, 7-A, Bairro
Autoconstrução
2740-035 PORTO SALVO
Dra. Ana Maria Varela Baião
Farmácia Varela Baião, Unipessoal Lda

Farmácia Central do Porto

Rua 31 de Janeiro, 203
4000 - 543 PORTO
Dr. Daniel Filipe Almeida Gomes da
Mota
Farmácia Central do Porto, Lda.

Farmácia Lagense

Rua Padre Manuel José Lopes, 5
9930 - 000 LAJES DO PICO
Dra. Isabel Margarida X. A. Furtado
Dias
Drª Isabel Margarida Dias - Faramácia
Lajense, Uni. Lda

Farmácia Martins

Rua General Roçadas, 1
7200 - 310 REGUENGOS DE
MONSARAZ
Dra. Maria Manuela S. Martins Correia
Martins Correia, sociedade
Unipessoal Lda

Farmácia Cândido Barbosa

Rua Serpa Pinto, 50
2040 - 249 RIO MAIOR
Dra. Ana Catarina Geraldês Góis
Nascimento
Farmaior, Lda - Cessionária

Farmácia Simões Lopes

Avenida José Elias Garcia, 51, 2745 - 147 QUELUZ
Dra. Maria Umbelina Correia Boal
Fármacia Boal, Lda

Farmácia Higiénica

Rua Dr. Moreira Pinto, Nº 8
4740 - 377 FÃO
Dra. Ludovina Maria Pires Morais Lobarinhas
Garrido
Pires Morais Lda

Farmácia Universal

R. Actor Taborda, 5
1000 - 000 LISBOA
João Baptista de Almeida
Sopropfar - Sociedade Proprietária
de Farmacias, Limitada

Farmácia Central

Rua Capitão Mouzinho
Albuquerque, 7
7630 - 162 ODEMIRA
Dra. Helena Maria Raposo Lopo Sabino Silva
Samora
Dra. Helena Maria Raposo Lopo Sabino da Silva
Samora

Farmácia Teixeira Lopes

Rua de Laborim, 78
4430 - 128 VILA NOVA DE GAIA
Dra. Isabel Maria T. L. Brochado Coelho
Isabel Mª. T. L. Brochado Coelho, Sociedade
Unipessoal, Lda

Farmácia Pires

Avenida Vasco da Gama,
3240 - 690 SANTIAGO DA GUARDA
Dr. Diamantino de Jesus Pires
Diamantino de Jesus Pires,
Unipessoal, Lda

Farmácia da Foz

Rua Senhora da Luz, 380-382
4150 - 694 PORTO
Maria do Rosário da Costa Correia
Herdeiros de Ilda de Albuquerque Manso Preto

Farmácia Paes Fernandes

Rua Duque de Bragança, 2-B
6300 - 703 GUARDA
Luís Júlio Paes Fernandes
Farmácia Paes Fernandes,
Unipessoal Lda

Farmácia do Forte

R. Padre Américo, Nº 33 Forte da Casa - Zona Sul
2625 - 393 FORTE DA CASA
Dra. Marta Raquel Torres Estrela Salgueiro Baço
Marta Raquel Torres Estrela Salgueiro Baço
Unipessoal, Lda

Farmácia Silva Inácio

Rua José Cardoso Pires, 3-A/B Urb. Planalto dos
Casquilhos -
2830 - 554 BARREIRO
Drª Maria Teresa Mendes dos Reis Graça Moreira
Dra. Maria Julieta Rosa da Silva Martins Inácio,
Herdeiros

ficheiro mestre

Farmácia Rosa Nunes

Avenida São João de Deus, 51
8500 - 000 PORTIMÃO
Dr. José Carlos Nunes Duarte
José Carlos Nunes Duarte - Unipessoal
Lda

Farmácia Lobel

Rua Infância 16, 98-B
1350 - 171 LISBOA
Dra. Ana Margarida Silva Mateus
Mourão da Fonseca
Farmácia Lobel, Limitada

Farmácia Moderna

Gumie - Avesosa,
3515 - 789 RIBAFEITA
Dr. Amadeu Manuel Rodrigues
Carvalho
Marze - Unipessoal Lda

Farmácia de São Paio

Rua de Bustos, 741 São Paio
4400 - 394 VILA NOVA DE GAIA
Dra. Madalena Maria Alvim
da Cunha Machado
Leite Figueiredo
Alvim Figueiredo, Lda

Farmácia Garcia Alves

Avenida General Humberto Delgado,
5
2560 - 272 TORRES VEDRAS
Dra. Natalia Nascimento Santos
Bilhota
CFTV - Centro Farmacêutico de Torres
Vedras, Lda

Farmácia Deão

Rua Nova da Quinta Deão, 15
9000 - 000 FUNCHAL
Dra. Maria Francelina Teixeira
Melim Cruz Neves
Mª Francelina Cruz e Neves - Com.
Prod. Farm., Soc. Unil Lda

Farmácia Costa

Largo Miguel Carvalho, 9
5425 - 322 VIDAGO
Dra. Ana Beatriz Oliveira Esteves
Pelayo
Farmácia Salus de Vidago, Lda

Farmácia Ideal

Rua Dr. Oliveira Salazar, 17
Santa Cita
2300 - 000 TOMAR
Dra. Helena Rosário Paulino
Teixeira Pereira
Idealsaúde Lda

Farmácia Nova

Rua Açores, 11-A
2675 - 034 OLIVAL BASTO
Dr. Marco António Pinto Almeida
Matéria Elementar, Lda

Farmácia Moderna

Avenida Dr. Brandão Vasconcelos, 52
Almoçageme
2705 - 017 COLARES
Nadine Franco de Lemos
Área Farmacêutica, Lda

Farmácia Nelsina

5 Praça da República, 3-5
4900 - 524 VIANA DO CASTELO
Dra. Maria Manuel de Pina Sousa Vaz
Farmácia Nelsina, Unipessoal, Lda

Farmácia Gasparinho

Rua Dr. Gama Barros, 54-A
1700 - 146 LISBOA
Dra. Maria do Céu Silva Gasparinho
Farmácia Gasparinho, Sociedade
Unipessoal Lda

Farmácia Alto do Lumiar

Alameda da Música, 7-A Alto do
Lumiar
1750 - 044 LISBOA
Dra. Maria Angélica Marques Rosa
Farmácia Alto do Lumiar, Unipessoal
Lda

Farmácia Reigota Baptista

Rua do Balcão, 10
5040 - 319 MESÃO FRIO
Dr. Sérgio António de Andrade Silva
Cardoso
Sérgio António de Andrade S.
Cardoso, Soc. Unipessoal, Lda

Farmácia Soares

Rua da Igreja, 798 Canas de Santa
Maria
3460 - 012 TONDELA
Dra. Maria Amália Saraiva Dra. Maria
Amália Saraiva
Farmácia Soares, Lda

Farmácia de Alfena

Rua 1 de Maio, 1841
4445 - 243 ALFENA
Dra. Maria Isabel André Sanches
Garcês & Garcês, Lda

Farmácia Confiança

Rua de Timor, 69 Castelões de Cepeda
4580 - 015 PAREDES
Dra. Raquel Maria Barros da Silva
Tavares
Farmácia Confiança de Paredes, Lda

Farmácia do Pereiro

Rua da Preciosa, 35
4100 - 418 PORTO
Eduardo Fernando Almeida e Silva
Dra. Alda Mª Azevedo Ferreira- Cabeça
de casal da herança de ~

Farmácia Sampaio

Rua do Curral - Edifício Miguel,
Margaride
4610 - 156 FELGUEIRAS
Dra. Marta Natália de Castro Ferreira
Farmácia JC Sampaio Lda

Farmácia Moreira

Rua 5 de Outubro, Lote 3
7040 - 625 VIMIEIRO ARL
Dr. José Manuel Periera Moreira
Farmácia Moreira, Unipessoal, Lda

Farmácia Gomes

Av. General Humberto Delgado,
4705-671 TADIM
Amélia Augusta Rebelo Vidal
Amélia Augusta Rebelo Vidal

Farmácia Bruxelas

Rua Manuel da Silva Leal, 11-B
1600-166 LISBOA
Vera Maria Bruxelas de Moraes David e Silva
Farmácia Bruxelas Unipessoal, Lda.

Transferência de Local

Farmácia Saúde

Morada Rua Hintze Ribeiro, 292/296 Leça da
Palmeira
4450-690 MATOSINHOS
Dra. Mª Rita Azevedo M. A. Monteiro Osório
Leite
Nova Farmácia Saúde Leça da Palmeira Lda.

Farmácia Paula

Rua do Comércio - Edifício Lima, 29 B
8135-124 ALMANCELIL
Paula Cristina Dionísio Gonçalves
Farmácia Paula Cristina Unipessoal, Lda

Farmácia Silva Soares

Praceta Infante D. Henrique lote B, 14 e 16
Bairro Norton de Matos
3030-055 COIMBRA
Isabel Maria Coelho Pereira
Isabel Maria Coelho Pereira

Farmácia Solanja

Sítio do Serrado, Rua João de Almada, fracção
B, 2 R/CH
9230-107 SANTANA
Maria Solanja Rodrigues Vasconcelos
Farmácia Solanja - Sociedade Unipessoal Lda.

Farmácia Funchal

Rua Dr. Brito Câmara, Centro Comercial Dolce
Vita, Loja 219
9050-231 FUNCHAL
Susana Maria Teixeira Pinto Afonso
Pérolafarma - Exploração de Farmácias,
Unipessoal Lda

Passagem a Herdeiros

Farmácia Almeida

Rua Infante D. Henrique, Nº62
8000 - 363 FARO
Pedro Paulo dos Santos Rodrigues de Passos
Bernardo Alves Rodrigues de Passos, Herdeiros



Grandes Planos para a Vida

O **Monaf** orgulha-se de ser uma das mais importantes **Associações Mutualistas em Portugal**, garantindo diferentes benefícios a mais de 2800 colegas Farmacêuticos e suas Famílias. Junte-se a nós escolhendo os planos que melhor se adaptam ao seu caso.



MONAF

Rua Marechal Saldanha, 1

1219-069 LISBOA

Tels: 213 400 690 / 213 400 693

Fax: 213 400 619 - Email: monaf@snt.pt

Cursos para Farmacêuticos		
Curso	Data	Local
Tesouraria e Controlo de Gestão	1 e 2 de Outubro de 2008	Porto
Antimicóticos em Dermatologia	3 de Outubro de 2008	Vila Real
Antibioterapia na Infecção Respiratória	3 de Outubro de 2008	Tomar
Problemas Relacionados com Medicamentos e Intervenção Farmacêutica	3 de Outubro de 2008	Lisboa
Tesouraria e Controlo de gestão	6 e 7 de Outubro de 2008	Lisboa
Aparelho Sexual Masculino: patologias e terapêutica	7 de Outubro de 2008	Porto
Dislipidemias	7 de Outubro de 2008	Coimbra
Curso Básico de Formação de Socorristas	7, 8, 14 e 15 de Outubro de 2008	Lisboa
Problemas Relacionados com Medicamentos e Intervenção Farmacêutica	8 de Outubro de 2008	Porto
Medicamentos Manipulados em Pediatria	9 de Outubro de 2008	Lisboa
O Boletim de Análises	9 e 10 de Outubro de 2008	Castelo Branco
Gestão de Aprovisionamento na Farmácia	9 e 10 de Outubro de 2008	Coimbra
Doenças Auto-imunes	9 e 10 de Outubro de 2008	Lisboa
O Marketing e a Gestão do Espaço na Farmácia	13 de Outubro de 2008	Lisboa
Gestão de Conflitos e Reclamações na Farmácia	13 de Outubro de 2008	Porto
Antibioterapia em Pediatria	13 e 14 de Outubro de 2008	Lisboa
Hipertensão Arterial	14 e 15 de Outubro de 2008	Lisboa
Feridas	15 e 16 de Outubro de 2008	Lisboa
Marketing de Serviços	16 de Outubro de 2008	Porto
O Boletim de Análises	16 e 17 de Outubro de 2008	Coimbra
A Contabilidade e a Gestão da Farmácia	16, 17 e 24 de Outubro de 2008	Lisboa
Depressão	17 e 18 de Outubro de 2008	Lisboa
Vacinas em Pediatria	20 de Outubro de 2008	Guia
O medicamento e o idoso	21 de Outubro de 2008	Lisboa
Diabetes Mellitus	23 e 24 de Outubro de 2008	Funchal
Aparelho Sexual Masculino: patologias e terapêutica	25 de Outubro de 2008	Lisboa

Cursos para Ajudantes		
Curso	Data	Local
Aparelho Gastrointestinal	3 e 4 de Outubro de 2008	Coimbra
Aparelho Gastrointestinal	10 e 11 de Outubro de 2008	Porto
Antimicrobianos	17 e 18 de Outubro de 2008	Coimbra
Antimicrobianos	17 e 18 de Outubro de 2008	Porto
Atendimento e Venda na Farmácia	20 e 21 de Outubro 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

UM JULGAMENTO GENÉRICO...



reuniões e simpósios

Nacionais

- **Palestras Formativas Campanha “Vaccine-se Contra a Gripe na Sua Farmácia”**
Contactos: Tel.: 213400712 Fax: 213 400759
escola@anf.pt

24 de Setembro - Porto - Fundação Dr. António Cupertino de Miranda
29 de Setembro - Coimbra - Auditório da Reitoria da Universidade de Coimbra
30 de Setembro - Lisboa - Centro de Congressos de Lisboa
- **II Conferência de Farmacoterapia Dor: Um Problema de Saúde Actual**
Contactos: Tel.: 213400712 Fax: 213 400759
escola@anf.pt

17 de Outubro
Lisboa - Auditório da Torre do Tombo
- **Simpósio O HPV, O Colo do Útero e a Vulva**
Contactos: Tel.: 21 756 89 10 Fax: 21 756 89 11
estrutura.formacao@apamcm.org

11 de Outubro
Universidade Católica de Lisboa
Auditório Cardeal de Medeiros
- **9º Congresso Nacional das Farmácias**
Farmácias Portuguesas: Uma Nova Era para a Saúde em Portugal
Contactos: Tel.: 213 400651/
213400650 Fax: 213400674
9 congresso@anf.pt

20 a 23 de Novembro
Lisboa - Centro de Congressos de Lisboa

Internacionais

- **37º Simpósio de Farmácia Clínica**
Pharmaceutical Care Models & Therapeutics Inovation
ESCP: www.escpweb.org

22 a 24 de Outubro
Dubrovnik, Croácia

Os preços dos medicamentos



O Governo anunciou recentemente a redução em 30% dos preços máximos de venda a público dos medicamentos genéricos.

Para fundamentar a redução, o Ministério da Saúde invocou a necessidade de controlar a despesa de medicamentos no ambulatório e os preços elevados dos medicamentos genéricos em Portugal.

A medida merece reflexão.

Em primeiro lugar, significa a falência do regime de preços dos medicamentos aprovado há pouco mais de um ano pelo Governo, através do Decreto-Lei n.º 65/2007, de 14 de Março.

Em segundo lugar, a despesa com medicamentos no ambulatório está controlada, crescendo a um ritmo

substancialmente inferior à despesa com medicamentos nos hospitais do SNS, geridos pelo próprio Ministério da Saúde.

Em terceiro lugar, o Governo mostra-se preocupado, e bem, relativamente à comparação dos preços em Portugal e nos países europeus, mas não ataca a raiz do problema. Mais uma vez, é o regime de preços aprovado em Março de 2007 que está em causa. Com efeito, os medicamentos de marca, em Portugal, podem ser, por lei, mais caros do que os praticados em Espanha, França, Itália e Grécia, desde que não sejam superiores à média dos praticados nos quatro países.

O problema não está nos medicamentos genéricos, que têm no nosso

País um preço substancialmente inferior aos medicamentos de marca.

Em quarto lugar, os medicamentos genéricos são um factor de contenção da despesa e não um factor do seu crescimento, na medida em que têm já hoje, por lei, um preço inferior em 35%, no mínimo, ao preço dos medicamentos de marca. Quanto mais crescer o mercado de genéricos, como é evidente, menor será o crescimento da despesa pública e privada com medicamentos.

Nestas circunstâncias, a anunciada redução de 30% no preço dos medicamentos genéricos é uma medida demagógica, discriminatória e injusta, tanto para os utentes, porque vão pagar mais pelos medicamentos, na medida em que se reduz o preço

de referência e, conseqüentemente, a comparticipação do Estado, como para as empresas de medicamentos genéricos, que já têm preços mais baixos. Portugal é um dos países que mais protege legalmente os medicamentos de marca. A política de preços que os sucessivos Governos têm adoptado reflecte a protecção de interesses económicos pouco alinhados com o interesse nacional e dos doentes.

A imputação de responsabilidades, pelo crescimento da despesa, aos medicamentos genéricos é um erro político que se vai pagar caro, na medida em que cria dificuldades ao desenvolvimento do respectivo mercado, ainda muito incipiente no nosso País.

A redução de 30% dos medicamentos genéricos é, por outro lado, contraditória com o aumento extraordinário do preço dos medicamentos que o Ministério da Saúde aprovou no primeiro semestre de 2008. Aumento extraordinário esse feito sem qual-

quer critério e que, em alguns medicamentos, atingiu mais de 200% de acréscimo!

O Ministério da Saúde tentou justificar esses aumentos com a ameaça dos respectivos laboratórios retirarem os medicamentos do mercado português. Uma justificação simplesmente ridícula, porque todos eles tinham alternativas terapêuticas e em muitos casos havia medicamentos genéricos, a preço mais baixo.

Tal aumento tem um impacto anual superior a dez milhões de euros no crescimento anual da despesa pública e privada em medicamentos, 50% da qual beneficiará uma única empresa farmacêutica.

As inflexões e contradições constantes dos Governos quanto à política de preços desviam a atenção da opinião pública das questões fundamentais e criam insegurança nos agentes económicos.

O regime anunciado revela, ainda, a insensibilidade do Governo aos problemas empresariais, na medida em

que não prevê nenhum regime transitório para escoamento dos stocks existentes no mercado, contrariamente ao que sempre se verificou no passado. Desta vez, os stocks terão de ser escoados ao novo preço, apesar de terem sido adquiridos a um preço mais elevado, dizendo o legislador que os agentes económicos deverão fazer encontros de contas!

É a demagogia pura à custa da racionalidade económica, da eficiência das empresas e da simplificação de processos. O País precisa urgentemente de uma política coerente de preços dos medicamentos.

Não estamos, porém, quanto a este aspecto, muito optimistas.

Vêm aí as eleições...



João Cordeiro

NOVA TIRA
MELHORADA



Nenhum teste de glicemia é tão rápido quanto o Precision Xceed



Também
mede os
Corpos Cetônicos
no sangue

Um teste de glicemia nunca foi tão rápido e precisou de tão pouco sangue como o Precision Xceed

- Resultados em apenas 3 segundos – o mais rápido tempo de teste
- 0.3µL volume de amostra de sangue – a gota de sangue mais pequena do mundo

0.3 µL

Precision Xceed

0.6 µL

1 µL

4 µL

Mais a dos outros aparelhos

Precision Xceed™

Aparelho para monitorização da glicemia

Uso diário. Segurança extra.

Linha gratuita de
apoio ao cliente: 800 200 891
www.abbottdiabetescare.pt



Abbott
A Promise for Life

Um Projecto Global Consiste

Obra, Mobiliário, Imagem,
Equipamentos e Merchandising.

FARMÁCIA MARTINS

Pedras Salgadas



consistefarma 

Projeto Global Farmácia - Pedras Salgadas
Quilóca Beira - 2710-003 Sintra
400.150.100 (200) e 400.150.100 (300)
www.consistefarma.pt