



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Eduardo Miguel Gonçalves Branco

Relatório de Estágio e Monografia intitulada “Comparticipação de Medicamentos em Portugal: Evolução e Impacto Social” referentes à Unidade Curricular “Estágio”, sob orientação, da Doutora Marta Sintra e do Professor Doutor Francisco Veiga, e apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Fevereiro de 2021



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Eduardo Miguel Gonçalves Branco


Relatório de Estágio e Monografia intitulada “Comparticipação de Medicamentos em Portugal: Evolução e Impacto Social” referentes à Unidade Curricular “Estágio”, sob orientação, da Doutora Marta Sintra e do Professor Doutor Francisco Veiga, e apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Fevereiro 2021

Eu, Eduardo Miguel Gonçalves Branco, estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, com o n.º 2015258601, declaro assumir toda a responsabilidade pelo conteúdo do Documento Relatório de Estágio e Monografia intitulada “Comparticipação de Medicamentos em Portugal: Evolução e Impacto Social” apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, no âmbito da unidade de Estágio Curricular.

Mais declaro que este Documento é um trabalho original e que toda e qualquer afirmação ou expressão, por mim utilizada, está referenciada na Bibliografia, segundo os critérios bibliográficos legalmente estabelecidos, salvaguardando sempre os Direitos de Autor, à exceção das minhas opiniões pessoais.

Coimbra, 5 de fevereiro de 2021



(Eduardo Miguel Gonçalves Branco)

AGRADECIMENTOS

À Dra. Marta Sintra, Diretora Técnica da Farmácia Progresso, e à restante equipa, pela partilha dos importantes ensinamentos ao longo do meu estágio, por toda a simpatia e apoio nos momentos de maior pressão.

Ao Professor Doutor Francisco Veiga, pela disponibilidade e orientação concedida na realização da minha monografia.

À Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, pela dedicação constante, pela a formação académica que me proporcionou, e a todos os docentes e não docentes, pelos valores e conhecimentos transmitidos ao longo dos anos aqui vividos.

À Phartuna – Tuna de Farmácia de Coimbra, por todos os momentos em palco e fora dele, pelas amizades, prémios e vivências que nunca irão ser esquecidas, e me permitirem experienciar ao máximo o espírito académico tão característico de Coimbra.

Aos meus amigos, por todo o apoio, experiências únicas e todas as gargalhadas.

À minha namorada, por todo o apoio, motivação e força transmitida durante este percurso.

Aos meus pais, à minha irmã e toda a minha restante família, pela o apoio incondicional, paciência, compreensão, por serem os principais responsáveis pela realização desta etapa e por sempre me demonstrarem que nunca se deve desistir e que devemos trabalhar ao máximo para alcançarmos os nossos objetivos.

A todos vós, muito obrigado.

The Blues don't change!
Albert King

ÍNDICE

RESUMO	5
ABSTRACT	6
Parte I – Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária	
1. Lista de Abreviaturas	8
2. Introdução	9
3. Farmácia Progresso	10
4. Análise SWOT	10
4.1 Pontos Fortes.....	11
4.1.1 Equipa Profissional e Dinâmica	11
4.1.2 Aconselhamento Farmacêutico	12
4.1.3 Estagiário Único.....	13
4.1.4 Variedade de Serviços Disponibilizados	13
4.1.5 Dinamização de Vendas.....	14
4.2 Pontos Fracos	15
4.2.1 Denominação Comercial e DCI.....	15
4.2.2 Áreas com Formação Reduzida.....	15
4.3 Oportunidades.....	16
4.3.1 Programa 4Digital Care	16
4.3.2 Formação Contínua	16
4.3.3 Metodologia Kaizen.....	17
4.4 Ameaças	18
4.4.1 Quota de Genéricos Reduzida	18
4.4.2 Centro de Saúde em Dificuldades	19
4.4.3 Desvalorização do Papel do Farmacêutico Comunitário.....	19
4.4.4 Ruturas de <i>Stock</i>	19
5. Casos Clínicos	21
5.1 Caso I	21
5.2 Caso II.....	22
5.3 Caso III.....	23
6. Conclusão	24
7. Bibliografia	25
Parte II – Monografia	
1. Lista de Abreviaturas	27
2. Introdução	28
3. Evolução da Comparticipação de Medicamentos em Portugal	29
4. Medicamentos Genéricos em Portugal: O Mercado	38
5. O Impacto Social da Comparticipação em Portugal	42
5.1 Nas Farmácias Portuguesas	42
5.2 Na População Portuguesa	46
6. Conclusão	51
7. Bibliografia	54

RESUMO

Em Portugal o medicamento surgiu com o intuito de trazer para a população portuguesa melhores condições no âmbito da saúde, vindo promover uma melhor qualidade de vida, assim como um aumento na esperança média de vida. De forma a que o medicamento fosse acessível a todos os portugueses, o Estado criou o sistema de comparticipação nacional, constituído por diversos escalões de forma a proporcionar a medicação mais cara, e muitas vezes inacessível às pessoas, disponível aos mais carenciados.

No sentido de obter um sistema bem regulado, legislado e financiado, o Estado promoveu diversas atualizações e regulações. Modificações estas que muitas das vezes foram ao encontro do sustento financeiro do Sistema Nacional de Saúde, de forma a que este não entrasse em colapso com a sobrecarga das despesas referentes ao medicamento.

De forma a reduzir a despesa do Estado com o medicamento, são implementados os Medicamentos Genéricos no mercado nacional. Estes medicamentos representavam uma redução nos preços dos medicamentos, nas margens do setor da distribuição farmacêutica e trouxeram também alterações nas taxas de comparticipação.

A implementação destas medidas marcou as farmácias comunitárias de forma negativa, visto que começaram a ter margens bastante reduzidas, colocando muitas delas em situações de insolvência e/ou penhora. Quer as farmácias portuguesas, quer a população portuguesa foram afetadas por uma severa crise financeira e económica, que veio mudar o mercado nacional. Com esta crise a população portuguesa viu o seu poder de compra ser reduzido, acabando mesmo por optar entre comprar comida ou comprar a sua medicação, colocando-se em causa a saúde futura da população em geral.

Ao longo dos anos várias medidas foram implementadas de forma a ajudar a população e as farmácias portuguesas a ultrapassarem a situação da crise, sendo necessário pensar nos problemas antes de acontecerem e precaver bem as situações de forma a poupar os recursos existentes, manter o acesso ao medicamento à população e promover a continuação de um setor que muitas das vezes é o primeiro contacto com o utente.

Palavras-chave: Farmácia, Medicamentos Genéricos, Crise, Comparticipação, Regulação da Comparticipação, Acesso ao Medicamento.

ABSTRACT

In Portugal, the medicine was created with the aim of bringing better health conditions to the portuguese population, promoting a better quality of life, as well as an increase in average life expectancy. In order for the medicine to be accessible to all portuguese, the State created the national co-payment system, consisting of several levels in order to provide the most expensive medication, and often inaccessible to people, available to the most needy.

In order to obtain a well-regulated, legislated and financed system, the State promoted several updates and regulations. These changes, which often met the financial support of the National Health System, so that it would not collapse with the overhead of expenses related to the medication.

In order to reduce the State's expenditure on the drug, Generic Drugs are implemented in the national market. These medicines represented a reduction in the prices of medicines, in the margins of the pharmaceutical distribution sector and also brought changes in the rates of co-participation.

The implementation of these measures had a negative impact on community pharmacies, since they started to have very low margins, placing many of them in situations of insolvency and / or seizure. Both Portuguese pharmacies and the portuguese population were affected by a severe financial and economic crisis, which changed the national market. With this crisis, the portuguese population saw its purchasing power be reduced, ending up even choosing between buying food or buying its medication, jeopardizing the future health of the population in general.

Over the years, several measures have been implemented in order to help the portuguese population and pharmacies to overcome the crisis situation. Medicine to the population and promote the continuation of a sector that is often the first contact with the user.

Keywords: Pharmacy, Generic Drugs, Crisis, Co-payment, Co-payment Regulation, Drug Accessibility.

Parte I – Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária

Farmácia Progresso

I. Lista de Abreviaturas

DCI – Denominação Comum Internacional

INFARMED I.P. – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P.

IVA – Imposto de Valor Acrescentado

MICF – Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

MNSRM – Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

MSRM – Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

SWOT – da tradução da Língua Inglesa *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*

2. Introdução

Um marco na formação de um futuro farmacêutico é sem dúvida a realização do estágio curricular em Farmácia Comunitária. Esta vertente obrigatória da unidade Estágio Curricular permite-nos experienciar o contexto real de trabalho que se vive diariamente numa farmácia comunitária, assumindo assim ser uma etapa de elevada relevância na consolidação de todos os conhecimentos técnico-científicos adquiridos ao longo de cinco anos do MICF, preparando-nos também para uma das vertentes que o nosso curso nos permite através da aquisição de conhecimentos técnicos, sociais e humanísticos necessários para um bom desempenho da nossa atividade profissional.

Desde o início da caminhada até ao final do MICF adquirimos competências que nos permitem ser profissionais/agentes de saúde, ou seja, somos preparados para realizar todas atividades relacionadas com medicamentos, análises clínicas ou análises noutras vertentes que vão de encontro à proteção da saúde pública. Devemos também estar preparados para educar a população e prevenir sempre que possível a doença da mesma.

Nos dias de hoje, o farmacêutico comunitário não deve ser apenas um profissional que dispensa medicamentos e que desempenha as funções para um bom aconselhamento farmacoterapêutico. Este deve estudar e formar-se também em áreas como gestão e marketing, visto que na farmácia comunitária este deve saber lidar com gestão de stocks, gestão de encomendas, gestão de espaço e dinamização da farmácia na comunidade. Fatores estes que são cruciais para uma boa rentabilidade e bom funcionamento em todas as farmácias.

A Farmácia Progresso, no Louriçal, recebeu-me para a realização do meu estágio curricular, entre os dias 1 de setembro e dezembro de 2020, sob a orientação da Diretora Técnica, Dra. Marta Sintra que, em conjunto com a sua equipa, me acolheu e proporcionou um ambiente de elevada aprendizagem, profissionalismo e dedicação que culminaram numa experiência de estágio bastante gratificante e esclarecedora sobre como é o Mundo da farmácia comunitária. No decorrer do meu estágio, toda a equipa da Farmácia Progresso mostrou-se sempre disponível e prestável no esclarecimento de quaisquer dúvidas, assim como, na transmissão de novos conhecimentos e valores que se irão mostrar essenciais na minha preparação para a minha atividade profissional e para a minha entrada no mercado de trabalho.

A elaboração do presente relatório tem como objetivo analisar de forma crítica tudo o que foi realizado no estágio, fazendo uma revisão a todo o meu percurso através de uma análise SWOT, onde irei explorar o que considerarei como pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças.

3. Farmácia Progresso

Localizada na Rua Madre Maria do Lado N.º. 14, Louriçal, Concelho de Pombal, a Farmácia Progresso é uma das duas que sita nesta localidade, sendo a mais antiga e a primeira a estabelecer o contacto entre o farmacêutico e a população na Vila do Louriçal. Mesmo nunca tendo mudado de local, visto que se encontra no coração da vila, a Farmácia Progresso apresenta umas instalações cuidadas e bem preparadas para servir os seus utentes assim como uma equipa dedicada e profissional que proporciona um ambiente acolhedor, esclarecedor e familiar que vai de encontro ao que os seus utentes procuram.

A Farmácia Progresso encontra-se aberta ao público de segunda a sexta das 9h às 20h, aos sábados das 9h às 13h e das 14h às 19h, aos domingos (dia de feira na localidade) das 8:30h às 13h e por fim aos feriados das 9h às 13h. Realiza também serviço de disponibilidade semana sim semana não, permitindo à população o acesso a medicamentos em situações de urgência.

Na sua maioria os utentes que visitam a Farmácia Progresso encontram-se numa faixa etária mais idosa, sendo a maior parte é polimedicada. Estes recorrem com bastante regularidade à farmácia, por vezes apenas para esclarecer pequenas dúvidas, demonstrando assim que a população valoriza o aconselhamento da equipa que lá se encontra. É de notar que uma percentagem dos utentes da farmácia são de lares de idosos provenientes dos vários protocolos que ao longo dos anos a Farmácia Progresso estabeleceu com estas instituições.

4. Análise SWOT

A análise SWOT integra duas dimensões bastante relevantes que nos permitem fazer uma análise interna onde estão inseridos os pontos fortes (*Strengths*) e pontos fracos

(*Weaknesses*), e uma análise externa onde encontramos as oportunidades (*Oppurtunities*) e ameaças (*Threats*). No meu caso, não pretendo fazer uma análise detalhada de todas as atividades que realizei no meu estágio, mas sim apresentar e analisar de forma sucinta os pontos que considero positivos e negativos referentes ao estágio e que, de alguma maneira, melhoraram a minha visão para o futuro. Na Tabela I encontram-se os pontos cruciais desta análise.

Tabela I - Análise Swot do estágio na Farmácia Progresso

Pontos Fortes	Pontos Fracos
<ul style="list-style-type: none"> • Equipa Profissional e Dinâmica • Aconselhamento Farmacêutico • Estagiário Único • Variedade de Serviços Disponibilizados • Dinamização de Vendas 	<ul style="list-style-type: none"> • Denominação Comercial e DCI • Áreas com Formação Reduzida
Oportunidades	Ameaças
<ul style="list-style-type: none"> • Programa 4Digital Care • Formação Contínua • Metodologia <i>Kaizen</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Quota de Genéricos Reduzida • Centro de Saúde em Dificuldades • Desvalorização do Papel do Farmacêutico Comunitário • Ruturas de <i>Stock</i>

4.1 Pontos Fortes

4.1.1 Equipa Profissional e Dinâmica

A equipa da Farmácia Progresso é constituída por seis elementos: Dra. Marta Sintra (Diretora Técnica), Dra. Joana Lopes (Farmacêutica Adjunta Substituta), Carla João (Técnica de Farmácia), Adília (Técnica de Farmácia), Daniel Fonseca (Técnico de Farmácia) e Beatriz Pedro (Técnica de Farmácia). Todas as funções e responsabilidades estão bem definidas para cada colaborador promovendo assim o bom funcionamento da farmácia. A qualquer instante qualquer um dos elementos da equipa está preparado para assumir as funções de outro sem colocar em causa o funcionamento do *back office* e o atendimento ao utente, promovendo assim uma continuidade do trabalho de equipa sem uma quebra na qualidade dos serviços pela farmácia prestados.

No dia-a-dia da farmácia é de notar a importância e o destaque que a equipa dá ao balcão de forma a ir ao encontro das necessidades de cada utente, para que este momento não seja só um ato de dispensa de medicamentos e produtos de saúde, mas também uma oportunidade de um melhor aconselhamento, tentando este ser de qualidade e personalizado a cada utente, procurando assim toda a equipa estabelecer uma relação de confiança entre a farmácia e todos os que a visitam.

A equipa da Farmácia Progresso é marcada pelo espírito de colaboração e equipa, pelo facto de todas as dúvidas que surgiam serem debatidas com toda a equipa, de maneira a transmitir a resolução dessa dúvida a todos os elementos e também a proporcionar antecipadamente o conhecimento necessário para a resolução de uma situação idêntica caso esta surgisse de novo. É de destacar então todo o profissionalismo que penso serem um ponto chave para um funcionamento fluido e dinâmico da farmácia.

Durante o meu estágio toda a equipa se mostrou disponível a esclarecer quaisquer dúvidas que me fossem surgindo no meu dia de trabalho, explicando-me todos os procedimentos necessários de maneira a que eu pudesse participar nas várias atividades e tarefas que me eram propostas. A equipa também sempre teve o cuidado de me transmitir os valores e ideias que defendem de forma a fazer de mim um melhor profissional no futuro.

4.1.2 Aconselhamento Farmacêutico

O aconselhamento farmacêutico é um dos pontos chave que toda a equipa da Farmácia Progresso prima e tenta garantir a todo o utente. Desde o início do meu estágio, toda a equipa me incutiu que temos que garantir que qualquer utente sai da farmácia completamente esclarecido e sem dúvidas sobre a sua medicação, sendo de elevada relevância o diálogo entre o farmacêutico e o utente de forma que as necessidades da pessoa a ser atendida sejam realizadas.

Com o desenrolar do meu estágio apercebi-me que todos os colaboradores da Farmácia Progresso trabalham continuamente para que a farmácia não seja vista apenas como um espaço de venda de medicamentos, mas sim como um local onde se pode satisfazer e esclarecer todas as dúvidas do utente acerca da sua medicação. Desta forma, toda a equipa tenta proporcionar um atendimento de qualidade indo ao encontro das

necessidades do utente e do seu bem-estar, de forma a que este saía da farmácia com a vontade de regressar.

4.1.3 Estagiário Único

O um dos pontos mais positivos do meu estágio foi sem dúvida o facto de ser o único estagiário na farmácia, pois tive a oportunidade de realizar um maior número de tarefas e repeti-las, tendo assim mais tempo para aperfeiçoar o que me foi passado. Também o facto de ser estagiário único permitiu-me ter um maior contacto com todos os membros da equipa, podendo assim aprender um pouco de todos e ter várias visões do mundo da farmácia comunitária.

4.1.4 Variedade de Serviços Disponibilizados

Hoje em dia as farmácias a nível nacional reconhecem que este local não pode ser apenas um local de dispensa de medicamentos, logo procuram oferecer mais serviços farmacêuticos aos seus utentes de forma a acompanharem e proporcionarem qualidade de vida aos mesmos.

A Farmácia Progresso não é exceção e oferece aos seus utentes a medição de parâmetros bioquímicos como glicémia, colesterol total e pressão arterial. No decorrer do meu estágio tive a oportunidade de experienciar e participar nestas medições colocando em prática os conhecimentos teórico-práticos adquiridos no MICEF. A Farmácia Progresso dispõe também de entrega ao domicílio, preparação de medicamentos manipulados e administração de vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação (PVN). Tendo o meu estágio decorrido nos meses de outubro e novembro tive a oportunidade de vivenciar o período da administração das vacinas da gripe. Durante esta fase os dias na farmácia foram bastante mais agitados devido a todo o medo que a população tinha devido a toda a situação do SARS-COV-2/ COVID-19, assim como a escassez de vacinas que se fez sentir este ano. Para além disso, a farmácia dispõe também de consultas de nutrição que decorrem de duas em duas semanas. Todas estas atividades são realizadas num gabinete à parte para uma maior privacidade aos utentes.

4.1.5 Dinamização de Vendas

De uma maneira geral, a nível nacional, as farmácias estão a atravessar um período bastante crítico devido a toda a situação pandémica que o país atravessa. Toda esta situação veio restringir o que o utente leva da farmácia e diminuir bastante as oportunidades de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM), cosmética, entre outros. A farmácia está a sentir um momento de “lista de supermercado”, onde cada utente já vai à farmácia com uma lista pré-definida de produtos que quer levar, ou simplesmente utentes que vão à farmácia para levantar apenas as suas receitas, sem estarem abertos a novos produtos fora receita que possam também ser úteis para o seu bem-estar. Nesta fase é de prever que as compras por impulso também estejam quase extintas, pois em muitas farmácias entra apenas o número de utentes correspondentes ao número de balcões que a farmácia dispõe, impossibilitando o contacto direto entre o utente e o produto exposto. Desta forma, ainda é possível aumentar a rentabilidade da farmácia através do diálogo farmacêutico-utente, dinamizando o espaço, rentabilizando os recursos existentes e explorando novas oportunidades de mercado.

A Farmácia Progresso aposta bastante no diálogo com o utente e na dinamização de campanhas promocionais de produtos cosméticos dinamizando o seu espaço para que o utente consiga ter um contacto direto e seguro com os produtos. Durante o meu estágio tive a oportunidade de participar numa campanha de produtos cosméticos para o rosto que permitiu aos utentes experienciarem em primeira mão os produtos, mas também uma ação de formação sobre os mesmos que se descobriu ser bastante benéfica quer para o utente quer para a farmácia a nível de vendas. Toda esta campanha foi divulgada através das redes sociais, contacto boca a boca e via telefónica. A farmácia possui associado ao seu sistema informático um programa de pontos que são atribuídos na compra de produtos com 23% de IVA, sendo esta também uma vantagem para os utentes pois ao acumularem pontos podem desconta-los noutros produtos. Estas estratégias aliadas com os objetivos a alcançar por toda a equipa, revelam ter um peso bastante significativo na rentabilidade da farmácia e são essenciais para se estar à frente da concorrência.

4.2 Pontos Fracos

4.2.1 Denominação Comercial e DCI

No mercado farmacêutico existe uma enorme variedade de produtos e medicamentos, devido a isto um dos meus principais obstáculos ao atender ao público foi a dificuldade em interligar a respetiva substância ativa ou à Denominação Comum Internacional (DCI) ao seu nome comercial, na dispensa das prescrições médicas por exemplo, que muitas das vezes dificultava a perceção da terapêutica associada e o bom atendimento ao público. Conclui também que nas unidades curriculares do MICF, estamos na maior parte das vezes em contacto com o nome da substância ativa, sendo assim mais difícil no mundo da farmácia comunitária a associação ao nome de marca. Felizmente com o decorrer do meu estágio esta situação melhorou e foi possível reduzi-la com o contacto dos medicamentos durante os dias de trabalho, com a ajuda do sistema 4Digital Care nos momentos em que realizei as funções ao balcão, e também com todas as tarefas *back office*, como por exemplo nos momentos de reposição de *stocks*.

4.2.2 Áreas com Formação Reduzida

Num plano geral o programa curricular do MICF é bastante completo, tocando em vários pontos e matérias através das várias unidades curriculares que visa preparar os alunos para as várias saídas profissionais aderentes a este curso. Todavia, ao deparar-me com a realidade profissional em que estava inserido e com a vasta variedade de produtos existentes no mercado conclui que detinha ainda algumas dificuldades a nível de aconselhamento em áreas como a dermocosmética, suplementação, veterinária e ortopedia. No caso da dermocosmética, penso que a formação disponibilizada para estas áreas deveria ser mais direcionada para o aconselhamento farmacêutico de forma a ir de encontro à vasta variedade de produtos e marcas que desta área são inerentes. Saliento a área cosmética devido a esta ser uma das mais rentáveis na farmácia comunitária e uma das quais os utentes mais confiam no farmacêutico para se aconselharem, logo este tem que estar confortável na área e saber de antemão com o que pode contar.

Mesmo assim, estas lacunas vão sendo superadas no decorrer do estágio com a ajuda da equipa da farmácia e com o contacto dia-a-dia com os produtos.

4.3 Oportunidades

4.3.1 Programa 4Digital Care

Ao contrário da maioria das farmácias nacionais que utilizam como principal sistema informático o sistema Sifarma 2000®, a Farmácia Progresso adotou o sistema informático 4Digital Care. Vi esta situação como uma oportunidade, visto que iria estar em contacto diariamente com um programa novo que não conhecia e que iria ser mais uma vantagem para a minha formação. Conclui que o programa 4Digital Care é bastante intuitivo, simples, claro, rápido e capaz, ou seja, em comparação ao Sifarma este sistema é mais “limpo” apresentando um “layout” mais moderno, tendo mensalmente atualizações e uma assistência técnica bastante profissional e disponível 24 horas para resolver qualquer situação que possa surgir.

Ao usar no dia-a-dia este programa fiquei com a noção de que conseguia chegar mais rapidamente ao que queria em comparação ao seu rival (Sifarma), e que este detinha menus bastante informativos sobre o meu desempenho e o desempenho geral da farmácia. A nível de atendimento o 4Digital Care está preparado para auxiliar o farmacêutico em qualquer pedido que este lhe faça assim como ajuda-lo em qualquer dúvida no aconselhamento farmacêutico. É sem dúvida uma vantagem na farmácia.

4.3.2 Formação Contínua

Enquanto profissionais de saúde, nós, farmacêuticos devemos-nos manter de forma constante atualizados quer a nível técnico-científico, quer a nível do mercado farmacêutico, para que a prestação de serviços da farmácia em que estejamos inseridos seja sempre de excelência e de qualidade acima da média.

Tendo isto em conta, felizmente no decorrer do meu estágio tive a oportunidade de participar em várias ações de formação dirigidas por delegados de vários laboratórios. Nestas formações foram debatidos temas das áreas de dermocosmética, veterinária, suplementação e ortopedia, o que me permitiu interagir diretamente com os produtos e saber logo para o que são direcionados, quais as suas características positivas e negativas e por vezes qual a faixa etária onde estão melhor inseridos. Estas formações revelaram-se ser bastante úteis para a minha formação pelo o facto de abrangerem tópicos bem mais

direcionados para o dia-a-dia de um farmacêutico comunitário, o que em suma, contribuiu bastante para a minha formação futura.

4.3.3 Metodologia Kaizen

De acordo com o Kaizen Institute, a metodologia Kaizen “vai em busca da melhoria contínua na vida pessoal, social e profissional, que quando aplicada no local de trabalho significa melhoria contínua envolvendo todos – administração e restantes colaboradores”. A essência do Kaizen baseia-se em 5 princípios chave que são: conhecer o cliente, criar fluxo, ir ao gembu, dar empowerment às pessoas e ser transparente ⁽¹⁾.

Esta filosofia está implementada na Farmácia Progresso e tem como objetivo aumentar a rentabilidade da farmácia nas várias tarefas propostas e diminuir o desperdício de tempo e recursos na sua elaboração. Temos que ver a farmácia para além de um espaço de prestação de serviços farmacêuticos e dispensa de medicamentos e vê-la como um local de venda de produtos de saúde, como tal, estes espaços procuram estratégias para que sejam cada vez mais rentáveis, sendo crucial uma boa gestão de todos os recursos disponíveis.

Das várias medidas implementadas no funcionamento diário da farmácia é de destacar as reuniões semanais que a equipa tinha para debater novas campanhas, métodos, entre outras alternativas para dinamizar o espaço e atrair o cliente para produtos que estivessem a perder rotação. Assim como, a organização do *back office* que se encontrava separada e identificada diminuído assim o tempo à procura de determinado produto ao atender o público.

No decorrer do meu estágio tive a oportunidade de experienciar e participar nesta metodologia, a qual considero uma ferramenta bastante importante no sentido em que permite manter a equipa atualizada sobre as várias campanhas a decorrer, unir esforços para um objetivo comum e avaliar o desempenho geral da equipa de acordo um determinado parâmetro.

4.4 Ameaças

4.4.1 Quota de Genéricos Reduzida

Como a maioria da população sabe no mercado farmacêutico de medicamentos podemos encontrar os medicamentos de marca, ou seja, aqueles que apareceram em primeiro lugar que detiveram o uso exclusivo daquela formulação durante 10 anos e podemos encontrar os medicamentos genéricos, idênticos aos medicamentos que lhes deram origem, mas a um custo menor. O farmacêutico tem um papel fulcral em informar o utente sobre todas as possibilidades a que este tem direito quando se dirige à farmácia para levantar a sua medicação e deve sempre que possível explicar o porque de existir o medicamento chamado “de marca” e o medicamento genérico.

Ao longo do meu estágio fui-me deparando com a enorme dificuldade de aceitação por parte dos utentes da farmácia aos medicamentos genéricos, algo que sempre existiu em todas as farmácias, mas não tão grave como na Farmácia Progresso. Infelizmente na população do Louriçal nunca foi bem introduzido o medicamento genérico, sendo este visto pela população como uma versão “barata” do medicamento “de marca” ou como um medicamento menos capaz que o “de marca”.

De acordo com o INFARMED I.P. a percentagem de genéricos de uma farmácia deve-se situar acima dos 48%, sendo que a percentagem de genéricos da Farmácia Progresso sempre se situou abaixo dos 45%, tendo atingido a maior percentagem em 2019 com 43,6%⁽²⁾.

A venda de genéricos numa farmácia é um ponto bastante relevante devido a estes medicamentos apresentarem maior margem e bonificações o que se traduz numa maior rentabilidade de forma geral para a farmácia. A introdução destes medicamentos tem que ser feita de forma gradual, informando o utente das similaridades do genérico e do medicamento de marca, de forma a que aos poucos se vá familiarizando com as caixas e outros aspetos, este processo levará sempre bastante tempo, mas tem que ser feito para um bom funcionamento e boa rentabilidade da farmácia.

4.4.2 Centro de Saúde em Dificuldades

Atualmente devido a toda a situação pandémica mundial os centros de saúde tem-se encontrado lotados e num ponto de rutura, sendo que o do Louriçal não é exceção. Esta situação afetou o quotidiano das farmácias, levando vários utentes à farmácia procurando por Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM) mas sem receita do médico. Esta situação torna-se bastante preocupante devido a muitos utentes serem recorrentes da farmácia e acabarem por ficar exaltados com o facto de não poderem levar o medicamento que solicitam sem receita, acabando por a farmácia ficar com má imagem aos olhos dos utentes, principalmente aqueles de idade mais avançada.

Esta situação veio a agravar-se na altura da administração das vacinas da gripe. A maioria dos utentes que adquiriu a vacina na farmácia tinha mais de 65 anos, sendo que estes a tinham gratuita nos centros de saúde, colocando assim em causa a quantidade necessária de vacinas para utentes que tinham menos de 65 anos, que necessitavam desta devido a serem doentes de risco, por exemplo.

4.4.3 Desvalorização do Papel do Farmacêutico Comunitário

De um modo geral o farmacêutico comunitário ainda é visto como um mero vendedor de medicamentos, ou seja, alguém atrás de um balcão que dispensa o que o médico prescreve. Logo, a cada atendimento é fulcral que cada farmacêutico combata este pensamento já enraizado na comunidade. É necessário mostrar à população que visita a farmácia que o farmacêutico é um profissional de saúde competente e especialista no medicamento, valorizando assim a nossa profissão e o serviço que prestamos à comunidade.

4.4.4 Ruturas de Stock

No decorrer do meu estágio fui-me deparando com situações em que a farmácia não conseguia responder ao que era solicitado pelo utente porque os produtos pedidos encontravam-se esgotados ou rateados, ou por certos lotes terem sido retirados pelo INFARMED I.D. devido a inconformidades. Apercebi-me também de que esta situação piorou bastante depois dos meses de março a maio (meses em que Portugal se encontrava em confinamento devido ao COVID-19, informação que me foi transmitida pela equipa da

Farmácia Progresso). Esta situação é bastante desagradável para a farmácia devido ao utente não compreender que esta situação não é um problema interno da farmácia. Esta situação representa também outro problema, o facto de alguns utentes ficarem sem a sua medicação durante um período de tempo incerto, não havendo previsões de chegada para os medicamentos que ficam nesta situação. Para a farmácia esta situação é problemática, pois em certos medicamentos não consegue dar resposta ao utente, colocando assim em causa a credibilidade da farmácia e o trabalho do farmacêutico comunitário.

Um lado bom desta situação é o facto de a farmácia não tendo o medicamento pretendido pelo utente, fazer a troca deste por um medicamento genérico mais rentável por exemplo, forçando mesmo sem intenção o utente a levar o mesmo medicamento de outro laboratório onde não esteja esgotado.

5. Casos Clínicos

5.1 Caso I

Uma utente dirigiu-se à farmácia referindo que o seu marido não conseguia defecar há 4 dias, solicitando uma solução que fosse capaz de resolver este problema rápido. Ao deparar-me com o problema questioneei a utente se a situação era algo de recorrente, que a utente me respondeu que não, mas que o seu marido já tinha sentido problemas do mesmo tipo, mas não por um período tão longo.

Comecei por recomendar à utente medidas não farmacológicas, como a ingestão de alimentos ricos em fibras, verduras, a ingestão de uma quantidade de água adequada ao longo do dia e por fim a recomendação de exercício físico de uma forma regular, como por exemplo, uma caminhada relaxada e leve ao fim da tarde e também uma reeducação do intestino, tentando defecar todos os dias à mesma hora de forma calma. Para além destas medidas, recomendei também o BioActivo Fibra, um suplemento alimentar rico em fibra, que contribui para a regulação do trânsito intestinal.

Visto que utente desejava uma solução rápida para o problema, aconselhei Microlax[®], um medicamento laxante, indicado para a obstipação ocasional e/ou aguda, que iria ajudar a resolver o problema de forma rápida. Referi também que este tipo de produto não deve ser de uso recorrente, mas sim para situações idênticas à que o marido da utente estava a passar.

Por fim, recomendei que após a resolução desta situação em específico, o marido da utente deveria seguir as medidas não farmacológicas indicadas, assim como a utilização do BioActivo Fibra, devido que estas medidas poderem ser usadas por maiores períodos de tempo.

5.2 Caso II

Um utente dirigiu-se à farmácia a queixar-se de um “alto” que tinha no olho direito, na pálpebra de baixo, e que este o incomodava muito, sentindo dor e por vezes comichão. Ao examinar o utente conclui que este estava com um vulgarmente chamado “terçolho”. Um “Terçolho” é um abcesso palpável, por vezes doloroso e avermelhado, que se origina numa das pálpebras de forma aguda, devido a uma infeção de uma ou várias glândulas, muitas das vezes este é causado por uma bactéria do género *Staphylococcus* ⁽³⁾.

Aconselhei ao utente a pomada Terricil que contém cloridrado de oxitetraciclina, esta pomada é destinada a infeções oculares externas de origem bacteriana. Sendo uma pomada que contém como princípio ativo um antibiótico, ou seja, é um MSR, referi ao utente que este antes de a adquirir teria que recorrer ao médico para que este fizesse uma melhor avaliação da situação ocular. Dois dias depois, o utente veio com a prescrição médica para a pomada Terricil e iniciou assim o tratamento. Para além da pomada aconselhei também o colírio Optrex para um alívio de alguma irritação ocular acrescida e também para uma lubrificação dos olhos recorrente. Por fim, acrescentei que se a situação não melhorasse consulta-se o oftalmologista.

5.3 Caso III

Uma utente dirigiu-se à farmácia com queixas de congestão nasal, rinorreia e espirros que por vezes eram bastante frequentes. Ao atender a senhora, coloquei algumas questões de forma a perceber se a situação era sazonal ou recorrente. A utente esclareceu-me de que estas situações normalmente ocorrem nos períodos da Primavera e que já tinha sido aconselhada a tomar fexofenadina, sendo este um anti-histamínico oral que é aconselhado para o alívio dos sintomas associados à rinite alérgica sazonal ⁽⁴⁾. A senhora referiu também que estas ocorrências a incomodavam no seu dia-a-dia, logo desejava algo mais eficaz de forma a poder evitar os sintomas que estava a sentir. Uma das questões que coloquei à utente foi se esta detinha algum problema a nível do sistema respiratório, prontamente a utente disse-me que nunca tinha tido problemas a esse nível. Ao longo do atendimento apercebi-me também de que a utente apresentava algumas alterações a nível ocular, logo, conclui que a senhora apresentava um caso de rinite alérgica sazonal.

Iniciei o aconselhamento por práticas não farmacológicas, como por exemplo reduzir as fontes de contacto com alergenos (proteger os olhos com óculos, lavar as mãos depois de contactar com animais de estimação e manter as janelas fechadas). Para além destas medidas, aconselhei também um corticosteroide nasal, devido a este em comparação ao anti-histamínico oral, ser mais eficaz. Aconselhei a fluticasona, sendo que este deve ser administrada por duas pulverizações em cada narina uma vez por dia a quando a presença de sintomas, sendo que quando os sintomas estivessem controlados a utente poderia fazer apenas uma pulverização por dia em cada narina. Alertei também a utente que os sintomas poderiam diminuir passado 3 a 4 dias após a realização da terapêutica ⁽⁵⁾.

6. Conclusão

No fim de concluir o estágio na Farmácia Progresso, apercebo-me do verdadeiro papel e o impacto que o farmacêutico comunitário tem na comunidade. É nas farmácias que na maioria das vezes o utente procura tentar resolver as suas necessidades e problemas de saúde, sendo a função do farmacêutico um serviço de excelência e confiança, assim como um aconselhamento de qualidade e individualizado para cada utente.

No início do estágio temia as dificuldades que iria enfrentar, o que não se observou durante o período em que estive na Farmácia Progresso. Toda a experiência foi bastante enriquecedora, não só para o meu futuro profissional, mas também para o meu futuro pessoal. Neste espaço de tempo em que estive a estagiar consegui colocar em prática vários dos conhecimentos científicos e teóricos que adquiri ao longo de cinco anos de MICE. Além disso, tive a oportunidade de aprender e colocar em prática novas competências e desenvolver as minhas capacidades sociais, que se revelam importantíssimas para um bom atendimento ao utente, tendo assim a possibilidade de crescer também como pessoa. Deixo um agradecimento bastante caloroso a toda a equipa da Farmácia Progresso por todos os ensinamentos, que sem dúvida melhoraram a minha performance e me ajudaram a ser um melhor profissional no futuro.

Fazendo uma análise do meu percurso, vejo que com o decorrer do meu estágio na farmácia fui capaz de desenvolver capacidades e desempenhar tarefas com cada vez mais fluidez e autonomia. Mesmo assim, penso que toda a minha vida profissional irá ser sempre de aprendizagem, sendo um futuro farmacêutico terei que estar sempre atualizado e preparado para desempenhar qualquer função que me seja solicitada de forma autónoma, logo a maior aposta será sempre numa formação contínua para ser cada vez melhor junto de todos aqueles que procuram o seu farmacêutico comunitário.

A toda a equipa da Farmácia Progresso, por toda a atenção e ensinamentos, um muito obrigado.

7. Bibliografia

1. KAIZEN INSTITUTE – **Defenition** [Consult. 5 Dez. 2020]. Disponível na Internet: https://pt.kaizen.com/o-que-e-kaizen.html#definition_kaizen
2. INFARMED – **Medicamentos Genéricos por Farmácia** [Consult. 12 Dez. 2020]. Disponível na Internet: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/monitorizacao-mercado/benchmarking/benchmarking-ambulatorio/medicamentos-genericos-por-farmacia>
3. CUF – **Terçolho** [Consult. 19 Dez. 2020]. Disponível na Internet: <https://www.cuf.pt/saude-a-z/tercolho>
4. INFARMED – **Resumo de Características do Medicamento – Telfast 120** [Consult. 23 Jan. 2021]. Disponível na Internet: http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=8350&tipo_doc=rcm
5. INFARMED – **Resumo das Características do Medicamento – Flonaze** [Consult. 23 Jan. 2021]. Disponível na Internet: http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=585021&tipo_doc=rcm

Parte II – Monografia

“Comparticipação de Medicamentos em Portugal: Evolução e Impacto Social”

I. Lista de Abreviaturas

AIM – Autorização de Introdução no Mercado

ANF – Associação Nacional das Farmácias

DCI – Denominação Comum Internacional

EFTA – da Língua Inglesa Associação Europeia de Comércio Livre

GR – Grupo Homogéneo

INFARMED I.P. – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P.

MG – Medicamento(s) Genérico(s)

MNSRM – Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

MSRM – Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

PR – Preço de Referência

PVA – Preço de Venda ao Armazenista

PVP – Preço de Venda ao Público

SiNATS – Sistema Nacional de Avaliação de Tecnologias de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

2. Introdução

Comparticipação proveniente do latim *comparticipatiōne*, com significado de “ato ou efeito de participar, de tomar parte (num projeto, iniciativa) juntamente com outrem” e ainda “valor ou quantia com que algo ou alguém participa nos custos ou nos lucros de algo”⁽¹⁾. Apenas em 1984 se ouve pela primeira vez a palavra participação em Portugal, neste ano são criados pelo governo português os primeiros escalões de participação de medicamentos, ficando assim definido que o Estado iria começar a pagar parte do valor de certos medicamentos, melhorando e aumentando o acesso aos mesmos pela população ⁽²⁾.

A 24 de Agosto de 1990 nasce a Lei de Bases da Saúde vindo reforçar a preocupação e o investimento crescente do Estado na melhoria das condições da saúde da sua população. Destacando-se o primeiro princípio geral, onde se afirma que a proteção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade de proteção da saúde pública, sendo que esta defendida pela atividade do Estado e de outros agentes públicos, segundo os recursos disponíveis (humanos, técnicos e financeiros) ⁽³⁾.

Em Portugal existiram vários pontos chave na promoção e facilidade de acesso aos medicamentos. Desde 1919 com o aparecimento de apoios com o Seguro Social Obrigatório na Doença, a 1950 com o Decreto n.º 37762 que vem regular a Assistência Medicamentosa, que já era conhecida pelos beneficiários das instituições e os seus familiares, sendo o ano de 1960 um ponto de viragem, observando-se um alargamento das participações por fases, inicialmente os medicamentos nacionais foram únicos participados, e os medicamentos estrangeiros os últimos a entrarem no leque de medicamentos participados pelo Estado Português ⁽²⁾.

Nos últimos anos vários diplomas e decretos-lei foram lançados, atualizando as medidas de participação já existentes assim como juntar a estas, novas medidas que vêm complementar o serviço de participação nacional. Esta evolução e desenvolvimento nesta área vem com o propósito de se obter um sistema racional e eficiente, capaz de garantir benefícios aos cidadãos, tendo sempre em consideração a racionalização da despesa com os medicamentos ⁽⁴⁾.

Nesta monografia, será feita uma análise de toda a evolução da participação de medicamentos em Portugal, de forma a perceber como o sistema nasceu e foi atualizado e

complementado até chegar aos dias de hoje. Realçando os aspetos positivos e negativos da implementação de todas as medidas, assim como analisar o impacto destas na população nacional. Todo este processo passará também por assuntos que influenciaram e impactaram o sistema nacional de comparticipação e a própria população, como por exemplo, o aparecimento no mercado dos medicamentos genéricos, que vieram mudar em parte o sistema já estabelecido promovendo aos utentes medicamentos mais acessíveis.

3. Evolução da Comparticipação de Medicamentos em Portugal

Em Portugal, no início do século XX, no ano de 1919, aparecem os primeiros benefícios na saúde com o Seguro Social Obrigatório na Doença, sendo este um marco histórico na assistência social e na saúde de um modo geral em Portugal. Mais tarde em 1935 são criadas as instituições de Previdência Social do Estado Novo Corporativo, que inicialmente não incluíam medicamentos. Só em 1950 com o Decreto n.º 37762 a Assistência Medicamentosa é regularizada abrangendo os beneficiários das instituições e os seus familiares ⁽²⁾.

Em 1960 ocorre um alargamento efetivo das comparticipações aos familiares, assim como aos medicamentos de origem nacional (vacinas, sulfamidas e injetáveis), os medicamentos estrangeiros só eram comparticipados caso não houvesse o seu equivalente de origem nacional. Passado esta data foram feitos vários alargamentos das comparticipações, acabando por serem abrangidos também os medicamentos providos de países da EFTA, e mais tarde todos os medicamentos independentemente da sua origem ⁽²⁾.

No dia 27 de Fevereiro de 1984 são criados pela primeira vez os escalões de comparticipação, através do Decreto – Lei n.º 68/84. Neste documento o Estado estabelece a percentagem que comparticipa do medicamento para cada escalão tendo sempre em consideração a classificação farmacoterapêutica do medicamento em questão ^(5,6). O sistema visa obter uma maior comparticipação para os medicamentos de doenças crónicas ou incapacitantes ⁽⁶⁾.

Ao estabelecer estas novas medidas o Estado tem como objetivo o acesso mais fácil a medicamentos mais essenciais, terminando assim com o sistema anterior que não ia de encontro às terapêuticas de cada individuo, não salvaguardando a saúde deste, mas sim a

indústria farmacêutica nacional visto que a maioria das comparticipações antes dos escalões era só aplicada a medicamentos de origem portuguesa. Um dos mais importantes pontos deste decreto foi a importância dada ao excesso de consumo de medicamentos por parte de algumas classes, tendo sido desenvolvidas campanhas de educação sanitária e de sensibilização para os perigos da automedicação ⁽⁵⁾. Os escalões estipulados foram:

- **Escalão de 100%** - neste escalão estão integrados os medicamentos imprescindíveis para situações de gravidade extrema e com consequências sociais graves. Neste escalão estão inseridas classes terapêuticas como por exemplo os antiepilépticos, antiparkinsonianos, tuberculostáticos, imunossuppressores, entre outros ⁽⁵⁾;
- **Escalão de 80%** - neste escalão encontramos os medicamentos destinados ao tratamento de doenças graves crónicas que obrigam a uma terapêutica prolongada, por vezes para a vida, que exigem um esforço financeiro considerável por parte do utente. Aqui podemos encontrar medicamentos como os antibióticos, anti-hipertensores, diuréticos, antimaláricos, entre outros ⁽⁵⁾;
- **Escalão de 50%** - neste escalão estão incluídos os medicamentos de interesse terapêutico confirmado que não integram os outros escalões ⁽⁵⁾;
- **Escalão de 35%** - neste escalão estão inseridos os medicamentos de alguma relevância terapêutica não imprescindíveis, destinados à terapêutica de situações clínicas pouco graves e não muito prolongadas. Podemos destacar neste escalão os antitússicos, os analgésicos, antipiréticos, vacinas não gratuitas, entre outros ⁽⁵⁾.

Ao longo dos anos as percentagens das comparticipações foram atualizadas de forma a aproveitar os recursos financeiros disponíveis com o objetivo de criar um sistema de comparticipação sustentável e racional ⁽²⁾. A primeira alteração das percentagens dos escalões foi feita através do Decreto-Lei n.º 157/88 no dia 4 de Maio de 1988. Neste novo decreto foram estabelecidos apenas três escalões de comparticipação, um escalão de 100%, 80% e 50%. A lista de medicamentos destes novos escalões foi também atualizada tendo sido elaborada e aprovada pelo despacho emitido pelo Ministério da Saúde ⁽⁷⁾.

Em 1990 são estabelecidas as regras de comparticipação através do Decreto-Lei n.º 231/90 de 14 de Julho ⁽⁸⁾. É também em 1990 que é publicada a Lei de Bases da Saúde, nesta são definidas as linhas gerais e os princípios onde a política da saúde assenta, de forma a promover a proteção e definir meios e serviços para o fácil acesso da mesma ⁽³⁾. Neste documento é também abordada a atividade farmacêutica, sendo criado o Estatuto do

Medicamento. Este é publicado dia 8 de Fevereiro de 1991 pelo Decreto-Lei n.º 72/91, estando neste reunida toda a informação a nível legislativo referente à introdução do medicamento no mercado até à sua comercialização ⁽⁹⁾.

A definição de MG, assim como as condições da sua prescrição aparece neste Estatuto, ficando definido que este deveria ser similar de um medicamento já introduzido no mercado e as respetivas substâncias ativas fabricadas por processos caídos no domínio público ou protegido por patente de que o requerente ou fabricante seja titular ou explore com autorização do respetivo detentor ⁽⁹⁾. A primeira vez que foi definido o termo de MG, estabelecida a sua legislação, desde a sua produção, introdução no mercado, preços e respetiva comparticipação, foi pela publicação do Decreto-Lei n.º 81/90 de 12 de Março de 1990 ⁽¹⁰⁾.

Um dos maiores pontos de viragem na comparticipação em Portugal acontece a 25 de Junho de 1992 com a criação de regimes especiais de comparticipação através do Decreto-Lei n.º 118/92. Nesta fase ocorre uma atualização nos escalões, ficando estabelecido uma redução nos escalões B e C, de 80% para 70% e de 50% para 40% respetivamente. O decreto abrange uma bonificação de 15% na comparticipação nos escalões B e C para os utentes pensionistas que auferem de pensões de montante inferior ao salário mínimo nacional. Ao serem criadas estas medidas o Governo Português procura mais uma vez racionalizar os recursos de forma sustentável de forma a dar acesso aos utentes com poder económico menor e com maior risco de consumos de medicamentos um acesso mais fácil ao seu tratamento ⁽¹¹⁾.

A 1 de Julho de 1992 com a Portaria n.º 623/92 é estabelecido um regime especial de preços para os MG, de modo a assegurar um nível de preços tal que se traduza num efetivo benefício para os utentes e também para proporcionar uma diminuição dos encargos para o SNS ^(2,12). Na referida portaria ficou estabelecido que o preço do primeiro MG a ser inserido no mercado português, em todas as dosagens e formas farmacêuticas, não pode exceder 80% do PR. No caso da introdução de um MG similar a outro já introduzido no mercado em primeiro lugar, este tem que respeitar o mesmo regime, com o mesmo PR, sendo que o preço final não deve ser superior ao do MG com o preço mais elevado no mercado. Por fim, ficou estabelecido também nesta portaria que o PR é definido tendo como base o PVP do medicamento de marca equivalente que disponha de uma quota de mercado igual ou superior a 10% ⁽¹²⁾.

O Decreto-Lei n.º 291/98 de 17 de Setembro de 1998 veio estabelecer as formas de como se pode identificar um MG ⁽¹³⁾. As identificações possíveis dos MG são:

- Pela DCI das substâncias ativas seguida da dosagem e da forma farmacêutica;
- Pela DCI das substâncias ativas seguida do nome do titular da AIM, da dosagem e da forma farmacêutica;
- Pela DCI das substâncias ativas seguida do nome de fantasia, da dosagem e da forma farmacêutica ⁽¹³⁾.

Até ao ano de 2000 as medidas implementadas pelo Estado Português não se demonstraram suficientes para uma boa implementação do MG. O mercado destes medicamentos nesta altura apresentava-se estagnado, apresentando quotas de mercado inferiores a 0,5% ⁽¹⁴⁾. Com o Decreto-Lei n.º 205/2000 são atualizados os escalões de comparticipação, de forma a melhorar a situação do mercado dos MG, sendo que o Estado aumenta em 10% a comparticipação dos MG em todos os escalões em vigor. Neste novo decreto é também criado o escalão D, sendo estabelecida uma comparticipação de 20% neste escalão. É também atualizada a comparticipação para os pensionistas, que começam a usufruir de uma percentagem adicional de 15% nos escalões B, C e D ⁽¹⁵⁾.

A 26 de Setembro de 2000 com o Decreto-Lei n.º 242/2000 é estabelecida a designação oficial de medicamento genérico com a sigla “MG”, sendo esta identificativa do mesmo, e que ainda perdura até aos dias de hoje ⁽¹⁶⁾.

Em 2001 com a Portaria n.º 577/2001, o regime de formação de preços dos MG é atualizado, ficando definido que o PVP do MG deve ser inferior pelos menos em 35% ao PVP dos medicamentos de referência ⁽¹⁷⁾.

Com o aumento da despesa pública no setor da saúde, em particular na área do medicamento, tornou-se essencial adotar estratégias de contenção de custos, assim como implementar um maior rigor na comparticipação por parte do Estado nos gastos com os medicamentos. Tendo este ponto em consideração a 2 de Dezembro de 2002 pelo Decreto-Lei n.º 270/2002 é criado o Sistema de Preços de Referência, que tem por base a instituição de um PR por cada GH. De acordo com o diploma um GH é um “conjunto de medicamentos com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias ativas, forma farmacêutica, dosagem e via de administração, no qual se inclua pelo menos um

medicamento genérico existente no mercado”. O preço de referência de cada GH corresponde ao PVP do MG existente no mercado que integre aquele grupo e que tenha o PVP mais elevado. Neste decreto o Estado define também que as medidas criadas vão se realizar de acordo com o respetivo escalão de comparticipação sendo que caso o PVP do medicamento ultrapasse o PR do medicamento em questão, o utente fica encarregue de pagar a diferença entre os dois. É também implementado com este diploma uma majoração de 25% no PR de cada GH para os utentes abrangidos por regimes especiais de comparticipação ⁽¹⁸⁾. A 2 de Dezembro de 2002 com o Decreto-Lei n.º 271/2002 torna-se obrigatória a prescrição médica por DCI para substâncias ativas que apresentem medicamentos genéricos no mercado ⁽¹⁹⁾.

No ano de 2005 Portugal assiste a várias medidas de corte de despesas por parte do Estado, a área da saúde não foi exceção, procedendo-se à redução extraordinária do preço dos medicamentos pelo SNS. Com a crescente sede de comparticipação, o Governo altera o valor do escalão mais alto de comparticipação de 100% para 95%, quer para o regime geral quer para os regimes especiais de comparticipação. Desta nova medida ficaram ainda assim salvaguardados os pensionistas e os cidadãos mais desfavorecidos que continuaram a usufruir da comparticipação a 100% nos medicamentos correspondentes a este escalão. Por fim, com este decreto foi eliminada a majoração em 10% da comparticipação dos medicamentos genéricos por se considerar que estes já se encontravam bem implementados no mercado português. Estas novas medidas vieram trazer impactos negativos, entre eles a redução em 6% no custo do medicamentos ⁽²⁰⁾.

As medidas implementadas em 2005 visavam a sustentabilidade do SNS, através de um sistema de comparticipação de medicamentos mais adequado e que garantisse o acesso aos cidadãos mais desfavorecidos a sua medicação ⁽²⁰⁾.

A 29 de Dezembro de 2006 através da Lei n.º 53-A/2006 que constava no Orçamento do Estado para 2007, ocorre uma nova atualização nas percentagens dos escalões B, C e D, passando estes a ter 69%, 37% e 15% respetivamente ⁽²¹⁾.

Com o Decreto-Lei n.º 65/2007 veio uma nova metodologia de formação de preços dos novos medicamentos que entram no GH. Ficou estabelecido que o medicamento ao entrar num GH deve ter um PVP 3% inferior ao PR, ou seja, o PR de cada GH para os novos

medicamentos deve corresponder ao medicamento com o preço mais baixo que apresente um valor de pelo menos 10% de quota de mercado nesse grupo ⁽²²⁾.

Em 2008 o Estado Português define um novo modelo de formação de preços de MG, face à discrepância de preços praticados em Portugal em comparação a outros países europeus como Espanha, Itália, França ou Grécia. De forma a aproximar os valores dos MG no mercado português com os de outros mercados europeus, reduzir a quota de mercado em volume dos mesmos e equilibrar as contas públicas, é redigida a Portaria n.º 1016-A/2008, que prevê a redução do PVP dos MG aprovados até 31 de Março de 2008 em 30%. Foram salvaguardados os MG com PVP inferior a cinco euros e os MG em que a redução de 30% coloque em causa o preço 50% inferior ao PR ⁽²³⁾.

No ano de 2009, o Governo Português direciona a sua preocupação para a justiça social no que toca à acessibilidade de medicamentos, sendo o foco desta preocupação as famílias mais desfavorecidas e os mais idosos. Ficou estabelecido que, seguindo a justiça social, a comparticipação específica acresce ao regime especial nos MG, para os pensionistas cujo o rendimento total anual não exceda 14 vezes o salário mínimo nacional em vigor em 2009 ou 14 vezes o valor do indexante de apoios sociais em vigor, nestes casos a comparticipação nos MG passa a ser 100% ⁽²⁴⁾.

Com o ano de 2010 veio uma nova atualização do sistema nacional de comparticipação, tendo esta como foco o combate à fraude e o acesso à medicação mais justo, assim como garantir a sustentabilidade e gestão do SNS ⁽²⁾. A 13 de Maio de 2010 com o Decreto-Lei n.º 48-A/2010, Portugal assiste de novo a uma modificação nos escalões de comparticipação para os pensionistas de forma a que estes tenham um acesso mais fácil à sua medicação. No decreto é descrito que “os pensionistas cujo rendimento total anual não exceda 14 vezes a retribuição mínima mensal garantida em vigor no ano civil transato ou 14 vezes o valor do indexante dos apoios sociais em vigor, quando este ultrapassar aquele montante”, passam a usufruir no Escalão A de uma majoração da comparticipação em 5% e nos restantes escalões de uma majoração em 15%. A majoração poderia chegar aos 100% nos conjuntos dos escalões, caso o medicamento adquirido fosse um MG que pertencesse a um dos 5 medicamentos com PVP mais baixo do seu GH ⁽²⁵⁾. A complementar as novas medidas estabelecidas veio a Portaria n.º 1319/2010, esclarecendo que o rendimento total descrito no decreto acima referido, correspondia ao rendimento total do agregado familiar, sendo que este era dividido por cada elemento do mesmo ⁽²⁶⁾.

O ano de 2010 trouxe também uma nova alteração ao sistema nacional de comparticipação através do Decreto-Lei n.º 106-A/2010. Com o novo documento veio uma alteração no cálculo do PR, que de acordo com o decreto, deve corresponder “à média do preço dos cinco medicamentos mais baratos que integram cada GH e não, como sucedia anteriormente, corresponder aos MG com o PVP mais elevado”. As medidas impostas vêm mais uma vez racionalizar os recursos, proporcionar um SNS sustentável e tentar dar acesso à medicação a cada vez mais utentes ⁽²⁷⁾.

O decreto anterior apresentou na altura mais medidas, vindo estas alterar as percentagens da comparticipação no escalão A de 95% para 90% e no regime especial de 100% para 95%. Estas medidas foram implementadas de forma a combater a fraude na comparticipação de medicamentos, devido ao elevado aumento do consumo de medicamentos no regime especial, tendo-se verificado uma maior troca do regime normal para o especial, assim como proporcionar aos mais desfavorecidos um acesso mais fácil à sua medicação ⁽²⁷⁾.

A 8 de Março de 2012 com o Decreto-Lei n.º 11/2012 são estabelecidas novas regras na prescrição médica. O Estado define que a prescrição de medicamentos deve incluir obrigatoriamente a DCI do princípio ativo, a forma farmacêutica, a dosagem, a apresentação e a posologia; pode ainda incluir uma denominação comercial, por marca ou indicação do nome do titular AIM; o médico pode ainda indicar na receita as justificações técnicas que impedem a substituição do medicamento prescrito com DCI em casos como quando o medicamento detém margem ou índice terapêutico estreito, quando existem possíveis intolerâncias ou reações adversas ao medicamento com a mesma substância ativa, mas identificada por outra DCI, e por no último a prescrição de medicamento destinado a assegurar a continuidade de um tratamento com duração superior a 28 dias pelos menos. Ficou também implementado que o doente tem direito a optar por qualquer medicamento que tenha a mesma DCI da substância ativa, forma farmacêutica e dosagem do medicamento constante da prescrição médica, salvo quando o medicamento prescrito não apresenta um MG com a mesma substância ativa no mercado e/ou quando só existe no mercado o medicamento original de marca, ou quando o médico justifica tecnicamente a impossibilidade da substituição do medicamento prescrito ⁽²⁸⁾.

O ano de 2013 ficou marcado por mais uma alteração na comparticipação no que toca aos MG. Com o Decreto-Lei n.º 103/2013 o Governo estabelece que quando exista um

GH, o PVP dos novos medicamentos a compartilhar dever ser inferior em 5% relativamente aos PVP máximo do MG de preço mais baixo, com pelo menos 5% de quota do mercado de MG no GH ⁽²⁹⁾.

Ao chegar ao ano de 2015 o Ministério da Saúde pretende uma mudança de paradigma na utilização e aquisição das tecnologias de saúde, nomeadamente medicamentos e dispositivos médicos. Para este efeito, através do Decreto-Lei n.º 97/2015, é criado o SiNATS, que integra todas as entidades públicas e privadas na área da saúde, que efetuam a avaliação de tecnologias de saúde e da sua utilização, sendo que a gestão deste sistema ficou a cargo do INFARMED I.P. No decreto são definidas como tecnologias de saúde os medicamentos, dispositivos médicos ou procedimentos médicos ou cirúrgicos, assim como as medidas de prevenção, diagnóstico ou tratamento de doenças ⁽³⁰⁾.

O sistema SiNATS foi construído tendo por base princípios fulcrais, sendo eles:

- Maximizar os ganhos em saúde e a qualidade de vida dos cidadãos;
- Contribuir para a sustentabilidade do SNS;
- Monitorizar a utilização e a efetividade das tecnologias;
- Reduzir desperdícios e ineficiências;
- Promover e premiar o desenvolvimento de inovação relevante;
- Promover o acesso equitativo às tecnologias.

Neste decreto consta também toda a legislação para a comparticipação das tecnologias da saúde e respetivas avaliações, assim como as regras da comparticipação dos MG e respetivas condições ⁽³⁰⁾. Este Sistema tem a sua primeira atualização no ano de 2017 através do Decreto-Lei n.º 115/2017, sendo esta a versão mais recente até aos dias de hoje ⁽³¹⁾.

Para complementar o Decreto, foram também publicadas as portarias, entre elas a Portaria n.º 195-B/2015 que cria a lista de cada GH acompanhada dos respetivos PR que devem ser publicados até ao 20.º dia do último mês de cada trimestre civil, assim como a determinação dos GH para a comparticipação no SPR ⁽³²⁾. Nesse mesmo ano é publicada a Portaria n.º 195-C/2015, onde são estabelecidas as regras e procedimentos de formação, alteração e revisão dos preços dos MSRM e MNSRM que são comparticipados pelo Estado, assim como são estabelecidas as margens de comercialização. É também determinado com

esta Portaria o PVP máximo dos MG, ficando definido que o seu valor não deve ser superior a 50% do PVP máximo do medicamento que lhe serve de referência, sendo que este pode ser inferior a 25% desde que o PVA seja inferior no valor de 10 Euros em todas as apresentações presentes no mercado ⁽³³⁾.

Ainda em 2015, no dia 30 de Junho, pela Portaria n.º 195-D/2015 são atualizados os escalões de comparticipação e são criados os respetivos grupos e subgrupos farmacoterapêuticos de medicamentos que podem ser comparticipados. Os escalões foram fixados com novas percentagens, sendo o Escalão A de 90%, o B de 69%, o C de 37% e o D de 15% de comparticipação. Nesta Portaria fica também fixada a lista com os grupos e subgrupos terapêuticos que respeitam a cada escalão acima referido. O escalões fixados neste ano, continuam a vigorar até aos dias de hoje, sendo que cada escalão pode variar consoante as indicações terapêuticas e a utilização do medicamento ⁽³⁴⁾.

A primeira atualização do SiNATS só acontece em 2017 com a Portaria n.º 271/2017 de 12 de Setembro. Neste documento o Estado volta a modificar os preços do medicamentos, fixando que o PR de cada GH deve corresponder à média dos cinco PVP mais baixos desse GH, numa situação em que a média não exceda o PVP do medicamento em questão mais caro do GH, o PVP desse medicamento passa a ser o PR ⁽³⁵⁾.

Chegando ao final de 2017 é publicada a Portaria n.º 359/2017, onde o Estado Português procede à definição de países como França, Espanha e Itália como países de referência para a aprovação de novos preços dos medicamentos em 2018. Neste diploma consta também uma medida de suspensão parcial da revisão anual do PVP máximo de MG, sendo que se excluem os MG cujo PVP máximo é superior ao PVP máximo do medicamento de referência, ficando estes sujeitos a revisão anual. Fica suspensa também em 2018 a revisão anual dos preços máximos de aquisição dos MG pelos estabelecimentos e serviços do SNS ⁽³⁶⁾.

Em suma, a comparticipação em Portugal está em constante evolução e melhoramento de forma a chegar cada vez mais aos mais desfavorecidos e mais idosos, assim como proporcionar a medicação necessária àqueles que detêm problemas de saúde graves, e que conseqüentemente, requerem medicação de preço mais elevado e que necessitam de apoio constante. No sistema de comparticipação nacional temos dois Regimes Especiais, que se baseiam nos pensionistas, patologias e/ou grupos especiais de utentes. No caso dos

pensionistas e de acordo com o Decreto-Lei n.º 106-A/2010, o preço dos medicamentos é compartilhado em “95% para o conjuntos dos escalões, para os medicamentos cujos preços de venda ao público sejam iguais ou inferiores ao quinto preço mais baixo do GH em se inserem” ⁽²⁷⁾. Os pensionistas também auferem de uma majoração de participação em 5% no escalão A e 15% nos restantes escalões, no caso dos utentes pensionistas que detenham um rendimento anual que não exceda 14 vezes a retribuição mínima mensal garantida em vigor no ano civil transato ou 14 vezes o valor indexante dos apoios sociais em vigor. As participações para patologias específicas são reguladas por despacho do Ministro da Saúde, estando estas divididas por tipo e condições de participação ⁽²⁵⁾.

4. Medicamentos Genéricos em Portugal: O Mercado

De acordo com o INFARMED I.P. um MG “é um medicamento com a mesma substância ativa, forma farmacêutica e dosagem e com a mesma indicação terapêutica que o medicamento original, de marca, que serviu de referência” ⁽³⁷⁾. Em Portugal com a Lei n.º 81/90 de 12 de Março foram pela primeira vez abordados os MG, no que diz respeito à sua produção, AIM, distribuição, preço e participação. Mais tarde pelo Decreto-Lei n.º 72/91 de 8 de Fevereiro estabelece-se a definição de MG, acima referida, assim como as condições de prescrição e dispensa. Várias portarias foram feitas no decorrer dos anos, de forma a atualizar e melhorar o acesso a estes medicamentos, uma das mais relevantes foi a Portaria n.º 623/92 que alterou o regime de formação de preços dos MG, que na altura se encontravam 20% abaixo do PVP do medicamento de referência. Apesar das várias medidas tomadas pelo Estado, a quota destes medicamentos era pouco significativa e apresentava um valor de mercado inferior a 0,5% ⁽³⁸⁾.

Com o ano de 2000 veio a criação do Programa Integrado de Promoção de Genéricos, foi a partir deste momento que começou a haver um crescimento da quota de mercado dos MG. Foram várias as medidas que proporcionaram este crescimento, entre elas a criação do Sistema de Preços de Referência e a obrigatoriedade da prescrição por DCI para as substâncias ativas com MG autorizado. Foram também realizadas várias campanhas de informação sobre a qualidade, eficácia e segurança dos MG quer para profissionais, como para o público em geral. Para a indústria farmacêutica foram também criadas medidas, como por exemplo, a simplificação de processos de AIM e melhorias no processo de avaliação e aprovação de MG ⁽³⁸⁾.

O Estado Português de forma a combater a baixa quota de mercado dos MG, cria o Plano Nacional de Saúde de 2004-2010, que tinha como objetivo final uma percentagem de 15 a 20% de quota de mercado a chegar ao ano de 2010. Esta meta foi alcançada na sua plenitude (Figura 1), devido a várias medidas de descida de preços desde o ano de 2007, assim como, com. Ajuda do Programa Integrado de Promoção dos MG apoiado pelo Ministério da Saúde ⁽³⁸⁾.

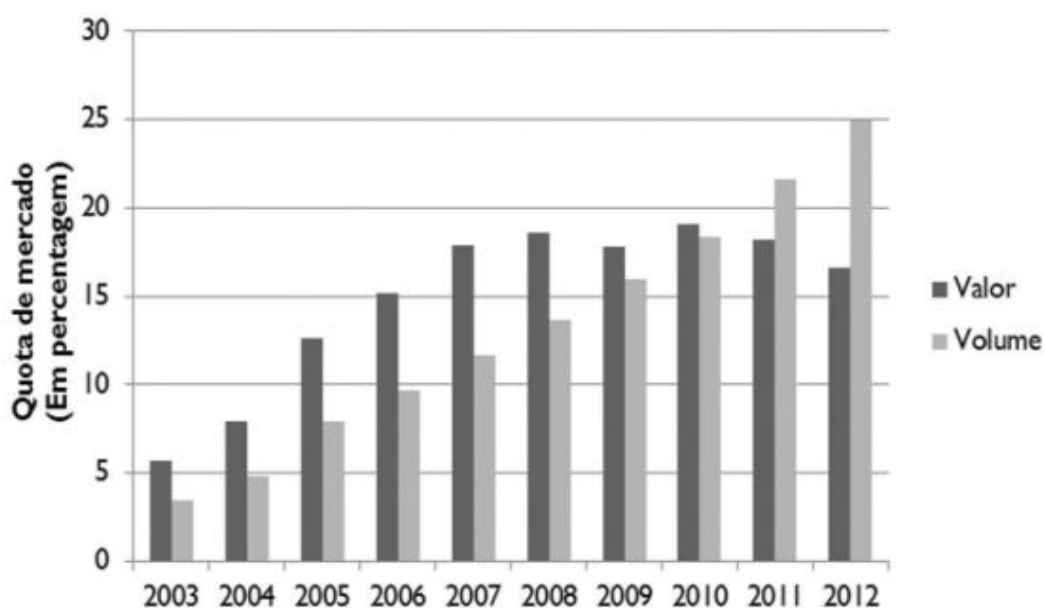


Figura 1 - Quota de mercado em valor e em volume de MG em Portugal.

Fonte: Artigo de Revisão Intitulado “O Preço dos Medicamentos Genéricos em Portugal (2011-2012): Estado, Cidadão e Farmácia”.

No ano de 2007 assistiu-se em Portugal a uma alteração na fixação dos preços dos medicamentos tendo como referência alguns países europeus, sendo que os preços deixariam de ser fixos e passariam a ser máximos. Foram estabelecidas também as reduções no preço dos MG em função da evolução do mercado português, assim como, o PVP dos novos MG, que tinha que ser inferior a 35% ao PR, ou 20% se o PR fosse menos que 10 Euros. No ano seguinte ocorre uma redução considerável no preço dos MG (Figura 2), ficou estabelecido que os PVP máximos dos MG superiores a 5 Euros seriam reduzidos em 30%. Também em 2010 foram aplicadas novas medidas, como a definição do PVP dos medicamentos a compartilhar como inferior a 5% relativamente ao PVP do MG mais barato com pelos menos 5% da quota de mercado de MG do GH e também a alteração das regras de cálculo do PR para os GH, correspondendo à média dos cinco PVP mais baixos praticados no mercado ⁽³⁸⁾.

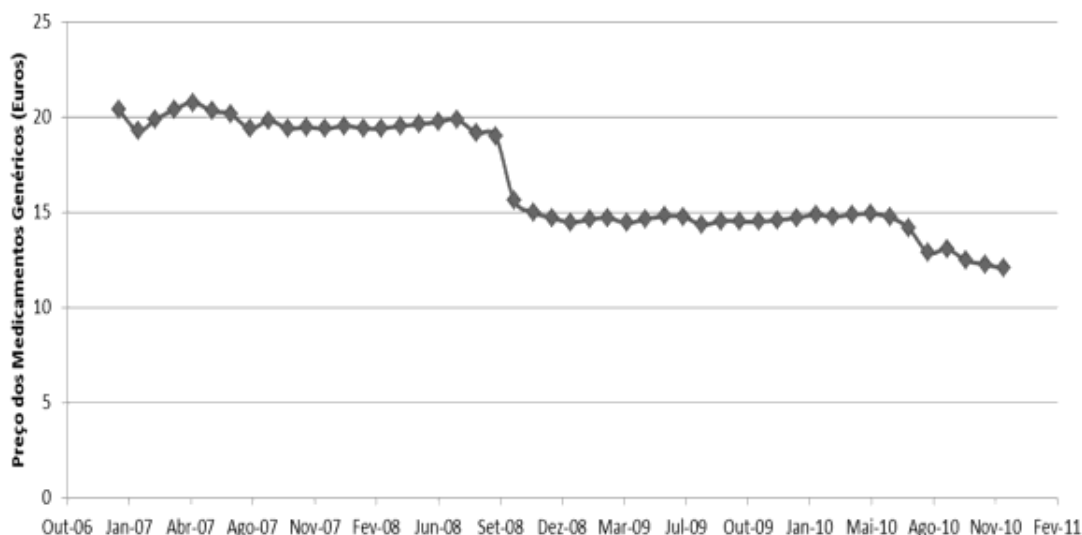


Figura 2 - Preço dos MG entre Outubro de 2006 e Fevereiro de 2011.

Fonte: Artigo de Revisão Intitulado “O Preço dos Medicamentos Genéricos em Portugal (2011-2012): Estado, Cidadão e Farmácia”.

No ano de 2011 Portugal atravessava uma crise financeira e económica, tendo a necessidade de ajuda externa e de medidas de austeridade. Muitas dessas medidas foram direcionadas para a saúde e para o medicamento. Neste ano verificou-se uma redução do preço médio dos MG de 11,58 Euros para 8,79 Euros no final do ano. Esta redução prolongou-se também durante o ano de 2012, sendo que no início do ano o valor médio dos MG se situava nos 8,5 Euros e no final desse ano já se encontrava nos 6,7 Euros, concluindo-se assim que num prazo de dois anos os MG obtiveram uma redução na ordem dos 50% no seu valor médio (Figura 3) ^(38,39).

Atravessando uma crise profunda, o país vê-se obrigado a cumprir as medidas de austeridade criadas de forma a desacelerar as perdas no PIB português e de forma a voltar a um bom caminho. Foram criadas várias medidas, algumas delas dirigidas para a saúde e o medicamento. Em 2012 através do Memorando de Entendimento são estabelecidas metas para a percentagem da quota de MG, sendo elas de 45% que deveria ser atingida no ano de 2013 e de 60% a ser atingida em 2014. Chegando ao ano de 2013 verifica-se que a meta fora cumprida, sendo a quota de MG de 45,6% ⁽³⁹⁾.

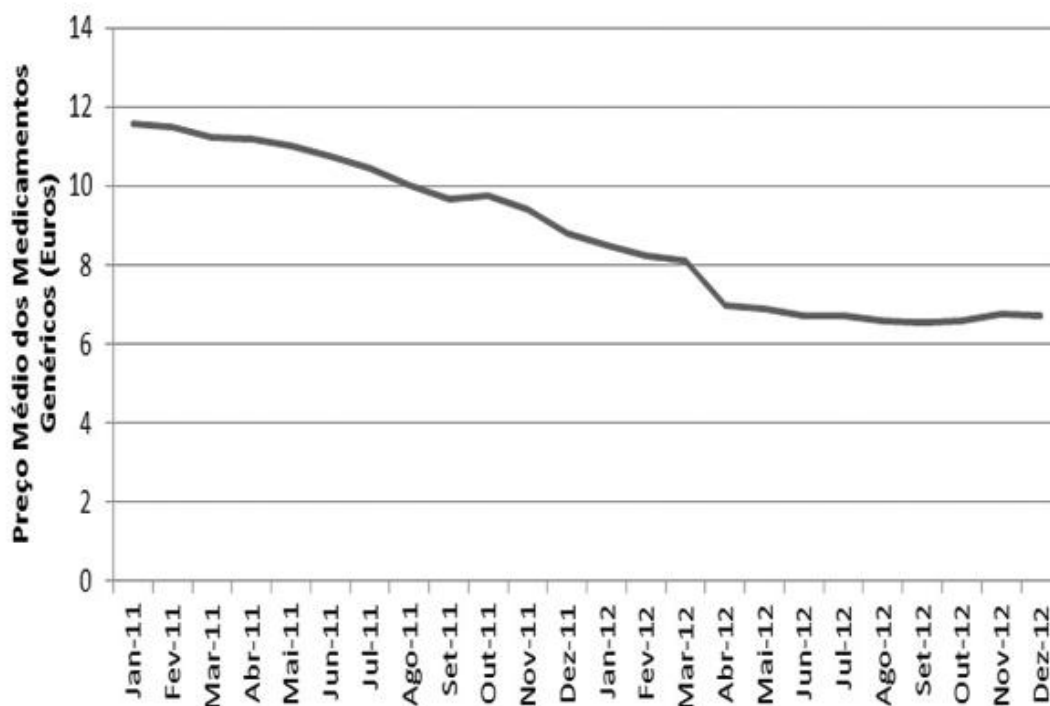


Figura 3 - Preço Médio dos MG de Janeiro de 2011 a Dezembro de 2012.

Fonte: Artigo de Revisão Intitulado “O Preço dos Medicamentos Genéricos em Portugal (2011-2012): Estado, Cidadão e Farmácia”.

No ano de 2013 foram definidos os PR de forma mensal, assim como a abertura também mensal de novos GH, de forma a reduzir os custos nestes medicamentos. Em 2014 é estabelecido o preço mínimo dos MG, de forma a que estes detenham um valor e quota de mercado notórios, para incentivar a sua produção e introdução no mercado ^(38,39).

Continuando com uma política de promoção dos MG e do seu crescimento no mercado, é criada a 7 de Outubro de 2016 a Portaria n.º 262/2016, que vinha promover a venda nas farmácias comunitárias de MG com preços iguais ou inferiores aos MG com o 4º preço mais baixo do mesmo GH, fazendo um reembolso no valor de 0,35 Euros por cada embalagem dispensada nestas situações ⁽⁴⁰⁾.

Desde 2017 que a quota de MG no mercado português tem vindo a aumentar, sendo que nesse ano atingiu o valor de 47,5%, em 2018 de 48,2%, 2019 de 48,7% e atualmente no ano de 2020 situa-se nos 48,8% (Figura 4). Continuando com este aumento é possível chegar à meta estabelecida de uma quota de mercado de MG no valor de 50% nos próximos anos ⁽⁴¹⁾.



Figura 4 - Quota de Mercado de MG no ano de 2020.

Fonte: www.infarmed.pt

5. O Impacto Social da Comparticipação em Portugal

5.1 Nas Farmácias Portuguesas

Em Portugal com a implementação da comparticipação e sucessivas atualizações, as farmácias portuguesas tiveram que estar prontas e sempre na linha da frente no que toca à procura de informação para poderem servir os seus utentes da melhor forma. No ano de 2002 foi estimado que os custos fixos médios de uma farmácia eram de 23000 Euros, sendo que este valor mais que duplicou ao chegar ao ano de 2010, situando-se nos 44000 Euros. Em primeira instância podíamos pensar que este aumento dos custos fixos se deveu exclusivamente à diminuição dos preços dos medicamentos, mas ao chegar ano de 2010 Portugal atravessava uma grave crise económica e financeira, tendo as farmácias visto as suas margens serem alteradas pelo memorando da Troika, que se encontrava na altura em Portugal. Uns dos fatores que contribuíram para este resultado negativo em relação ao aumento do custo fixo das farmácias, foram o Decreto-Lei n.º 53/2007, que previa o alargamento do horário das farmácias, assim como o Decreto-Lei n.º 307/2007 que obrigava cada farmácia a ter pelo menos dois farmacêuticos (o Diretor Técnico e o Farmacêutico Substituto, por exemplo) ⁽³⁸⁾.

Dados obtidos através de estudos da Universidade Nova de Lisboa e da Universidade de Aveiro, revelaram que em 2011 o preço por receita era de 33,04 Euros, sendo que em 2012 desceu para 30,79 Euros, também o número de farmácias com resultado líquido negativo em 2010 era de 191, enquanto que em 2011 este valor já ascendia às 1019 farmácias numa situação crítica em apenas um ano. De facto, a crise que abalou Portugal, teve graves repercussões nas farmácias portuguesas, sendo que em 2012 muitas delas apresentavam rentabilidade líquida de vendas negativa ⁽³⁸⁾.

As margens das farmácias definidas a 29 de Novembro pelo Decreto-Lei n.º 112/2011 geram uma regressividade nas margens de lucro em função do preço, verificando-se que quanto maior o preço, menor a margem, fixa-se também um pagamento de uma quantia fixa, independente da margem de lucro, para a remuneração do serviço prestado pela farmácia, assim como é estabelecido um teto máximo, uma vez que a partir de um determinado valor a farmácia passa a receber um valor constante ⁽³⁸⁾.

Numa farmácia temos à venda MSRM e MNSRM, sendo que estes últimos não são produtos de preço regulado e representam cerca de 15% do valor das vendas, logo conclui-se que a maioria das vendas e do lucro de uma farmácia provém das vendas destes medicamentos. Em 2005 com Decreto-Lei n.º 134/2005 é aprovada a venda de MNSRM fora das farmácias, vindo-se abrir uma vertente que apresenta uma concorrência por vezes bastante forte às farmácias de oficina. Em 2012 o número destas lojas de MNSRM já chegava aos 978 locais ⁽³⁸⁾.

No culminar da severa crise económica e financeira que Portugal atravessava, muitas farmácias não resistiam às medidas implementadas e à falta de procurar por parte dos utentes, tendo-se registado em 2012 pela ANF 61 farmácias em processo de insolvência e 180 em processo de penhora, correspondendo a 8,3% do total das farmácias que por esta associação eram representadas ⁽⁴²⁾.

Com toda a conjuntura que se vivia, estimava-se que muitas farmácias acabariam por encerrar o que colocaria em causa a equidade no acesso ao medicamento, devido à redução da cobertura farmacêutica. Colocou-se assim a questão da capacidade de abastecimento e dispensa de medicamentos pelas farmácias. Através de inquéritos realizados pela universidade Nova de Lisboa aos proprietários e diretores técnicos em 20% das farmácias, cerca de 88% referiram uma redução do stock mínimo da maioria dos medicamentos e 86,5% referiu uma redução do número de embalagens solicitadas aos fornecedores, havendo assim uma diminuição do valor médio da compra diária ao grossista preferencial ⁽³⁸⁾.

No ano de 2013 assiste-se a um mínimo histórico do número médio de embalagens em falta por mês, o valor rondou as 5 milhões de caixas ⁽³⁹⁾.

Devido a todas as reduções de preço dos medicamentos, estes passam a ser um bom “produto” para exportação, começando assim a existir em Portugal uma maior exportação

de medicamentos para países Europeus. Este fator em conjunto com a baixa capacidade económica das farmácias e os pagamentos em atrasado das mesmas, veio contribuir para falhas no abastecimento de medicamentos no mercado português ⁽³⁹⁾.

O Memorando de Entendimento celebrado pelo Governo Português com a Troika, contemplava uma redução na margem de distribuição em cerca de 50 milhões de Euros, sendo que de 2011 a 2014 o valor ascendeu aos 322,8 milhões de Euros, ultrapassando assim o valor estipulado em cerca de 546% (Figura 5) ⁽⁴³⁾.

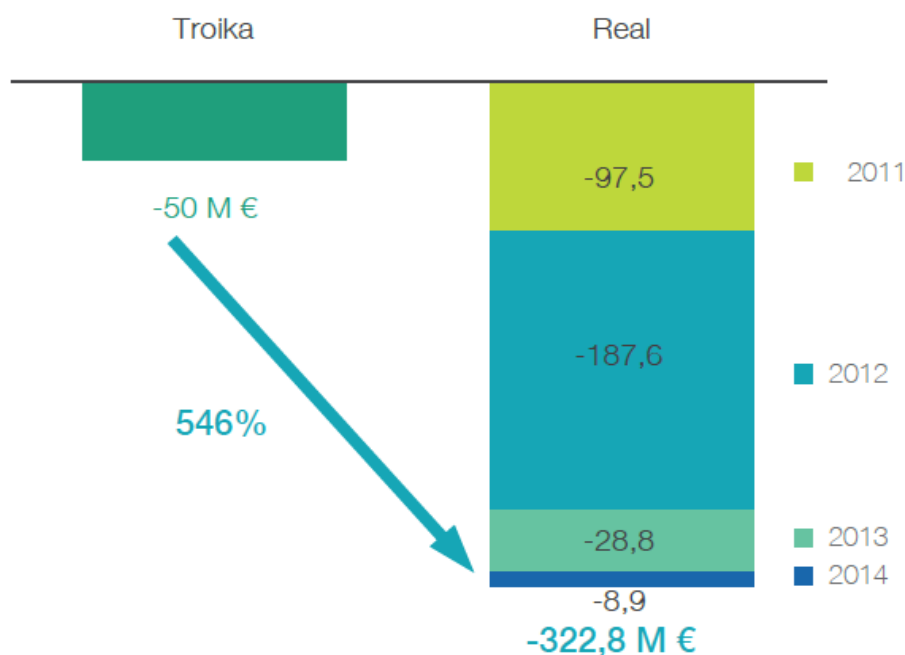


Figura 5 - Redução das Margens do Sector da Distribuição de Medicamentos entre 2011 a 2014.
Fonte: Relatório da Primavera de 2015

De acordo com os dados do INFARMED I.P., 61 farmácias encerraram em Portugal, sendo que apenas 24 reabriram entre 2010 e 2014 (Figura 6) ⁽⁴³⁾.

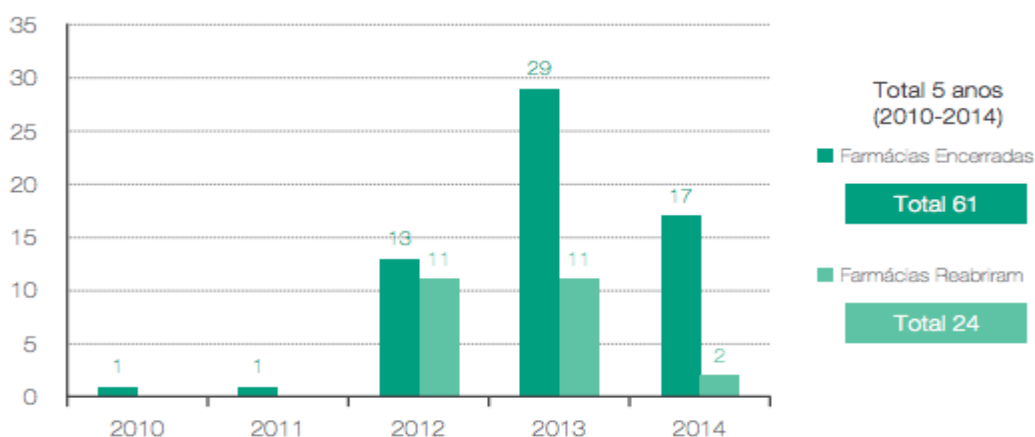


Figura 6 - Número de Farmácias em Portugal que Encerraram e Reabriram (2010 a 2014).
Fonte: Relatório da Primavera de 2015

Segundo o INFARMED I.P. de 2012 a 2014 o número de farmácias em insolvência passou de 61 para 169, uma subida a rondar os 177%. O número de farmácias em situação de penhora também obteve uma subida significativa a rondar os 79,4%, de 180 passaram para 323 as farmácias em situação de penhora (Figura 7) ⁽⁴³⁾.

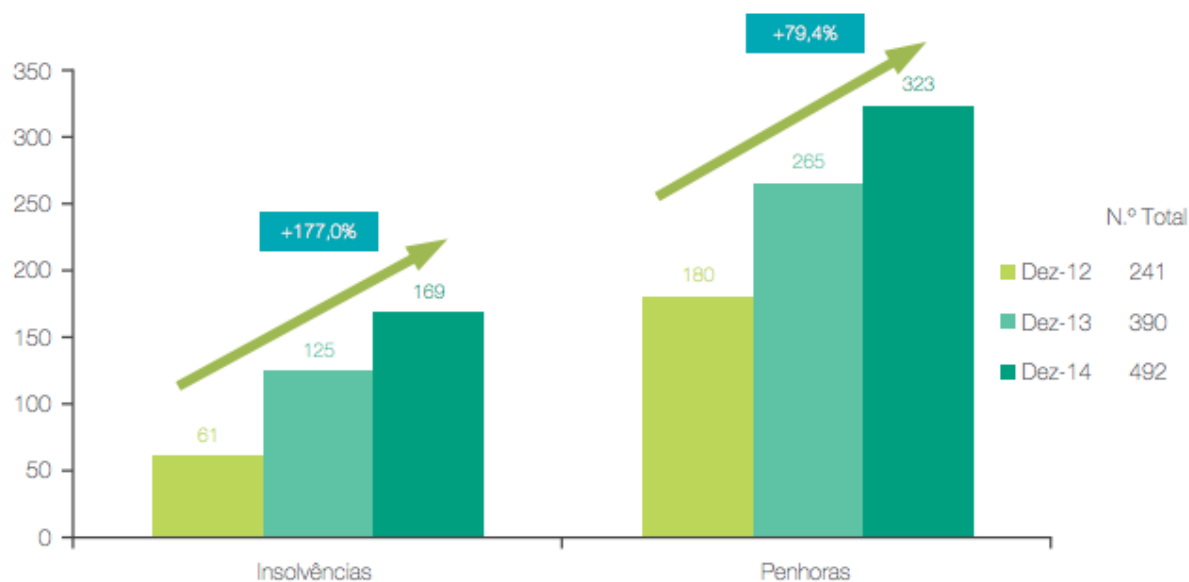


Figura 7 - Número de Farmácias em Portugal com processos de Insolvência e/ou Penhora (2012 a 2014).
Fonte: Relatório da Primavera de 2015

Vista à implementação por parte das farmácias de serviços no âmbito dos programas de saúde pública e do seu contributo para o incremento da dispensa e poupança com MG, é assinado a Julho de 2014 um Acordo entre o Ministério da Saúde e a ANF. Este acordo visava a valorização do papel da farmácia e da intervenção farmacêutica na rede de cuidados de saúde primários, indo assim de encontro às políticas nacionais com tendências europeias, ao reconhecer o princípio de remuneração dos serviços prestados pelas farmácias. O acordo previa também a definição de um regime de incentivos à dispensa de MG, condicionado pela poupança global para o SNS e para os utentes pelo aumento da quota de MG ⁽⁴³⁾.

A 2 de Fevereiro de 2015, a Portaria n.º 18-A/2015 veio estabelecer uma remuneração às farmácias que participassem em programas de saúde pública e que contribuíssem para a poupança descrita ⁽⁴³⁾.

No ano de 2016 é criada a Portaria n.º 262/2016 com o objetivo de regular a remuneração específica às farmácias por dispensa de medicamentos comparticipados em função da redução dos PR. Na Portaria consta que: às farmácias é atribuída uma remuneração específica associada aos seu contributo na redução média do PR, por descida

do PVP do medicamentos inseridos em GH; por cada embalagem de medicamentos dispensada, a farmácia é remunerada em 0,35 Euros por cada embalagem de medicamentos dispensados com preço igual ou inferior ao 4.º preço mais baixo do GH; a redução média do PR, por descida do PVP dos medicamentos inseridos em GH é aferida por comparação dos valores de cada trimestre com trimestre homólogo ⁽⁴⁰⁾.

Para o período de 2016 a 2020 tenta-se delinear de novo políticas que vão ao encontro da inovação com rigor orçamental, de forma a colocar importância na farmácia comunitária e dos serviços prestados aos utentes, estas medidas foram criadas através das já existentes e também com a Estratégia Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde ⁽⁴⁴⁾.

De acordo com dados do INFARMED I.P. uma farmácia ao vender um medicamento dos quatro mais baratos de cada GH perde 0,39 Euros, para combater estas perdas o Estado Português criou as medidas de incentivo, que chegaram ao valor de quatro milhões de Euros para que as farmácias vendessem mais MG. Mesmo assim as medidas aplicadas não foram suficientes abrangendo apenas um terço da quebra das receitas que as farmácias apresentavam ao dispensarem MG ^(45,46).

Com o pós-Troika a situação das farmácias começou aos poucos a recompor-se, mesmo assim em 2017, 630 farmácias ainda se encontravam em situação de insolvência e/ou penhora. Nos anos seguintes as farmácias portuguesas continuaram a debater-se com a exportação paralela que levava e ainda leva, muitas das vezes à escassez de determinados medicamentos no mercado português, tornando estes continuamente esgotados ou rateados ⁽⁴²⁾. Com a chegada de 2020 veio a crise pandémica do SARS-COV-2/COVID-19 que trouxe para a farmácia comunitária uma crise de utentes em número de vendas num pós-confinamento obrigatório, sendo necessário trabalhar de forma a dinamizar a farmácia, e demonstrar que esta é um local seguro onde se procura o bem-estar e responder às necessidades dos utentes portugueses.

5.2 Na População Portuguesa

Em Portugal o Sistema de Comparticipação foi concebido para proteger os utentes de riscos financeiros, funcionando como uma forma de seguro de saúde, de forma a proteger contra a incerteza do momento e volume de consumo necessário ⁽³⁸⁾. De facto, o

acesso mais fácil ao medicamento tem um papel central na prevenção e tratamento das mais variadas doenças que assolam a população portuguesa, tendo assim contribuído em grande parte para o aumento da esperança média de vida, que tem, ao longo dos anos, vindo a aumentar, sendo que os portugueses vivem mais cinco anos em comparação com os dados de há vinte anos atrás ⁽⁴⁷⁾.

A entrada dos MG no mercado português veio alterar a dinâmica do mesmo, uma vez que promoveu o aumento da concorrência, assim como possibilitar o aparecimento de preços menores no mercado. Na presença de MG no mercado o Estado paga menos pelo medicamento, daí as várias medidas implementadas com o intuito de promover os genéricos, tentando por sua vez facilitar a sua entrada no mercado ⁽³⁸⁾.

O ano de 2010 foi dos anos mais marcantes para o Sistema Nacional de Comparticipação, assistindo-se a uma revisão nas percentagens de cada escalão pelos vários Decretos-Lei criados. Um dos mais relevante foi Decreto-Lei n.º 106-A/2010, de 1 de Outubro, que veio alterar a percentagem de comparticipação do escalão A passando esta dos 95% para os 90%. A diminuição das percentagens de comparticipação refletiu-se num aumento dos encargos em medicamentos para os utentes e numa diminuição dos encargos para o SNS (Figura 8). No ano de 2011 devido aos decréscimos implementados, o Estado já conseguia poupar 37,96 Euros per capita, sendo que cada utente passou a pagar mais 8,35 Euros pelos seus medicamentos ⁽³⁸⁾.

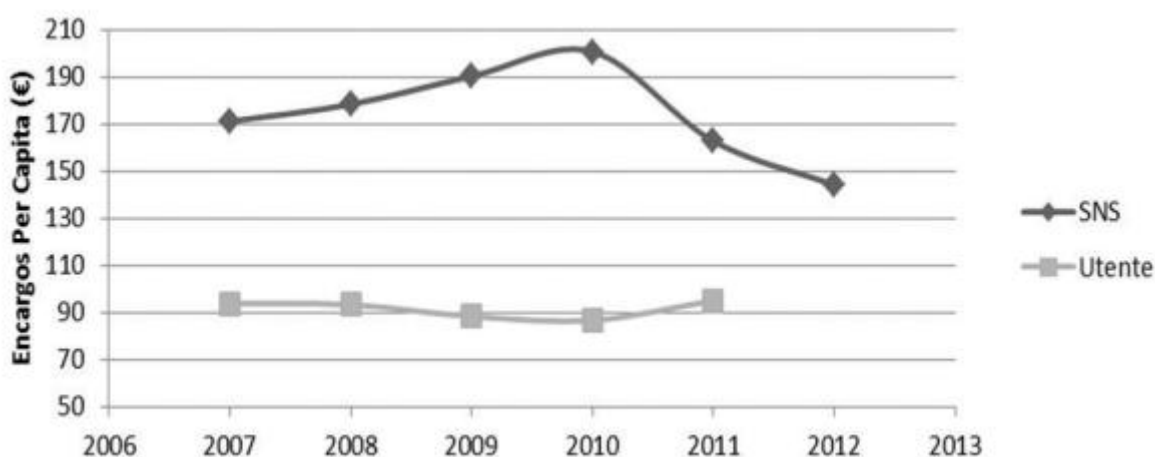


Figura 8 - Encargos per capita em medicamentos pelo SNS e utentes.

Fonte: Artigo de Revisão Intitulado “O Preço dos Medicamentos Genéricos em Portugal (2011-2012): Estado, Cidadão e Farmácia”.

As medidas implementadas geraram bastante polémica, visto que na altura Portugal encontrava-se numa batalha contra uma severa crise económica e financeira, colocando-se a questão de acessibilidade aos medicamentos por parte dos utentes, devido a estes durante a crise terem menos poder de compra. A Universidade Nova de Lisboa através da realização de inquéritos à população portuguesa, concluiu que 23% dos inquiridos referiram que teriam abdicado de comprar medicamentos, 60% destes referiu que o motivo se deve a problemas financeiros. Num outro estudo, realizado a 78 utentes, 20% não adquiriram a totalidade dos medicamentos prescritos, destes 25% referiram que estavam com uma situação financeira problemática ⁽³⁸⁾.

Com o intuito de reduzir a despesa com a saúde e o medicamento o Estado altera de novo as comparticipações promovendo o decréscimo das mesmas, logo de 2010 para 2011 as comparticipações descem de 69,8% para 63,1%, ficando o utente com maiores encargos a nível do medicamento, passando a percentagem de 30,2% para 36,9%. Nos anos seguintes não ocorre nenhuma alteração significativa nos encargos para o Estado e o utente no que toca aos medicamentos ^(48,49).

Chegado o ano de 2012, Portugal enfrenta ainda as consequências de uma crise financeira e económica grave, verificando-se um corte por parte dos utentes nas suas despesas. Nas farmácias devido a situações como a exportação paralela, assiste-se a um aumento dos casos de falta de medicamentos, havendo mesmo farmácias que não conseguiam arranjar os medicamentos num período de 24 horas. Com as falhas de abastecimento que eram sentidas nas farmácias, a descida de preços dos medicamentos, o aumento da parte a nível de valor do medicamento paga pelo utente e a diminuição do poder de compra deste fez com que surgissem questões quanto à adesão à terapêutica por parte do utente, levando a uma diminuição na qualidade de vida e bem-estar dos utentes ^(39,43).

No período de 2010 a 2014 regista-se um aumento de 9,4% no consumo de medicamentos por parte da população, mesmo que a comparticipação feita pelo SNS tenha sido reduzida em cerca de quatro euros. No mesmo período a despesa do SNS em ambulatório, referente a medicamentos decresce em cerca de 540 milhões de euros ⁽⁴³⁾. A despesa do SNS com o medicamento só volta a aumentar no período de 2014 a 2017 com a introdução no mercado de novas moléculas. Tendo em conta o período de 2010 a 2017 a despesa com medicamento por parte do SNS decresceu em 26%, muito principalmente

devido à redução do preço dos MG, ao aumento da quota de genéricos e à diminuição das margens de distribuição ^(44,50).

Passado os anos da crise financeira e económica que Portugal atravessou, o Governo Português voltou as suas preocupações para várias patologias que assolavam a população portuguesa, vindo atualizar as patologias e acrescentando novas ao regime especial de comparticipação, de modo a que este conseguisse abranger um maior número de utentes mais necessitados. Passou a ser possível levantar alguns produtos hospitalares na farmácia comunitária de forma gratuita, assim como, por exemplo, para os utentes com patologias de dor crónica foi possível a partir desse momento auferirem de uma comparticipação de 90% na sua medicação ^(47,51).

Através das estatísticas do INFARMED I.P. é de realçar a diminuição do valor que o utente paga ao comprar a sua medicação (quer no MG, quer no medicamento de marca), concluindo assim que o Estado português continua a trabalhar de forma a promover o acesso ao medicamento a todos os portugueses (Figuras 9 e 10) ⁽⁴¹⁾.

Custo médio por Embalagem (€)	
Utente Genérico	Utente Marca
3,20	5,37
SNS Genérico	SNS Marca
4,07	11,02

Figura 9 - Custo Médio por Embalagem, Utente vs Estado (2019).
Fonte: INFARMED I.P.

Custo médio por Embalagem (€)	
Utente Genérico	Utente Marca
3,22	5,44
SNS Genérico	SNS Marca
4,14	11,74

Figura 10 - Custo Médio por Embalagem, Utente vs Estado (2020).
Fonte: INFARMED I.P.

Com o decorrer dos anos tem-se verificado um decréscimo no encargo suportado pelos utentes nos medicamentos comparticipados, ainda assim em 2017 os gastos das famílias portuguesas em saúde rondava os 3,8%, sendo que 10,1% não adquiriam a medicação que lhes era prescrita pelo médico devido a situações económicas problemáticas ⁽⁴⁴⁾.

O estado de saúde da população portuguesa melhorou consideravelmente ao longo da última década. Os portugueses vivem mais anos, devido também a todas as medidas adotadas pelo Estado Português no que diz respeito à comparticipação de medicamentos e integração dos MG, promovendo assim o acesso cada vez mais fácil ao tratamento

necessário para cada um. Nos dias de hoje assistimos a um avanço a nível tecnológico imenso que permite solucionar muitos dos problemas existentes na área da saúde e que nos permite superar desafios que foram traçados desde o início da comparticipação em Portugal. É a aliança entre a tecnologia e a inovação a nível da saúde que irão promover cada vez mais os ganhos na mesma quer para o utente individual, quer para a população em geral ⁽⁴⁷⁾.

6. Conclusão

Em Portugal o sistema de comparticipação nasceu com o propósito de auxiliar o povo português, promovendo o acesso mais fácil à sua medicação de forma a que as famílias mais necessitadas não fossem colocadas de parte e pudessem ter o direito à saúde. Desta forma o Governo Português procurou criar planos através dos vários Decretos-Lei e das várias Portarias, que permitisse uma evolução e atualização contante deste sistema, ao mesmo tempo que balançava os custos tentando sempre obter o máximo de eficiência ⁽²⁾.

Com o ano de 2008 veio os primeiros indícios de uma crise financeira e económica que se demonstrou ser bastante severa, estendendo-se até ao ano de 2011, sendo que deixou bastantes sequelas nas poupanças dos utentes. Durante este período foram implementadas diversas medidas de contenção de custos relativos a medicamentos, sendo a maioria delas com o intuito de reduzir o preço dos mesmos. Portugal neste período foi dos países europeus que mais medidas criou para conter os gastos com os medicamentos e com a saúde em geral ^(39,48).

Com a implementação dos MG, o Governo Português viu uma oportunidade de reduzir a despesa em medicamentos, uma vez que estes apresentam preços bastante abaixo comparando aos medicamentos que lhes serviram de referência. Os MG representam uma peça fundamental nos planos da saúde de Portugal, visto que se consegue obter e manter boas condições de saúde a nível do medicamento para os utentes, mesmo que seja necessário efetuar cortes nas despesas ou mesmo que o poder de comprar dos utentes diminua. O MG foi alvo de variadíssimas campanhas de promoção por parte do Ministério da Saúde, de forma a informar os utentes e profissionais de saúde sobre o uso dos mesmos. As campanhas referidas iniciaram-se no ano de 2000, apenas tendo-se verificado um aumento no consumo de MG a partir do ano de 2003 ^(38,48).

No ano de 2011, com elevadas dificuldades financeiras e económicas e sem forma de superar uma devastadora crise, o Governo Português vê-se obrigado a pedir ajuda à Troika. Com esta vinda muitas medidas de contenção de custos foram aplicadas, incluindo na saúde. Foi criado o Memorando de Entendimento, que visava as medidas a implementar na área da saúde e do medicamento ⁽³⁸⁾.

Durante o período de crise foram implementadas diversas medidas de reduções de preços, margens da distribuição, da comparticipação, ocorrendo um aumento do mercado de MG, tudo isto culminou num decréscimo bastante notório na despesa com medicamentos. Todas estas medidas afetaram de forma negativa as farmácias comunitárias, que acabaram por mergulhar num caos financeiro, colocando-se em causa a sobrevivência de muitas delas. Devido a esta situação muitas farmácias sofreram uma diminuição da sua margem, que juntamente com preços cada vez mais baixos dos medicamentos, levaram a rendimentos negativos. Em consequência de todos estes acontecimentos, as farmácias começaram a reduzir nas encomendas, levando a uma quebra nos pedidos de embalagens, sendo que grande parte das farmácias que efetuava pedidos ficava em dívida com os fornecedores por não ter capacidade financeira para pagar. Toda a esta situação levou a diversos problemas de quebras de stock, acabando a farmácia por não conseguir responder às necessidades dos seus utentes ⁽³⁹⁾.

No meio de uma das maiores crises financeiras que Portugal já atravessou, é assinado o Memorando de Entendimento da Troika que previa cortes nas margens da saúde e do medicamento, os cortes foram bastante significativos e superados, tendo-se verificado uma diminuição de 546%, valor que ficou acima do esperado. Posteriormente e de forma a dar uma ajuda às farmácias comunitárias, a ANF e o Ministério das Finanças e da Saúde assinam um acordo que visava uma remuneração às farmácias pelos MG dispensados. Desta forma, tentava-se ajudar as farmácias e o próprio Estado, no sentido em que se disponibilizava à população medicamentos mais baratos e tentando reverter a situação vivida por muitas farmácias nacionais ⁽³⁹⁾.

Durante os anos da crise financeira e económica vários estudos foram feitos para avaliar os gastos em saúde da população, todos eles evidenciaram que a população de um modo geral cortava nos custos relativos à saúde e ao medicamento. Os estudos demonstravam ainda que muitos portugueses não adquiriam a totalidade da sua medicação, o que começou a colocar em causa o acesso aos medicamentos e a adesão à terapêutica. Esta situação tornou-se problemática visto que no futuro poderia trazer problemas na saúde dos portugueses, assim como aumentar as despesas do SNS no futuro ⁽³⁹⁾.

Embora a situação das farmácias tenha vindo a melhorar com a saída da Troika e a resolução da crise, muitas destas ainda continuaram em processos de falência e/ou penhora, sendo esta uma luta constante até aos dias de hoje. A população portuguesa foi a que mais

sofreu com toda a situação da crise, vendo o seu poder de compra a ser reduzido e a ter que optar por o que comprar, prescindindo dos seus medicamentos. Portugal apresenta atualmente uma percentagem de quota de genéricos de 48,8%, sendo que o valor em PVP dos mesmos tem vindo a descer ao longo dos anos. Estes valores representam um enorme esforço por parte do Governo Português, que teve sempre como objetivo ajudar os utentes a adquirirem os seus medicamentos e a terem acesso à sua terapêutica de forma constante e acessível, tendo sempre em conta a manutenção do sistema de comparticipação e as despesas associadas a este.

O sector da saúde e do medicamento irá sempre ter que percorrer e ultrapassar grandes desafios inerentes à necessidade de satisfazer os utentes portugueses. Terá que encontrar um equilíbrio entre a despesa e os gastos necessários, tendo sempre como objetivo a evolução, aliando a inovação e a tecnologia que hoje em dia está em constante movimento. Irá ser sempre fulcral a manutenção dos sistemas de comparticipação, assim como as alterações dos preços dos medicamentos e margens das farmácias ^(44,47).

Em pleno século XXI, o Mundo enfrenta uma Pandemia resultante do SARS-COV-2/COVID-19, esta situação tem sido de completo caos para a saúde em Portugal e para o mercado do medicamento. A maioria das farmácias portuguesas atravessa períodos preocupantes com a reduzida procura por parte dos utentes, levando muitas farmácias de novo a situações de dívida. É necessário implementar medidas de forma a precaver a saúde dos utentes e a sobrevivência das farmácias, para que a saúde em Portugal não atravesse de novo um período quebra na qualidade da saúde dos portugueses.

7. Bibliografia

1. Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa - **Comparticipação** [Consult. 10 Out. 2020]. Disponível na Internet: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/comparticipação>
2. FIGUEIRA DE SOUSA, Micaela; PITA, João R; PEREIRA, Ana L. - A Participação dos Medicamentos em Portugal (1910-2010). **Associação Portuguesa de Economia da Saúde** . 2012) 3536.
3. Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto da Assembleia da República. Diário da República: I série, N.º 195 (90- [Consult. 3 Out. 2020]. Disponível na Internet: www.dre.pt
4. INFARMED - **TÍTULO IV - COMPARTICIPAÇÕES**. [Consult. 10 Out. 2020]. Disponível na Internet: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/legislacao/legislacao-farmacologica-compilada/titulo-iv-comparticipacoes>
5. Decreto-Lei n.º 68/84 de 27 de Fevereiro da Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios das Finanças e do Plano de Saúde. Diário da República: I.ª série, N.º 49 (84- [Consult. 10 Out. 2020]. Disponível na Internet: www.dre.pt
6. INFARMED - **Saiba mais sobre a Participação de Medicamentos**. [Consult. 10 Out. 2020]. Disponível na Internet: http://www2.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1423C344-3AFE-4D37-A4C3-2D41347D7543/0/16_Comparticipacao_Medicamentos_2.pdf
7. Decreto-Lei n.º 157/88 de 4 de Maio do Ministério da Saúde. Diário da República: I série, N.º 103 (88- [Consult. 11 Out. 2020]. Disponível na Internet: www.dre.pt
8. Decreto-Lei n.º 231/90 de 14 de Julho do Ministério da Saúde. Diário da República: I série, N.º 161 (90- [Consult. 11 Out. 2020]. Disponível na Internet: www.dre.pt
9. Decreto-Lei n.º 72/91 de 8 de Fevereiro do Ministério da Saúde. Diário da República: I série-A, N.º 33 (91- [Consult. 11 Out. 2020]. Disponível na Internet: www.dre.pt
10. Decreto-Lei n.º 81/90 de 12 de Março do Ministério da Saúde. Diário da República: I série, n.º 59 (90- [Consult. 11 Out. 2020]. Disponível na Internet: www.dre.pt
11. Decreto-Lei n.º 118/92 de 25 de Junho do Ministério da Saúde. Diário da República: I série-A, N.º 144 (92- [Consult. 18 de Out. 2020]. Disponível na Internet: www.dre.pt

12. Portaria n.º 623/92 de 1 de Julho dos Ministérios das Finanças, Saúde e do Comércio e Turismo. Diário da República: I série-B, N.º 149 (92- [Consult. 18 Out. 2020]. Disponível na Internet: www.dre.pt
13. Decreto-Lei n.º 291/98 de 17 de Setembro do Ministério da Saúde. Diário da República: Série I-A, N.º 245 (98- [Consult. 18 Out. 2020]. Disponível na Internet: www.dre.pt
14. MARIA, Vasco - A Importância dos Medicamentos Genéricos. **Cadernos de Economia**. 80:3 (2007) 52-58.
15. Decreto-Lei n.º 2015/2000 de 1 de Setembro do Ministério da Saúde. Diário da República: I série-A, N.º 202 (00- [Consult. 18 Out. 2020]. Disponível na Internet: www.dre.pt
16. Decreto-Lei n.º 242/2000 de 26 de Setembro do Ministério da Saúde. Diário da República: I.ª série-A, N.º 223 (00- [Consult. 19 Out. 2020]. Disponível na Internet: www.dre.pt
17. Portaria n.º 577/2001 de 7 de Junho dos Ministérios da Economia e da Saúde. Diário da República: I.ª série-B, N.º 132 (01- [Consult. 19 Out. 2020]. Disponível na Internet: www.dre.pt
18. Decreto-Lei n.º 270/2002 de 2 de Dezembro do Ministério da Saúde. Diário da República: I série-A, N.º 278 (02- [Consult. 19 Out. 2020]. Disponível na Internet: www.dre.pt
19. Decreto-Lei n.º 271/2002 de 2 de Dezembro do Ministério da Saúde. Diário da República: I.ª série-A, N.º 278 (02- [Consult. 19 Out. 2020]. Disponível na Internet: www.dre.pt
20. Decreto-Lei n.º 129/2005 de 11 de Agosto do Ministério da Saúde. Diário da República: I série-A, N.º 154 (05- [Consult. 24 Out. 2020]. Disponível na Internet: www.dre.pt
21. Lei n.º 53-A/2006 de 29 de Dezembro da Assembleia da República. Diário da República: I.º Suplemento, I.ª série, N.º 249 (06- [Consult. 24 Out. 2020]. Disponível na Internet: www.dre.pt

22. Decreto-Lei n.º 65/2007 de 14 de Março no Ministério da Saúde. Diário da República: I.ª série, N.º 52 (07- [Consult. 24 Out. 2020]. Disponível na Internet: www.dre.pt
23. Portaria n.º 1016-A/2008 de 8 de Setembro dos Ministérios da Economia e da Inovação e da Saúde. Diário da República: I.ª série, N.º 172 (08- [Consult. 25 Out. 2020]. Disponível na Internet: www.dre.pt
24. Decreto-Lei n.º 129/2009 de 29 de Maio do Ministério da Saúde. Diário da República: I.ª série, N.º 104 (09- [Consult. 25 Out. 2020]. Disponível na Internet: www.dre.pt
25. Decreto-Lei n.º 48-A/2010 de 13 de Maio do Ministério da Saúde. Diário da República: I.ª Série, N.º 93 (10- [Consult. 25 Out. 2020]. Disponível na Internet: www.dre.pt
26. Portaria n.º 1319/2010 de 28 de Dezembro do Ministério da Saúde. (18- [Consult. 25 Out. 2020]. Disponível na Internet: www.dre.pt
27. Decreto-Lei n.º 106-A/2010 de 1 de Outubro do Ministério da Saúde. Diário da República: I.ª Série, N.º 192 (10- [Consult. 31 Out. 2020]. Disponível na Internet: www.dre.pt
28. Lei n.º 11/2012 de 8 de Março da Assembleia da República. Diário da República: I.ª série, N.º 49 (12- [Consult. 31 Out. 2020]. Disponível na Internet: www.dre.pt
29. Decreto-Lei n.º 103/2013 de 26 de Julho do Ministério da Saúde. Diário da República: I.ª série, N.º 143 (13- [Consult. 31 Out. 2020]. Disponível na Internet <URL:www.dre.pt>.
30. Decreto-Lei n.º 97/2015 de 1 de Junho do Ministério da Saúde. Diário da República: I.ª série, N.º 105 (15- [Consult. 1 Nov. 2020]. Disponível na Internet: www.dre.pt
31. Decreto-Lei n.º 115/2017 de 7 de Setembro do Ministério da Saúde. Diário da República: I.ª série, N.º 173 (17- [Consult. 1 Nov. 2020]. Disponível na Internet: www.dre.pt
32. Portaria n.º 195-B/2015 de 30 de Junho do Ministério da Saúde. Diário da República: I.ª série, N.º 125 (15- [Consult. 1 Nov. 2020]. Disponível na Internet: www.dre.pt
33. Portaria n.º 195-C/2015 de 30 de Junho do Ministério da Saúde. Diário da República: I.ª série, N.º 125 (15 - [Consult. 1 Nov. 2020]. Disponível na Internet: www.dre.pt

34. Portaria n.º 195-D/2015 de 30 de Junho do Ministério da Saúde. Diário da República: 1ª série, N.º 125 (15- [Consult. 7 Nov. 2020]. Disponível na Internet: www.dre.pt
35. Portaria n.º 271/2017 de 12 de Setembro da Saúde. Diário da República: 1.ª série, N.º 176 (17- [Consult. 7 Nov. 2020]. Disponível na Internet: www.dre.pt
36. Portaria n.º 359/2017 de 20 de Novembro da Saúde. Diário da República: 1.ª série, N.º 223 (17- [Consult. 7 Nov. 2020]. Disponível na Internet: www.dre.pt
37. INFARMED - **Perguntas Frequentes: Genéricos**. [Consult. 7 Nov. 2020]. Disponível na Internet: https://www.infarmed.pt/web/infarmed/perguntas-frequentes-area-transversal/medicamentos_uso_humano/genericos
38. GOMES, M. J., RAMOS, F. - O Preço dos Medicamentos Genéricos em Portugal (2011-2012): Estado , Cidadão e Farmácia. **Acta Farmacêutica Portuguesa**. ISSN 2182- 3340. 2:2013) 135–148.
39. Observatório Português dos Sistemas de Saúde - **Síndrome de Negação - Relatório de Primavera 2014**, atual. 2014. [Consult. 8 Nov. 2020]. Disponível na Internet: <http://opss.pt/relatorios/relatorio-primavera-2014/>
40. Portaria n.º 262/2016 de 7 de outubro das Finanças e Saúde. Diário da República: 1.a Série, N.º 193 (16- [Consult. 8 Nov. 2020]. Disponível na Internet: www.dre.pt
41. INFARMED - **Medicamentos Genéricos**. [Consult. 8 Nov. 2020]. Disponível na Internet: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/monitorizacao-mercado/benchmarking/benchmarking-ambulatorio/medicamentos-genericos>
42. CEFAR - **Base de Dados MOPE - Farmácias: Insolvência e Penhora**. [Consult. 14 Nov. 2020]. Disponível na Internet: <https://www.revistasauda.pt/SiteCollectionDocuments/Documents/Insolvências e Penhoras.pdf>
43. Observatório Português dos Sistemas de Saúde- **Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco - Relatório de Primavera 2015**. [Consult. 14 Nov. 2020]. Disponível na Internet: <http://opss.pt/relatorios/relatorio-primavera-2015>
44. Observatório Português dos Sistemas de Saúde - **Meio Caminho Andado - Relatório Primavera 2018**. [Consult. 15 Nov. 2020]. Disponível na Internet: <http://opss.pt/relatorios/relatorio-de-primavera-2018/>

45. ONLINE, ECO-Economia - **Farmácias recebem quatro milhões de incentivos.** [Consult. 15 Nov. 2020]. Disponível na Internet: <https://eco.pt/2017/12/26/utilizacao-de-genericos-permitiriam-poupanca-de-30-milhoes-aos-hospitais/>
46. ENES, Carlos - **Genéricos têm de crescer.** [Consult. 21 Nov. 2020]. Disponível na Internet: <https://www.revistasauda.pt/noticias/Pages/Genericos-tem-de-crescer.aspx>
47. Ministério da Saúde - **Retrato da Saúde 2018.** Lisboa : [s.n.] Disponível na Internet: <https://www.sns.gov.pt/retrato-da-saude-2018/>. ISBN 9789899948013.
48. PITA, Pedro; GOMES, João Pedro - Políticas Públicas em Saúde : 2011–2014 Avaliação do Impacto. 2015) 2011–2014.
49. INFARMED - **Estatística do Medicamento 2016.** Lisboa : INFARMED, 2016, atual. 2016. [Consult. 21 Nov. 2020]. Disponível na Internet: <http://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-usohumano/monitorizacao-mercado/estatistica-anual/rela>
50. INFARMED - **Monitorização do Consumo de Medicamentos no Meio Ambulatório.** [S.l.]: INFARMED, 2018, atual. 2018. [Consult. 22 Nov. 2020]. Disponível na Internet: <http://www.infarmed.pt/documents/15786/2684155/março/4cf10fbb-add5-4348-b30e-1eca846>
51. INFARMED - **Regimes excecionais de participação.** [Consult. 28 Nov. 2020]. Disponível na Internet: <http://www.infarmed.pt/web/infarmed/regimes-excecionais-de-competicacao>