



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

Joana Margarida da Silva Matos Fernandes

Relatórios de Estágio e Monografia intitulada “Farmácias comunitárias: enquadramento legal e regulamentar e o seu impacto na sustentabilidade” referentes à Unidade Curricular “Estágio”, sob a orientação da Dra. Ana Rita Pereira, da Doutora Mariana Rocha e do Dr. António Augusto Miranda Lemos Romão Donato e apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Setembro de 2021



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

Joana Margarida da Silva Matos Fernandes

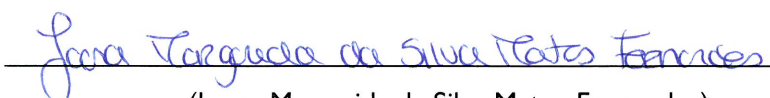
Relatórios de Estágio e Monografia intitulada “Farmácias comunitárias: enquadramento legal e regulamentar e o seu impacto na sustentabilidade” referentes à Unidade Curricular “Estágio”, sob a orientação da Dra. Ana Rita Pereira, da Doutora Mariana Rocha e do Dr. António Augusto Miranda Lemos Romão Donato e apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Setembro de 2021

Eu, Joana Margarida da Silva Matos Fernandes, estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, com o n.º 2016231503, declaro assumir toda a responsabilidade pelo conteúdo dos Documentos Relatórios de Estágio e Monografia intitulada “Farmácias comunitárias: enquadramento legal e regulamentar e o seu impacto na sustentabilidade” 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, 9 de setembro de 2021.

  
\_\_\_\_\_  
(Joana Margarida da Silva Matos Fernandes)

## **Agradecimentos**

*Ao Dr. António Donato por toda a disponibilidade demonstrada durante esta caminhada.*

*À Farmácia Lusitana e à Owlpharma- Consulting por me acolherem tão bem para a realização dos estágios.*

*À Associação Nacional das Farmácias, ao Dr. Humberto Martins e à Dra. Inês Teixeira, por toda a disponibilidade demonstrada e pelos conselhos e dados fornecidos, de elevada importância para a realização da monografia.*

*À Joana e à Eduarda por, desde o primeiro dia, estarem presentes e sem as quais este percurso não seria o mesmo.*

*Ao Vitor S. que sei que estaria muito orgulhoso pelo término de uma etapa tão marcante na minha vida. À Rosa e toda a família.*

*Aos meus irmãos e cunhados por acompanharem de perto esta caminhada, por toda a motivação e apoio.*

*Aos meus sobrinhos, que vos possa ajudar e inspirar no vosso próprio caminho.*

*Ao meu Vitor, essencial para o sucesso deste meu percurso, obrigada pelo apoio, pela ajuda, pela motivação, pelo carinho e pela compreensão. Por tudo.*

*À minha Mãe, sem qual nada seria possível, por todos os esforços que fez por mim. Obrigada por tudo. Todas as minhas conquistas se devem a ti.*

*Obrigada!*

## Índice

### Parte I – Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária

Lista de Abreviaturas .....	8
1. Introdução .....	9
2. Análise SWOT .....	10
2.1. Pontos Fortes ( <i>Strengths</i> ) .....	10
2.1.1. Plano de estágio .....	10
2.1.2. Autonomia e desenvolvimento de <i>soft skills</i> .....	11
2.1.3. Adaptação da farmácia à pandemia de COVID-19 .....	11
2.1.4. Localização da farmácia .....	12
2.1.5. Valormed .....	12
2.2. Pontos Fracos ( <i>Weaknesses</i> ) .....	13
2.2.1. Reduzida preparação de medicamentos manipulados .....	13
2.2.2. Fraca componente de aconselhamento dermofarmacêutico .....	13
2.2.3. Barreiras à comunicação .....	14
2.2.4. Impacto da COVID-19 na realização de serviços farmacêuticos .....	14
2.3. Oportunidades ( <i>Opportunities</i> ) .....	15
2.3.1. Formações .....	15
2.3.2. Aplicabilidade de estratégias de <i>marketing</i> .....	15
2.4. Ameaças ( <i>Threats</i> ) .....	16
2.4.1. Insegurança durante os atendimentos .....	16
2.4.2. Falta de compreensão por parte dos utentes .....	16
3. Casos Clínicos .....	18
4. Considerações Finais .....	21
5. Referências Bibliográficas .....	21

### Parte II – Relatório de Estágio em Indústria Farmacêutica

Lista de Abreviaturas .....	23
1. Introdução .....	24
2. Análise SWOT .....	25
2.1. Pontos Fortes ( <i>Strengths</i> ) .....	25
2.1.1. Equipa da Owlpharma .....	25
2.1.2. Contacto com dois departamentos diferentes .....	26
2.1.3. Formações .....	27
2.1.4. Promoção do sentido de autonomia .....	28
2.1.5. Existência de procedimentos operativos normalizados .....	28
2.1.6. Testes de legibilidade .....	28
2.2. Pontos Fracos ( <i>Weaknesses</i> ) .....	29
2.2.1. Reduzido <i>feedback</i> inicial .....	29
2.3. Oportunidades ( <i>Opportunities</i> ) .....	29
2.3.1. Oportunidade de realizar um estágio em AR e FV .....	29
2.3.2. Desenvolvimento de <i>hard skills</i> .....	29
2.4. Ameaças ( <i>Threats</i> ) .....	30
2.4.1. Plano curricular do MICF .....	30

3. Notas Finais .....	31
4. Referências Bibliográficas .....	31

### **Parte III – Monografia**

Lista de Abreviaturas .....	33
Resumo .....	34
Abstract .....	35
1. Introdução .....	36
2. Enquadramento geral.....	37
3. Equipa técnica da farmácia comunitária.....	38
4. Estabelecimento e funcionamento de uma farmácia comunitária.....	38
4.1. Estabelecimento de uma nova farmácia comunitária.....	38
4.2. Propriedade de uma farmácia comunitária .....	40
4.3. Horário de abertura .....	42
5. Serviços disponibilizados nas farmácias comunitárias e sua remuneração .....	42
5.1. Dispensa de medicamentos.....	44
5.1.1. Medicamentos não sujeitos a receita médica.....	44
5.1.2. Medicamentos sujeitos a receita médica.....	46
5.1.3. Medicamentos genéricos.....	46
5.2. Assistência financeira em Portugal .....	48
5.2.1. Alterações às disposições legislativas no período pré assistência financeira .....	49
5.2.2. Alterações às disposições legislativas no período de assistência financeira (2011-2014).....	51
5.2.3. Alterações às disposições legislativas no período pós assistência financeira .....	52
5.2.4. Consequências das alterações às disposições legais .....	52
5.3. Outros serviços farmacêuticos .....	56
5.3.1. Programa de troca de seringas .....	58
5.3.2. A farmácia comunitária na pandemia de COVID-19 .....	59
6. Conclusão .....	60
7. Bibliografia .....	62

# Parte I

## Relatório de Estágio de Farmácia Comunitária

Farmácia Lusitana



Sob orientação da Dra. Ana Rita Pereira.

## **Lista de Abreviaturas**

**FL** – Farmácia Lusitana

**MICF** – Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

**MNSRM** – Medicamento Não Sujeito a Receita Médica

**MSRM** – Medicamento Sujeito a Receita Médica

**PVP** – Preço de Venda ao Público



## I. Introdução

O Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF) é um curso que pretende formar farmacêuticos com as qualidades necessárias para atuarem nas diversas vertentes da área farmacêutica. Uma dessas vertentes é a Farmácia Comunitária, que emprega a maioria dos Mestres em Ciências Farmacêuticas (*Valor do Farmacêutico*, [s.d.]). No decorrer dos cinco anos de curso são lecionados diversos conteúdos teóricos e práticos que são postos em prática pela primeira vez no estágio curricular.

O estágio curricular é um requisito obrigatório para a obtenção do grau de Mestre em Ciências farmacêuticas e deve ter a duração mínima de 6 meses, segundo o disposto na *Directiva 2005/36/CE*. Além disso, o estágio curricular é uma excelente oportunidade para os estudantes de MICF contactarem com a realidade da profissão, sendo o primeiro contacto com os utentes e a cadeia do medicamento.

O meu estágio em farmácia comunitária foi realizado na Farmácia Lusitana, em São Martinho do Bispo, sob orientação da Dra. Ana Rita Pereira e coorientação da restante equipa da farmácia, desde dia 11 de janeiro até ao dia 30 de abril de 2021. A escolha da Farmácia Lusitana (FL) para realizar o meu estágio curricular em farmácia comunitária esteve relacionada com a proximidade da farmácia à minha casa e com o facto de já ter realizado na mesma um estágio de verão no 3º ano do MICF, sendo que, deste modo, já conhecia a maioria dos elementos que compõem a equipa técnica e o método de funcionamento da farmácia.

Este relatório de estágio terá a forma de uma análise SWOT, tendo como o objetivo avaliar, numa vertente interna, os pontos fortes (*Strengths*) e pontos fracos (*Weaknesses*) e, numa vertente externa, as oportunidades (*Opportunities*) e ameaças (*Threats*) com que me deparei no decorrer do estágio curricular. Na última parte deste relatório de estágio serão apresentados casos clínicos que ocorreram durante o estágio curricular em farmácia comunitária.

## 2. Análise SWOT

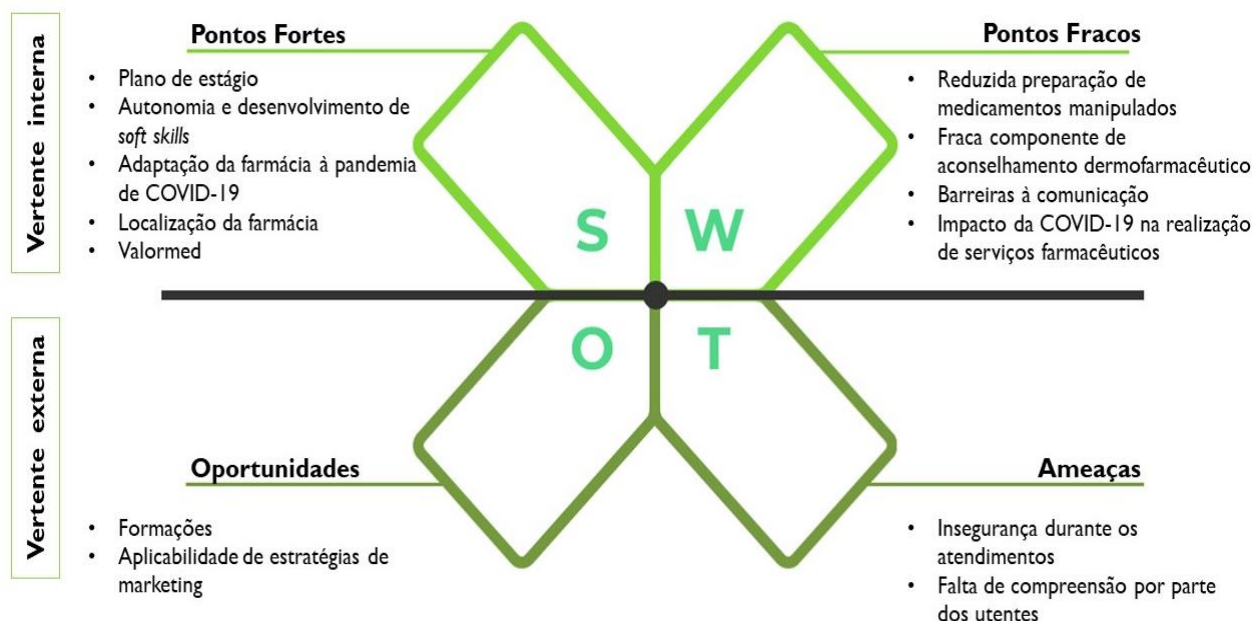


Figura 1- Análise SWOT do estágio em farmácia comunitária na Farmácia Lusitana.

### 2.1. Pontos Fortes (Strengths)

#### 2.1.1. Plano de estágio

O meu estágio curricular foi composto por três fases sequenciais: gestão de *stock* e receção de encomendas, observação dos atendimentos realizados pela equipa técnica da farmácia e, por último, dispensa de medicamentos e aconselhamento farmacêutico.

Numa fase inicial, as funções que realizava estavam relacionadas com o *back office* da farmácia comunitária, isto é, arrumava e organizava os medicamentos e produtos de saúde e bem-estar segundo a regra “*First Expired, First Out*”. Adicionalmente, rececionava as encomendas no Sifarma 2000<sup>®</sup> e realizava controlo de prazos de validade. Esta fase foi essencial para ter contacto com as localizações de todos os produtos e para fazer a associação entre princípio ativo e nome de marca do medicamento. A importância desta fase está relacionada, ainda, com o contacto com o sistema informático Sifarma 2000<sup>®</sup> e com o facto de me ter permitido reconhecer alguns medicamentos com condições especiais de armazenamento, como medicamentos termolábeis que devem, por isso, ser armazenados no frigorífico. Com duração de aproximadamente um mês, esta fase inicial do estágio curricular em farmácia comunitária facilitou a execução das fases seguintes.

A fase seguinte consistiu em acompanhar os elementos da equipa em alguns atendimentos, de modo a permitir a familiarização com o Novo Módulo de Atendimento

Sifarma® e com o processo de dispensa. Além disso, foi nesta fase que aprendi determinados aspetos relativos ao aconselhamento farmacêutico e ao modo de contactar com o utente, a partir da observação dos atendimentos realizados por profissionais muito experientes e competentes.

Por último, comecei a realizar atendimentos. Neste momento, todos os conhecimentos adquiridos até então interligaram-se e permitiram que o processo de adaptação ao ato de atendimento ocorresse, na minha opinião, de modo positivo.

Assim, o modo como o estágio foi estruturado permitiu que a adaptação a uma nova realidade fosse gradual, sendo que todas as etapas do processo foram essenciais para a minha aprendizagem e foram, também, essenciais para a minha formação enquanto futura farmacêutica.

### **2.1.2. Autonomia e desenvolvimento de *soft skills***

O facto de ter realizado anteriormente, na Farmácia Lusitana, um estágio de verão fez com que já conhecesse os elementos da equipa técnica e também conhecesse as localizações dos produtos e algumas das rotinas da farmácia. Assim, todo o processo de adaptação e integração na equipa foi facilitado.

Durante o período de estágio, foi promovida a minha autonomia e sentido crítico perante as situações com que me confrontava. Ainda que existisse total disponibilidade para me auxiliarem no que fosse necessário, o objetivo era que eu fosse autónoma no dia-a-dia da farmácia e que me integrasse na equipa tal como se já fosse farmacêutica. Este aspeto incutiu-me maior sentido de responsabilidade e foi essencial para o desenvolvimento de *soft skills* como a comunicação, a capacidade de resolver problemas, a capacidade de trabalhar em equipa e a capacidade de adaptação. Por outras palavras, além de essencial para o meu desenvolvimento profissional, o estágio curricular contribuiu para o meu desenvolvimento pessoal.

### **2.1.3. Adaptação da farmácia à pandemia de COVID-19**

O período de realização do estágio curricular na Farmácia Lusitana coincidiu com a terceira vaga da pandemia de COVID-19 em Portugal e, acompanhando a tendência do país, também as farmácias comunitárias foram obrigadas a adaptar o seu funcionamento à nova realidade, mantendo-se sempre em funcionamento, mesmo nos períodos mais críticos da pandemia.

A Farmácia Lusitana primou pela segurança dos seus utentes e da sua equipa técnica, sendo notáveis os esforços e as medidas empregues nesse sentido. Algumas das medidas

aplicadas foram a diminuição do número permitido de utentes dentro da farmácia, a instalação de vidros desde o chão até ao teto, separando totalmente a zona dos balcões de atendimento entre o utente e a equipa técnica, e o atendimento ao postigo.

Adicionalmente, e de modo a evitar que os utentes sentissem a necessidade de se deslocarem à farmácia, foi instituído um serviço de entregas ao domicílio. Este serviço permitiu que os utentes se mantivessem nas suas casas, evitando que estes se expusessem desnecessariamente e permitiu, também, que os utentes que se encontravam a cumprir isolamento ou quarentena continuassem a ter acesso a medicamentos. Durante todo o estágio tive oportunidade de preparar encomendas para serem entregues no domicílio dos utentes, tendo, assim, um papel ativo na promoção da continuidade da adesão à terapêutica apesar do novo panorama provocado pelo SARS-CoV-2.

Assim, apesar de todo o clima de insegurança experienciado em Portugal relativo à pandemia de COVID-19, sempre me senti em segurança na Farmácia Lusitana e senti, ainda, que também a segurança dos utentes foi promovida.

#### **2.1.4. Localização da farmácia**

A FL localiza-se na freguesia de São Martinho do Bispo, mais concretamente na Corujeira. Apesar de ser uma região muito próxima do centro da cidade, a farmácia está inserida num contexto mais rural do que urbano. Este fator tem impacto no tipo de população que frequenta a farmácia como nos próprios atendimentos.

A maioria dos utentes da FL habitam nas regiões contíguas à farmácia. São fidelizados à farmácia e aos farmacêuticos, existindo uma relação muito próxima entre ambos. Neste sentido, a maioria dos utentes tem ficha de utente criada no Sifarma®, na qual estão assinalados, em muitos casos, o grau de parentesco com outros utentes habituais na farmácia. Esta proximidade é vantajosa tanto para os utentes como para a equipa técnica da farmácia, uma vez que o utente, devido às experiências anteriores na farmácia, confia na equipa técnica da mesma e os farmacêuticos, devido às experiências com determinado utente, conhecem os seus antecedentes, patologias, medicação habitual e preferências, permitindo um aconselhamento farmacêutico mais personalizado e adequado a cada utente.

#### **2.1.5. Valormed**

A Valormed é uma sociedade responsável pela gestão dos resíduos dos medicamentos através do sistema integrado de gestão de resíduos de embalagens e medicamentos (SIGREM). Dois objetivos da Valormed são educar a população acerca do modo correto de descartar medicamentos e as suas embalagens e promover a correta

gestão dos resíduos de embalagens e medicamentos entregues pelos utentes nos contentores Valormed localizados nas farmácias comunitárias (Valormed, 2019). O objetivo final da Valormed é evitar que estes resíduos atinjam e prejudiquem o meio ambiente e, neste sentido, foram recolhidos, durante o primeiro semestre de 2021, 555 toneladas de resíduos de embalagens e medicamentos das 3231 farmácias e locais de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica que participam no projeto (*INDICADORES E DADOS GERAIS 1º SEMESTRE 2021 - ValorMed*). Ou seja, no primeiro semestre de 2021 a colaboração da Valormed com as farmácias comunitárias permitiu evitar que 555 toneladas de resíduos de embalagens e medicamentos contaminassem solo e água, devido a eliminação indevida.

A FL colabora com a Valormed e, assim, durante o meu estágio curricular tive oportunidade de informar os utentes sobre o destino mais adequado para os resíduos dos medicamentos que estava a dispensar e sensibilizá-los para o possível impacto da eliminação incorreta dos referidos resíduos no ambiente.

## **2.2. Pontos Fracos (*Weaknesses*)**

### **2.2.1. Reduzida preparação de medicamentos manipulados**

Os medicamentos manipulados são, segundo o disposto na Portaria n.º 594/2004, de 2 de junho, “qualquer fórmula magistral ou preparado officinal preparado e dispensado sob a responsabilidade de um farmacêutico”. Atualmente os medicamentos manipulados não são um produto dispensado frequentemente nas farmácias comunitárias, estando mais associados a casos em que se necessita de uma combinação de substâncias ativas não disponíveis no mercado ou em que seja necessária uma forma farmacêutica diferente das disponíveis.

Na FL não existe muita procura de medicamentos manipulados pelo que não me foi possível observar nem preparar medicamentos manipulados. No entanto, foi possível observar as fichas de preparação de medicamentos manipulados já preenchidas e, nesse momento, alguns elementos da equipa técnica explicaram-me o modo de preenchimento das mesmas.

### **2.2.2. Fraca componente de aconselhamento dermofarmacêutico**

Os produtos de dermocosmética são alguns dos produtos disponíveis nas farmácias além dos medicamentos. Na FL vários lineares, acessíveis aos utentes antes da implementação de medidas de proteção contra a COVID-19, são dedicados à exposição de produtos de dermocosmética. Por norma, os lineares estão organizados por marcas e,

dentro de cada marca, organizados por gamas. Avene<sup>®</sup>, Bioderma<sup>®</sup>, La Roche-Posay<sup>®</sup>, Phyto<sup>®</sup> e Klorane<sup>®</sup> são algumas das marcas representadas nesses lineares.

No entanto, tal como referido anteriormente, a FL localiza-se numa zona rural e a maioria dos seus utentes são idosos que não atribuem muita relevância a este tipo de produtos. Isto fez com que não me deparasse com muitos casos em que pudesse fazer aconselhamento na referida área e é uma fraqueza na medida em que, não existindo desafios na prática diária, não evoluí tanto nessa área como evoluí noutras.

### **2.2.3. Barreiras à comunicação**

Apesar de todos os esforços empregues no sentido de proteger os utentes e a equipa técnica serem, sem dúvida, vantajosos, também possuem alguns aspetos negativos a considerar.

A comunicação é essencial num atendimento, tanto para o farmacêutico perceber as necessidades do utente como para o utente escutar e perceber toda a informação relevante que o farmacêutico tem para lhe transmitir.

A existência de um vidro a separar o farmacêutico do utente provoca aumento da entropia na farmácia, e, tendo em conta que grande parte dos utentes da farmácia são idosos, que têm naturalmente mais dificuldades auditivas, este novo paradigma do funcionamento da farmácia pode fazer com que a comunicação esteja dificultada. Além disso, devido ao sistema de microfones e altifalantes instalados em cada balcão, pode haver perda da privacidade do utente. Adicionalmente, pode provocar um sentimento de distanciamento no utente e prejudicar a relação farmacêutico-utente.

No entanto, todas estas situações são contornáveis, adequando o tom de voz e verificando se a informação chegou ao utente e oferecendo-lhe mais privacidade, se este o desejar, desligando os sistemas de som.

### **2.2.4. Impacto da COVID-19 na realização de serviços farmacêuticos**

Na FL eram realizados, habitualmente, determinados serviços farmacêuticos, tais como a medição da glicémia e do colesterol total, medição da pressão arterial, medição da massa e da altura e administração de medicamentos injetáveis e vacinas. Todos estes serviços são de elevada importância na manutenção e promoção da saúde da população.

No entanto, durante o período do meu estágio curricular alguns destes serviços foram suspensos (medição da pressão arterial, da glicémia e do colesterol total), com o objetivo de minimizar o contacto entre farmacêuticos e utentes para proteção de ambos. Como consequência, não realizei este tipo de serviços durante o meu estágio curricular,

pelo que, ainda que saiba os conceitos teóricos envolvidos na sua realização, não pratiquei a execução dos mesmos.

## **2.3. Oportunidades (*Opportunities*)**

### **2.3.1. Formações**

A aprendizagem é essencial para o exercício profissional numa farmácia comunitária e deve ser um processo contínuo. Uma das maneiras para promover o processo contínuo de aprendizagem e de atualização de conhecimento é a realização de formações nas farmácias, que é feita, normalmente, pelos delegados de ação médica.

Devido às limitações impostas pela pandemia de COVID-19, o número de formações realizadas na FL sofreu uma redução quando comparado com anos anteriores. Ainda assim, tive oportunidade de assistir a uma formação que tinha como objetivo dar a conhecer as diferentes formas farmacêuticas do L-Mesitram<sup>®</sup>, as suas indicações e, ainda, casos clínicos em que os produtos foram administrados, de modo a comprovar a eficácia do mesmo. Numa segunda parte da mesma formação, foram apresentados os produtos capilares da marca Alpecin<sup>®</sup> indicados para a alopecia e/ou dermatite seborreica do couro cabeludo. Além disso, durante a formação foi possível adquirir mais conhecimentos relacionados com as patologias em causa.

Esta formação familiarizou-me com todos os produtos apresentados. Devido a esta formação passou a ser mais fácil aconselhar um dos produtos mencionados, uma vez que passei a ter melhor conhecimento acerca das suas indicações, contraindicações e conhecimento, também, de casos clínicos em que foram utilizados os produtos em questão, o que demonstra que ter mais formações teria sido uma mais-valia para a minha formação profissional e para a execução de funções durante o estágio.

### **2.3.2. Aplicabilidade de estratégias de *marketing***

Nos produtos de saúde e bem-estar são aplicadas várias estratégias de *marketing*, desde a sua disposição nos lineares e na farmácia até à execução de campanhas promocionais. O objetivo destas estratégias é promover a venda destes produtos e incentivar o consumo por impulso.

Além destas estratégias, também a opinião e o aconselhamento farmacêutico são fatores muito relevantes na decisão de compra do utente devido à confiança que estes depositam nos conselhos dos farmacêuticos.

Durante a realização do estágio curricular na FL, foi possível observar a colocação estratégica de determinados produtos em localizações quentes da farmácia bem como a realização de campanhas promocionais com o objetivo de vender produtos com baixa rotação. Adicionalmente, durante o estágio curricular consegui desenvolver a capacidade de perceber quais os produtos mais rentáveis para a farmácia e aconselhá-los sempre que possível em detrimento de outros menos rentáveis, ou aconselhá-los em vendas cruzadas.

## **2.4. Ameaças (*Threats*)**

### **2.4.1. Insegurança durante os atendimentos**

Quando, na última fase do plano de estágio, comecei a realizar dispensa e aconselhamento, senti-me muito insegura. Esta insegurança estava relacionada, na minha opinião, com a falta de preparação que o MICF nos oferece em determinadas áreas, como a área da dermofarmácia e cosmética e a área de produtos de uso veterinário.

No plano de estudos do MICF existe a unidade curricular obrigatória de Dermofarmácia e Cosmética, lecionada no 4º ano. Esta unidade curricular é útil no sentido em que transmite aos estudantes de MICF conhecimento acerca de diversas patologias e de características de formulação. No entanto, sinto que o foco da unidade curricular não é o aconselhamento dermofarmacêutico, e que, associado ao vasto número de existências de dermofarmácia, foi difícil conseguir realizar um aconselhamento nessa área com confiança e segurança.

Também relativamente à área de produtos de uso veterinário senti que não tinha preparação suficiente para aconselhar produtos desta área, o que, se foi alterando com os conhecimentos que adquiri durante o estágio curricular. No entanto, tal como a unidade curricular de Dermofarmácia e cosmética, também a unidade curricular de Preparações de Uso Veterinário, não confere preparação suficiente aos estudantes de MICF para a execução de funções numa farmácia comunitária e penso que o conteúdo lecionado em ambas as unidades curriculares pode ser ajustado de modo a preparar melhor os estudantes para a realidade de farmácia comunitária.

### **2.4.2. Falta de compreensão por parte dos utentes**

Como referido anteriormente, foram feitas alterações no funcionamento da FL com o objetivo de proteger os utentes e a equipa técnica da mesma, mas este facto contribuiu para dificultar a comunicação entre ambos. Os utentes não estavam habituados à existência de barreiras físicas à comunicação nem a sentirem distanciamento para com o farmacêutico,



e por isso, várias vezes demonstravam o seu desagrado para com esta situação e referiam que preferiam ir a uma farmácia cujo sistema de proteção não incluísse a existência de vidros que separam completamente o espaço do utente do espaço do farmacêutico. Assim, a FL poderia estar a ser prejudicada por prezar pela segurança dos seus utentes e dos seus colaboradores.

Outro aspeto relacionado com a pandemia de COVID-19 para o qual os utentes demonstravam incompreensão e desagrado era o facto de o número de utentes na farmácia ter sido reduzido, havendo um dos três balcões de atendimento fora de funcionamento e um postigo aberto para o substituir.

O sistema de definição de preços dos medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM) tem por base uma comparação com os preços praticados nos países de referência - sistema de referência internacional. Este sistema tem como objetivo permitir aos governos controlar os preços dos medicamentos e, assim, promover a redução dos preços dos mesmos. Periodicamente os preços praticados nos países de referência são revistos e, por consequência, os preços dos mesmos em Portugal sofrem alterações. Estas constantes alterações aos PVP (preço de venda ao público) dos medicamentos são questionadas por utentes que sabem o preço da sua medicação habitual e, muitas vezes, torna-se difícil explicar o motivo destas alterações.

O sistema de definição de preços dos medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) é livre, isto é, cada farmácia ou local de venda de MNSRM pode definir a margem da farmácia que entender bem como o PVP. Como os locais de venda de MNSRM pertencem a grandes cadeias de supermercados e o seu poder de compra é maior, conseguem praticar preços mais baixos e oferecer mais campanhas promocionais sobre estes produtos. Assim, as farmácias comunitárias, tendo menor poder de compra e menor rotatividade de produtos, podem ser obrigadas a praticar preços mais elevados, o que leva os utentes a preferirem os locais de venda de MNSRM. Durante o meu estágio deparei-me com várias ocasiões em que os utentes referiam que preferiam adquirir o produto a outro estabelecimento, nomeadamente locais de venda de MNSRM, após verem o PVP dos mesmos na farmácia.

### **3. Casos Clínicos**

#### **Caso Clínico 1**

Apresentou-se na farmácia um senhor com uma queimadura na perna, com cerca de 6 cm de comprimento por 3 cm de largura. Refere que se queimou no membro inferior, no escape da mota. A lesão não aparentava sinais de infeção, estava apenas com rubor e sem a camada superficial da pele.

A pele é uma barreira física contra a entrada de microrganismos e, neste caso, a sua integridade na zona da lesão estava comprometida, havendo, assim, risco de infeção. Com este facto em mente, recomendei L-Mesitram soft<sup>®</sup> gel, constituído por mel de grau médico numa concentração de 40%. O mel tem propriedades cicatrizantes, anti-inflamatórias, desbridantes e antimicrobianas, pelo que neste caso considerei ser o produto indicado para evitar uma infeção e promover a cicatrização.

Recomendei ao utente que para aplicar o gel seguisse o seguinte procedimento:

- Com uma compressa embebida em álcool etílico, desinfetar o bocal do tubo e tampa, para evitar que ocorram contaminações do produto;
- Lavar a área afetada com soro fisiológico e uma compressa;
- Aplicar o gel na área afetada.

Recomendei que o utente aplicasse o gel a cada 24 horas e que monitorizasse regularmente a lesão, de modo a reconhecer possíveis sinais de infeção e que, caso tal acontecesse, este deveria regressar à farmácia ou dirigir-se ao médico.

Alertei ainda o utente que, devido às propriedades hiperosmóticas do mel na concentração apresentada, seria possível que lhe parecesse que a queimadura estivesse a ficar produtiva. Por outro lado, pode parecer, ainda, ao utente que a lesão está a piorar e que apresenta pior aspeto devido às propriedades de desbridamento conferidas pelo mel. Contudo, estas situações são apenas derivadas do mecanismo de ação do gel e favorecem a cicatrização da lesão.

#### **Caso Clínico 2**

Um senhor apresenta-se na farmácia com o seu filho de 12 anos. Refere que o filho pisou uma agulha há cerca de 6 dias. Ao observar a planta do pé do rapaz, reparámos que na zona do pé onde se picou apresentava sinais de infeção (dor, rubor, edema, calor e presença de uma bolsa com um líquido branco-esverdeado).

Perguntei se o rapaz tinha recebido a vacina contra o tétano e o pai confirmou que sim. Após questionar o senhor sobre se o seu filho tinha feito alguma terapêutica para a questão em causa, este informou-me que tinha colocado Voltaren emulgel® (diclofenac 10 mg/g) no intervalo que precedeu a ida à farmácia, no mínimo uma vez por dia.

O diclofenac tópico, sendo um anti-inflamatório não esteroide, é indicado nas situações de dor e inflamação. Assim, num quadro de infeção, o Voltaren emulgel® não é indicado e não teria vantagem para o utente, sendo até contraindicada a sua utilização em feridas abertas ou com cortes.

Após explicar ao senhor que o diclofenac tópico não é indicado nesta situação, recomendei-lhe Nadiclox 2% pomada. A substância ativa é o fusidato de sódio (sal sódico do ácido fusídico), que é um antibiótico.

Recomendei que aplicasse a pomada 2 a 3 vezes por dia, sendo que o tratamento deve ter a duração de 8 dias. No entanto, recomendei que o senhor fosse monitorizando a zona da lesão e que se esta não melhorasse com a aplicação da pomada ou se piorasse, devia dirigir-se ao médico.

### **Caso Clínico 3**

Um utente habitual da FL apresentou-se na farmácia e referiu que o seu cunhado havia falecido e que a sua sogra não estava a reagir bem desde essa altura, sendo que durante o dia se sente “muito em baixo” e que não consegue dormir. Assim, este utente pediu aconselhamento para conseguir auxiliar a sogra e referiu que preferia algo natural e que não causasse habituação.

Após confirmar se a utente tinha alguma patologia, recomendei-lhe Valdispert Noite e Dia®, que é composto por 2 tipos de comprimidos. O comprimido de dia é composto por extrato de rodíola (*Rhodiola roseae*) e de açafrão (*Crocus sativus*), que auxiliam na redução dos efeitos do stress e no bem-estar emocional, respetivamente. O comprimido de noite é composto por extrato de camomila e melatonina. O extrato de camomila (*Matricaria recutita*) tem propriedades calmantes e a melatonina induz o sono. Numa visão geral, o comprimido de dia promove o equilíbrio emocional e o comprimido de noite promove uma melhor qualidade de sono e a diminuição dos despertares noturnos. Recomendei que tomasse o comprimido da manhã após o pequeno-almoço e o da noite 30 minutos a 1 hora antes de deitar e alertei para o facto que, dadas as suas propriedades calmantes, é possível que a toma deste suplemento alimentar afete a capacidade de conduzir e manobrar máquinas.

No sentido de promover hábitos de sono saudáveis recomendei que fossem aplicadas medidas de higiene do sono como evitar a utilização de equipamentos eletrónicos antes de dormir, criar hábitos de dormir e acordar regulares e evitar o consumo de cafeína. Além disso, recomendei que o utente avaliasse a necessidade de recorrer a apoio psicológico para a sua sogra.

#### **Caso Clínico 4**

Uma utente com cerca de 50 anos dirigiu-se à farmácia com uma prescrição de uma saqueta de fosfomicina 3000 mg, para tratar uma infeção urinária.

Recomendei à utente que dissolvesse o conteúdo da saqueta num copo de água e que ingerisse imediatamente após preparação da solução. Referi, ainda, que o antibiótico deve ser tomado 2 a 3 horas antes ou depois das refeições, com a bexiga vazia e de preferência antes de se deitar.

Em conversa com a utente, esta referiu que ter infeções urinárias é algo constante na sua vida. Assim, recomendei-lhe que adquirisse Cysticlean<sup>®</sup>, um suplemento alimentar à base de arando americano (*Vaccinium macrocarpon*), que, devido ao elevado teor de proantocianidinas, inibe a aderência das bactérias ao urotélio e será útil na profilaxia de possíveis infeções urinárias. Devido à existência de uma interação farmacocinética com a varfarina, confirmei se a utente tomava varfarina, o que não era o caso.

Recomendei que tomasse um comprimido de Cysticlean<sup>®</sup> à noite e que ingerisse bastante água e não usasse roupa muito justa. Relembrei que a técnica correta de limpeza íntima é de frente para trás e que deveria utilizar um gel para a higiene íntima adequado e não o gel de banho, devido ao pH próprio da vagina. Assim, sugeri que adquirisse Lactacyd Pharma Prebiótico<sup>®</sup> que tem na sua formulação prebióticos, este contribui para a manutenção de uma flora bacteriana saudável e restitui o pH íntimo.

#### 4. Considerações Finais

O estágio curricular em farmácia comunitária é uma excelente oportunidade de introdução à realidade de farmácia comunitária. Sendo muitas vezes o primeiro contacto do estudante de MICF com a profissão, o estágio curricular permite a aplicação dos conceitos teóricos lecionados no decorrer dos 9 semestres anteriores na prática diária.

O farmacêutico comunitário desempenha um papel essencial na sociedade e esse papel foi especialmente reforçado durante a pandemia de COVID-19, na qual os hospitais e centros de saúde se encontravam sobrecarregados, sendo os farmacêuticos o primeiro, e muitas vezes único, contacto com profissionais de saúde.

Todas as novas situações com que me deparei no decorrer do estágio curricular, permitiram o meu crescimento, enriquecimento e desenvolvimento enquanto profissional de saúde e a nível pessoal. Adicionalmente, durante o estágio curricular pude comprovar a ideia que já tinha de que os farmacêuticos não podem estagnar, é necessária uma aprendizagem constante devido às diferentes situações com que somos confrontados diariamente.

Resta-me, por fim, agradecer a toda a equipa técnica da Farmácia Lusitana por todo o acompanhamento e toda a disponibilidade que demonstraram ao longo do estágio curricular e, ainda, por terem contribuído para o meu desenvolvimento enquanto futura farmacêutica.

#### 5. Referências Bibliográficas

DIRECTIVA 2005/36/CE DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO de 7 de Setembro de 2005 relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais (Texto relevante para efeitos do EEE) - [s.d.]

**INDICADORES E DADOS GERAIS 1º SEMESTRE 2021 :: ValorMed** - [Consult. 20 ago. 2021]. Disponível em: <http://www.valormed.pt/article/view/12/indicadores-e-dados-gerais-1-semester-2021>

Portaria n.º 594/2004, de 2 de junho do Ministério da Saúde. **Diário da República n.º 129/2004, Série I-B de 2004-06-02** [Consult. 16 ago. 2021] Disponível em: [www.dre.pt](http://www.dre.pt)

**Valor do Farmacêutico** - [Consult. 16 jul. 2021]. Disponível em: [www.valordofarmacutico.com/](http://www.valordofarmacutico.com/)

VALORMED - Política de Gestão. (2019)

## **Parte II**

### **Relatório de Estágio em Indústria Farmacêutica**

OWLPHARMA - CONSULTING, Lda.



Sob orientação da Doutora Mariana Rocha.

## **Lista de Abreviaturas**

**AR** – Assuntos Regulamentares

**CSI** – *Core Safety Information*

**FFUC** – Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra

**FI** – Folheto Informativo

**FV** – Farmacovigilância

**MICF** – Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

**Owlpharma** – OWLPHARMA - CONSULTING, Lda.

**QRD** – *Quality Review of Documents*

**RCM** – Resumo das Características do Medicamento

**SOP** – Procedimento Operacional Normalizado

## I. Introdução

O plano de estudos do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF) contempla, no segundo semestre do 5º ano, a unidade curricular Estágio Curricular.

Tradicionalmente, a unidade curricular Estágio corresponde ao estágio curricular realizado em farmácia comunitária. No entanto, o leque de saídas profissionais do MICF é bastante mais amplo do que somente farmácia comunitária, incluindo, entre outros, farmácia hospitalar, análises clínicas e indústria farmacêutica. Neste sentido, a Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra (FFUC), destaca-se por permitir que os alunos de MICF realizem um estágio opcional noutras áreas além da farmácia comunitária. Esta possibilidade é muito vantajosa pois permite diversificar a formação dos estudantes de MICF e oferece ao estudante a oportunidade de experimentar diversas áreas incluídas no Ato Farmacêutico e perceber a sua verdadeira vocação.

Durante o curso a área de indústria farmacêutica sempre me despertou mais interesse, especificamente as áreas de farmacovigilância (FV) e assuntos regulamentares (AR), pelo que decidi aproveitar a oportunidade de adicionar ao meu estágio na Farmácia Lusitana, um estágio em indústria farmacêutica. Escolhi realizar o meu estágio em indústria farmacêutica na Owlpharma - Consulting, Lda. (Owlpharma). A Owlpharma é uma empresa de consultoria farmacêutica que se subdivide nos departamentos de FV, AR, Garantia de Qualidade e departamento Médico e Científico. Criada em 2013, atualmente tem escritórios em Coimbra e em Lisboa, e é uma consultora de referência na área farmacêutica. A Owlpharma é uma empresa inovadora e que oferece soluções para as necessidades dos seus clientes através da panóplia de serviços especializados de que dispõe, tanto a nível nacional como internacional e de acordo com a legislação aplicável. A Owlpharma é uma empresa em constante crescimento, pelo que foi reconhecida, pelo terceiro ano consecutivo, com o prémio “Empresa Gazela” que reconhece empresas jovens com elevado ritmo de crescimento.

O meu estágio na Owlpharma teve a duração de 3 meses, desde o dia 3 de maio ao dia 30 de julho de 2021 e decorreu sob a distinta orientação da Doutora Mariana Rocha. Este relatório de estágio terá a forma de uma análise SWOT, tendo como objetivo avaliar de forma crítica, numa vertente interna, os pontos fortes (*Strengths*) e pontos fracos (*Weaknesses*) e, numa vertente externa, as oportunidades (*Opportunities*) e ameaças (*Threats*) que reconheci no decorrer do estágio.



## 2. Análise SWOT

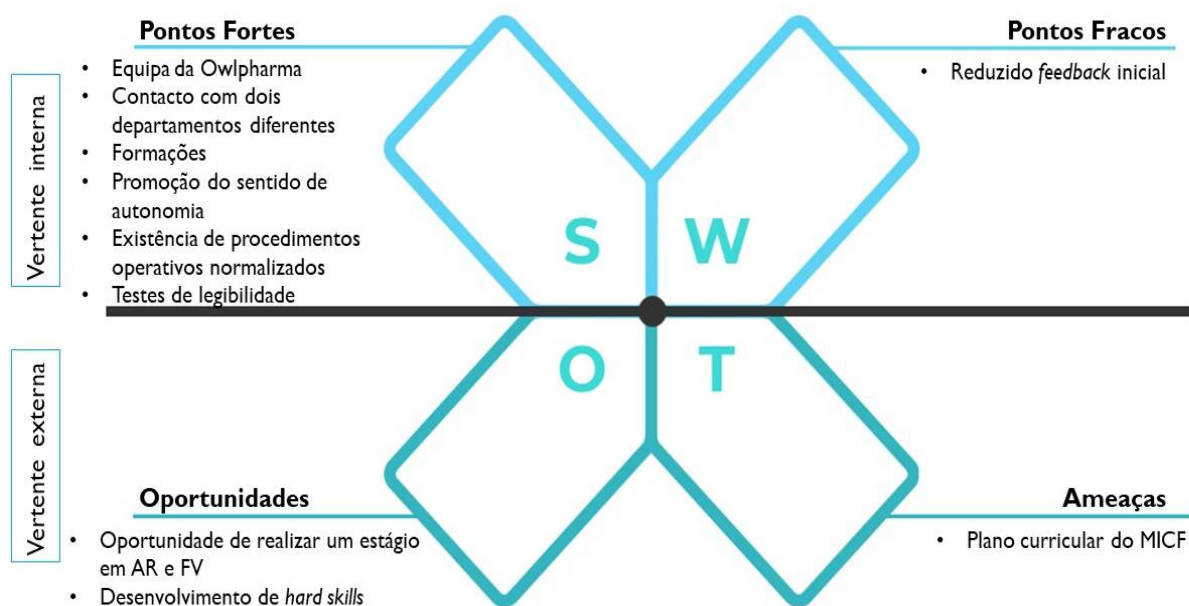


Figura 1 - Análise SWOT do estágio em indústria farmacêutica na Owlpharma.

### 2.1. Pontos Fortes (Strengths)

#### 2.1.1. Equipa da Owlpharma

A Owlpharma é constituída por uma equipa jovem, altamente competente e dinâmica. Desde o início do estágio que fui muito bem recebida na empresa e senti total disponibilidade por parte dos colaboradores da Owlpharma para esclarecerem eventuais dúvidas. Sendo uma equipa jovem senti que a minha integração foi mais fácil.

Ainda que a maioria do meu estágio na Owlpharma tenha sido realizado em modo de teletrabalho devido à pandemia de COVID-19, durante algumas semanas do último mês de estágio, o escritório de Coimbra encontrou-se aberto e tive a oportunidade de conhecer pessoalmente vários elementos da equipa da Owlpharma, com quem só tinha contacto remotamente até então. Desde logo foi possível perceber que existe muita cumplicidade entre os elementos da equipa e muito bom ambiente no escritório, o que tornou muito mais fácil a adaptação a um novo local de trabalho, uma vez que durante mais de dois meses o estágio foi em modo teletrabalho. De referir ainda que durante o período em que o escritório esteve aberto, sempre que possível, fui inserida no *open space* de FV onde se encontrava o resto da equipa, cumprindo todas as normas de distanciamento de segurança, o que fez com que me sentisse ainda mais integrada na equipa e permitiu uma melhor

relação pessoal e profissional, na medida em que o processo de esclarecer dúvidas e receber sugestões, conselhos ou *feedback* foi mais facilitado.

Dada a sua competência, espírito dinâmico e união, os colaboradores da Owlpharma serão um exemplo que levarei comigo para a minha futura vida profissional.

### **2.1.2. Contacto com dois departamentos diferentes**

A Owlpharma encontra-se, como referido anteriormente, subdividida em 4 departamentos, consoante as áreas de trabalho.

Durante o meu estágio na Owlpharma colaborei com os departamentos de AR e FV, sendo que a maioria do meu estágio foi dedicado à realização de tarefas relacionadas com FV.

#### Farmacovigilância

Uma das tarefas que realizei com mais frequência foi a pesquisa semanal e mensal de literatura nacional e internacional. Esta tarefa consiste em analisar resumos de artigos científicos e, quando possível, o artigo completo de modo a avaliar a existência de informações relevantes no âmbito de FV. Estas informações relevantes incluem informações de segurança, tais como: reações adversas, efeitos benéficos não esperados, uso em populações especiais (uso na gravidez e amamentação), falta de eficácia terapêutica, interação com outros medicamentos/alimentos, suspeita de transmissão de agente infeccioso através de um medicamento, uso *off-label*, exposição ocupacional, erros de medicação, abuso e sobredosagem. A pesquisa de literatura foi um dos pontos fortes do meu estágio, pois através da leitura de diversos artigos foi possível uma aprendizagem contínua acerca de diversos assuntos, tais como patologias e efeitos indesejáveis dos medicamentos.

No final da análise da literatura (mensal ou semanal), também realizei um relatório para ser enviado ao cliente, no qual se relacionam os produtos do portfólio do cliente com os artigos científicos relevantes que foram analisados no período correspondente.

Adicionalmente, também realizei a atualização bianual da lista de revistas disponíveis a nível nacional e com impacto no âmbito da FV.

#### Assuntos Regulamentares

Ainda que o tempo de estágio dedicado a AR fosse menor, houve oportunidade de realizar diversas tarefas desta área, das quais destaco:

- Traduções de Folhetos Informativos (FI), Resumo das Características do Medicamento (RCM) e rotulagem de medicamentos de acordo com o formato QRD (*Quality Review of Documents*).
- Comparações entre RCMs de medicamentos genéricos com o RCM do medicamento de referência e o CSI (*Core Safety Information*).

Dada a natureza das tarefas realizadas na Owlpharma, a rotina diária de trabalho não é monótona e permite um enriquecimento profissional ao nível de várias tarefas realizadas em ambos os departamentos. A diversidade de tarefas e a colaboração com os dois departamentos suprarreferidos capacitam o estagiário para desempenhar funções em qualquer uma dessas mesmas áreas.

### **2.1.3. Formações**

Na Owlpharma, o desenvolvimento profissional de cada colaborador é estimulado, existindo um plano de formações anuais que garante aos colaboradores a sua constante evolução à luz dos conhecimentos mais recentes. Enquanto estagiária, tive oportunidade de assistir a diversas formações internas:

- Formação inicial em Farmacovigilância, pela Dra. Sara França;
- Formação inicial em Assuntos Regulamentares, pela Dra. Ana Andrade;
- Formação sobre Alterações de Segurança, pelo Dr. Nuno Canoeiro;
- Formação sobre Elaboração de Textos Científicos, pela Dra. Rita Agrela;
- Formação sobre Testes de Legibilidade, pela Dra. Andreia Mónico;
- Formação sobre Sistemas de Gestão de Qualidade, pela Dra. Sandra Silva;
- Formação sobre Boas Práticas de Farmacovigilância, pelo Dr. Ricardo Andrade;
- Formação de Pesquisa de Literatura, pela Doutora Mariana Rocha;
- Formação sobre Elaboração de CSI, pela Dra. Ana Teresa Martins.

Todas estas formações fizeram com que eu conseguisse contextualizar todas as tarefas que viria a realizar. Além disso, assistir a estas formações foi um fator preponderante no sucesso do estágio na Owlpharma.

#### **2.1.4. Promoção do sentido de autonomia**

Antes da entrega de uma tarefa o colaborador em questão efetuava uma explicação acerca de como realizar a tarefa e de quais os objetivos e aspetos a ter em consideração na realização da mesma. Após esse momento, passava a ter autonomia total para realizar a tarefa e gerir o meu tempo na realização da mesma. Ainda assim, sabia que, caso surgisse alguma dúvida, podia contactar com o colaborador de modo a esclarecê-la.

No início, o facto de existir autonomia na realização das tarefas foi intimidante, uma vez que todas as tarefas eram novidade para mim por nunca ter tido contacto com nenhuma das áreas nas quais estagiei. No entanto, esse sentimento desapareceu com o passar do tempo, à medida que ganhava confiança na minha capacidade de realizar as tarefas propostas e sentia, também, essa confiança por parte dos elementos da equipa com quem colaborava.

#### **2.1.5. Existência de procedimentos operativos normalizados**

Todos os serviços e todas as tarefas realizadas na Owlpharma têm descritos procedimentos operativos normalizados (SOP - *Standard Operating Procedures*). Estes SOPs descrevem o fluxo de trabalho de cada tarefa. Deste modo, garante-se a uniformidade de execução, a eficiência, a qualidade e também a *compliance* com os requisitos legais aplicáveis.

Além disso, a existência de SOPs permite, ainda, que um colaborador menos experiente em realizar determinada tarefa consiga perceber todos os passos necessários à realização da mesma e permite minimizar possíveis erros. Por último, é uma vantagem no sentido em que permite a observação da aplicação prática de conceitos da unidade curricular de Gestão e Garantia de Qualidade. Assim, considero uma mais-valia a sua existência.

#### **2.1.6. Testes de legibilidade**

Os testes de legibilidade são testes que visam perceber se o FI desenvolvido é perceptível para a população, através da realização de questionários nos quais se avalia se os participantes conseguiram compreender a informação constante no FI e nos quais se pede a opinião do participante em relação à compreensão e apresentação do mesmo. É necessário que a população usada seja variada em termos de grau de escolaridade, sexo e idade.

Durante o estágio na Owlpharma surgiu a oportunidade de realizar testes de legibilidade, o que considero um ponto forte na medida em que me permitiu ter contacto com uma área que até então não tinha tido contacto: o departamento médico e científico.

## **2.2. Pontos Fracos (*Weaknesses*)**

### **2.2.1. Reduzido *feedback* inicial**

O *feedback* acerca das tarefas que são realizadas é muito útil para se conseguir identificar as falhas e corrigi-las no sentido de evoluir positivamente na execução das tarefas. Porém, sinto que no início do estágio na Owlpharma não recebi muito *feedback* das tarefas que vinha a desempenhar, o que criava alguma insegurança, uma vez que não sabia se tinha realizado as tarefas com sucesso.

No entanto, na minha opinião, o *feedback* inicial pode ter sido reduzido como consequência do teletrabalho e do volume elevado de trabalho dos colaboradores. Além disso, sinto que esta era uma questão facilmente contornável se eu própria tivesse tido a iniciativa de pedir *feedback* relativamente às tarefas que realizei.

Passada uma fase inicial, este ponto fraco deixou de existir no meu estágio, uma vez que comecei a receber *feedbacks*, o que me permitiu reconhecer as minhas falhas e erros e evitá-los aquando da realização da mesma tarefa no futuro.

## **2.3. Oportunidades (*Opportunities*)**

### **2.3.1. Oportunidade de realizar um estágio em AR e FV**

A FFUC oferece aos estudantes do MICF a possibilidade de realizar um estágio opcional em diversas áreas de atuação do farmacêutico além do estágio obrigatório em farmácia comunitária. Esta é uma oportunidade que existe apenas na FFUC e que é uma mais-valia para os seus estudantes, sendo um fator diferenciador para o estudante que optar pela sua realização.

Neste sentido, o facto de ter realizado um estágio numa área tão distinta de farmácia comunitária, permitiu-me contactar com outra realidade profissional e permitiu-me, ainda, expandir os conhecimentos adquiridos durante o MICF nas áreas de FV e AR. No decorrer do curso estas áreas sempre foram aquelas que me suscitaram mais interesse e para as quais sentia ter mais aptidão, o que foi possível confirmar através da realização do estágio na Owlpharma.

### **2.3.2. Desenvolvimento de *hard skills***

O estágio na Owlpharma complementou e amplificou os conhecimentos adquiridos ao longo do MICF. No entanto, as competências que adquiri no decorrer do estágio não se resumem apenas a este aspeto.

O domínio da língua inglesa é essencial para realizar a maioria das tarefas na Owlpharma. Considero que tinha um domínio relativamente bom desta língua, nomeadamente a nível da compreensão escrita e oral, mas que, com o estágio, através da utilização diária deste idioma, as minhas capacidades linguísticas evoluíram e a utilização da língua inglesa se tornou mais fluida.

Adicionalmente, destaco o desenvolvimento de competências informáticas. Até então a minha utilização dos programas Microsoft Word®, Microsoft Excel® e Acrobat Reader DC® era muito limitada, o que se alterou no decorrer do estágio uma vez que utilizei as referidas aplicações praticamente todos os dias. Destaco, ainda, a utilização frequente das bases de dados PUBMED® e INFOMED, que permitiu o desenvolvimento das técnicas de pesquisa avançada.

Por último, a nível de competências bibliográficas também foi possível o desenvolvimento de *hard skills* no sentido em que reconheço as revistas nacionais com interesse para farmacovigilância e desenvolvi competências no sentido de filtrar informação relevante, o que muitas vezes foi um desafio.

## **2.4. Ameaças (*Threats*)**

### **2.4.1. Plano curricular do MICF**

Ao longo do meu percurso no MICF, foi possível verificar que as saídas profissionais do curso são muito variadas. No entanto, a saída profissional que integra a maioria dos farmacêuticos é a farmácia comunitária e, nesse sentido, ainda que o plano curricular seja bastante diversificado, parece haver um foco para preparar os estudantes para a realidade de farmácia comunitária.

O plano curricular de MICF contempla apenas uma unidade curricular na área de AR e outra na área de FV: Assuntos Regulamentares do Medicamento, no 4º ano, e Farmacovigilância e Farmacoepidemiologia, no 5º ano. Assim, havendo pouca formação no que concerne as estas áreas, a formação necessária à realização das tarefas propostas foi fornecida principalmente pela Owlpharma, o que mais uma vez reforça a importância das formações a que tive oportunidade assistir e reforça, também, a importância da oportunidade de realizar um estágio opcional, dado que são adquiridos bastantes conhecimentos durante a realização do estágio possibilitado pela FFUC.

### 3. Notas Finais

O estágio na Owlpharma foi, sem dúvida, uma etapa essencial na minha formação académica, pelo que agradeço à FFUC e à Owlpharma a oportunidade.

As áreas onde tive a oportunidade de estagiar encontram-se contempladas no plano curricular do MICF, porém o foco do curso não reside tanto na área de AR ou FV como reside em outras áreas, pelo que o estágio foi essencial para expandir e aprofundar os conhecimentos nas referidas áreas.

Terminado o estágio, sinto que confirmei que a consultoria farmacêutica é o que pretendo seguir na minha vida profissional e que serei uma profissional mais autónoma e responsável devido aos ensinamentos que me foram transmitidos. Adicionalmente, tenho agora uma visão mais completa do ciclo de vida do medicamento após ter colaborado com os departamentos de AR e FV.

Ainda que num ano atípico, volto a realçar o ambiente muito positivo que se vive na Owlpharma e que permite uma adaptação mais fácil a uma nova realidade.

Assim, faço um balanço muito positivo da experiência no estágio em indústria farmacêutica na Owlpharma e resta-me, por último, agradecer, mais uma vez a toda a equipa da Owlpharma todos os conhecimentos que me transmitiram e que permitiram o meu crescimento pessoal e profissional.

### 4. Referências Bibliográficas

**Comprovação da Legibilidade de Folhetos Informativos - INFARMED, I.P.** - [Consult. 22 ago. 2021]. Disponível em: [https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/autorizacao-de-introducao-no-mercado/legibilidade\\_folhetos\\_informativos?p\\_p\\_id=2\\_WAR\\_kaleodesignerportlet&p\\_p\\_lifecycle=0](https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/autorizacao-de-introducao-no-mercado/legibilidade_folhetos_informativos?p_p_id=2_WAR_kaleodesignerportlet&p_p_lifecycle=0)

**Owlpharma — About us** - [Consult. 20 ago. 2021]. Disponível em :<https://www.owlpharma.pt/about>

**Owlpharma — PRÉMIO GAZELA - 2020** - [Consult. 20 ago. 2021]. Disponível em: <https://www.owlpharma.pt/post/premio-gazela-2020>

## **Parte III**

### **MONOGRAFIA**

**“FARMÁCIAS COMUNITÁRIAS: ENQUADRAMENTO LEGAL E  
REGULAMENTAR E O SEU IMPACTO  
NA SUSTENTABILIDADE”**

Sob orientação do Dr. António Augusto Miranda Lemos Romão Donato.



## **Lista de Abreviaturas**

**AIM** – Autorização de Introdução no Mercado

**ANF** – Associação Nacional de Farmácias

**DCI** – Denominação Comum Internacional

**FDA** – *Food and Drug Administration*

**INFARMED** – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde

**MdE** – Memorando de Entendimento

**MNSRM** – Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

**MSRM** – Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

**NHS** – *National Health Service*

**OCDE** – Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económicos

**OTC** – *Over-the-counter*

**PIB** – Produto Interno Bruto

**PTS** – Programa de Troca de Seringas

**PVA** – Preço de Venda ao Armazenista

**SIDA** – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde

**VIH** – Vírus da Imunodeficiência Humana

## Resumo

As farmácias comunitárias são elementos-chave na promoção e manutenção da saúde da população. Todo o seu contexto é regulamentado, desde os profissionais que compõem a equipa técnica e o estabelecimento e funcionamento de uma farmácia comunitária até ao tipo de serviços e produtos disponibilizados nas farmácias comunitárias e respetiva remuneração.

O enquadramento legal e regulamentar das farmácias comunitárias é passível de ser alterado e essas alterações podem ter como objetivo aumentar o acesso da população a medicamentos e cuidados de saúde e podem, também, ter aspetos económicos como objetivo.

Durante o período de crise financeira em Portugal, várias foram as alterações ao enquadramento legal e regulamentar das farmácias comunitárias, nomeadamente no que diz respeito à remuneração das mesmas, ao preço dos medicamentos e à promoção do consumo de medicamentos genéricos. Estas alterações legislativas tiveram consequências na sustentabilidade das farmácias comunitárias portuguesas e, em última análise, no acesso da população a medicamentos.

O objetivo desta monografia é analisar de que modo estas alterações tiveram impacto na sustentabilidade das farmácias comunitárias.

**Palavras-chave:** sustentabilidade, memorando de entendimento, farmácia comunitária, Portugal, medicamentos genéricos, preço, serviço farmacêutico.

## **Abstract**

Community pharmacies are key elements in promoting and maintaining health. Its entire context is regulated, from the professionals who make up the technical team and the establishment and operation of a community pharmacy to the type of services and products available in community pharmacies and their respective remuneration.

The legal and regulatory framework of community pharmacies can change, and these changes may aim to increase the population's access to medicines and healthcare and may also have economic aspects as an objective.

During the period of financial crisis in Portugal, there were several changes to the legal and regulatory framework of community pharmacies, namely regarding their remuneration and the price of medicines, as well as the promotion of the consumption of generic medicines. These legislative changes had consequences on the sustainability of Portuguese community pharmacies and, ultimately, on the population's access to medicines.

The purpose of this monograph is to analyze how these changes have impacted the sustainability of community pharmacies.

**Keywords:** sustainability, memorandum of understanding, community pharmacy, Portugal, generic drugs, price, pharmaceutical service.

## I. Introdução

As farmácias comunitárias são um espaço privado de atendimento ao público, sendo, muitas vezes o primeiro contacto entre os utentes e os cuidados de saúde.

Inicialmente visto apenas como *expert* do medicamento, o farmacêutico comunitário é também, agora, considerado e deve exercer funções como “agente de saúde”. Deve, ainda, segundo o Artigo n.º 9 do Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos, “contribuir para a salvaguarda da saúde pública e todas as ações de educação dirigidas à comunidade no âmbito da promoção da saúde” (Ordem dos Farmacêuticos, 1998). O foco dos farmacêuticos comunitários migrou do medicamento para o utente e para a saúde da população, pelo que foram necessárias adaptações por parte das farmácias comunitárias e por parte da legislação que regula a atividade das mesmas (Hepler e Strand, 1990).

As farmácias comunitárias têm um papel muito relevante na prevenção da doença e promoção da saúde, através do aconselhamento farmacêutico, tratamento de afeções menores e promoção do uso racional do medicamento.

O setor farmacêutico é todo ele regulamentado e as farmácias comunitárias não são exceção. Estas são mais regulamentadas em certos países (Portugal, Espanha e Dinamarca) do que noutros (Reino Unido, Holanda e Suécia) (Vogler, Habimana e Arts, 2014) e a respetiva legislação varia de país para país. No entanto, em ambos os casos, os objetivos são idênticos: garantir o acesso da população a medicamentos e cuidados de saúde, proporcionar à população uma versão de farmácia comunitária que corresponda às suas necessidades e garantir a qualidade de todos os serviços prestados nas farmácias comunitárias (World Health Organization, 2019). As alterações na regulamentação das farmácias comunitárias podem ser, também, movidas pela redução de despesa pública com medicamentos.

Nos últimos anos verificaram-se alterações nos enquadramentos legais e regulamentares de vários países, incluindo Portugal, motivadas principalmente pela crescente pressão económica que se fazia sentir.

Assim, o objetivo principal desta monografia é contextualizar os motivos das recentes alterações ao enquadramento legal e regulamentar das farmácias comunitárias portuguesas e o seu impacto na sustentabilidade das mesmas. Objetivos secundários desta monografia serão a compreensão do panorama legal e regulamentar português no que diz respeito às farmácias comunitárias e uma breve comparação com outros países europeus.

## 2. Enquadramento geral

As farmácias comunitárias, a nível europeu, têm a sua atividade bem regulamentada, ainda que existam países com modelos mais regulamentados do que outros. As áreas onde incide normalmente a regulamentação das farmácias comunitárias são:

- Equipa técnica da farmácia comunitária (qualificações profissionais, obtenção e manutenção da licença profissional);
- Estabelecimento e funcionamento de uma farmácia comunitária (critérios demográficos e geográficos e obtenção da licença, propriedade de uma farmácia comunitária, horário de abertura);
- Serviços disponibilizados e remuneração dos mesmos (tipos de serviços farmacêuticos permitidos nas farmácias comunitárias, definição de preços, liberalização do mercado de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM)).

Segundo a Constituição da República Portuguesa, todos os cidadãos têm direito à saúde. Neste sentido, o acesso ao medicamento e aos cuidados farmacêuticos tem que ser garantido em prol do bem-estar da população e pode ser definido com 5 A's (Martins, Mil e Costa, 2015) (Tabela I).

**Tabela I** - Definição dos 5 A's que caracterizam o acesso, com base em Martins, Mil e Costa (2015).

### Definição dos 5 A's

Acessibilidade económica ( <i>affordability</i> )	Capacidade de o utente adquirir medicamentos ou serviços de saúde.
Disponibilidade ( <i>availability</i> )	Oferta de serviços de saúde.
Acessibilidade geográfica ( <i>ability</i> )	Capacidade de, geograficamente, alcançar cuidados de saúde.
Ajustamento ( <i>accommodation</i> )	Adequação dos cuidados de saúde disponíveis às necessidades da população.
Aceitabilidade ( <i>acceptability</i> )	Aprovação dos serviços de saúde por parte da população.

### **3. Equipa técnica da Farmácia Comunitária**

O sucesso das farmácias comunitárias depende, em grande parte dos profissionais que as integram.

Apesar de, como referido anteriormente, a legislação variar entre países, um fator comum é que as equipas técnicas das farmácias comunitárias são compostas por farmacêuticos.

Os farmacêuticos são profissionais de saúde com uma formação mínima de 5 anos no ensino superior, dos quais 6 meses serão dedicados ao estágio curricular (*Directiva 2005/36/CE*). Estes critérios são indispensáveis para a obtenção da licença profissional. Na Eslovénia, caso o farmacêutico não exerça a profissão por um período superior a 3 anos, deve realizar um novo estágio numa farmácia comunitária, a fim de se reintegrar na profissão (World Health Organization, 2019).

A manutenção da licença profissional implica, em muitos países, tal como em Portugal (Ordem dos Farmacêuticos, 2019), que o farmacêutico demonstre que investiu no seu desenvolvimento profissional, uma vez que só assim é possível desempenhar a profissão com qualidade. A licença profissional, denominada de Carteira Profissional em Portugal, é uma informação que deve estar disponível para consulta pública (Lei n.º 131/2015, de 4 de Setembro) em <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/users/search.php>, e, estando disponível para consulta, permite confirmar que um dado profissional é qualificado para exercer a profissão.

Podem, ainda, integrar a equipa técnica das farmácias comunitárias técnicos de farmácia. Estes realizam atividades no circuito do medicamento com o objetivo de auxiliar o farmacêutico, sempre sobre a supervisão do mesmo (Myers, 2011), permitindo que o farmacêutico tenha oportunidade de realizar atividades focadas no utente e não apenas no medicamento. Em Portugal, um técnico de farmácia é licenciado em farmácia, enquanto que noutros países o curso de técnico de farmácia é um curso do ensino secundário (Reino Unido) (World Health Organization, 2019).

### **4. Estabelecimento e funcionamento de uma Farmácia Comunitária**

#### **4.1. Estabelecimento de uma nova farmácia comunitária**

Em todos os países europeus, o estabelecimento de uma farmácia comunitária requer a obtenção de uma licença concedida pela autoridade nacional do medicamento, no caso de Portugal o INFARMED (Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde).

Existem, em Portugal, critérios demográficos e geográficos para o estabelecimento de uma farmácia comunitária, isto é, uma dada localização só é elegível para abertura de uma farmácia comunitária caso sirva um mínimo de 3500 habitantes e tenha uma distância mínima de 350 metros, em linha reta, para as farmácias comunitárias circundantes, respetivamente. Verificando-se estes critérios e havendo a necessidade de uma farmácia comunitária para garantir o acesso da população a cuidados de saúde, o INFARMED procede à abertura de um procedimento concursal. Após seleção do candidato por um júri, o candidato pode proceder à instalação da farmácia, processo que engloba constituir a equipa técnica e as divisões e áreas obrigatórias (Deliberação n.º 1502/2014, de 30 de julho). No seguimento da instalação, é realizada uma vistoria pelo INFARMED, que emite o alvará caso a farmácia esteja de acordo com as normas legais e regulamentares aplicáveis (Portaria n.º 352/2012, de 30 de outubro).

Apesar de o Reino Unido ser um país menos regulamentado e não existirem critérios demográficos e geográficos para o estabelecimento de uma farmácia comunitária, este processo não é completamente liberalizado, uma vez que é necessário justificar à autoridade competente a necessidade de uma farmácia comunitária na localização em questão (Lluch e Kanavos Panos, 2010). Não havendo estes critérios, a implementação de novas farmácias comunitárias será mais fácil, e mais farmácias comunitárias serão inauguradas. No entanto, o aspeto negativo da liberalização do estabelecimento de uma farmácia comunitária é que estas tenderão a ser estabelecidas em áreas urbanas por haver mais população e ser, conseqüentemente, economicamente mais interessante, sendo que nestas áreas já existe uma maior concentração de farmácias comunitárias, perpetuando assim a discrepância de acesso entre as áreas urbanas e as áreas rurais que continuarão a ter menor acesso a medicamentos e serviços farmacêuticos (World Health Organization, 2019).

O acesso a medicamentos e cuidados farmacêuticos pode ser menor em áreas rurais porque estas representam modelos de negócio menos atrativos, tanto em países menos regulamentado como nos países mais regulamentados. Assim, vários países têm estratégias para tentar combater as desigualdade no acesso a medicamentos e serviços farmacêuticos, entre estas estratégias encontram-se (World Health Organization, 2019):

- Incentivos monetários para as farmácias comunitárias ou farmacêuticos que se estabeleçam numa zona rural;
  - Na Estónia, um farmacêutico que exerça funções numa farmácia comunitária numa área rural recebe um pagamento único de 15000 euros.
- Extensões das farmácias comunitárias;

- A Noruega permite que farmácias comunitárias abram uma filial em zonas rurais.

Em Portugal não existem incentivos monetários para as farmácias comunitárias e farmacêuticos que se estabeleçam em zonas rurais, mas existe a possibilidade de se estabelecerem postos farmacêuticos móveis dependentes de farmácias comunitárias do mesmo município em locais onde não existam farmácias comunitárias ou outros postos farmacêuticos móveis a menos de 2 km em linha reta (Deliberação n.º 833/2019, de 1 de agosto).

Para compreender o impacto dos critérios demográficos e geográficos e das estratégias de promoção de estabelecimento de novas farmácias comunitárias em zonas rurais na equidade de acesso, pode usar-se como exemplo os casos de Espanha e do Reino Unido. No primeiro país, a associação de critérios geográficos e demográficos à possibilidade de existência de filiais de farmácias comunitárias faz com que 99% da população tenha acesso a medicamentos e cuidados farmacêuticos. No Reino Unido, onde não se verifica a existência dos mesmos critérios, mas se verifica a existência de incentivos monetários para as farmácias que se estabeleçam em zonas rurais, este valor é de 96%. No Reino Unido, o número de habitantes por cada farmácia é cerca de duas vezes o número de habitantes por farmácia em Espanha (Lluch e Kanavos Panos, 2010).

#### **4.2. Propriedade de uma farmácia comunitária**

A propriedade de uma farmácia comunitária pode ser exclusiva de farmacêuticos, como acontece em Espanha ou, pelo contrário, pode não ser exclusiva de farmacêuticos, o que acontece em países como o Reino Unido e, desde a implementação do Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, em Portugal.

A implementação do referido Decreto-Lei possibilitou que o proprietário da farmácia comunitária não seja farmacêutico, pelo que a propriedade e direção técnica da farmácia comunitária passaram a ser dissociáveis. Contudo, não sendo o proprietário farmacêutico, continua a ser absolutamente necessário que o diretor técnico o seja. Esta alteração à legislação pode denominar-se de “liberalização da propriedade da farmácia”.

A liberalização da propriedade da farmácia comunitária permite que o proprietário da mesma não seja farmacêutico, mas o Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, estabelece algumas restrições à propriedade da farmácia comunitária:

- Limite máximo de 4 farmácias comunitárias por cada proprietário, impedindo a existência de cadeias farmacêuticas;



- Situações em que existe risco de conflitos de interesse: profissionais de saúde prescritores, empresas de distribuição grossista, empresas de indústria farmacêutica (Tabela 2).

**Tabela 2** - Objetivos das restrições à propriedade de uma farmácia comunitária existentes em Portugal após a liberalização da propriedade das mesmas.

<b>Restrições à propriedade</b>	<b>Objetivo</b>
Profissionais de saúde prescritores.	Evitar conflitos de interesse.
Empresas de distribuição grossista. Empresas de indústria farmacêutica.	Limitação da integração vertical. Evitar conflitos de interesse.
Propriedade máxima de 4 farmácias comunitárias.	Limitação da integração horizontal.

Apesar de poder ser mais economicamente viável para o proprietário a existência de cadeias de farmácias comunitárias, esta situação poderia conduzir a um monopólio onde não existe competitividade entre farmácias comunitárias.

Na Noruega, antes de se limitar a integração horizontal e após a liberalização da propriedade das farmácias comunitárias, 80% das farmácias do país pertenciam ao mesmo proprietário (World Health Organization, 2019). Como consequência, a competitividade entre as farmácias comunitárias poderia ser reduzida e, assim, ter como resultado disponibilização de menos serviços farmacêuticos aos utentes ou uma deterioração da qualidade dos mesmos. Assim, foi imposta no referido país uma limitação à integração horizontal por parte da Autoridade da Concorrência e passou a ser vetado às cadeias de farmácias deterem mais de 40% do total de farmácias comunitárias do país. No extremo oposto, no Reino Unido a integração horizontal é legalmente permitida (Luch e Kanavos Panos, 2010).

A integração vertical não é permitida em vários países europeus incluindo Portugal e Espanha, ou seja, não é permitido que um proprietário de uma farmácia comunitária seja proprietário de uma empresa de indústria farmacêutica ou de distribuição grossista. Do mesmo modo, também não é legalmente permitido, nos dois países, que o proprietário seja um profissional de saúde prescriptor. Todas estas restrições são justificadas pelo mesmo motivo: evitar conflitos de interesse.

As autoridades de saúde de Espanha defendem que a exclusividade de propriedade de uma farmácia comunitária tem efeitos positivos na qualidade dos serviços prestados à

população porque um proprietário que não seja farmacêutico pode ter um foco mais direcionado para lucros económicos do que para a melhoria e manutenção do estado de saúde da população (Lluch e Kanavos Panos, 2010).

Em suma, as restrições à propriedade não terão impacto na acessibilidade geográfica, mas podem ter impacto na acessibilidade económica, ajustamento, aceitabilidade e disponibilidade e, conseqüentemente, no acesso porque, ainda que a associação de integração vertical e horizontal possa conduzir, teoricamente, a preços mais reduzidos, existe o risco de o mercado passar a ser um outro tipo de monopólio, o oligopólio, no qual um pequeno número de entidades é responsável pela maior parte das farmácias comunitárias do país, havendo diminuição da competitividade e da procura por modelos mais eficientes, que são os objetivos principais da liberalização da propriedade das farmácias comunitárias (Vogler, Habimana e Arts, 2014).

### **4.3. Horário de abertura**

Um dos aspetos que pode ser, também, regulamentado no funcionamento das farmácias comunitárias é o seu horário de abertura.

Neste aspeto, tanto num país mais regulamentado (Espanha) como menos regulamentado (Reino Unido) existe um número mínimo de horas semanais em que as farmácias comunitárias devem estar abertas ao público.

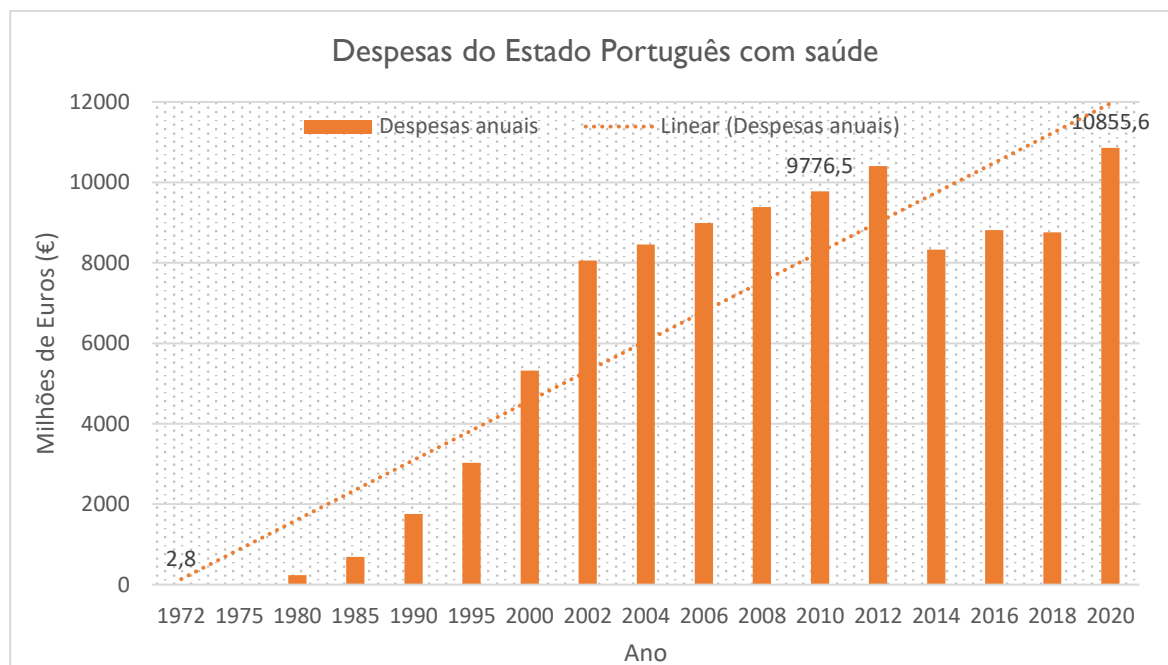
Em Espanha, as farmácias comunitárias podem optar por um regime de 44 horas e 30 minutos semanais ou um regime permanente de 24 horas por dia, todos os dias da semana (Lluch e Kanavos Panos, 2010). No Reino Unido, as farmácias comunitárias devem estar abertas durante 40 horas por semana, salvo determinadas exceções (*The National Health Service (Pharmaceutical and Local Pharmaceutical Services) Regulations 2013*, [s.d.]).

A regulamentação aplicável em Portugal é semelhante à dos dois países referidos anteriormente, com um limite mínimo horário de 44 horas semanais, de acordo com Decreto-Lei n.º 171/2012, de 1 de agosto, à exceção das farmácias comunitárias com um valor de faturação ao Sistema Nacional de Saúde (SNS) menor que a média nacional e cujo horário de funcionamento tem um mínimo de 40 horas semanais. Estas exceções têm como objetivo permitir que essas farmácias comunitárias sejam mais viáveis e, pelo mesmo motivo, também as suas áreas mínimas são menores do que as das restantes.

## **5. Serviços disponibilizados nas farmácias comunitárias e sua remuneração**

As despesas com saúde têm apresentado, globalmente, uma tendência crescente e estima-se que em 2030 as despesas com saúde atinjam 10,2% do Produto Interno Bruto (PIB) nos países da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económicos

(OCDE), sendo que em 2018 esse valor era de 8,8% (OECD, 2019). Portugal apresenta, também, esta tendência, sendo que em 1972 as despesas do Estado com saúde eram 2,8 milhões de euros e em 2020 este valor ascendia, aproximadamente, aos 11 000 milhões de euros (Gráfico 1).



**Gráfico 1** - Evolução da despesa do Estado Português com saúde, em milhões de euros, entre 1972 e 2020. **Fonte:** PORDATA - Despesas do Estado em saúde: execução orçamental.

Observa-se, também, um aumento das despesas públicas com medicamentos devido aos seguintes motivos:

- Aumento do diagnóstico de doenças crónicas (Pinho, 2020);
- Envelhecimento da população;
- Entrada de medicamentos mais dispendiosos no mercado (Vogler, Habimana e Arts, 2014);
- Expetativas dos utentes relativamente ao seu estado de saúde e aos objetivos terapêuticos (Godman *et al.*, 2012).

Como consequência destes fatores, em 2017, um quinto das despesas com saúde nos países da OCDE correspondia a despesas com medicamentos (OECD, 2019).

Assim, para limitar o crescimento dos encargos com saúde e com medicamentos em específico, procedeu-se à implementação de várias medidas, em vários países da Europa, para promover a eficiência económica dos mesmos países. O impacto destas medidas implementadas na sustentabilidade das farmácias comunitárias será analisado de seguida.

## **5.1. Dispensa de medicamentos**

A dispensa de medicamentos é o serviço farmacêutico mais praticado nas farmácias comunitárias e é também o mais reconhecido e requisitado pelos cidadãos. Assim, a maioria das receitas das farmácias comunitárias resultam do ato da dispensa de medicamentos e, por consequência, todo o contexto legal e regulamentar aplicado a este serviço terá consequências na eficiência e sustentabilidade das farmácias comunitárias.

O SNS português segue um modelo Beveridgiano, no qual os seus serviços são financiados pelo pagamento de impostos pelos cidadãos (Ribeiro *et al.*, 2020) e, segundo a Lei de Bases da Saúde, caracteriza-se por ser universal e prestar cuidados de saúde, garantindo acesso equitativo entre a população, independentemente do seu nível económico ou da sua localização geográfica. Uma das estratégias para garantir acesso a cuidados de saúde é a comparticipação de medicamentos, em que uma parte do preço do medicamento é suportada pelo SNS, de modo que os utentes não paguem a totalidade do preço do medicamento.

Os medicamentos podem ser divididos em duas categorias: medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM) e medicamentos não sujeitos a receita médica, também denominados por OTCs (*over-the-counter*).

### **5.1.1. Medicamentos não sujeitos a receita médica**

Os MNSRM são medicamentos que não exigem a apresentação de uma receita médica no momento da dispensa, destinados a automedicação e ao tratamento de afeções menores.

Antes da implementação do Decreto-Lei n.º 134/2005, de 16 de agosto, o mercado dos MNSRM era exclusivo de farmácias, situação que se alterou após a sua implementação, permitindo a dispensa destes medicamentos noutros locais como supermercados e locais de venda de MNSRM (Martins e Queirós, 2015). O objetivo desta medida era promover competitividade dentro do segmento de mercado dos MNSRM e, por consequência, conduzir a diminuições do seu preço e ao aumento do acesso a MNSRM.

Outra situação que se alterou com o Decreto-Lei n.º 134/2005, de 16 de agosto, foi o regime de preços destes medicamentos que passou a ser livre, isto é, são as próprias farmácias comunitárias que definem a margem da farmácia.

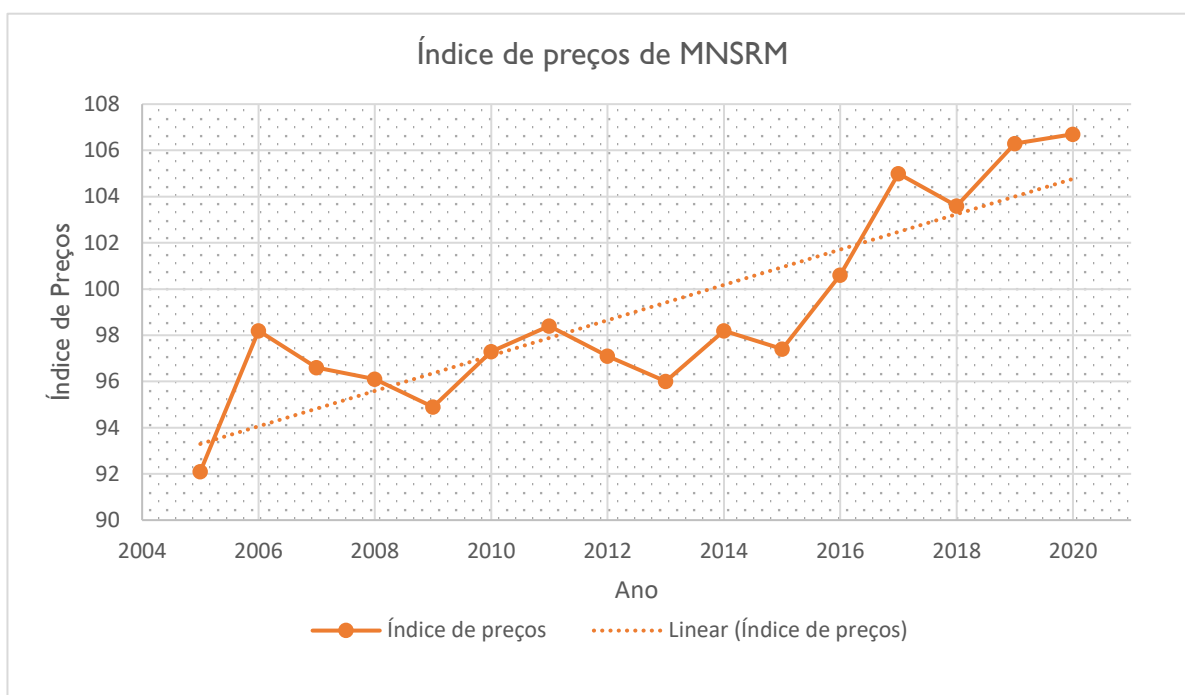
Este processo tem o nome de “liberalização do mercado” e ocorreu em vários países como Alemanha e Reino Unido. Estudos realizados no primeiro país relevam que a liberalização do mercado dos MNSRM não correspondeu aos objetivos esperados, sendo que se verificou que apenas 7,5% dos preços dos MNSRM foram alterados nas farmácias que

integravam o estudo. Destes, mais de 63,7% representaram um aumento do preço enquanto os restantes 36,5% foram reduções (Stargardt, Schreyögg e Busse, 2007).

Torna-se importante identificar os motivos que fazem com que a competitividade entre farmácias seja reduzida mesmo após a implementação do regime livre dos preços dos MNSRM. Um dos motivos pode ser o facto de as farmácias comunitárias e os farmacêuticos dos países mais regulamentados não estarem habituados a competição, pelo que quando surgiram fatores diferenciadores como variações de preços entre farmácias, e entre farmácias e locais de MNSRM, estas não se conseguiram adaptar. Outro motivo que pode ser apontado como causa da reduzida competitividade verificada em determinados países e da não descida de preços dos MNSRM é o facto de o preço dos MNSRM não ser um fator determinante no processo de decisão do utente, isto é, segundo um estudo conduzido por Stargardt, Schreyögg e Busse, 2007, o que os utentes priorizam quando compram MNSRM é a localização e horário de abertura, o aconselhamento farmacêutico e só em terceiro surge o preço. Além disso, é necessário ter, também, em consideração a lealdade que muitos utentes sentem relativamente à sua farmácia comunitária habitual.

Após a liberalização no Reino Unido verificou-se uma redução de cerca de 30% no preço dos MNSRM disponíveis para venda em parafarmácias e supermercados (Stargardt, Schreyögg e Busse, 2007). Já os preços praticados nas farmácias comunitárias mantiveram-se praticamente inalterados, o que reforça a importância dos fatores referidos anteriormente como fatores que promovem a reduzida competitividade entre farmácias comunitárias quando comparadas com parafarmácias pertencentes a grandes empresas multinacionais muito habituadas a competir por preço.

No caso de Portugal é possível considerar que o objetivo de estimular um ambiente competitivo e a consequente redução de preços de MNSRM não foi atingido, uma vez que, apesar de não ser constante, verifica-se que o índice de preços dos mesmos aumentou entre o período compreendido entre 2005 e 2020, apresentando uma tendência de crescimento positiva (Gráfico 2).



**Gráfico 2** - Variação do índice de preços dos MNSRM ao longo dos anos, com base nos dados disponíveis em Medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) - monitorização das vendas fora das farmácias, 2021.

Mais uma vez, as discrepâncias entre zonas urbanas e rurais são aumentadas no sentido em que após a liberalização do mercado dos MNSRM se verificou uma tendência para abrirem vários locais de venda de MNSRM, especialmente em zonas urbanas que já apresentavam bom acesso a cuidados de saúde (Vogler, Habimana e Arts, 2014).

### 5.1.2. Medicamentos sujeitos a receita médica

A comparticipação é aplicável aos MSRMs, pelo que será nestes que se verificarão mais alterações à legislação, uma vez que é a estes que corresponde a despesa do Estado com medicamentos. Como referido anteriormente, a despesa do Estado com saúde apresenta um crescimento ao longo dos anos (Gráfico 1) e o mesmo acontece com a despesa do Estado com medicamentos (Gráfico 4).

Num contexto de crescente pressão económica sentida em Portugal desde o início do milénio, sucessivos governos portugueses empregaram esforços no sentido de diminuir as despesas do Estado com saúde e, especificamente com medicamentos.

### 5.1.3. Medicamentos genéricos

Os medicamentos genéricos são medicamentos que têm a mesma dose de substância ativa, mesma forma farmacêutica e via de administração que o medicamento inovador que lhe serve de referência. Os excipientes dos medicamentos genéricos não têm de ser iguais

aos do medicamento inovador. Além dos excipientes, os aspetos físicos do medicamento (tamanho, cor e forma) e dos acondicionamentos primário e secundário, o sabor, o cheiro e o nome do medicamento podem variar. Por si só, estas alterações não colocam em causa a segurança, eficácia e farmacocinética do medicamento, mas podem incutir no utente um sentimento de confusão e, conseqüentemente, conduzir à não adesão à terapêutica ou ao consumo excessivo da mesma substância ativa (Straka, Keohane e Liu, 2017).

Os medicamentos genéricos não precisam de realizar e apresentar estudos pré-clínicos e clínicos, basta demonstrar bioequivalência com o medicamento inovador, o que faz com que o investimento na sua produção seja muito mais reduzido em comparação com os medicamentos inovadores. Assim, são frequentemente uma estratégia muito usada por parte dos governos de vários países com o objetivo de economizar nas despesas públicas com medicamentos, uma vez que o aumento do seu consumo conduz a menores despesas (Straka, Keohane e Liu, 2017).

No entanto, o sucesso da implementação de políticas de promoção de consumo de medicamentos genéricos dependerá da adesão e da aceitabilidade da população aos medicamentos genéricos, e estas dependem de vários fatores.

Utentes mais jovens e instruídos têm mais probabilidade de adquirir um medicamento genérico ou permitir a substituição por um medicamento genérico. Por outro lado, utentes mais idosos ou que já tenham conseguido atingir o controlo terapêutico com o medicamento inovador, tenderão a ser menos recetivos à substituição por medicamentos genéricos (Straka, Keohane e Liu, 2017).

Um estudo realizado na Finlândia (Nokelainen *et al.*, 2020) revela que os utentes são mais propensos a optar por um medicamento genérico se este for recomendado pelo seu médico ou pelo farmacêutico. No mesmo estudo foi concluído que algumas das razões que levam os utentes a permitirem a substituição por medicamentos genéricos são o seu preço reduzido e a indisponibilidade do seu medicamento habitual. Pelo contrário, alguns dos motivos que levam os utentes a não aceitarem a substituição por medicamentos genéricos são:

- Preferência pelo medicamento que habitualmente adquirem;
- Desconfiança relativamente à segurança e eficácia dos medicamentos genéricos;
- Diferenças de preço reduzidas entre medicamentos genéricos e medicamentos inovadores.

Paradoxalmente, se a diferença entre o preço dos medicamentos genéricos e os medicamentos inovadores correspondentes for muito elevada, os utentes tendem a optar pelo medicamento inovador, por desconfiarem da qualidade do medicamento genérico.

Num estudo feito em Portugal, em 2017, verificou-se que os farmacêuticos consideram os medicamentos genéricos mais seguros do que os médicos e uma percentagem significativa de médicos acredita que os medicamentos genéricos são menos efetivos, seguros e que têm menos qualidade (Pinho, 2020).

No entanto, estas desconfianças são infundadas, o que é possível confirmar com dados da *Food and Drug Administration* (FDA) que revelam que as diferenças entre os medicamentos genéricos introduzidos no mercado americano durante 12 anos e os respetivos medicamentos inovadores não são significativas (Davit *et al.*, 2009).

Assim, as farmácias comunitárias têm um papel importante na promoção do consumo de medicamentos genéricos e, dada a confiança que os utentes depositam nos farmacêuticos, na promoção da literacia relativamente a estes medicamentos.

## **5.2. Assistência financeira em Portugal**

Em 2011, altura em que foi celebrado o Memorando de Entendimento (MdE), Portugal estava a enfrentar um período de crise económica e social e, como resultado do aumento das despesas públicas, o PIB diminuiu 4,4%, não acompanhando o crescimento médio ocorrido nos restantes países da União Europeia de 2,9%. Devido a estes fatores, a credibilidade da economia portuguesa ficou abalada, culminando no aumento da taxa de juros da dívida soberana (Nunes *et al.*, 2020).

Perante este panorama, Portugal necessitou de recorrer a programas de assistência financeira pela tríade Comissão Europeia, Banco Central Europeu e Fundo Monetário Internacional – Troika (Vogler, Zimmermann e Joncheere, de, 2016).

Portugal entrou no programa de assistência financeira em abril de 2011 e saiu do mesmo em 2014. Os países que recorreram ao resgate financeiro pelas instituições acima referidas tinham metas económicas a cumprir e respetivas medidas necessárias para as atingir, determinadas pelas instituições suprarreferidas. No entanto, não foi só nos países onde estava em ação a Troika que foram implementadas medidas de austeridade. Outros países implementaram medidas de austeridade com o objetivo de evitar a necessidade de recorrer a resgate financeiro, sendo que 73% das reduções de preços de medicamentos que ocorreram na Europa são consideradas medidas de austeridade (Vogler, Zimmermann e Joncheere, de, 2016).



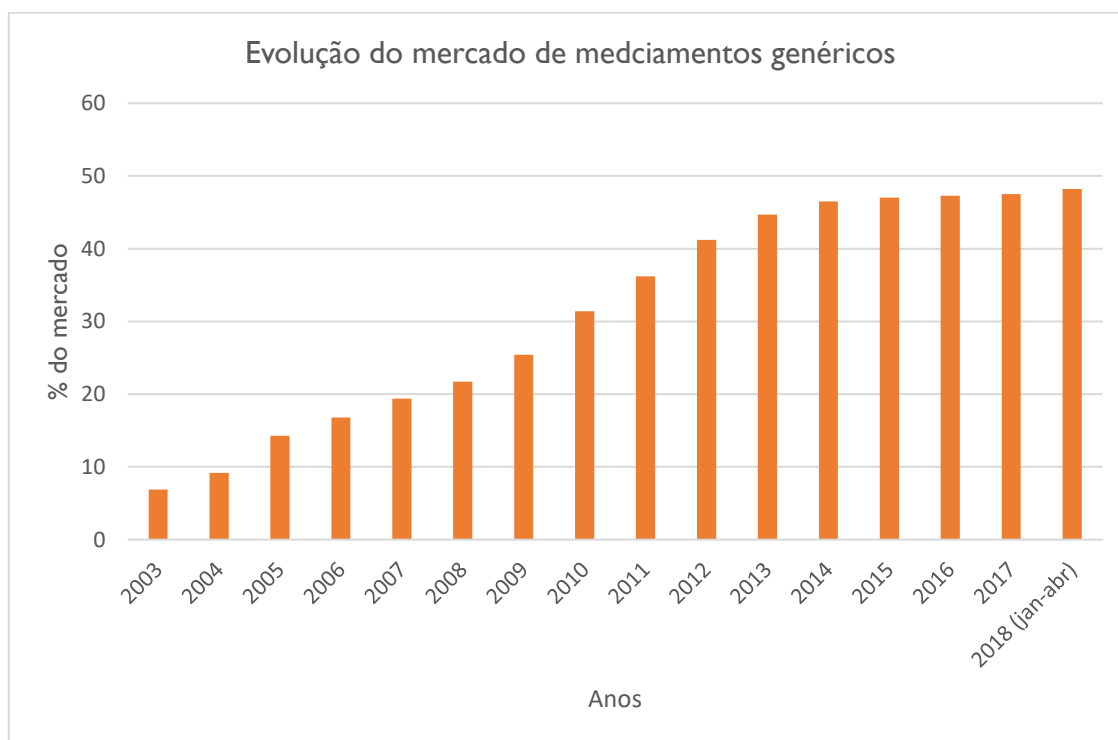
### **5.2.1. Alterações às disposições legislativas no período pré assistência financeira**

Em Portugal, devido à crescente pressão económica e à crescente despesa do Estado com medicamentos, foram sendo implementadas novas medidas com o objetivo de promover o consumo de medicamentos genéricos e, conseqüentemente, conseguir um modelo mais eficiente. Algumas das alterações às disposições legais relacionadas com os medicamentos foram as seguintes (Mendonça, 2011; Nunes *et al.*, 2020):

- Em 2000, de acordo com o Decreto-Lei n.º 205/2000, de 1 de setembro, a comparticipação dos medicamentos para pensionistas cujos rendimentos mensais fossem inferiores ao ordenado mínimo nacional aumentou 15%. No mesmo ano, e de acordo com o mesmo Decreto-Lei, a comparticipação dos medicamentos genéricos aumentou 10%.
- Em 2001, foi determinado pela Portaria n.º 577/2001, de 7 de junho que os medicamentos genéricos não podem custar mais de 65% do preço do medicamento inovador de referência.
- Em 2002, passou a ser obrigatório, para os médicos prescritores, prescreverem por denominação comum internacional (DCI), ainda que seja possível constar na prescrição o nome do medicamento de marca ou do titular de autorização de introdução no mercado (AIM). Contudo, tanto os médicos como os farmacêuticos têm o dever de informar o utente da existência de opções menos dispendiosas (Decreto-Lei n.º 271/2002, de 2 de dezembro). Ainda em 2002, de acordo com o Decreto-Lei n.º 270/2002, de 2 de dezembro, foi implementado um sistema de preços de referência, que estabelecia o valor da comparticipação e no qual o preço de referência era definido como o preço do medicamento genérico mais caro do respetivo grupo homogéneo.
- Em 2008 foi determinada uma redução administrativa de 30% do preço dos medicamentos genéricos, segundo a Portaria n.º 1016-A/2008, de 8 de setembro.
- Em 2009 foi aprovada uma lei que permite uma comparticipação de 100% em medicamentos genéricos para os pensionistas com rendimentos inferiores ao ordenado mínimo nacional. Esta medida foi responsável pelo posterior aumento de mais de 20,4 milhões de euros de despesa pública com medicamentos (Teixeira e Mendes, 2010).

- Em 2010 ocorreu uma alteração no sistema de preços de referência em que o preço de referência passou a ser a média ponderada dos 5 medicamentos genéricos mais baratos do grupo homogêneo (Decreto-Lei n.º 106-A/2010, de 1 de outubro).

Estas políticas tinham como objetivo atingir uma quota de medicamentos genéricos de 60% (Nunes *et al.*, 2020). No entanto, o que se verificou não foi o aumento do consumo de medicamentos genéricos esperado (Gráfico 3).



**Gráfico 3** - Evolução da quota de medicamentos genéricos no mercado farmacêutico português. Adaptado de (Correia, 2018).

Tal aconteceu porque as vantagens das medidas aplicadas recaíam apenas sobre os utentes e nenhuma sobre os profissionais de saúde (médicos e farmacêuticos). Pelo contrário, os farmacêuticos eram desencorajados de dispensar um medicamento genérico em detrimento de um medicamento inovador, uma vez que o seu sistema remuneratório dependia apenas do preço do medicamento que estava a ser cedido, sendo assim mais vantajoso ceder um medicamento inovador (Mendonça, 2011). Esta questão ganha ainda mais importância quando em 2005 e 2006 houve redução de 6% do preço dos medicamentos e em 2008 houve uma redução de 30% no preço dos medicamentos genéricos, uma vez que, sendo a margem das farmácias uma percentagem do PVA (preço de venda ao armazenista), quanto menor for o PVA do medicamento, menor será a margem e, consequentemente, as receitas das farmácias comunitárias.

A alteração ao sistema de preços de referência estimulou as empresas de indústria farmacêutica a reduzirem o preço dos seus medicamentos genéricos e estimulou, assim, a competitividade entre estas, porque, se o medicamento genérico que fabricam for um dos mais baratos, o *out-of-pocket* para o utente vai ser menor, pelo que este preferirá esse medicamento genérico em detrimento de outro em que o seu *out-of-pocket* seja maior. O aumento da competitividade entre empresas de indústrias farmacêuticas produtoras de medicamentos genéricos fez com que, em alguns casos, o seu preço sofresse uma redução de 90% (Mendonça, 2011). No entanto, para as farmácias comunitárias representou mais uma redução das suas margens e receitas.

Estas medidas permitiram uma diminuição no valor de mercado global dos medicamentos em 2010 (Gráfico 4) e um aumento da quota de mercado de medicamentos genéricos para 31,4% (Gráfico 3).

### **5.2.2. Alterações às disposições legislativas no período de assistência financeira (2011-2014)**

Após o pedido de resgate financeiro feito por Portugal, foi assinado com a Troika o Memorando de Entendimento em 2011, no qual foram estabelecidas metas a serem cumpridas em Portugal com o objetivo de promover a eficiência do país (Mendonça, 2011). Uma das áreas em que foram estabelecidas metas pela Troika foi o setor farmacêutico, no qual foram instituídas medidas com o objetivo definido de obter “um mínimo de 50 milhões de euros para a redução da despesa pública em medicamentos” (Banco Central Europeu e União Europeia, 2011).

As medidas de austeridade implementadas pela Troika incluíram alterações no sistema de referenciação internacional, prescrição por DCI, prescrição eletrónica obrigatória e alterações nas margens das farmácias e dos distribuidores grossistas (Nunes *et al.*, 2020).

Desde os anos 90 que o modelo remuneratório das farmácias comunitárias tinha por base uma margem fixa de 20% sobre o preço de venda à farmácia. Este sistema foi alterado em 2012, na sequência do Decreto-Lei n.º 112/2011, de 29 de novembro, para um sistema remuneratório de margem regressiva, com base em escalões de preço e nos quais varia a parte fixa e o valor percentual sobre o preço de venda às farmácias.

Com a implementação da Lei n.º 62/2011, de 12 de dezembro, definiu-se que a diferença de preço do medicamento genérico e do medicamento inovador de referência deveria aumentar, sendo que o preço do medicamento genérico deve ser no mínimo 50% do preço do medicamento inovador de referência. Mais uma vez, observou-se uma descida dos

preços dos medicamentos genéricos com consequências nas margens das farmácias comunitárias (Nunes *et al.*, 2020).

Em 2012, por via da publicação da Lei n.º 11/2012, de 8 de março, foi reforçada a prescrição por DCI, com o objetivo de aumentar as vendas de medicamento genéricos. Os farmacêuticos passaram também a ter que ceder um dos medicamentos mais baratos, a não ser que o utente opte por um mais caro, sendo que, nesse caso, será o utente a suportar essa diferença de preços porque a comparticipação é estabelecida através da média ponderada dos cinco medicamentos genéricos mais baratos do grupo homogêneo. Os farmacêuticos têm, agora, que informar os utentes da existência de alternativas mais baratas e as farmácias têm que ter no mínimo 3 dos 5 medicamentos mais baratos em *stock* (Pinho, 2020).

De acordo com o Decreto-Lei n.º 97/2015, de 1 de junho, o preço de novos medicamentos no mercado português deve ser definido de acordo com a média ponderada dos preços de venda ao público praticado nos países de referência, sendo estes atualizados regularmente. Ou seja, à medida que os preços vão variando nos países de referência vão também variando de igual modo em Portugal.

Relativamente à obrigatoriedade de prescrição eletrónica, em 2016 99% das prescrições eram eletrónicas, o que revela o sucesso da implementação desta medida útil para evitar duplicações de prescrições e de consumo excessivo de medicamentos, bem como diminuir as tentativas de fraude.

### **5.2.3. Alterações às disposições legislativas no período pós assistência financeira**

No MdE foi estabelecido que as farmácias comunitárias deveriam receber incentivos monetários para a dispensa de medicamentos genéricos. Contudo, apenas em 2017 foi implementada uma medida nesse sentido e as farmácias comunitárias começaram a receber 35 cêntimos por cada embalagem de medicamento dispensado cujo preço seja igual ou inferior ao 4º preço mais reduzido do grupo homogêneo, de acordo com a Portaria n.º 262/2016, de 7 de outubro. Esta medida tem como objetivo dar continuidade às anteriores medidas implementadas para promoção de consumo genéricos (Nunes *et al.*, 2020).

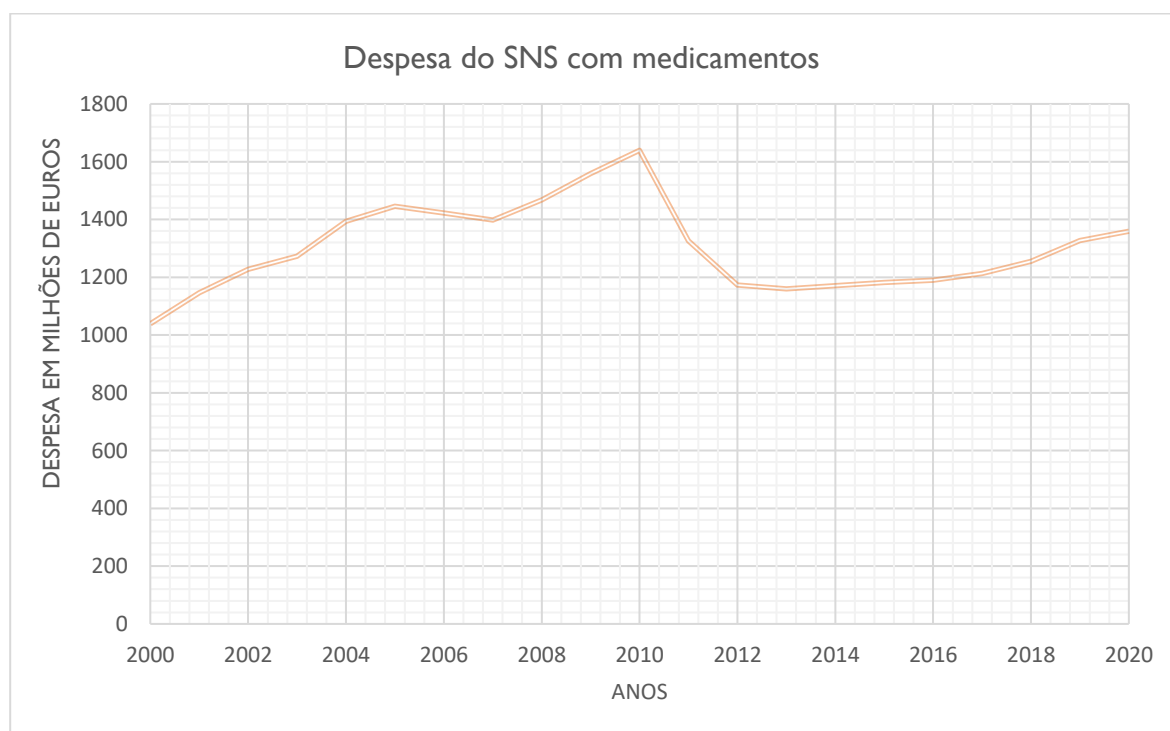
### **5.2.4. Consequências das alterações às disposições legais**

As contantes mudanças no panorama legal e regulamentar das farmácias comunitárias, da sua remuneração e dos medicamentos genéricos permitiram reduzir os encargos do Estado com medicamentos. Verificou-se uma redução da despesa do Estado

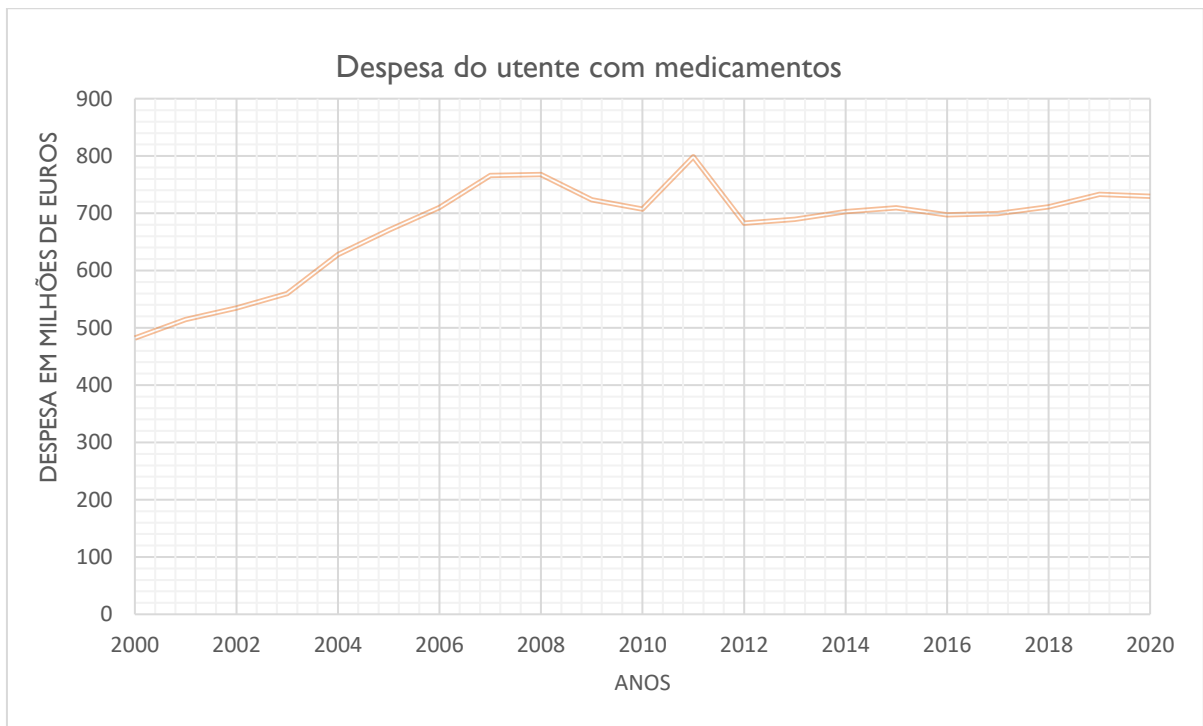
com medicamentos de 1600 milhões de euros em 2010 para 1189 milhões de euros em 2016 (Gráfico 4).

Seria de esperar que as poupanças surgissem no período em que houve assistência financeira em Portugal, após o MdE, pois a Troika em Portugal implementou medidas de austeridade em vários setores. No caso do setor farmacêutico, também foram implementadas medidas de austeridade, mas é possível verificar, pela observação do gráfico 4, que o declive ficou negativo a partir do ano de 2010, como resultado das consecutivas quedas de preço dos medicamentos de ambulatório e promoção do consumo de medicamentos genéricos. É ainda importante ressaltar que as reduções das despesas com medicamentos não se deveram à diminuição do número de unidades vendidas, uma vez que este valor se manteve praticamente inalterado (Teixeira, Guerreiro e Costa, 2018).

A evolução das despesas dos utentes com medicamentos, aumentou ligeiramente entre 2010 e 2012 devido a alterações aos regimes especiais de comparticipação, mas apresenta-se praticamente constante após esse período (Gráfico 5). Estes resultados permitem concluir que as poupanças conseguidas na área do medicamento ocorreram sem prejuízo dos utentes. Ora, se as despesas do SNS com medicamentos decresceram, o número de unidades vendidas não se alterou e também não se alteraram as despesas dos utentes com medicamentos, significa que o prejuízo recaiu sobre as empresas de distribuição grossista e as farmácias comunitárias.

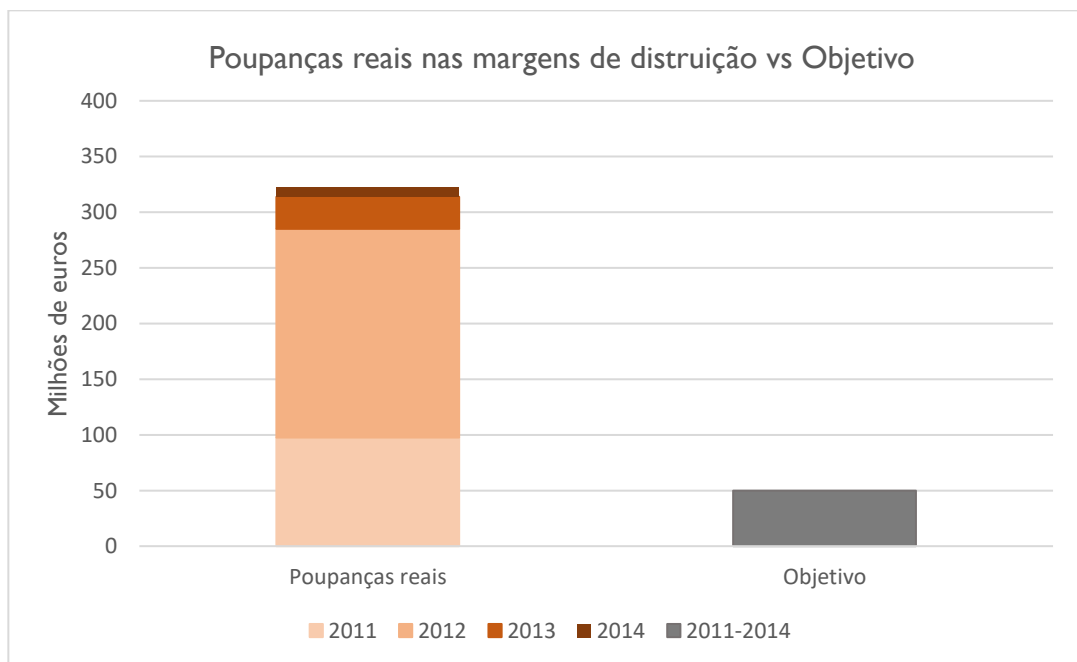


**Gráfico 4** - Evolução das despesas do SNS português com medicamentos ao longo dos anos. Com base em dados disponíveis em (PORDATA - SNS: encargos com medicamentos - Continente, [s.d.]



**Gráfico 5** - Evolução das despesas dos utentes com medicamentos ao longo dos anos. Com base em dados disponíveis em (PORDATA - SNS: encargos com medicamentos - Continente, [s.d.])

Como referido anteriormente, o objetivo estabelecido no MdE era poupar um total de 50 milhões de euros nas margens da distribuição do medicamento, sendo que ao fim do primeiro ano já tinha sido poupado praticamente 200% do objetivo e no total foram poupados 322 milhões de euros (Gráfico 6).



**Gráfico 6** - Comparação entre as poupanças reais conseguidas através da redução das margens de distribuição de farmácias comunitárias e empresas de distribuição grossista com o objetivo de poupança estabelecido pela Troika, no Memorando de Entendimento.

Estas reduções foram consequência não só de reduções nas margens de distribuição (Decreto-Lei n.º 112/2011, de 29 de novembro) mas também da consecutiva redução direta de preços, sendo que em média se verificou uma redução de 4,10 euros por embalagem entre 2010 e 2014 (Teixeira, Guerreiro e Costa, 2018).

Para compensar os efeitos nefastos destas alterações no panorama legal e regulamentar nas farmácias comunitárias, em 2014 foi implementada uma nova medida que tinha como objetivo incentivar as farmácias comunitárias a contribuírem para o aumento do consumo de medicamentos genéricos, partilhando parte dos lucros obtidos com a substituição por medicamentos genéricos com as farmácias comunitárias (Decreto-Lei n.º 19/2014, de 5 de fevereiro). No entanto, esta medida nunca foi executada (Teixeira, Guerreiro e Costa, 2018).

Segundo dados provenientes da base de dados MOPE, entre dezembro de 2012 e dezembro de 2020 verificou-se um aumento de 280% no número de farmácias insolventes e de 186% no número de penhoras, o que suporta a teoria de que as alterações às disposições legais que concernem a remuneração das farmácias comunitárias pelo ato da dispensa do medicamento colocaram em perigo a sustentabilidade das mesmas (CEFAR, 2021). No ano de 2014, a farmácia média tinha um resultado líquido de -9753 euros, sendo que perdiam 17 cêntimos por cada dispensa de medicamentos no valor de 15,5 euros e 70% das farmácias tinham resultado líquido negativo, e em 2018 o valor era 71,5% (Grenha e Antão, 2020; Grenha e Antão, 2016), acompanhado de um aumento das suas despesas fixas (Barros, Martins e Moura, 2012). Adicionalmente, entre 2010 e 2014 foram encerradas 61 farmácias comunitárias em Portugal, sendo que só abriram 24 nesse período temporal. É de elevada relevância referir, ainda, que mais de 60% das farmácias comunitárias do país tinham fornecimento de medicamentos suspenso devido a atrasos no pagamento às empresas de distribuição grossista (OPSS, 2015). Além disso, existem autores que defendem que a dispensa de produtos cuja margem é livre não consegue compensar as perdas verificadas nas margens das farmácias comunitárias (Barros, Martins e Moura, 2012; Teixeira, Guerreiro e Costa, 2018).

Conjugando estes fatores apresentados, é possível concluir que o acesso do utente ao medicamento pode estar comprometido devido ao novo enquadramento legal e regulamentar das farmácias comunitárias, tanto porque se verificou um encerramento de algumas farmácias comunitárias como porque se verificaram falhas no fornecimento de medicamentos às farmácias comunitárias por falta de pagamentos.

Por outro lado, as empresas de indústria farmacêutica podem desinvestir no país e optar por não comercializar o medicamento em Portugal porque, sendo os preços reduzidos

no nosso país, estes vão influenciar negativamente os preços dos medicamentos que têm Portugal como país de referência, e podem fazer com que percam possíveis lucros nesses países (Teixeira, Guerreiro e Costa, 2018). Mais uma vez, este fator pode conduzir à diminuição do acesso do utente ao medicamento e é causado pelas alterações anteriormente citadas. No mesmo sentido, as empresas de indústrias farmacêuticas são desencorajadas de produzir determinado medicamento se o seu preço já tiver sofrido muita erosão pelo panorama de definição de preços de medicamentos genéricos, uma vez que o potencial de lucros é menor, exceto se a quota de mercado desse medicamento for elevada. Isto significa que o panorama dos preços dos medicamentos genéricos pode constituir uma barreira à entrada de novos medicamentos genéricos no mercado (Simoens, 2009).

Ainda que a escassez de medicamentos não seja causada apenas por um fator, os utentes afirmam que durante este período a escassez se agravou e que se depararam com dificuldades em conseguir os medicamentos de que necessitavam (Teixeira, Guerreiro e Costa, 2018), o que se pode traduzir em fraca adesão à terapêutica, piores *outcomes* de saúde e, em última análise, mais despesas para o SNS.

### **5.3. Outros serviços farmacêuticos**

A dispensa de medicamentos é, como visto anteriormente, o serviço farmacêutico mais reconhecido pela população. No entanto, não é o único serviço que pode ser implementado nas farmácias comunitárias portuguesas para promoção da saúde da população.

A Portaria n.º 1429/2007, de 2 de novembro, define os tipos de serviço que podem ser prestados nas farmácias comunitárias portuguesas e vem, assim, reforçar a mudança de paradigma das farmácias e dos farmacêuticos, que passam de locais de venda de medicamentos e de profissionais que dispensam o medicamento a um espaço de saúde onde o utente tem, muitas vezes, o primeiro contacto com profissionais de saúde focados na promoção da saúde da população. Entre os serviços definidos na referida portaria, encontram-se administração de medicamentos injetáveis, medição de parâmetros bioquímicos (glicémia, colesterol total, peso e altura), administração de vacinas que não constam no plano nacional de vacinação e campanhas de promoção da saúde e da literacia em saúde.

Mais tarde, em 2018, por via da Portaria n.º 97/2018, de 9 de abril, alargou-se ainda mais o espectro de serviços farmacêuticos que podem ser executados nas farmácias comunitárias, alargando o espectro de ação do farmacêutico. Assim, com efeitos a partir de maio de 2018, é possível realizar nas farmácias comunitárias rastreio de infeções por vírus da



hepatite C, vírus da hepatite B e VIH (vírus da imunodeficiência humana), serviços de cuidados a doentes ostomizados e estabelecer programas de adesão à terapêutica e de reconciliação da terapêutica, entre outros.

Enquanto que a dispensa de medicamentos, indissociável do aconselhamento farmacêutico, é um serviço universal praticado em todas as farmácias comunitárias de todos os países, a prática dos restantes serviços farmacêuticos varia entre países e mesmo entre farmácias comunitárias do mesmo país.

O serviço mais comum nos países europeus incluídos no estudo de Martins et. al, 2015, além da dispensa de medicamentos, é o serviço de cessação tabágica (93,8%), seguido do programa de controlo de resíduos de medicamentos (81,3%). Contudo, apenas 47% dos países são remunerados por algum dos serviços que disponibilizam nas farmácias comunitárias, o que revela uma falta de remuneração, sendo que se verifica simultaneamente pouca participação destes serviços.

A maioria dos serviços farmacêuticos praticados nas farmácias comunitárias Portuguesas, durante mais de 20 anos foram considerados contributo voluntário para a promoção da saúde pública (Teixeira, Guerreiro e Costa, 2018).

Assim, mesmo em Portugal, um país inovador e disruptor no que diz respeito à implementação de novos serviços farmacêuticos, os níveis de remuneração pela prática destes serviços são reduzidos e, sendo que muitas vezes, implicam a alocação de mais recursos humanos e materiais, este pode ser um fator desencorajador para que as farmácias implementem mais serviços, com prejuízo da promoção do bem-estar da população. Por outro lado, estes serviços não têm participação por parte do SNS português, o que significa que o *out-of-pocket* para o utente corresponde ao valor total do serviço. Os utentes não estão habituados a pagar pelos serviços prestados nas farmácias comunitárias, tal como é o caso do aconselhamento farmacêutico, pelo que é possível que o facto de terem de pagar a totalidade dos serviços farmacêuticos que requisitam cause nos próprios utentes resistência na adesão aos mesmos.

No Reino Unido, por outro lado, todos os serviços praticados nas farmácias comunitárias são remunerados pelo NHS (National Health Service), desde programas de controlo de resíduos de medicamentos, a revisões de medicação e vacinação contra o vírus *influenza* (Lluch e Kanavos Panos, 2010), o que estimula o desenvolvimento destes serviços e permite tirar partido de todo o potencial do farmacêutico.

A compra de MSRM não é sensível ao preço, isto é, os utentes não escolhem a farmácia para ir comprar o seu MSRM consoante o preço porque este será igual. Assim sendo, um dos fatores diferenciadores entre farmácias poderá ser o tipo de serviços

oferecidos bem como a relação com farmacêutico e os produtos de higiene e cuidado pessoal.

Nas zonas urbanas há uma maior competitividade entre farmácias comunitárias, o que leva a uma maior variedade de serviços farmacêuticos disponíveis, ou seja, as populações de zonas urbanas são beneficiadas com maior acesso a medicação e também a mais variados serviços farmacêuticos. Tendo em conta que os serviços farmacêuticos não são comparticipados pelo estado, as populações de zonas urbanas terão mais uma vez melhor acesso a estes, também porque de um modo geral estarão mais dispostos a investir nos serviços (Martins e Queirós, 2015).

### **5.3.1. Programa de troca de seringas**

Um dos serviços implementados nas farmácias comunitárias portuguesas é o programa de troca de seringas (PTS).

O PTS foi um programa estabelecido entre a Associação Nacional de Farmácias (ANF) e a comissão nacional da luta contra a sida em 1993 e tinha como objetivo prevenir a transmissão da SIDA (síndrome da imunodeficiência adquirida), promovendo práticas sexuais seguras, diminuindo a partilha de seringas usadas e diminuindo o número de seringas descartadas inadequadamente (*Programa de Troca de Seringas – SNS, [s.d.]*). É estimado que durante os primeiros oito anos do programa se evitaram 7000 novos casos de SIDA por cada 10000 utilizadores de drogas injetáveis e que o programa tenha resultado em poupanças na ordem dos 400 a 1700 milhões de euros para o SNS (Costa, Santos e Silveira, 2006). Estes dados revelam a importância que as farmácias comunitárias e os farmacêuticos têm para o SNS tanto em termos de promoção de saúde como em termos económicos.

Este serviço que, como verificado anteriormente, permitiu ao SNS poupar uma elevada quantia num curto período temporal não era remunerado para as farmácias comunitárias, ou seja, não existia qualquer compensação para as farmácias comunitárias pela prestação do serviço.

O PTS deixou de contar com a participação das farmácias comunitárias entre 2012 e 2014, altura que as farmácias comunitárias reentraram no PTS. Mais tarde, em 2016, as farmácias comunitárias passaram a ser remuneradas com 2,4 euros por cada *kit* dispensado, de acordo com a Portaria n.º 301-A/2016, de 30 de novembro, após ter sido demonstrado, com base nos dados referidos anteriormente, que o PTS em colaboração com as farmácias comunitárias portuguesas é custo-efetivo.

Este programa é um claro exemplo da relevância das farmácias comunitárias enquanto agentes de saúde pública. Por outro lado, permite demonstrar que as intervenções

realizadas em conjunto com as farmácias comunitárias são favoráveis, também, em termos económicos para o próprio SNS.

Concluindo, os resultados obtidos com o PTS demonstram que a colaboração das farmácias comunitárias com o SNS pode ser benéfica para a população e pode gerar vantagens económicas para o SNS, que economiza nas despesas com saúde mesmo remunerando as farmácias comunitárias, e para as últimas, caso sejam remuneradas. Ou seja, numa situação em que se demonstre que determinado serviço farmacêutico é custo-efetivo, todas as partes interessadas beneficiariam da contratualização dos serviços farmacêuticos pelo SNS: a população, que teria mais oferta de cuidados de saúde, o SNS que economizaria nas despesas com saúde e as farmácias comunitárias, que, estando a passar por dificuldades financeiras, beneficiariam de aumentar as suas receitas.

### **5.3.2. A farmácia comunitária na pandemia de COVID-19**

A situação pandémica atual exigiu rápidas adaptações de todo o sistema de saúde em Portugal. Os hospitais foram obrigados adaptar-se, mas também as farmácias tiveram de se adaptar. Estas tiveram um papel fulcral no âmbito de se evitar uma sobrecarga do SNS. Por um lado, como o acesso aos centros de saúde e hospitais era desencorajado, as farmácias comunitárias foram, mais uma vez, o primeiro contacto do utente com um profissional de saúde para o aconselhar. Por outro lado, foi permitido, através de mudanças legislativas, que as farmácias dispensassem os medicamentos hospitalares e que os utentes com doenças crónicas pudessem renovar a sua medicação crónica (Ribeiro *et al.*, 2020). Os farmacêuticos, profissionais de saúde altamente treinados e qualificados, tiveram o papel de, perante a desinformação existente relativamente à COVID-19, promover a divulgação de informação verdadeira e de fontes seguras (Koster, Philbert e Bouvy, 2021).

Tanto o programa de troca de seringas como todo o papel das farmácias comunitárias durante a pandemia de COVID-19, demonstram que a colaboração do SNS com as farmácias comunitárias pode ser vantajosa para ambos e para a população, tanto em termos económicos como em termos sociais, sendo estimado que atualmente os serviços praticados nas farmácias comunitárias permitem um aumento de 8,3% na qualidade de vida da população e que parte do seu valor económico (448 milhões de euros) corresponde a despesas relacionadas com a utilização dos recursos de saúde do país que são, assim, evitadas (Teixeira, Guerreiro e Costa, 2018).

## 6. Conclusão

As farmácias comunitárias têm vários aspetos do seu funcionamento regulados, existindo diferenças nos contextos legais e regulamentares entre vários países que podem ser mais ou menos regulamentados. O enquadramento legal e regulamentar varia entre países e varia, também, com o passar do tempo, de modo a haver constantes adaptações às necessidades da população e aos objetivos e metas governamentais.

As farmácias comunitárias são elementos-chave do sistema de saúde em Portugal, ainda que não integrem o SNS. A relevância do papel das farmácias comunitárias e dos farmacêuticos foi demonstrada no PTS e, mais recentemente, durante a pandemia de COVID-19, na qual estes foram o contacto mais próximo da população e foram essenciais para evitar a sobrecarga dos hospitais, nomeadamente com a dispensa de proximidade de medicamentos hospitalares. Em ambos os casos, as farmácias comunitárias permitiram gerar poupanças para o SNS e promover a saúde da população, sem que por isso fossem remuneradas. Assim, a remuneração de novos e mais serviços pode representar uma vantagem tanto para as farmácias comunitárias como para o SNS e população.

Com o aumento da pressão económica que se fez sentir em Portugal e o contínuo aumento das despesas do Estado com saúde, e em específico com o medicamento, foram aplicadas sucessivas medidas com o objetivo de promover o uso racional do medicamento, o aumento da literacia em saúde da população, promoção do consumo de medicamentos genéricos e diminuição do preço dos medicamentos e das margens de distribuição.

Todas as alterações ao paradigma legal e regulamentar relacionado com a vertente da remuneração das farmácias comunitárias e dos preços dos medicamentos genéricos conduziram a dificuldades económicas para as farmácias portuguesas que, desde 2010, estão a operar com resultados negativos, o que tem consequências no fornecimento de medicamentos às farmácias e no encerramento de farmácias comunitárias e, conseqüentemente, no acesso da população a medicamentos. Ainda que Portugal tenha recorrido a programas de resgate financeiro, muitas das medidas neste campo já tinham sido aplicadas antes da atuação da Troika em Portugal e mantiveram-se mesmo após ultrapassar largamente o objetivo estabelecido no MdE.

Em Portugal, houve liberalização do mercado de MNSRM e da propriedade das farmácias comunitárias, com o objetivo de promover um aumento da competitividade entre farmácias e, conseqüente descida de preços dos MNSRM. Contudo, não se verificou a redução de preços esperada, pelo contrário verificou-se, ainda que inconstante, o aumento do índice de preços. Ainda assim, existem evidências que demonstram que o aumento das

margens de distribuição de MNSRM e de outros produtos vendidos nas farmácias comunitárias, cuja margem da farmácia é livre, não permitem compensar a descida de preços dos MSRMs.

Na legislação, é referida a importância da farmácia comunitária para o país “uma enorme importância para garantir o acesso aos medicamentos no âmbito do Serviço Nacional de Saúde” (Portaria n.º 18-A/2015), o que significa que há consciência da relevância do papel das farmácias comunitárias e dos farmacêuticos na manutenção e promoção da saúde da população portuguesa. Com a sustentabilidade das farmácias comunitárias em risco, poderia ser vantajoso repensar o sistema remuneratório das farmácias comunitárias e optar por remunerar o ato da dispensa por si só e não de acordo com o que está a ser dispensado, bem como remunerar os serviços exercidos nas farmácias comunitárias e implementar novos programas e serviços em parceria com o SNS. Por outro lado, aumentar os incentivos para a cedência de medicamentos menos dispendiosos, de modo a compensar as farmácias comunitárias, ou reimplementar o Decreto-Lei n.º 19/2014 seriam, também, opções para promover a sustentabilidade das farmácias comunitárias portuguesas. Em suma, é necessário que se altere o enquadramento legal e regulamentar das farmácias comunitárias portuguesas para permitir o seu melhor funcionamento e a sua sustentabilidade.

## 7. Referências Bibliográficas

BANCO CENTRAL EUROPEU; UNIÃO EUROPEIA - Memorando de entendimento: Portugal. (2011) 1–35.

BARROS, P. P.; MARTINS, B.; MOURA, A. - PHPI83 The Rocky Road to Market Equilibrium – Price Regulation and Entry Liberalization in Portuguese Retail Pharmacy. **Value in Health**. . ISSN 1098-3015. 15:7 (2012) A321.

BARROS, P. P.; MARTINS, B.; MOURA, A. - PHPI84 Changing Margins in Pharmaceutical Distribution: Who Benefits from the New Slicing of the Pie? **Value in Health**. . ISSN 1098-3015. 15:7 (2012) A321.

CEFAR - Base de Dados MOPE Farmácias: Insolvência e Penhora Dezembro de 2012 a Dezembro de 2020. (2021).

CORREIA, Ana - **A realidade dos Medicamentos Genéricos em Portugal - Serviços online - INFARMED, I.P.** atual. 2018. [Consult. 18 jul. 2021]. Disponível em: [https://www.infarmed.pt/web/infarmed/servicos-on-line?p\\_p\\_id=101&p\\_p\\_lifecycle=0&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&\\_101\\_struts\\_action=%2Fasset\\_publisher%2Fview\\_content&\\_101\\_returnToFullPageURL=https%3A%2F%2Fwww.infarmed.pt%2Fweb%2Finfarmed%2Fservicos-on-l](https://www.infarmed.pt/web/infarmed/servicos-on-line?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_returnToFullPageURL=https%3A%2F%2Fwww.infarmed.pt%2Fweb%2Finfarmed%2Fservicos-on-l)

COSTA, Suzete; SANTOS, Cristina; SILVEIRA, João - Community pharmacy services in Portugal. **Annals of Pharmacotherapy**. ISSN 10600280. 40:12 (2006) 2228–2234.

DAVIT, Barbara M. *et al.* - Comparing generic and innovator drugs: A review of 12 years of bioequivalence data from the United States Food and Drug Administration. **Annals of Pharmacotherapy**. ISSN 10600280. 43:10 (2009) 1583–1597.

Decreto-Lei n.º 106-A/2010, de 1 de outubro do Ministério da Saúde. **Diário da República n.º 192/2010, 1º Suplemento, Série I de 2010-10-01** [Consult. 2 jul. 2021] Disponível em: [www.dre.pt](http://www.dre.pt)

Decreto-Lei n.º 112/2011, 29 de novembro do Ministério da Economia e do Emprego. **Diário da República n.º 229/2011, Série I de 2011-11-29** [Consult. 3 jul. 2021] Disponível em: [www.dre.pt](http://www.dre.pt)

Decreto-Lei n.º 134/2005, de 16 de agosto do Ministério da Saúde. **Diário da República n.º 156/2005, Série I-A de 2005-08-16** [Consult. 2 jul. 2021] Disponível em: [www.dre.pt](http://www.dre.pt)

Decreto-Lei n.º 171/2012, de 1 de agosto do Ministério da Saúde. **Diário da República n.º 148/2012, Série I de 2012-08-01** [Consult. 3 jul. 2021] Disponível em: [www.dre.pt](http://www.dre.pt)

Decreto-Lei n.º 19/2014, de 5 de fevereiro do Ministério da Saúde. **Diário da República n.º 25/2014, Série I de 2014-02-05** [Consult. 1 jul. 2021] Disponível em: [www.dre.pt](http://www.dre.pt)

Decreto-Lei n.º 205/2000, de 1 de setembro do Ministério da Saúde. **Diário da República n.º 202/2000, Série I-A de 2000-09-01** [Consult. 28 jun. 2021] Disponível em: [www.dre.pt](http://www.dre.pt)

Decreto-Lei n.º 270/2002, de 2 de dezembro do Ministério da Saúde. **Diário da República n.º 278/2002, Série I-A de 2002-12-02** [Consult. 1 jul. 2021] Disponível em: [www.dre.pt](http://www.dre.pt)

Decreto-Lei n.º 271/2002, de 2 de dezembro do Ministério da Saúde. **Diário da República n.º 278/2002, Série I-A de 2002-12-02** [Consult. 3 jul. 2021] Disponível em: [www.dre.pt](http://www.dre.pt)

Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto do Ministério da Saúde. **Diário da República n.º 168/2007, Série I de 2007-08-31** [Consult. 2 jul. 2021] Disponível em: [www.dre.pt](http://www.dre.pt)

Decreto-Lei n.º 97/2015, de 1 de junho do Ministério da Saúde. **Diário da República n.º 105/2015, Série I de 2015-06-01** [Consult. 3 jul. 2021] Disponível em: [www.dre.pt](http://www.dre.pt)

Deliberação n.º 833/2019, de 1 de agosto do INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P. **Diário da República n.º 146/2019, Série II de 2019-08-01** [Consult. 1 jul. 2021] Disponível em: [www.dre.pt](http://www.dre.pt)

Deliberação n.º 1502/2014, de 30 de julho do INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P. **Diário da República n.º 145/2014, Série II de 2014-07-30** [Consult. 28 jun. 2021] Disponível em: [www.dre.pt](http://www.dre.pt)

DIRECTIVA 2005/36/CE DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO de 7 de Setembro de 2005 relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais (Texto relevante para efeitos do EEE) - [s.d.].

GODMAN, Brian *et al.* - European payer initiatives to reduce prescribing costs through use of generics. **Generics and Biosimilars Initiative Journal**. 1:1 (2012) 22–27.

GRENHA, Carlos Manuel; ANTÃO, Avelino Azevedo - DA FARMÁCIA COMUNITÁRIA: **Universidade de Aveiro**. (2020) 1–32.

HEPLER, Charles D.; STRAND, Linda M. - Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **American Journal of Hospital Pharmacy**. . ISSN 0002-9289. 47:3 (1990) 533–543.

KOSTER, Ellen S.; PHILBERT, Daphne; BOUVY, Marcel L. - Impact of the COVID-19 epidemic on the provision of pharmaceutical care in community pharmacies. **Research in**

**Social and Administrative Pharmacy**. . ISSN 1551-7411. 17:1 (2021) 2002–2004.

Lei n.º 11/2012, de 8 de março da Assembleia da República. **Diário da República n.º 49/2012, Série I de 2012-03-08** [Consult. 28 jun. 2021] Disponível em: [www.dre.pt](http://www.dre.pt)

Lei n.º 62/2011, 12 de dezembro da Assembleia da República. **Diário da República n.º 236/2011, Série I de 2011-12-12** [Consult. 1 jul. 2021] Disponível em: [www.dre.pt](http://www.dre.pt)

Lei n.º 131/2015, de 4 de Setembro da Assembleia da República. **Diário da República n.º 173/2015, Série I de 2015-09-04** [Consult. 1 jul. 2021] Disponível em: [www.dre.pt](http://www.dre.pt)

LLUCH, Maria; KANAVOS PANOS, P. - Impact of regulation of Community Pharmacies on efficiency, access and equity. Evidence from the UK and Spain. **Health Policy**. . ISSN 01688510. 95:2–3 (2010) 245–254.

MANUEL GRENHA OLIVEIRA, Carlos; AZEVEDO ANTÃO, Avelino - Sustentabilidade da Dispensa de Medicamentos nas Farmácias em Portugal. **Revista Sauda**. (2016).

MARTINS, Lurdes; QUEIRÓS, Sónia - Competition among pharmacies and the typology of services delivered: The Portuguese case. **Health Policy**. . ISSN 18726054. 119:5 (2015) 640–647.

MARTINS, Sílvia Filipa; MIL, J. W. Fopp.; COSTA, Filipa Alves - The organizational framework of community pharmacies in Europe. **International Journal of Clinical Pharmacy**. . ISSN 22107711. 37:5 (2015) 896–905.

MEDICAMENTOS NÃO SUJEITOS A RECEITA MÉDICA (MNSRM) - MONITORIZAÇÃO DAS VENDAS FORA DAS FARMÁCIAS - **INFARMED**. (2021).

Portaria n.º 1016-A/2008, de 8 de setembro dos Ministérios da Economia e da Inovação e da Saúde. **Diário da República n.º 173/2008, 1º Suplemento, Série I de 2008-09-08** [Consult. 3 jul. 2021] Disponível em: [www.dre.pt](http://www.dre.pt)

Portaria n.º 1429/2007, de 2 de novembro do Ministério da Saúde. **Diário da República n.º 211/2007, Série I de 2007-11-02** [Consult. 3 jul. 2021] Disponível em: [www.dre.pt](http://www.dre.pt)

Portaria n.º 262/2016, de 7 de outubro dos Ministérios das Finanças e Saúde. **Diário da República n.º 193/2016, Série I de 2016-10-07** [Consult. 3 jul. 2021] Disponível em: [www.dre.pt](http://www.dre.pt)

Portaria n.º 301-A/2016, de 30 de novembro dos Ministérios das Finanças e Saúde. **Diário da República n.º 230/2016, 1º Suplemento, Série I de 2016-11-30** [Consult. 2 jul. 2021] Disponível em: [www.dre.pt](http://www.dre.pt)



Portaria n.º 352/2012, de 30 de outubro do Ministério da Saúde. **Diário da República n.º 210/2012, Série I de 2012-10-30** [Consult. 2 jul. 2021] Disponível em: [www.dre.pt](http://www.dre.pt)

Portaria n.º 577/2001, de 7 de junho dos Ministérios da Economia e da Saúde. **Diário da República n.º 132/2001, Série I-B de 2001-06-07** [Consult. 5 jul. 2021] Disponível em: [www.dre.pt](http://www.dre.pt)

Portaria n.º 97/2018, de 9 de abril do Ministério da Saúde. **Diário da República n.º 69/2018, Série I de 2018-04-09** [Consult. 1 jul. 2021] Disponível em: [www.dre.pt](http://www.dre.pt)

MENDONÇA, Victor Lino - The role of generic medicines in the Portuguese crisis. **Journal of Generic Medicines**. . ISSN 17411343. 8:4 (2011) 204–209.

MYERS, Charles E. - Opportunities and challenges related to pharmacy technicians in supporting optimal pharmacy practice models in health systems. **American Journal of Health-System Pharmacy**. 68:12 (2011) 1128–1136.

NOKELAINEN, Henriikka *et al.* - Reasons for allowing and refusing generic substitution and factors determining the choice of an interchangeable prescription medicine: A survey among pharmacy customers in Finland. **BMC Health Services Research**. . ISSN 14726963. 20:1 (2020) 1–9.

NUNES, Alexandre Morais *et al.* - The Portuguese generic medicines market: What's next? **Health Policy**. . ISSN 18726054. 124:4 (2020) 397–403.

OECD - Health at a Glance 2019: OECD indicators. **OECD Publishing**. (2019).

OPSS - Relatório de Primavera 2015 - Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco? . ISSN 2183-9417. (2015).

ORDEM DOS FARMACÊUTICOS - Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos. (1998) 1–9.

ORDEM DOS FARMACÊUTICOS - Regulamento interno de qualificação. (2019) 1–6.

PINHO, Micaela - Prescribers' and dispensers' views about generic medicines and international non-proprietary name prescribing – a mixed methods study in Portugal. **International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing**. . ISSN 1750-6123. 14:2 (2020) 177–199.

**PORDATA - SNS: encargos com medicamentos - Continente** - [Consult. 17 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/SNS+encargos+com+medicamentos+++Continente-327-3607>

**Programa de Troca de Seringas – SNS** - [Consult. 16 jun. 2021]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2016/09/02/programa-de-troca-de-seringas/>

RIBEIRO, Nadine *et al.* - Primary health care policy and vision for community pharmacy and pharmacists in Portugal. **Pharmacy Practice**. . ISSN 1885-642X. 18:3 (2020) 2043.

SIMOENS, Steven - The Portuguese generic medicines market: A policy analysis. **Pharmacy Practice**. . ISSN 18863655. 7:2 (2009) 74–80.

STARGARDT, Tom; SCHREYÖGG, Jonas; BUSSE, Reinhard - Pricing behaviour of pharmacies after market deregulation for OTC drugs: The case of Germany. **Health Policy**. . ISSN 01688510. 84:1 (2007) 30–38.

STRAKA, Robert J.; KEOHANE, Denis J.; LIU, Larry Z. - Potential clinical and economic impact of switching branded medications to generics. **American Journal of Therapeutics**. ISSN 15363686. 24:3 (2017) e278–e289.

TEIXEIRA, I.; MENDES, Z. - Pph82 Assessment of Pharmaceutical Expenditure Trends in Portugal—Pricing and Reimbursement Policy. **Value in Health**. ISSN 10983015. 13:7 (2010) A419.

TEIXEIRA, Ines; GUERREIRO, Jose Pedro; COSTA, Suzete - Impact of the Recent Changes in the Pharmacy Remuneration System in Portugal (2010-2014) – Moving from Paper to Reality. **Pharmacoeconomics**. ISSN 2472-1042. 03:02 (2018).

**The National Health Service (Pharmaceutical and Local Pharmaceutical Services) Regulations 2013** [Consult. 16 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.legislation.gov.uk/uksi/2013/349/schedule/4/paragraph/23>

VOGLER, Sabine; HABIMANA, Katharina; ARTS, Danielle - Does deregulation in community pharmacy impact accessibility of medicines, quality of pharmacy services and costs? Evidence from nine European countries. **Health Policy**. . ISSN 18726054. 117:3 (2014) 311–327.

VOGLER, Sabine; ZIMMERMANN, Nina; JONCHEERE, Kees DE - Policy interventions related to medicines: Survey of measures taken in European countries during 2010–2015. **Health Policy**. ISSN 18726054. 120:12 (2016) 1363–1377.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **The legal and regulatory framework for community pharmacies in the WHO European Region**. ISBN 9789289054249.