

Ana Catarina Leite Almeida

Relatório de Estágio e Monografia intitulada “Comparticipação de Medicamentos em Portugal: Evolução e Impacto Social” referentes à Unidade Curricular “Estágio”, sob a orientação, respetivamente, da Dra. Sara Carolina Cortez Pedro e do Professor Doutor Francisco José de Baptista Veiga e apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Setembro 2018



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Ana Catarina Leite Almeida

Relatório de Estágio e Monografia intitulada “Comparticipação de Medicamentos em Portugal: Evolução e Impacto Social” referentes à Unidade Curricular “Estágio”, sob a orientação, respetivamente, da Dra. Sara Carolina Cortez Pedro e do Professor Doutor Francisco José de Baptista Veiga e apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Setembro 2018

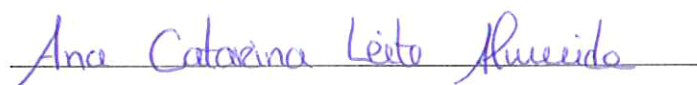


UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Eu, Ana Catarina Leite Almeida, estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, com o nº 2013155466, declaro assumir toda a responsabilidade pelo conteúdo do Documento Relatório de Estágio e Monografia Intitulada “Comparticipação de Medicamentos em Portugal: Evolução e Impacto Social” apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, no âmbito da unidade curricular 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, 05 de setembro de 2018

A handwritten signature in blue ink that reads "Ana Catarina Leite Almeida" is written over a horizontal line.

“If you can dream it, you can do it”

WALT DISNEY

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, irmã e família, por todo o apoio dado, por serem os principais responsáveis por conseguir realizar esta etapa e por me mostraram que existe sempre uma maneira de conseguirmos realizar os nossos objetivos.

À Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, pelos ensinamentos conferidos e pelo corpo docente e não docente amável e sempre disposto a ajudar.

À Sara Pedro, por ser a melhor orientadora que podia pedir. Pelos debates de temas, por toda a ajuda concedida e pela transmissão dos seus ideais de força e de luta, mostrando que devemos sempre procurar ser mais e melhor.

À restante equipa da Farmácia Monte Formoso, o Flávio, a Dra. Ivone, o Dr. Gil e a D. Irene, por me terem acolhido da melhor maneira, por todo o auxílio, por possuírem um grande espírito de equipa e demonstrarem o amor que têm à profissão todos os dias.

Ao Professor Doutor Francisco Veiga, por toda a disponibilidade e orientação concedidas na elaboração desta monografia.

À Rafaela Silva, e a toda a minha família de praxe, pelo apoio inalcançável, por todas as noites de estudo e por percorrermos os nossos objetivos juntos!

À Raja - a família da cave, que foi uma verdadeira família durante estes cinco anos e onde passei dos melhores momentos de sempre, onde criei amigos que levo para a vida no coração.

Ao Núcleo de Estudantes de Farmácia da Associação Académica de Coimbra (NEF/AAC), ao Executivo 2017/2018, ao Pelouro da Formação e às equipas fantásticas que me acompanharam, por todo o envolvimento e conquistas alcançadas ao longo dos anos e por me mostrarem que existe um mundo lá fora.

À Phartuna – Tuna de Farmácia de Coimbra, por serem uma pharmília e mais que uma tuna, pelas viagens pelo país, por todos os prémios alcançados, pelos momentos fantásticos e por defenderem que devemos dar sempre mais de nós e que com trabalho e esforço conseguimos alcançar o que desejamos.

Ao programa SEP e Erasmus +, por me terem concedido das melhores experiências de sempre, por ter criado imensas amizades internacionais e por ter conhecido e aprendido com pessoas e estabelecimentos de excelência na área da saúde.

Aos amigos, que sempre estiveram lá. Em todos os bons e maus momentos, por me verem crescer e me acompanharem neste percurso.

A todos, um grande obrigado!

LISTA DE ABREVIATURAS

ANF	Associação Nacional das Farmácias
DC	Denominação Comercial
DCI	Denominação Comum Internacional
EFTA	<i>European Free Trade Association</i>
FMF	Farmácia Monte Formoso
GH	Grupo Homogéneo
MG	Medicamentos Genéricos
MICF	Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas
MM	Medicamentos Manipulados
MNSRM	Medicamento Não Sujeito a Receita Médica
MSRM	Medicamento Sujeito a Receita Médica
PIM	Preparação Individual da Medicação
PR	Preço de Referência
PVA	Preço de Venda ao Armazenista
PVP	Preço de Venda ao Público
RSP	Receita Sem Papel
SGQ	Sistema de Gestão da Qualidade
SiNATS	Sistema Nacional de Avaliação de Tecnologias de Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPR	Sistema de Preços de Referência
SWOT	<i>Strenghts, Weaknesses, Opportunities, Threats</i> (Forças, Fraquezas, Oportunidades, Ameaças)

RESUMO

O medicamento representa uma ferramenta essencial à proteção da saúde, à melhoria da qualidade de vida e ao aumento da esperança média de vida das pessoas, tornando-se dever do Estado proporcionar acesso ao mesmo à população em questão.

Neste âmbito, este setor é alvo de forte regulação, que sofreu evolução ao longo dos anos. A comparticipação dos medicamentos toma um papel importante na divisão das despesas entre o Estado e os utentes. Com o aumento do consumo de medicamentos ao longo dos anos, também as despesas em saúde são afetadas, tornando-se necessárias implementar medidas para diminuir as mesmas.

A promoção do uso de medicamentos genéricos, a redução dos preços dos medicamentos, as alterações às taxas de comparticipação, as reduções das margens do setor da distribuição farmacêutica saíram-se como as principais medidas aplicadas no âmbito do controlo da despesa do SNS.

Estas medidas têm um impacto negativo no setor das farmácias, que vive uma fase complicada, com margens negativas e uma grande quantidade de estabelecimentos em situação de insolvência e penhora.

Também a população, embora com medicamentos mais baratos e regimes especiais de comparticipação sente dificuldade no acesso aos medicamentos pela crise económica que Portugal ultrapassou, que diminuiu o poder de compra dos utentes, afetando até aos dias de hoje os mesmos.

Embora muitas sejam as medidas instauradas no âmbito da Política do Medicamento, este é um bem essencial que enfrenta desafios e inovações, tornando-se necessário conjugar uma gestão racional dos recursos do SNS, com uma equidade no acesso ao medicamento à população e uma sustentabilidade do setor farmacêutico.

Palavras Chave: Comparticipação, Medicamentos Genéricos, Farmácias, Políticas do Medicamento, Acessibilidade ao Medicamento

ABSTRACT

The medicines represent an essential tool to protect health, improve the quality of life and increase the average life expectancy of people, making it a State duty to provide access to the population.

In this context, this sector is part of a strong regulation, which has experienced a great evolution over the years. The co-payment of the medicines plays an important role in the division of expenses between the State and the users. With the increase of the consumption of medicines over the years, health expenses are also affected, making it necessary to implement procedures to reduce them.

The promotion of the use of generic drugs, the prices reduction of the medicines, the changes in rates of co-payment, the reductions in the margins of the pharmaceutical distribution sector are the main measures applied in the control of the SNS expenses.

These actions have a negative impact on the pharmacy industry, which is experiencing a complicated phase with negative margins and many establishments in a situation of insolvency and attachment.

Also, the population, even with cheaper medicines and special reimbursement regimes, finds it difficult to access medicines due to the economic crisis that Portugal has overcome, which has reduced the purchasing power of users, affecting the people to the present days.

Although many procedures are implemented under the Medicines Policy, this is an essential good that faces challenges and innovations, making it necessary to combine a rational management of the SNS resources, with equity in the access to the medicine to the population and sustainability of the pharmaceutical industry.

Keywords: Co-payment, Generic Drugs, Pharmacies, Medication Policies, Drug Accessibility

ÍNDICE

CAPÍTULO I - RELATÓRIO DE ESTÁGIO NA FARMÁCIA MONTE FORMOSO	1
1. INTRODUÇÃO	2
2. FARMÁCIA MONTE FORMOSO	3
3. ANÁLISE SWOT.....	5
3.1. PONTOS FORTES	6
3.1.1. INSTALAÇÕES.....	6
3.1.2. EQUIPA.....	6
3.1.3. ESTAGIÁRIA ÚNICA.....	7
3.1.4. PREPARAÇÃO INDIVIDUAL DA MEDICAÇÃO	7
3.1.5. METODOLOGIA <i>KAIZEN</i>	7
3.1.6. FORMAÇÕES	8
3.1.7. SERVIÇOS.....	8
3.1.8. ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS.....	9
3.1.9. GESTÃO DE <i>STOCKS</i>	9
3.1.10. FERRAMENTA INFORMÁTICA <i>SIFARMA</i> ®	9
3.1.11. DISPENSA DE MEDICAMENTOS PARA A INFERTILIDADE.....	10
3.1.12. DISPENSA DE PRODUTOS DE OSTOMIA.....	10
3.1.13. PROGRAMA FARMÁCIAS PORTUGUESAS	11
3.1.14. CONFERÊNCIA DE RECEITUÁRIO	11
3.1.15. CAMPANHAS E AÇÕES DESENVOLVIDAS	12
3.1.16. SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE.....	12
3.2. PONTOS FRACOS	14
3.2.1. REDUZIDA EXPERIÊNCIA	14
3.2.2. DENOMINAÇÕES COMERCIAIS.....	14
3.2.3. ORGANISMOS DE COMPARTICIPAÇÃO	14
3.2.4. PREPARAÇÃO DE MEDICAMENTOS MANIPULADOS	14
3.2.5. SORTIDO CLIENTES/LOCALIZAÇÃO.....	15
3.2.6. ACEITAÇÃO DA ESTAGIÁRIA.....	15
3.2.7. NOVO MÓDULO <i>SIFARMA</i> ®	15
3.3. OPORTUNIDADES.....	17
3.3.1. PLANO DE <i>MARKETING</i>	17
3.3.2. TÉCNICAS DE <i>CROSS-SELLING</i>	17

3.3.3.	PROMOÇÃO DA IMAGEM	17
3.3.4.	NOVO MÓDULO DO SIFARMA®	18
3.3.5.	REDE ELO FARMA.....	18
3.4.	AMEAÇAS.....	19
3.4.1.	LACUNAS DE FORMAÇÃO EM DETERMINADAS ÁREAS	19
3.4.2.	STOCK REDUZIDO E ROTURAS DE STOCK.....	19
3.4.3.	OUTROS LOCAIS DE VENDA DE MNSRM E PRODUTOS DE BEM-ESTAR.....	19
3.4.4.	SITUAÇÃO ECONÓMICA	20
4.	CASOS CLÍNICOS.....	21
4.1.	CASO I.....	21
4.2.	CASO II.....	21
5.	NOTAS FINAIS	23
CAPÍTULO II – COMPARTICIPAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM PORTUGAL: EVOLUÇÃO E IMPACTO SOCIAL		24
1.	INTRODUÇÃO	25
2.	EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE COMPARTICIPAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM PORTUGAL	26
3.	MERCADO DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS EM PORTUGAL	34
4.	IMPACTO SOCIAL.....	38
4.1.	POPULAÇÃO	38
4.2.	FARMÁCIAS	43
5.	CONCLUSÃO.....	47
BIBLIOGRAFIA.....		50
ANEXOS		57
ANEXO I – FICHA DE PREPARAÇÃO DO MM: “SOLUÇÃO ALCOÓLICA DE ÁCIDO BÓRICO À SATURAÇÃO COM ÁGUA OXIGENADA”		57
ANEXO II – RECEITA DO MM.....		60
ANEXO III – RÓTULO DO MM.....		61

ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS

TABELA 1: RESUMO DA ANÁLISE SWOT	5
FIGURA 1: VARIAÇÃO DO PREÇO DOS MG DESDE OUTUBRO DE 2006 ATÉ FEVEREIRO DE 2011	36
FIGURA 2: VARIAÇÃO DO PREÇO MÉDIO DOS MG DESDE JANEIRO DE 2011 A DEZEMBRO DE 2012..	36
FIGURA 3: MÉDIA ANUAL DA QUOTA DE GENÉRICOS NO MERCADO SNS	37
FIGURA 4: COMPOSIÇÃO DA DESPESA TOTAL COM MEDICAMENTOS EM AMBULATÓRIO DE 2011 A 2014	39
FIGURA 5: EVOLUÇÃO DOS ENCARGOS DO SNS COM MEDICAMENTOS DE 2010 A 2017	40
FIGURA 6: EVOLUÇÃO ANUAL DO PREÇO MÉDIO DOS MEDICAMENTOS COMPARTICIPADOS PELO SNS NO MERCADO AMBULATÓRIO DE 2010 A 2014	41
FIGURA 7: DADOS RELATIVOS AO USO DOS MG EM 2017	41
FIGURA 8: DADOS RELATIVOS AO USO DOS MG EM 2018	41
FIGURA 9: ENCARGO MÉDIO PARA O CIDADÃO POR EMBALAGEM DE MEDICAMENTO NO MERCADO COMPARTICIPADO DO SNS	42
FIGURA 10: PREÇO MÉDIO DOS MEDICAMENTOS EM AMBULATÓRIO	42
FIGURA 11: REDUÇÃO DAS MARGENS DO SECTOR DA DISTRIBUIÇÃO DE 2011 A 2014	44
FIGURA 12: EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE FARMÁCIAS EM PROCESSO DE INSOLVÊNCIA OU PENHORA DESDE DEZEMBRO DE 2012 A DEZEMBRO DE 2017	46

CAPÍTULO I

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

FARMÁCIA MONTE FORMOSO

I. INTRODUÇÃO

Sendo o farmacêutico o especialista do medicamento é imperativo que a sua formação seja o mais completa possível e lhe dê habilitações para poder exercer uma atividade profissional no setor farmacêutico.¹

O Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF) assenta numa estrutura organizada que inclui uma vertente teórica e uma vertente prática. Esta última realiza-se após o culminar de nove semestres, onde os estudantes realizam estágio curricular, cumprindo o disposto na Diretiva 2005/36/CE de 07 de setembro do Parlamento Europeu e do Conselho.

1; 2

Este estágio permite aos estudantes o contacto direto com o mundo profissional, podendo colocar em prática os conhecimentos adquiridos ao longo do curso. É um dos momentos mais aguardados ao longo dos estudos. Além do mais, prepara os mesmos para o mundo do trabalho, proporcionando uma aprendizagem contínua, que acompanha os farmacêuticos durante todo o exercício da profissão.

A Farmácia Monte Formoso (FMF) acolheu-me para a realização do meu estágio curricular, sob a orientação da Dra. Sara Pedro, entre janeiro e abril do presente ano. Foi o meu primeiro grande contacto com uma farmácia comunitária em Portugal, onde tive a oportunidade de colocar em prática os conhecimentos adquiridos ao longo do curso bem como alargá-los.

Elaborei o presente relatório sob a forma de análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*), onde identifiquei as forças, fraquezas, oportunidades e ameaças da minha experiência enquanto estagiária.

2. FARMÁCIA MONTE FORMOSO

Sita na Cave Esquerda do lote 7/9, na rua Cidade de Halle, no lugar do Monte Formoso, União de Freguesias de Eiras e São Paulo de Frades, Concelho de Coimbra, a FMF dispõe de uma equipa constituída por uma técnica de farmácia e quatro farmacêuticos. A direção técnica está a cargo do Dr. Gilberto Gaio, cabendo à Dra. Ivone Rebelo a função de farmacêutica substituta.

Está aberta ao público de segunda a sexta, das 9h às 20h e aos sábados das 9h às 19h, encerrando ao domingo. Realiza turno de serviço permanente de vinte em vinte dias, aproximadamente, permitindo à população o acesso a medicamentos em situações de urgência.^{3:4}

Com instalações recentes e cuidadas, a FMF possui uma sala de atendimento ao público com três balcões individualizados, um laboratório para a preparação de Medicamentos Manipulados (MM), uma área destinada ao armazenamento de medicamentos e outra confinada à receção e gestão de encomendas, três gabinetes e instalações sanitárias. Um dos gabinetes destina-se à direção técnica, sendo que os restantes são utilizados tanto para a Preparação Individual da Medicação (PIM) como para receber os utentes. Este espaço providencia uma maior atenção e privacidade na prestação dos serviços, para que o atendimento atinja a maior comodidade e qualidade possível, colocando sempre o utente, a sua saúde e as suas necessidades em primeiro lugar. Também a sala de atendimento ao público se encontra organizada, com zonas identificadas para que as pessoas consigam rapidamente encontrar os produtos que necessitam. Este espaço encontra-se em constante renovação, com o objetivo de adequar as ofertas tanto à população, como ao sortido da farmácia.

A FMF realiza frequentemente campanhas de prevenção de doença e de promoção de estilos de vida saudáveis e coloca ao dispor dos utentes vários serviços: consultas de nutrição e podologia, administração de medicamentos injetáveis e vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação, PIM, recolha de medicamentos fora de uso e de embalagens vazias em parceria com a VALORMED[®], medição de altura, peso e respetivo Índice de Massa Corporal, de parâmetros bioquímicos, entre os quais: colesterol total, pressão arterial, glicémia e triglicerídeos.

A ferramenta informática utilizada pela FMF para efetuar o atendimento de utentes, bem como capacitada para fazer gestão de stocks e encomendas é o Sifarma[®], cuja instalação

e manutenção é efetuada pela Glintt[®]. Desde fevereiro do ano corrente, esta farmácia é parte integrante do projeto piloto que está a testar a versão mais atual do módulo de atendimento do *software* desenvolvida pela empresa.

A maioria dos utentes que frequentam a farmácia são fidelizados. Encaixam-se numa faixa etária idosa, sendo que grande parte é polimedicada. Recorrem regularmente à farmácia, por vezes até para esclarecer simples dúvidas, valorizando desta forma atendimento e os serviços prestados por toda a equipa.

3. ANÁLISE SWOT

O termo SWOT provém do inglês, e significa *Strenghts, Weaknesses, Opportunities, Threats*, traduzindo-se em Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças, respetivamente.

A análise SWOT é uma ferramenta que permite fazer uma análise interna e externa de determinada posição estratégica de uma empresa. Identifica a nível interno os pontos fortes e fracos, estudando aqueles que são fatores críticos de sucesso e, a nível externo, as oportunidades e ameaças existentes, de modo a prever possíveis impactos.⁵

Neste caso em concreto, realizo a análise SWOT da minha prestação na FMF durante o estágio curricular.

PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS
<ul style="list-style-type: none"> · Instalações · Equipa · Estagiária única · Preparação individual da medicação · Metodologia <i>kaizen</i> · Formações · Serviços diferenciados · Armazenamento de medicamentos · Gestão de <i>stocks</i> · Ferramenta informática Sifarma® · Dispensa de medicamentos para a Infertilidade · Dispensa de produtos de ostomia · Programa Farmácias Portuguesas · Conferência de receituário · Campanhas e ações desenvolvidas · Sistema de gestão da qualidade 	<ul style="list-style-type: none"> · Reduzida experiência · Denominações comerciais · Organismos de participação · Preparação de medicamentos manipulados · Sortido de clientes/localização · Aceitação da estagiária · Novo módulo do Sifarma®
OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
<ul style="list-style-type: none"> · Plano de marketing · Técnicas de <i>cross-selling</i> · Promoção da imagem · Novo módulo do Sifarma® · Rede Elo Farma 	<ul style="list-style-type: none"> · Lacunas de formação em determinadas áreas · Stock reduzido e roturas de <i>stock</i> · Outros locais de venda de MNSRM e produtos de bem-estar · Situação económica

Tabela I: Resumo da Análise SWOT

3.1. PONTOS FORTES

3.1.1. INSTALAÇÕES

A FMF conta com infraestruturas recentes, com elevada qualidade, garantindo as adequadas condições para o armazenamento, preparação e dispensa de medicamentos. Estas permitem ter o espaço organizado e apelativo tanto para os utentes como para a equipa, constituindo, sem dúvida, uma mais-valia.

Esta farmácia não dispõe de robô para o armazenamento e dispensa de medicamentos, refletindo-se num aspeto positivo sobretudo a nível pessoal, pois permitiu-me familiarizar com os mesmos à medida que os arrumava.

3.1.2. EQUIPA

A equipa técnica recebeu-me de braços abertos e sempre se mostrou disponível para esclarecer dúvidas e auxiliar em tudo o que podia. Caracteriza-se por ser dinâmica, organizada, querer sempre aprender mais e se manter informada ao máximo. Tem sempre objetivos e metas a atingir, renovando os mesmos frequentemente. Também a maneira como lida com os erros e sucessos de cada um é exemplar, fazendo fruto da partilha da experiência de forma a tentar auxiliar os restantes colegas a melhorar as lacunas e limar as arestas, nunca apontando o dedo, mas sim refletindo sobre a razão de ser dos processos e explicando como melhorar de uma próxima vez.

É simpática e acolhedora, coloca sempre os interesses dos utentes em primeiro lugar, tentando contribuir para o bem-estar dos mesmos, quer através do atendimento e aconselhamento, como de atividades e formações dirigidas. Os clientes valorizam muito estas qualidades, refletindo-se na frequência e na boa disposição com que frequentam a FMF, por vezes até para esclarecer as mais simples dúvidas.

A equipa sempre primou por me passar os valores e os ideais que defendem, de forma a fazer de mim uma melhor profissional e pessoa.

3.1.3. ESTAGIÁRIA ÚNICA

O facto de ser a única estagiária na FMF revelou-se um fator muito positivo, pois tive oportunidade de efetuar diversas tarefas e repeti-las, contribuindo para uma maior aprendizagem. Mas neste caso, sendo eu o único foco da equipa, provavelmente se tivesse outro estagiário, as tarefas e a atenção seriam mais repartidas e não teria tantas oportunidades de as experienciar e aperfeiçoar.

3.1.4. PREPARAÇÃO INDIVIDUAL DA MEDICAÇÃO

A FMF realiza semanalmente a PIM de alguns utentes. Durante o estágio tive oportunidade de presenciar e contribuir neste processo. Considero um ponto forte, pois este serviço em específico assume uma responsabilidade imensa, para além de proporcionar benefícios diretos tanto ao utente como ao farmacêutico. O doente vê a sua medicação organizada segundo dias e horários, diminuindo as probabilidades de esquecimento e/ou troca de medicamentos e de adesão à terapêutica. Sendo a maioria dos clientes da FMF polimedicados, este serviço proporciona uma monitorização mais estrita da medicação, podendo identificar eventuais erros ou duplicações.

3.1.5. METODOLOGIA KAIZEN

A palavra *kaizen* deriva do japonês e significa mudar para melhor.⁶ Esta filosofia foi implementada por uma equipa de consultoria da Glintt há cerca de dois anos. Neste momento, a FMF já se encontra bem desenvolvida, em processo de melhoria contínua. Esta melhoria foi atingida com o trabalho em equipa, com a divisão de tarefas, com o estabelecimento de objetivos, com reuniões curtas diárias e com a otimização de locais e tarefas.

Com toda esta aprendizagem, a FMF adaptou as ideias e as melhorias fornecidas pelos consultores à sua própria realidade, tendo adquirido também um pouco da forma de pensar da filosofia *kaizen*, colocando em prática, quase automaticamente, todos os ideais sempre que agarra um projeto ou idealiza algo novo para a farmácia executar.

Este é sem dúvida um ponto forte, pois acredito que esta filosofia auxilia imenso o trabalho diário numa farmácia e confere uma gestão operacional e simplificação de processos

incrível, ao mesmo tempo que caminha para o desenvolvimento de cada colaborador, quer a nível pessoal quer a nível profissional e também da própria farmácia.

3.1.6. FORMAÇÕES

O farmacêutico está em constante aprendizagem e renovação de conhecimentos. Considero que as formações são um aspeto positivo pois permitem-nos manter atualizados sobre a informação dos diversos produtos que existem nas farmácias como também permitem adquirir conhecimento extra sobre certas áreas do mercado farmacêutico. Tive oportunidade de assistir a várias formações durante o período de estágio, cujos temas abrangiam dispositivos médicos, produtos de uso veterinário, higiene oral, dermocosmética e suplementos alimentares.

3.1.7. SERVIÇOS

O farmacêutico tem um papel marcado no acompanhamento dos doentes e na promoção da saúde, sendo à farmácia que muitos utentes recorrem para a monitorização de níveis de glicémia e colesterol, por exemplo, e pela confiança que depositam nestes profissionais de saúde. A FMF dispõe de um vasto leque de serviços tentando suprir as necessidades dos seus clientes e da população do bairro envolvente. Tive oportunidade de realizar alguns deles, sendo que efetuei medições de glicémia, de colesterol total e de pressão arterial. A maioria das medições realizadas foram a pessoas que controlam regularmente os níveis, quer por alteração da medicação, quer por preocupação com a sua própria saúde e de facto foi bem visível o valor que atribuem ao farmacêutico e a confiança que nele depositam, pelas perguntas e pelas conversas que permitem também identificar potenciais situações de risco.

Outros serviços que não eram realizados por farmacêuticos, mas que merecem o devido destaque, são as consultas de podologia e de nutrição. Estas consultas eram realizadas por profissionais especializados, tendo muita procura e sucesso. Mostram uma vez mais a preocupação da FMF em colmatar as necessidades da população que a frequenta, tendo sempre em vista o bem-estar da mesma.

3.1.8. ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS

Arrumar medicamentos e produtos de saúde foram das primeiras tarefas que realizei na FMF. Como já mencionado, o facto de a farmácia não dispor de um robô permitiu-me ter mais contacto com os medicamentos, o que constituiu um ótimo método de aprendizagem e familiarização.

O local destinado aos Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM) é distinto daquele em que são colocados os Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM). Relativamente aos MSRM, estes estavam organizados por forma farmacêutica, ordem alfabética e consoante eram genéricos ou não, seguindo o método *first-expire, first-out*. Já os MNSRM estavam separados por princípio ativo e forma farmacêutica.

Ter de separar e arrumar todos os medicamentos acabou por ser bastante benéfico, pois ajudou bastante na associação da Denominação Comercial (DC) à Denominação Comum Internacional (DCI), aspeto esse que não tinha tão presente devido à grande utilização da DCI nos estudos do MIFC.

3.1.9. GESTÃO DE STOCKS

A gestão do *stock* e do sortido é um ponto muito importante a controlar em qualquer farmácia. Na FMF, considero que a gestão de *stocks* tem uma atenção muito especial, sendo que os colaboradores a monitorizam muito frequentemente.

São realizadas auditorias de *stock* aleatórias para perceber a quantidade de erros, correções de *stock* periódicas e monitorização de entradas e saídas de produtos, tendo também em conta as épocas do ano, bem como a verificação dos produtos cujo prazo de validade expira dentro de seis meses. Estes procedimentos ajudam a perceber os produtos que os utentes mais consomem ou deixam de consumir, aqueles que são sazonais e o *stock* real da farmácia. Estes aspetos são essenciais para poder satisfazer as necessidades dos clientes e assegurar a rentabilidade da farmácia.

3.1.10. FERRAMENTA INFORMÁTICA SIFARMA®

Na FMF a ferramenta utilizada é o Sifarma®. É um ponto forte dado que é um programa prático, intuitivo e fácil de aprender, tendo a vantagem de auxiliar muito aquando da dispensa

de medicamentos pois contém bastante informação sobre os medicamentos, precauções e advertências, o que torna o atendimento dos profissionais mais completo, ao relembrar aspetos que por vezes podem ser esquecidos.

No meu caso, a par da equipa que sempre esteve disponível para me esclarecer, foi uma ferramenta que ajudou a ultrapassar algumas dificuldades sentidas quando comecei a ir para o balcão fazer atendimentos.

Considero que é um sistema muito completo, pois para além da quantidade de informação disponível proporciona módulos de gestão e receção de encomendas, reservas, stocks e receituário, assumindo um papel fulcral na gestão e funcionamento da farmácia.

3.1.11. DISPENSA DE MEDICAMENTOS PARA A INFERTILIDADE

Os medicamentos para a infertilidade são de valores muito elevados, pelo que nem todas as farmácias têm estes medicamentos disponíveis no seu *stock*. O facto de a FMF dispensar este tipo de medicamentos é um ponto positivo, pois permitiu enriquecer o meu conhecimento e o contacto com este tipo de produtos, dado que é um campo pouco referenciado nos estudos do MICF.

3.1.12. DISPENSA DE PRODUTOS DE OSTOMIA

A FMF possui utentes que são ostomizados e que adquirem neste local os respetivos dispositivos médicos, que são alvo de participação desde abril de 2017.

Considero um ponto forte pois foi a primeira vez que tive contacto com este tipo de produtos e inclusive com este tipo de intervenções cirúrgicas. Além do mais, como a FMF dispensa estes dispositivos, a equipa técnica teve uma formação a fim de esclarecer algumas dúvidas e conhecer mais sobre esta área.

É mais um aspeto que mostra que a FMF tenta responder às necessidades de todos os utentes, prezando sempre pelo seu bem-estar e vinculando os mesmos, contribuindo adicionalmente para o sustento do estabelecimento.

3.1.13. PROGRAMA FARMÁCIAS PORTUGUESAS

O programa Farmácias Portuguesas foi desenvolvido pela Associação Nacional das Farmácias (ANF), que pretende aproximar a população às farmácias, recordando que estas são espaços de promoção de saúde e de aconselhamento, em que podem confiar.

O maior contacto que tive com este programa foi sobretudo ao nível do Cartão Saúde. A maioria dos utentes da FMF é aderente ao programa, usufruindo do cartão que vai acumulando pontos para posteriormente descontar em serviços e compras de produtos ou medicamentos, desde que não sejam MSRM. Embora grande parte dos utentes tenha cartão, ainda tive oportunidade de criar alguns para pessoas que não o possuíam.

O facto da FMF ser aderente deste programa é uma vantagem, pois todos aqueles que possuam o cartão podem utilizá-lo lá, mesmo que a visitem pela primeira vez, para além de que o cartão contém informação sobre os produtos que cada pessoa costuma comprar regularmente, podendo ser utilizado como estratégia para direccionar campanhas aos clientes da farmácia.

3.1.14. CONFERÊNCIA DE RECEITUÁRIO

Atualmente a percentagem de Receitas Sem Papel (RSP) é superior a 97%⁷, o que traz imensas vantagens que são evidenciadas na diminuição de erros aquando da dispensa, ao nível de compreensão do conteúdo ou até mesmo dos planos que cada utente tem associado. Até ao nível da conferência de receituário é benéfico dado que esta tarefa já não se torna necessária pois é tudo informatizado e automático.

No entanto, ainda existem receitas em papel que chegam à FMF quase todos os dias. Nestas, o processo é diferente tendo de ser conferidas e assinadas por dois farmacêuticos e no final do mês organizadas por lotes (trinta receitas cada) e organismos de participação. As receitas cuja participação é feita pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) são enviadas ao Centro de Conferência de Faturas e, as receitas dos restantes organismos de participação são enviadas à ANF. Tive oportunidade de conhecer todo o processo de conferência de receituário, tendo também contribuído ao nível de organização e verificação de lotes.

Adicionalmente adquiri uma atenção redobrada de cada vez que atendia alguém com uma receita manual, sendo importantíssimo conferi-la no ato da dispensa de modo a verificar

se a mesma cumpre todas as regras e requisitos, prevenindo complicações extra aquando do fecho dos lotes e da conferência das mesmas pelas entidades competentes.

3.1.15. CAMPANHAS E AÇÕES DESENVOLVIDAS

A promoção de campanhas e o desenvolvimento de atividades é uma parte importante da atividade de uma farmácia. A FMF sempre primou por ser dinâmica e se diferenciar, tentando sempre responder às necessidades dos utentes a par do objetivo de obter rentabilidade financeira. Para tal, realiza um plano de marketing mensalmente, tentando alinhar a época do ano, as montras, os produtos que possui e que os utentes comprem e as ações das marcas. Para isto, utiliza o espaço físico e as redes sociais, como o Facebook e o Instagram, para divulgar as campanhas e os cartazes e aproximar a população à farmácia.

Para além de campanhas, também organiza outro tipo de ações como, por exemplo, workshops. Saliento um workshop que foi realizado em parceria com a Kukident, onde os utentes que assistiram ficaram a saber mais sobre as próteses dentárias, todos os cuidados a ter e produtos associados bem como esclareceram as dúvidas que possuíam.

Destaco ainda a plantação de uma oliveira no bairro monte formoso por parte da FMF, de modo a comemorar o dia da árvore, salientando a preocupação que esta farmácia tem em fazer mais pelos utentes e pelo próprio bairro.

3.1.16. SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

A FMF tem implementado um Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) materializado no Manual da Qualidade. Este foi elaborado pelo Dinamizador da Qualidade, um elemento previamente designado pelo Diretor Técnico, que neste caso é a Dra. Ivone.

O objetivo do Manual e de todo o SGQ é garantir a qualidade dos serviços e produtos fornecidos, ao longo de todo o circuito dos mesmos pela farmácia. Está organizado em Procedimentos Técnicos, Procedimentos de Suporte e Instruções de Trabalho, normalizando e dando instruções de todos os procedimentos necessários a realizar no estabelecimento, desde a abertura e fecho da farmácia ao armazenamento e dispensa de medicamentos passando ainda pela monitorização dos equipamentos. Este Manual está em constante atualização, dado que regularmente são realizadas auditorias internas de modo a perceber se

os procedimentos e instruções se encontram ou não atualizados e adequados à realidade atual da farmácia. Tive oportunidade de auxiliar o Dinamizador da Qualidade na revisão, atualização e criação de alguns procedimentos, permitindo-me ter noção de todo o processo envolvido no mesmo, bem como da importância de todo o SGQ na farmácia.

3.2. PONTOS FRACOS

3.2.1. REDUZIDA EXPERIÊNCIA

Um dos maiores obstáculos a ultrapassar, sobretudo quando comecei a atender ao balcão, foi a falta de experiência e a insegurança nos aconselhamentos que fazia quando atendia alguém. Esta barreira foi sendo ultrapassada com o passar do tempo, pois fui ganhando confiança e pela constante disponibilidade da equipa técnica em me ajudar e esclarecer todas as dúvidas que surgiam. Também o facto de ir debatendo durante o dia a dia com a própria equipa alguns assuntos ajudava a consolidar as aprendizagens e a criar alguma segurança caso aparecesse alguma situação dentro do tema discutido

3.2.2. DENOMINAÇÕES COMERCIAIS

Durante o MICF lidamos com a DCI e não temos quase ideia das DC dos medicamentos. Assim, quando alguém me perguntava a indicação de certo medicamento, mas utilizava o nome comercial eu tinha de ir verificar qual o princípio ativo para poder responder. A DC foi um obstáculo que também foi superado, por exemplo, quando o utente queria levar o medicamento de marca ou quando não existia genérico embora a prescrição seja por DCI, bem como pelo facto de não possuir robô e ter de arrumar os medicamentos, permitindo uma maior familiarização DCI vs DC.

3.2.3. ORGANISMOS DE COMPARTICIPAÇÃO

Embora a maioria das receitas que chegam à farmácia sejam RSP, também aparecem algumas manuais. Nestas, é preciso identificar qual o organismo de comparticipação e inseri-lo no sistema para que a comparticipação seja efetuada. O facto de não estar familiarizada com os diferentes organismos que existem bem como os diferentes procedimentos inerentes foi um ponto fraco que também foi sendo ultrapassado com a prática.

3.2.4. PREPARAÇÃO DE MEDICAMENTOS MANIPULADOS

Durante a estadia na FMF tive oportunidade de realizar dois MM, sendo que coloco a respetiva ficha de manipulação e rótulo de um deles em anexo. Para a realização dos respetivos

MM foi consultada a legislação em vigor, de modo a cumprir as boas práticas de manipulação bem como para o cálculo do preço e preenchimento da ficha de manipulado. A Farmacopeia Portuguesa também foi essencial para consultar a monografia genérica sobre a forma farmacêutica prescrita.

No entanto, considero um ponto fraco, pois embora tenha elaborado MM, penso que é um número um pouco reduzido pois não me permitiu colocar em prática e aperfeiçoar as minhas aprendizagens em galénica.

3.2.5. SORTIDO CLIENTES/LOCALIZAÇÃO

A localização da FMF limita um pouco o tipo de clientes que por lá passam. São sobretudo pessoas residentes do bairro envolvente, sendo que a afluência de turistas, pessoas mais jovens ou utentes que procuram produtos de dermocosmética ou de puericultura, por exemplo, é reduzida. Desta forma condiciona um pouco a diversidade de atendimentos e aconselhamentos que são realizados, limitando também os desafios que encontrei bem como a aprendizagem inerente aos mesmos.

3.2.6. ACEITAÇÃO DA ESTAGIÁRIA

O facto de os clientes já estarem fidelizados à farmácia e já conhecerem bem a equipa por vezes revelou-se um ponto fraco dado que estranharam a minha presença por ser um elemento novo. Existiam utentes que percebiam que eu estava a aprender e não colocavam nenhum entrave, no entanto, outros pediam para ser atendidos por alguém que já conhecessem. Este obstáculo foi ultrapassado à medida que o tempo passava e me iam conhecendo melhor, sendo que alguns até criaram afinidade comigo.

3.2.7. NOVO MÓDULO SIFARMA[®]

A FMF acolheu em fevereiro o projeto piloto que visa testar o novo módulo do Sifarma[®]. Descrevo-o como um ponto fraco, pois embora o sistema esteja em fase de teste, atualmente tem muitos erros que precisam de ser corrigidos. É certo que é o futuro sistema que integrará as farmácias e, portanto, são necessários testes e sugestões de melhoria para ser otimizado, daí o meu esforço em utilizá-lo, no entanto não se revelou funcional no dia a

dia da farmácia. Por vezes, os atendimentos demoravam mais porque estava a utilizar o novo programa que era mais lento que o anterior, como por vezes bloqueava a meio do atendimento e tinha de começar de novo na ferramenta antiga. Com o passar do tempo percebi que só poderia utilizar o novo módulo quando antecipasse que a pessoa que estava a atender era paciente, não tinha muita pressa e o processo inerente fosse simples. É algo um pouco limitante, porque por vezes é difícil antecipar este tipo de coisas e pode acabar em constrangimentos.

3.3. OPORTUNIDADES

3.3.1. PLANO DE MARKETING

A FMF planifica a sua estratégia de marketing mensalmente. É definida a estratégia de comunicação a ser utilizada e o público-alvo. O plano está articulado com as estações do ano, com as temáticas e dias festivos mensais e com o sortido da farmácia.

Este plano inclui a divisão de tarefas por colaboradores, de modo a cobrir as publicações nas redes sociais, a realização e impressão dos cartazes, a decoração da montra e das gôndolas existentes.

Adicionalmente, foi implementado um plano de gestão de categorias, em que cada colaborador é responsável por duas categorias. Por exemplo, uma pessoa é responsável por produtos de uso veterinário e capilares, tendo de ir gerindo, organizando e modificando as gôndolas/lineares, de modo a chamar mais à atenção dos clientes e potenciar as vendas, contribuindo para o aumento do rendimento da farmácia.

3.3.2. TÉCNICAS DE CROSS-SELLING

O *cross-selling* tem na sua base a venda cruzada de produtos, ou seja, quando uma pessoa está a comprar um produto, sugerir-lhe outro que complemente o que está a levar e que isoladamente provavelmente não compraria. Desta forma, o cliente pode ver valor no produto e acabar por adquiri-lo, sendo uma mais-valia para ele e para a farmácia.

Durante o estágio na FMF a equipa partilhava entre si algumas técnicas, e eram realizados diagramas com *cross-sellings* sugeridos a todos os colaboradores, de modo a facilitar a compreensão e a colocação em prática.

3.3.3. PROMOÇÃO DA IMAGEM

Tal como referido, a FMF conta com uma equipa dinâmica, que quer sempre fazer mais e melhorar cada passo dado, procurando promover a sua imagem ao máximo, acompanhando também a evolução tecnológica. É seu objetivo ampliar os meios que utiliza para chegar aos utentes, de modo a fazer-se sentir presente no seio dos mesmos. Cada vez mais usa as redes sociais para divulgar as iniciativas, como também utiliza ferramentas que auxiliem na evolução

e idealização da imagem. É sem dúvida uma oportunidade da FMF aumentar a sua visibilidade e rendimento como também me ajuda a perceber e adquirir novas ideias que se podem aplicar a futuros projetos.

3.3.4. NOVO MÓDULO DO SIFARMA®

Além de uma fraqueza, o novo módulo do Sifarma® constitui também uma grande oportunidade. Este é o futuro substituto da atual versão do Sifarma®, sendo um privilégio integrar o projeto piloto. Para além de poder dar sugestões de melhoria e contribuir para o aperfeiçoamento da ferramenta, atualmente ela já proporciona algumas opções que a antiga não possibilitava, facilitando muito alguns aspetos no atendimento.

O facto de eu e da equipa já estarmos inteiradas do novo módulo facilitará também a transição no futuro.

3.3.5. REDE ELO FARMA

A FMF faz parte de uma rede de farmácias, a Rede Elo Farma, que proporciona acesso a melhores preços nas compras de produtos e medicamentos, sendo claramente uma oportunidade que a farmácia tem para aumentar a sua rentabilidade. Esta rede também proporciona acesso a formações e a documentação que auxilia na criação e idealização de campanhas e rastreios, bem como no esclarecimento e inteiração de alguns temas, de modo a manter a equipa sempre informada.

3.4. AMEAÇAS

3.4.1. LACUNAS DE FORMAÇÃO EM DETERMINADAS ÁREAS

O MICF é um curso muito abrangente e que dá àqueles que o frequentam as ferramentas necessárias para exercerem na área das Ciências Farmacêuticas. Porém, ao longo dos cinco anos, é muito difícil abordar todos os campos aprofundadamente. O resultado faz-se verificar, por exemplo, na prática da farmácia comunitária, onde existem temas que não dominamos tão bem e que se pode revelar como uma ameaça. Senti que existiam áreas que não me sentia tão à vontade para aconselhar os utentes pois não foram muito exploradas ao longo do MICF. Apesar disto, cabe aos farmacêuticos tentarem manter-se atualizados e complementarem a sua formação ao máximo, algo que a FMF sempre prezou e me tentou passar.

3.4.2. STOCK REDUZIDO E ROTURAS DE STOCK

Com a situação económica atual uma farmácia tem de saber gerir bem o seu *stock* para não correr o risco de ter produtos sem rotação ou que venham a dar prejuízo. Desta maneira, nem sempre era possível responder no exato momento aos pedidos dos clientes. Muitas vezes existiam medicamentos que tinha de encomendar porque não os possuíamos na farmácia, causando algum desconforto e descontentamento dos utentes que tinham de voltar mais tarde para o levantar.

Também por vezes a rutura de *stock* nos próprios laboratórios acontecia, como é caso do medicamento Doce Alívio[®], que esteve esgotado durante vários meses. Embora a responsabilidade não seja da farmácia, é esta o ponto de ligação com os clientes tendo de lidar com o descontentamento dos mesmos e explicar o sucedido. A situação tornava-se mais desagradável quando era um medicamento que não possuía nenhum equivalente no mercado e, portanto, os utentes tinham mesmo de procurar o médico e tentar encontrar uma alternativa de modo a não comprometer o tratamento.

3.4.3. OUTROS LOCAIS DE VENDA DE MNSRM E PRODUTOS DE BEM-ESTAR

Atualmente não são apenas as farmácias os únicos locais no país que podem vender MNSRM. Estes estabelecimentos vieram aumentar a concorrência, sendo a maioria deles

dotados de grandes estratégias de marketing e de posicionamento relativamente ao consumidor por estarem frequentemente associados a grandes superfícies comerciais. Este facto permite-lhes também comprar produtos em grandes quantidades, reduzindo assim o preço de compra e, conseqüentemente, o preço de venda ao público, tornando-se mais acessíveis a este último.

Esta situação refletiu-se imenso no quotidiano das farmácias, vendo-se estas obrigadas a adaptar as estratégias de marketing e os preços de modo a tentarem competir com outros locais de venda de produtos de saúde, manter os seus clientes e tentar amortizar o impacto sofrido.

3.4.4. SITUAÇÃO ECONÓMICA

É sabido que as medidas de austeridade no setor farmacêutico são cada vez mais. A constante tentativa de aumentar a margem de genéricos e baixar ao mesmo tempo o preço dos mesmos tem um impacto muito grande nas farmácias. Estas medidas aumentam o acesso da população aos medicamentos, no entanto diminuem as margens das farmácias, tornando-se muitas vezes um negócio insustentável.

Além do mais, desde a crise, a diminuição do poder de compra da população refletiu-se imenso. A maioria das pessoas quando vai à farmácia é só para comprar medicamentos e mesmo assim já se queixa da quantia, diminuindo assim a percentagem de pessoas que compram produtos de bem-estar, por estes terem preços mais elevados. Tudo isto se reflete nas contas da farmácia no final do mês, afetando também todas as pessoas que lá trabalham bem como a acessibilidade dos recém-formados ao mercado de trabalho.

4. CASOS CLÍNICOS

4.1. CASO I

A senhora A.M dirige-se à FMF referindo que está com um olho vermelho, e com comichão e pensa tratar-se de uma conjuntivite. Pede que lhe venda uma pomada ou um colírio que sejam antibióticos para tratar a mesma. Expliquei que não o podia fazer, primeiro porque não é permitido vender MSRMs sem prescrição médica e depois porque não tinha nada diagnosticado ao que não sabíamos se era de facto uma conjuntivite ou outra coisa. Além de isso, mesmo que fosse uma conjuntivite, poderia ter origem viral, sendo que um antibiótico só funciona em conjuntivites bacterianas.

Assim, recomendei que visitasse um médico para perceber o que se passava realmente. Entretanto, aconselhei umas medidas não farmacológicas que poderiam auxiliar no alívio dos sintomas, entre as quais evitar coçar os olhos ao máximo, ter as mãos sempre lavadas e sempre que tocasse num olho não tocar no outro de seguida para diminuir o risco de contágio. Também sugeri o uso de um colírio hidratante, por exemplo Thealoz[®], que está indicado em caso de sensação de secura ocular (desconforto, ardor, irritação) e de fadiga ocular induzidas por fatores externos, podendo auxiliar no alívio dos sintomas, salientando sempre a necessidade de consultar um médico.⁸

4.2. CASO II

A utente B.S, com cerca de 60 anos, dirige-se à farmácia mencionando que não consegue defecar há 3 dias, pedindo por uma solução rápida. Questionei se era uma situação recorrente, ao que me responde que não, dizendo que nos últimos tempos tem sentido algumas dificuldades, mas que é a primeira que vez que acontece por um período tão longo.

Comecei por recomendar algumas medidas não farmacológicas, como o aumento da ingestão de alimentos ricos em fibras, como verduras, frutas com casca, ingestão de uma quantidade adequada de água ao longo do dia, a prática regular de exercício físico, como por exemplo, caminhadas diárias e uma reeducação do intestino, tentando defecar todos os dias à mesma hora, sem pressas e de forma relaxada. Adicionalmente, recomendei o ProNourish[®] Optifibre, um suplemento alimentar de fibra, que contribui para a regulação do trânsito intestinal.⁹

Como a utente desejava uma solução rápida, aconselhei Agiolax[®], um expansor do volume fecal, indicado para avaliar a obstipação ocasional, que ajudaria a resolver o problema de forma mais rápida. ¹⁰ Referi que o uso deste não deveria ser frequente, sendo que serviria para aliviar a situação em que se encontrava.

Após o alívio da situação referida, deveria seguir as medidas não farmacológicas indicadas bem como a utilização do ProNourish[®] Optifibre, dado que estas medidas podem ser utilizadas por longos períodos.

5. NOTAS FINAIS

Chega ao fim mais uma etapa dos estudos no MICF, sendo esta claramente a mais marcante. Ter a oportunidade de realizar o estágio curricular em Farmácia Comunitária na Farmácia Monte Formoso foi muito recompensador, sendo parte de uma equipa empenhada, dinâmica e exemplar.

Foi neste estágio que consegui colocar em prática os conhecimentos adquiridos ao longo do MICF, adquirindo outros tantos. Muitos foram os desafios, mas também muitas foram as conquistas. Incrivelmente, foi no “terreno” que senti que consolidei melhor todos os conhecimentos e que percebi que cada caso é um caso, e o farmacêutico tem de ter a habilidade de conseguir conjugar os seus conhecimentos com as situações que lhe são apresentadas todos os dias.

É também sabido que o saber não ocupa lugar, e que os profissionais de saúde estão em constante aprendizagem, para que melhor possam servir e ajudar a população. As formações e as trocas de ideias sobre diversos temas com a equipa da farmácia contribuíram para uma análise mais crítica das situações bem como para a diminuição da insegurança muitas vezes sentida.

À Farmácia Monte Formoso tenho a agradecer toda a atenção, todo o carinho, todos os ensinamentos passados e por mostrarem que é sempre possível melhorar e procurar evoluir com as ferramentas que nos são fornecidas. Porque ser farmacêutico é mais que dispensar medicamentos. É aconselhar, auxiliar e promover saúde. É saber gerir os recursos existentes e acompanhar a evolução da tecnologia e do mundo para proporcionar à população o melhor acompanhamento e os melhores meios de prevenção, tratamento e promoção de saúde. E muito mais.

Concluindo, é na farmácia comunitária que trabalha a maior percentagem de farmacêuticos em Portugal. Além disso, as farmácias são o primeiro local a que a maioria da população recorre quando tem um problema de saúde, mesmo antes de se dirigir a um centro de saúde ou a um hospital. Assim, é na farmácia e naqueles que lá trabalham que os utentes depositam grande confiança, evidenciando o grande papel que a rede farmacêutica desempenha na promoção da saúde pública.

CAPÍTULO II

COMPARTICIPAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM PORTUGAL: EVOLUÇÃO E IMPACTO SOCIAL

I. INTRODUÇÃO

Publicada em 1990, a Lei de Bases da Saúde começa por afirmar que constitui direito dos cidadãos e da comunidade a proteção da saúde, sendo a defesa desta promovida pela atividade do Estado ao mesmo tempo que fornece acesso à mesma, segundo os recursos disponíveis (humanos, técnicos e financeiros).¹¹

No que toca à saúde, os medicamentos têm um papel preponderante, tornando-se visíveis os benefícios gerados, mas também os custos a eles inerentes.¹² A preocupação do Estado em proporcionar aos cidadãos um acesso mais facilitado aos medicamentos remonta de 1950, com o Decreto n.º 37762 que surge para regular a assistência medicamentosa, dirigida aos funcionários das Instituições de Previdência Social do Estado Novo Corporativo e sendo mais tarde alargada aos respetivos familiares.¹³

Em 1984 ouve-se pela primeira vez falar de comparticipação.¹³ Esta palavra deriva do latim *comparticipatiōne*, significando “ato ou efeito de participar, tomar parte” e “valor ou quantia com que algo ou alguém participa nos custos ou nos lucros de algo”.¹⁴ Neste ano são criados pela primeira vez os escalões de comparticipação de medicamentos, onde, em linhas gerais, o Estado paga parte do valor de certos medicamentos, proporcionando um melhor acesso aos mesmos por parte da população.¹³

Desde então, Portugal assiste a uma constante evolução, desenvolvendo e regulamentando esta área. São lançados diversos diplomas e Decretos – Lei até aos dias de hoje, que abarcam inúmeras alterações a toda a política de comparticipação dos medicamentos. Estas mudanças advêm no sentido de obter um sistema racional e eficiente, garantindo benefícios aos cidadãos, mas também tendo em conta a racionalização da despesa com os medicamentos.¹⁵

As medidas implementadas claramente acarretam consequências, sendo elas positivas e/ou negativas, algo que pretendemos avaliar nesta monografia.

Assim, é efetuada uma análise da evolução dos sistemas de comparticipação, focando na origem da comparticipação bem como os primeiros passos dados relativamente a este tema. Posteriormente, são referidas as mudanças mais significativas no decorrer dos anos, até chegarmos ao atual sistema. Por fim, é analisado o impacto obtido na sociedade consequente das medidas implantadas.

2. EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE COMPARTICIPAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM PORTUGAL

Em Portugal, os apoios/benefícios sociais surgem no ano de 1919 com o seguro social obrigatório na doença. Embora estes apoios marcassem a história da saúde no nosso país, tais não incluíam os medicamentos. Assim, em 1950, o Decreto n.º 33762 vem regular a “Assistência Medicamentosa”, sendo primeiramente destinada aos beneficiários das instituições de Previdência Social do Estado Novo Corporativo e alargando-se aos respetivos familiares em 1960.¹³

Os medicamentos comparticipados eram de origem nacional (injetáveis, vacinas e sulfamidas), abrindo exceção aos internacionais em caso de inexistência de correspondência nacional.^{3,6} Posteriormente, são considerados na comparticipação medicamentos provenientes de países da EFTA (*European Free Trade Association*) e, anos depois, a origem deixou de ser um critério, comparticipando-se medicamentos provenientes de qualquer país.

¹³

Com o Decreto – Lei n.º 68/84 de 27 de fevereiro aparecem os primeiros escalões de comparticipação.¹³ Os escalões são determinados consoante a classificação farmacoterapêutica de cada fármaco, sendo que, em cada escalão, o Estado paga uma percentagem do preço do medicamento. Assim, o sistema foi pensado para que medicamentos indicados para doenças crónicas ou incapacitantes obtivessem um nível de comparticipação superior.¹⁶

Com esta nova visão o Estado pretende aumentar e garantir a acessibilidade a medicamentos que são indispensáveis, acabando com o sistema anterior que desprezava a importância terapêutica de cada um e que, conseqüentemente, não protegia os cidadãos, mas sim a indústria nacional. Além da utilidade terapêutica, é ainda considerada também a dependência criada por algumas classes, pretendendo este sistema desencorajar o excesso de consumo pelos riscos que apresenta para a saúde pública.¹⁷ Foram então fixados os seguintes escalões:

- Escalão A – Comparticipação de 100%: medicamentos de uso imprescindível em situações de alta gravidade e que aporta conseqüências sociais críticas.

Neste escalão estão incluídas classes terapêuticas como antidiabéticos injetáveis e orais, antiparkinsonianos, imunossupressores, citostáticos, entre outros.

- Escalão B – Comparticipação de 80%: medicamentos reservados ao tratamento de doenças crônicas graves que conduzem a uma terapêutica prolongada, obrigando a um esforço financeiro do doente. Encontramos neste escalão fármacos destinados a, por exemplo, cardiotônicos, antimaláricos, anti-hipertensores, hormonas da tiróide e antitiróideos, etc.
- Escalão C – Comparticipação de 50%: medicamentos com interesse terapêutico que não estão incluídos em nenhum dos outros três escalões.
- Escalão D – Comparticipação de 35%: medicamentos não imprescindíveis, mas com notável interesse terapêutico em situações com gravidade ligeira e não prolongadas. Incluem-se, por exemplo, antiácidos, vacinas não gratuitas, antitússicos e expectorantes, entre outros.¹⁷

Com o objetivo de alcançar uma sustentabilidade do sistema, racionalizar o consumo e efetuar um melhor aproveitamento dos recursos financeiros disponíveis, são realizadas uma série de alterações às percentagens de comparticipação.^{3,8} O Decreto – Lei n.º 157/88 de 4 de maio é o primeiro alterá-las, estabelecendo a existência de apenas três escalões, com 100%, 80% e 50% de comparticipação cada. A lista dos medicamentos incluídos em cada um deles é elaborada e aprovada por despacho emitido pelo Ministro da Saúde.¹⁸

Dois anos mais tarde, com o Decreto – Lei n.º 231/90 de 14 de julho são estabelecidas as regras para a comparticipação dos medicamentos.¹⁹ Nesse mesmo ano, em 1990, é publicada a Lei de Bases da Saúde, que pretende traçar as linhas gerais e os princípios em que assenta a política da saúde, promovendo a sua proteção e definindo os meios e serviços de acesso à mesma.¹¹ Nessa mesma lei, a Base XXI refere-se à atividade farmacêutica, sendo esta regulada por um diploma, intitulado Estatuto do Medicamento. O Estatuto do Medicamento é publicado pelo Decreto – Lei n.º 72/91 de 8 de fevereiro, que reúne toda a legislação desde a introdução no mercado até à comercialização de um medicamento.²⁰

Neste Estatuto, está contemplado um capítulo referente à comparticipação dos medicamentos (capítulo VI) incluindo os respetivos escalões e normas para a concessão de comparticipação, bem como a definição de medicamento genérico (MG) e condições de prescrição do mesmo.²¹ A primeira vez que foi definido o conceito de MG bem como a legislação envolvida, desde a produção, à autorização de introdução no mercado, bem como

respetivos preços e comparticipação foi aquando da publicação do Decreto – Lei n.º 81/90 de 12 março.²¹

A 25 de junho de 1992 ocorre mais um momento marcante na história da comparticipação dos medicamentos em Portugal. É publicado o Decreto – Lei n.º 118/92, que cria os regimes especiais de comparticipação.²¹ Os utentes incluídos neste regime são os pensionistas cujas pensões atinjam um montante não superior ao salário mínimo nacional, possuindo uma majoração de 15% nos escalões B e C. Além da instituição deste regime, o Decreto reduz ainda os escalões de comparticipação B e C, de 80% e 50% para 70% e 40%, respetivamente. As medidas implementadas têm uma vez mais o objetivo de redistribuir os recursos, tentando adicionalmente obter uma justiça social e criar condições que permitam o acesso de pessoas com fracos rendimentos e com maior risco de consumo de medicamentos ao respetivo tratamento.²²

Com a Portaria n.º 623/92 de 1 de julho, é alterado o regime de formação de preços dos MG, sendo que o preço do primeiro MG que é inserido no mercado, com determinada dosagem e apresentação, deve ter um preço de venda ao público (PVP) pelo menos 20% inferior ao Preço de Referência (PR).^{11;13} Para introduzir um MG que não seja o primeiro no mercado, este tem de respeitar a mesma regra, com o mesmo PR, no entanto, o preço final não pode ser superior ao do MG com preço mais elevado. O PR é definido com base no PVP do medicamento de marca similar que apresente uma quota de mercado superior ou igual a 10%.²³

Em 1998, com o Decreto-Lei n.º 291/98 de 17 de setembro, torna-se permitido utilizar um nome para designar o MG, sendo este o nome do titular ou um nome de fantasia, ambos associados à DCI.²¹

Até 2000, apesar da legislação em vigor, o mercado de MG em Portugal estava praticamente estagnado, com quotas de mercado inferiores a 0,5%, revelando que as tentativas do governo em promover estes medicamentos se revelavam insuficientes.²¹ Assim, o novo século pretende reverter esta tendência e impulsionar o mercado dos genéricos, arrancando com um Programa Integrado de Promoção dos Medicamentos Genéricos, dirigido aos profissionais da saúde e da indústria farmacêutica e à população em geral. A 1 de setembro, o Decreto – Lei n.º 205/2000 introduz o arranque necessário ao desenvolvimento deste mercado, com um aumento de 10% na comparticipação do Estado no preço dos MG em todos os escalões, exceto no A. Além disso, este diploma cria o escalão D, cuja comparticipação é

de 20%. Os pensionistas cujo montante auferido não seja superior ao salário mínimo nacional usufruem de uma comparticipação adicional de 15% nos escalões B, C e D. ^{11;14}

Em setembro desse mesmo ano, torna-se mais fácil identificar visualmente os medicamentos genéricos. Com o Decreto – Lei n.º 242/2000 de 26 de setembro, começa a utilizar-se a sigla “MG” para identificar os respetivos medicamentos. ²¹

No ano seguinte, é alterado o regime de formação de preços dos MG. Com a Portaria n.º 577/2001 de 7 junho, o PVP dos genéricos deve ser pelo menos 35% inferior ao do medicamento de referência. ^{11;15}

Em 2002, é criado o Sistema de Preços de Referência (SPR) pelo Decreto – Lei n.º 270/2002 de 2 de dezembro e na baseia-se instituição de um PR por cada grupo homogêneo (GH). Um GH define-se como “conjunto de medicamentos com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias activas, forma farmacêutica, dosagem e via de administração, no qual se inclua pelo menos um medicamento genérico existente no mercado”. ²⁶ O PR de cada grupo corresponde ao PVP do medicamento mais caro que consta no mesmo e, se o preço de um medicamento se revelar superior ao PR, o utente pagará a diferença entre os dois. ²⁵ Para utentes cobertos pelo regime especial, o PR de cada GH é majorado em 25%.²⁶ No final do mesmo ano, surge o Decreto – Lei n.º 271/2002 a 2 de dezembro, que estabelece a prescrição obrigatória por DCI para princípios ativos com medicamentos genéricos presentes no mercado. ²¹

O ano de 2005 fica marcado por uma redução do preço dos medicamentos em 6%, a par da redução da percentagem de comparticipação do primeiro escalão. Assim, o Decreto – Lei n.º 129/2005 de 11 de agosto, reduz em 5% a comparticipação do escalão máximo, passando de 100% para 95%, quer no regime geral, quer no regime que abrange patologias e grupos especiais de utentes. O único grupo salvaguardado é o dos pensionistas, em que o Estado pretende proteger aqueles que são mais desfavorecidos e, portanto, continuam a usufruir de uma comparticipação a 100%. Este Decreto introduz mais uma novidade, sendo ela a eliminação da majoração de 10% na comparticipação de MG por considerar estes medicamentos já estão devidamente instalados no mercado. ²⁷

Estas medidas auferem uma vez mais, a sustentabilidade do SNS ao mesmo tempo que tentam não prejudicar a acessibilidade aos medicamentos daqueles cujos rendimentos são inferiores, tendo em primeira instância a proteção da saúde dos cidadãos. ²⁷

O ano de 2006 não acaba sem a aprovação do Orçamento de Estado para 2007. A 29 de dezembro é publicada a Lei n.º 53-A/2006, com o respetivo orçamento para o ano seguinte, onde consta uma redução da percentagem de comparticipação dos escalões B, C e D para 69%, 37% e 15%, respetivamente.²¹

No ano de 2007 assiste-se à determinação do preço dos novos medicamentos que entram nos GH. O Decreto – Lei n.º 65/2007 de 14 de março define que o PR de cada GH para novos MG corresponde ao medicamento com preço mais baixo que contenha pelo menos 10% da quota de mercado do respetivo grupo. Assim, o medicamento que entrar para um GH deve possuir um PVP 3% inferior ao PR.²¹

Ano de 2008 torna-se sinónimo de redução do preço máximo de venda ao público de MG. O governo justifica esta medida com o objetivo de equilibrar as contas públicas e tentar aproximar o nível de preços aos restantes países europeus, nomeadamente aos de Espanha e França. O nível de preços de MG sentidos em Portugal neste ano traduz-se numa quota de mercado em valor superior à quota de mercado em volume, situação que necessita de ser invertida. Assim, com a Portaria n.º 1016-A/2008 de 8 de setembro, reduz-se o PVP dos MG aprovados até 31 de março do mesmo ano em 30%. Tornam-se exceção MG cujo PVP seja inferior a 5€ e MG cuja redução de 30% acabe com um preço 50% inferior ao PR.²⁸

No ano seguinte, o governo toma como preocupação a justiça social adotando medidas que visam apoiar famílias e os mais idosos, jogando com o incentivo ao consumo dos MG. Com a publicação do Decreto – Lei n.º 129/2009 de 29 de maio, os genéricos de todos os escalões passam a possuir uma comparticipação de 100% para pensionistas cujo rendimento total anual não seja 14 vezes superior ao salário mínimo nacional ou, quando esta premissa é ultrapassada, não exceda em 14 vezes o valor do indexante dos apoios sociais.²⁹

Em 2010, ocorre uma nova alteração do sistema de comparticipação, com o objetivo de garantir sustentabilidade e melhor a gestão do SNS, combatendo a fraude e estabelecendo medidas que tornem o acesso à medicação mais justo.¹³ De modo a caminhar no sentido da concretização dos objetivos propostos, surge o Decreto – Lei n.º 48-A/2010 de 13 de maio que volta a modificar os escalões de comparticipação para os pensionistas. Ora, assim, “os pensionistas cujo rendimento total anual não exceda 14 vezes a retribuição mínima mensal garantida em vigor no ano civil transacto ou 14 vezes o valor do indexante dos apoios sociais em vigor, quando este ultrapassar aquele montante” têm direito a uma majoração de 5% na comparticipação dos medicamentos incluídos no escalão A e de 15% para os restantes escalões. Estes, podem ainda obter uma comparticipação de 100% no conjunto dos escalões,

se o medicamento a adquirir for genérico, pertencendo a um dos 5 medicamentos com PVP mais baixo do respetivo GH.³⁰ A 28 de dezembro a Portaria n.º 1319/2010 define que o rendimento total referido no decreto anterior, corresponde ao rendimento total do agregado familiar dividido por cada pessoa pertencente ao mesmo.³¹

O ano de 2010 é ainda marcado por mais um Decreto com medidas de alteração ao sistema de comparticipação dos medicamentos no sentido de cumprir os objetivos anteriormente citados. O Decreto – Lei n.º 106-A/2010 de 1 de outubro altera o cálculo do PR, que passa a corresponder à média do preço dos cinco medicamentos mais baratos que integram cada GH, abandonando a referência ao MG com o PVP mais elevado de cada grupo. Com esta medida o Estado pretende racionalizar o dinheiro público ao mesmo tempo que providencia elevadas taxas de comparticipação, de modo a não afetar o acesso aos medicamentos.³²

Este Decreto introduz ainda mais duas alterações: a primeira corresponde à redução de 95% para 90% a comparticipação do escalão A no regime normal. A segunda alteração afeta o regime especial, reduzindo de 100% para 95% a comparticipação do conjunto dos escalões. Estas variações assentam no facto de que o Estado considera que existia um abuso do estatuto do regime especial, tendo aumentado o consumo de medicamentos por meio do desvio do regime normal para o especial. Assim, tenta-se combater a fraude e direcionar o sistema para aqueles que realmente necessitam do mesmo.³²

Dois anos depois, surge a Lei n.º 11/2012 de 8 de março. Esta vem introduzir a prescrição obrigatória por DCI, complementada pela indicação da forma farmacêutica, dosagem, apresentação e posologia. Em situações justificadas em que a substituição de um medicamento por um genérico não é aconselhada, o médico pode prescrever por denominação comercial, constituindo uma exceção que terá de ser devidamente assinalada. As razões das exceções podem ser: prescrição por margem terapêutica estreita, reação adversa a um medicamento com a mesma substância ativa, mas com outra denominação comercial ou então prescrição de um medicamento que se destinava assegurar a continuidade de um tratamento com duração superior a 28 dias. Para efeitos de comparticipação, a prescrição deve ser realizada por DCI, podendo ser efetuada por nome comercial pelas razões acima indicadas ou ainda por não existir medicamento genérico para a substância ativa em prescrição.³³

Chegado o ano de 2013, as alterações principais pautam-se com os MG. O Decreto – Lei n.º 103/2013 de 26 de julho vem modificar as regras de comparticipação. Assim, o PVP de

novos medicamentos a compartilhar, para os quais exista GH, deve ser inferior em 5% ao PVP máximo do MG com preço mais baixo e que tenha pelo menos 5% de quota de mercado dentro do respectivo GH.³⁴

O ano de 2015 traz uma inovação. Com o Decreto – Lei n.º 97/2015 de 1 de junho é criado o Sistema Nacional de Avaliação de Tecnologias de Saúde (SiNATS). Segundo este Decreto, o SiNATS “é constituído pelo conjunto de entidades e meios que procedem à avaliação de tecnologias de saúde e da respetiva utilização, cabendo a sua gestão ao INFARMED”. Define também tecnologias de saúde como sendo “os medicamentos, dispositivos médicos ou procedimentos médicos ou cirúrgicos, bem como as medidas de prevenção, diagnóstico ou tratamento de doenças utilizadas na prestação de cuidados de saúde”.³⁵

Assim, este Sistema tem vários objetivos, resumindo-se em tentar produzir ganhos em saúde, diminuindo os desperdícios, monitorizando a efetividade das tecnologias de saúde utilizadas, tendo sempre em vista a sustentabilidade do SNS e a correta gestão dos seus recursos e, ainda, um acesso mais justo às tecnologias providenciadas à população. Naturalmente com este Decreto, surge legislada toda a comparticipação dos medicamentos, com as respetivas condições, abordando também as regras para a comparticipação de MG, entre outros. Além dos medicamentos, legisla também toda a comparticipação das outras tecnologias da saúde do mesmo modo que as respetivas avaliações.³⁵ Surge a primeira atualização do mesmo em 2017, com o Decreto – Lei n.º 115/2017 de 7 de setembro, sendo a versão mais atualizada até à data.³⁶

Da mesma forma que é publicado o Decreto – Lei, com ele são publicadas as respetivas portarias. A Portaria n.º 195-B/2015 de 30 de junho determina os grupos homogêneos para efeitos de comparticipação no SPR. Assim, a lista de cada GH bem como os respetivos preços de referência são publicados até ao 20.º dia do último mês de cada trimestre civil.³⁷ Dois anos mais tarde, a Portaria n.º 271/2017 de 12 de setembro realiza a primeira alteração à Portaria anteriormente referida, adicionando os critérios de definição do PR de cada GH. Com este novo diploma, o PR de cada GH passa a corresponder à média dos cinco PVPs mais baixos do respetivo grupo, caso esta não exceda o PVP do medicamento mais caro desse grupo, que nessa situação, passa a ser o PR.³⁸

A Portaria n.º 195-C/2015 de 30 junho é também um complemento do Decreto – Lei que cria o SiNATS e “estabelece as regras e procedimentos de formação, alteração e revisão dos preços dos MSRM e MNSRM comparticipados, bem como as respetivas margens de

comercialização”.³⁹ Da mesma, ressalta-se a determinação do PVP máximo dos MG, que tem de ser no mínimo inferior a 50% do PVP máximo do medicamento de referência, podendo ser apenas 25% inferior desde que o preço de venda ao armazenista (PVA) seja inferior a 10€ em todas as apresentações.³⁹

É publicada a Portaria n.º 195-D/2015 de 30 de junho que vem prever os grupos e subgrupos farmacoterapêuticos de medicamentos que podem ser objeto de comparticipação e os respetivos escalões. São fixados quatro escalões, A, B, C e D, com 90%, 69%, 37% e 15% de comparticipação respetivamente. O escalão D pode contemplar medicamentos cuja comparticipação seja ajustada no contrato ou medicamentos que sejam parte de um regime de comparticipação transitório. Neste documento está também explícita a lista com os grupos e subgrupos terapêuticos que integram cada escalão.⁴⁰

No final do ano de 2017, surge a Portaria n.º 359/2017 de 20 de novembro, que visa definir os países de referência a considerar na aprovação de novos preços em 2018, sendo estes Espanha, França e Itália. Adicionalmente, este documento suspende a revisão de preços anual para 2018, dado que o nível médio de preços praticados nos MG se situa abaixo dos preços máximos que resultariam da revisão, excluindo desta premissa os MG cujo PVP máximo esteja superior ao do PR.⁴¹

Assim, atualmente os escalões de comparticipação em vigor são os mesmos publicados pela Portaria n.º 195-D/2015 de 30 de junho, sendo que cada escalão varia consoante as indicações terapêuticas e a utilização de cada medicamento, além das entidades prescritoras e da quantidade de pessoas que portam determinadas patologias que as fazem consumir mais ou menos medicamentos.⁴²

Existem também dois tipos de Regimes Especiais, em função dos beneficiários e em função das patologias ou de grupos especiais de utentes. Relativamente aos beneficiários, a comparticipação “é de 95% para o conjunto dos escalões, para os medicamentos cujos preços de venda ao público sejam iguais ou inferiores ao quinto preço mais baixo do grupo homogéneo em que se inserem”. Para os pensionistas cujo rendimento anual não exceda 14 vezes a retribuição mínima mensal garantida no ano transato ou 14 vezes o valor do indexante dos apoios sociais em vigor, têm direito a uma majoração de 5% na comparticipação no escalão A e de 15% nos restantes escalões. O regime de comparticipação em função das patologias é regulado por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde, sendo que cada patologia tem um documento que regula o tipo e condições de comparticipação, sendo distintas entre cada uma.^{32; 33}

3. MERCADO DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS EM PORTUGAL

Constituindo os medicamentos um pilar fundamental no que do direito à proteção da saúde concerne, é obrigação do Estado assegurar à população acesso aos mesmos.⁴⁴ Com o aumento constante do consumo de medicamentos pela população, o aumento da despesa inerente e, o objetivo premente que visa a sustentabilidade económica e financeira do SNS, o Governo vê nos MG uma ótima ferramenta para facilitar o acesso aos medicamentos bem como para auxiliar na redução da despesa pública com os mesmos.^{45; 46}

No entanto, para atingir os objetivos pretendidos, um longo caminho é percorrido. Em 2000, a quota de mercado de MG era quase nula (inferior a 0,5%) revelando-se necessário aumentar esta percentagem. A partir de este ano, o Ministério da Saúde criou o Programa Integrado de Promoção de Genéricos, impulsionando o crescimento sustentado da respetiva quota. Foram realizadas campanhas de informação sobre qualidade, eficácia e segurança dos MG a profissionais de saúde e à população, no sentido de aumentar o conhecimento e a confiança nos mesmos. Também a criação do SPR em 2002 e a obrigatoriedade de prescrição por DCI de medicamentos com MG autorizados no mercado auxiliaram na tão desejada expansão da quota de mercado.⁴⁵

Em 2003, a quota de mercado dos MG situava-se um pouco abaixo dos 5% e, em 2010, ultrapassava os 15%, sendo quase 20%, atingindo desta forma a meta estabelecida para 2010 no Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Para este aumento, para além das medidas supracitadas, desde 2007 que o preço dos MG tem vindo a diminuir.⁴⁵

Em março desse ano, são estabelecidas novas regras para a definição de preços, deixando estes de ser fixos para máximos. Define-se também que o PVP dos novos MG seria inferior em 35% ao PR ou 20% caso o PR fosse inferior a 10€. Em setembro de 2008 uma nova Portaria define que os PVPs máximos dos MG superiores a 5€ seriam reduzidos em 30%. Em 2010 estipula-se que o PVP de novos medicamentos a participar deve ser inferior em 5% ao PVP do MG mais barato que possua pelo menos 5% da quota de mercado do respetivo GH.⁴⁵ Também o PR passa a corresponder à média dos cinco PVPs mais baixos praticados no mercado do respetivo GH, deixando de se referenciar ao PVP do genérico com preço mais

elevado. Em outubro deste mesmo ano reduz-se em 6% o PVP máximo dos medicamentos comparticipados.^{45: 46}

Ainda assim, neste ano, a quota de mercado em volume era inferior à quota de mercado em valor, revelando que o caminho a percorrer ainda se sagrava longo. No final do ano de 2011, esta situação já se encontrava invertida, pois a quota de mercado em volume já superava a de valor.⁴⁵

Também em 2011, Portugal encontra-se numa profunda crise económica e solicita ajuda externa, concedida pela *Troika*. No âmbito do auxílio prestado, é estabelecido um Memorando de Entendimento que define medidas a serem aplicadas no âmbito da saúde e do medicamento, entre elas a revisão do SPR, a sensibilização da comunidade médica para a prescrição de MG e medicamentos de marca menos dispendiosos, bem como a redução de barreiras à entrada de MG no mercado e a alteração do cálculo das margens de lucro, instituindo uma margem comercial regressiva e um valor fixo para as farmácias.⁴⁵ Na 6ª atualização do Memorando que ocorre em dezembro de 2012, estabelece-se uma meta de 45% de quota de genéricos em volume que deve ser atingida em 2013 e uma meta de 60% que deve ser atingida em 2014. Em dezembro de 2013, a respetiva quota era de 45,6%, cumprindo o objetivo estabelecido.⁴⁷

Em janeiro de 2011, o preço médio dos MG era de 11,58€ enquanto que no final do ano atingia 8,79€, o que corresponde a uma descida de 2,79€. E, em janeiro de 2012, o preço médio correspondia a 8,5€, sendo que em dezembro já se situava nos 6,7€, acarretando uma diferença de 1,8€. Em apenas dois anos, o preço dos MG reduziu quase 50%.⁴⁵ Nas figuras 1 e 2 é possível observar a evolução do preço médio dos MG desde outubro de 2006 até dezembro de 2012.

O ano de 2012 começou com uma redução de preços, onde os PVPs dos MG são reduzidos até 50% do valor correspondente ao preço do medicamento de referência para PVAs superiores a 10€. No caso em que o PVA seja inferior a 10€, o PVP será inferior em 25% ao PVA do medicamento de referência.⁴⁷

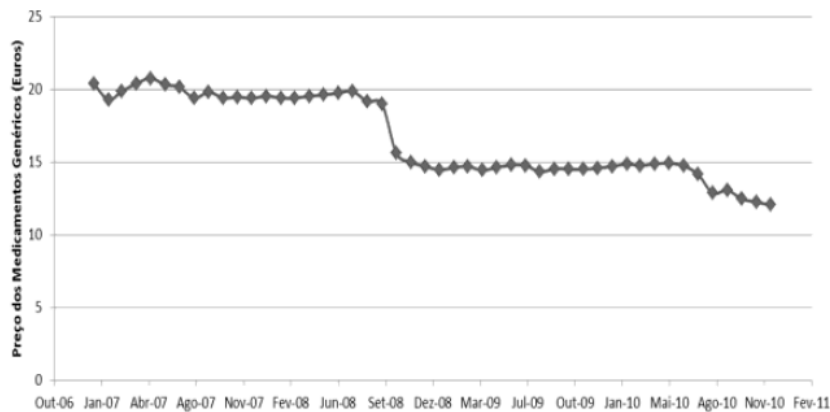


Figura 1: Variação do preço dos MG desde outubro de 2006 até fevereiro de 2011
 Fonte: Artigo de Revisão intitulado O preço dos Medicamentos Genéricos em Portugal (2011-2012): Estado, Cidadão e Farmácia

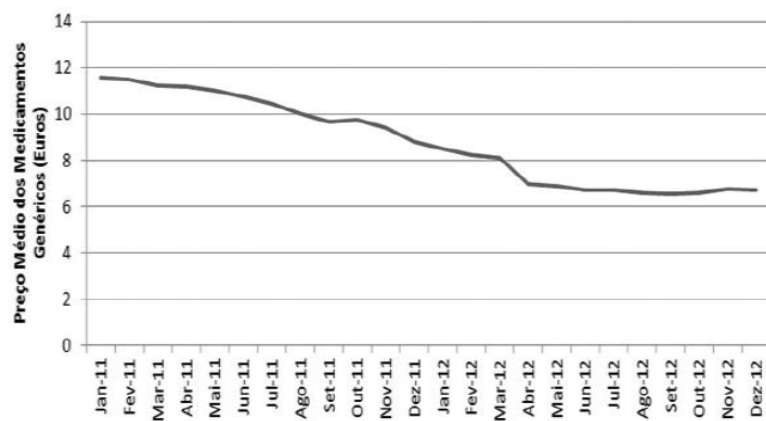


Figura 2: Variação do preço médio dos MG desde janeiro de 2011 a dezembro de 2012
 Fonte: Artigo de Revisão intitulado O preço dos Medicamentos Genéricos em Portugal (2011-2012): Estado, Cidadão e Farmácia

Em 2013, não ocorre nenhuma diminuição do preço dos MG com o objetivo de evitar a saída dos mesmos do mercado português por inviabilidade económica, que se estava a tornar uma realidade.⁴⁵ Com o objetivo de aumentar a dinamização da utilização dos MG, começam a ser definidos os PR mensalmente bem como se torna possível a abertura mensal de novos GH, contribuindo para uma maior poupança na utilização destes medicamentos.⁴⁷

Em fevereiro de 2014 é definido um limite mínimo para o preço dos MG, de modo a que estes se tornem representativos em valor e em quota de mercado, incentivando à sua produção e entrada no mercado.⁴⁶

Sendo que o objetivo do aumento da quota de mercado de genéricos é proporcionar um maior acesso aos medicamentos, originando poupança para o SNS quer para os utentes, o Estado trabalhou no sentido de ver a respetiva quota o mais elevada possível. Em 2016, a quota de genéricos atingia 47,3%.

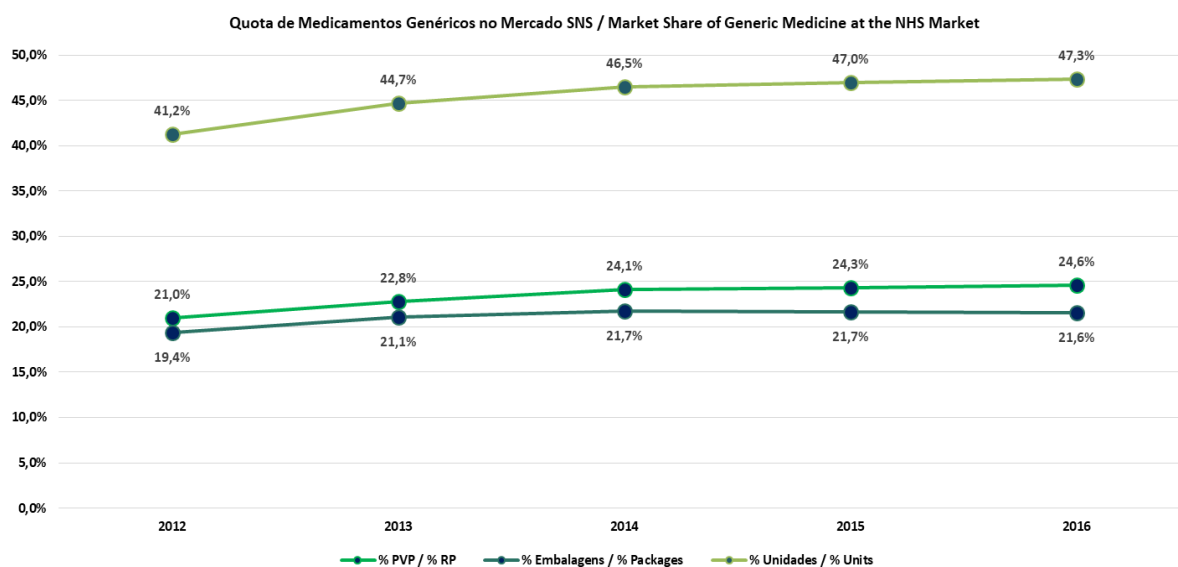


Figura 3: Média Anual da Quota de Genéricos no Mercado SNS
 Fonte: Estatística do Medicamento 2016

No sentido de continuar a impulsionar a quota de genéricos, é publicada uma Portaria em 2016 que incentiva as farmácias a dispensar embalagens de MG com preços iguais ou inferiores ao MG com o 4.º preço mais baixo do respetivo GH, remunerando em 0,35€ cada embalagem dispensada nessas condições.⁴⁸

Em 2017, os Ministérios das Finanças e da Saúde assinam um Acordo com a ANF, com a finalidade de reduzir a despesa dos utentes com medicamentos, através do aumento da dispensa dos MG mais baratos, promovendo também a sustentabilidade dos recursos públicos. No mesmo acordo é também objetivo trabalhar na sustentabilidade das farmácias, criando modelos remuneratórios que proporcionem ganhos para as farmácias, o Estado e os utentes.

49

Em 2017, a quota de mercado de genéricos atingia 47,5% e, em 2018, os dados mais recentes do INFARMED revelam que a quota ronda os 48,2%, estando cada vez mais perto atingir o objetivo de 50%.⁵⁰

4. IMPACTO SOCIAL

4.1. POPULAÇÃO

Atualmente, os portugueses vivem em média mais cinco anos relativamente há vinte anos. Para o aumento da esperança média de vida da população, a melhoria do acesso ao medicamento revelou-se fulcral para o combate, prevenção e tratamento de diversas doenças.

51

Com o aumento do consumo de medicamentos e das despesas em saúde ao longo dos anos, muitas foram as medidas implementadas no sentido de ajudar o Estado a poupar e a população a obter medicamentos mais baratos e assim, um melhor acesso à saúde.⁴⁵

A comparticipação dos medicamentos pelo Estado surge no sentido de conferir uma proteção aos utentes, funcionando como uma espécie de seguro de saúde. Com este sistema, uma pessoa que adquira um medicamento comparticipado, apenas pagará uma parte do medicamento, dependendo do subsistema em que está inserido.⁴⁵

Com o decorrer dos anos, o Estado adotou uma série de medidas que incidiram nas taxas de comparticipação e nos preços dos medicamentos. Promoveu também a entrada dos MG no mercado, no sentido de o dinamizar e criar preços menores no mesmo. Como os MG e os medicamentos de referência têm uma diferença de preço considerável, o facto de os primeiros serem mais baratos e terem eficácia comprovada, ambas as partes têm a ganhar: o Estado e os utentes pagam menos pelos medicamentos. Esta situação verificou-se apenas durante alguns anos, pois a descida de preços de facto beneficiava ambos, no entanto, a taxa de comparticipação também sofreu alterações.⁴⁵

Entre 2010 e 2011, a taxa média de comparticipação dos medicamentos teve um elevado decréscimo, fruto dos diversos diplomas publicados ao longo destes anos. Com esta diferença, verifica-se um aumento de encargos para os utentes e uma diminuição para o SNS. Os Decretos – Lei publicados em 2010 que definiram os vários escalões de comparticipação parecem ser a grande causa deste decréscimo, pois em outubro desse mesmo ano a comparticipação do Escalão A foi diminuída de 95% para 90%.⁴⁵

De 2010 para 2011, o Estado poupou *per capita* 37,96€, enquanto que cada utente passou a gastar mais 8,35€ nos medicamentos adquiridos. Em 2011, em plena crise económica,

em que o poder de compra dos portugueses era mais baixo, estes valores levantam questões de acessibilidade aos medicamentos por parte da população. Num estudo realizado pela Universidade Nova de Lisboa, 23% dos utentes inquiridos num universo de 18% das farmácias portuguesas admitiram abdicar de comprar medicamentos, sendo que destes, 60% refere que se deveu a motivos financeiros. Outro estudo realizado a 78 utentes refere que, na altura, 20% não adquiria a totalidade dos medicamentos constantes da prescrição e, desses, 25% referia que a causa se devia a dificuldades económicas.⁴⁵

De 2010 para 2011, a comparticipação acarretada pelo estado diminui de 69,8% para 63,1%, sendo que os encargos para o utente aumentam de 30,2% para 36,9%.⁵² Nos anos seguintes, verifica-se que a percentagem que o Estado e o utente acarretam na despesa com os medicamentos não sofre grandes variações, inferindo-se que as medidas tomadas depois de 2010 não tiveram como objetivo nem efeito modificar a cobertura financeira fornecida pelo SNS, tal como se pode verificar na figura 4.^{46; 53}

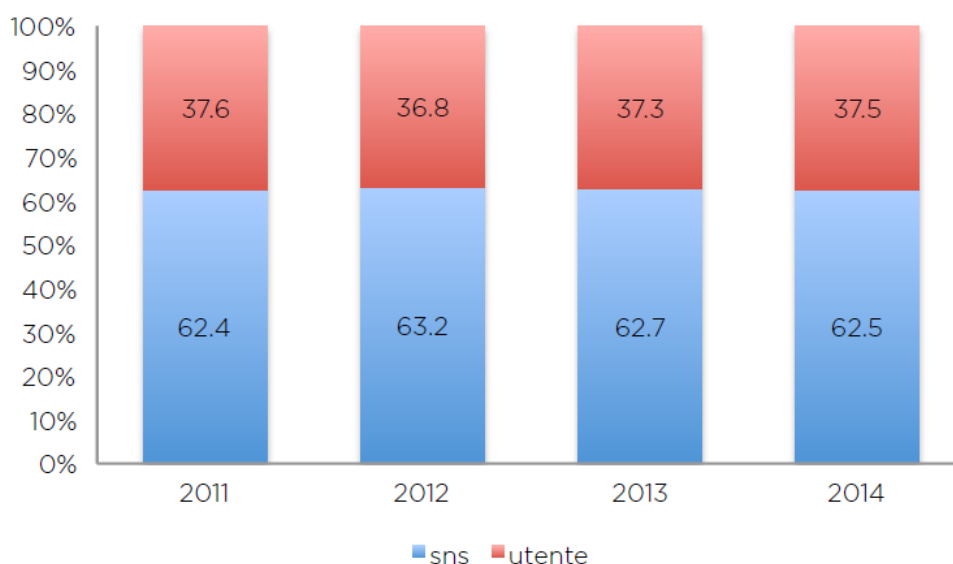


Figura 4: Composição da despesa total com medicamentos em ambulatório de 2011 a 2014

Fonte: Políticas Públicas em Saúde: 2011 – 2014: Avaliação do Impacto, conduzido pela Universidade Nova de Lisboa

De acordo com um estudo realizado em 2012, 20% dos utentes estavam a tentar reduzir as despesas em saúde. Em 2013, outro estudo revela que 46% dos doentes inquiridos reportava falta de medicamentos nas farmácias (também as farmácias sofreram com a crise económica e as políticas do medicamento, tema que é explorado no ponto 4.2.), sendo que destes, 24% não conseguia obter os medicamentos em menos de 24h. Embora os preços dos medicamentos tenham sofrido um decréscimo, se aliarmos o aumento do consumo dos mesmos, a forte crise económica vivida nestes anos, a diminuição do poder de compra da população, o aumento da fatia paga pelos medicamentos pelos utentes e as falhas de

abastecimento sentidas nas farmácias, deparamo-nos com potenciais problemas de adesão à terapêutica, derivados de dificuldades de acesso aos medicamentos, que poderão acarretar uma degradação do potencial de saúde da população.^{47; 54}

Entre 2010 e 2014 a despesa do SNS com medicamentos decresceu cerca de 540 milhões de euros, sendo que 87,2% deste valor é referente ao ambulatório. Ainda assim, neste período, o consumo de embalagens de medicamentos pela população aumentou 9,4%, ainda que o preço médio dos medicamentos comparticipados pelo SNS tenha sido reduzido em 4,53€, significando um total de -27%, tal como demonstra a figura 6.⁵⁴ De 2014 a 2017 verificamos um aumento da despesa do SNS que se justifica com a entrada de moléculas inovadoras comparticipadas no mercado.^{55; 56} Concluindo, entre 2010 e 2017 a despesa do SNS com medicamentos no ambulatório reduziu-se em cerca de 26%, correspondendo a -472,2 milhões de euros, que é essencialmente explicada pela redução do preço do MG (-53,4%) em comparação com o das marcas (-8,3%), da diminuição das margens da distribuição e aumento da quota de genéricos.⁵⁵

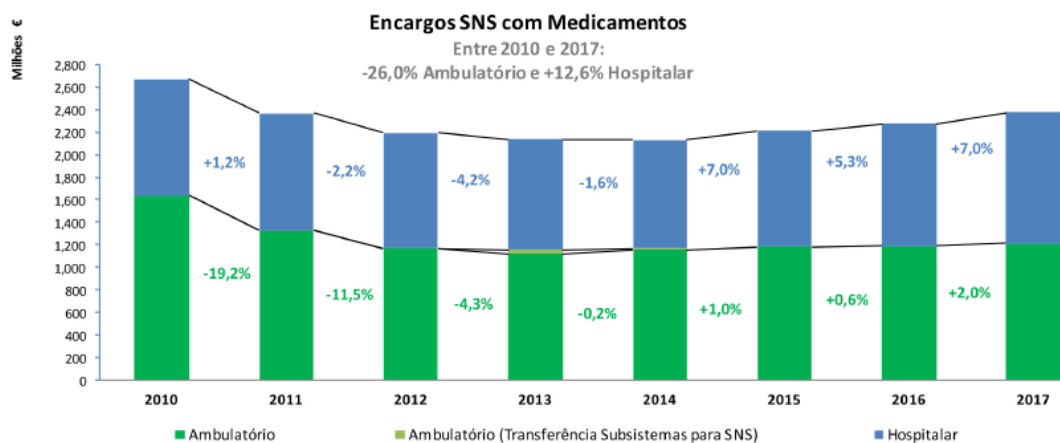


Figura 5: Evolução dos Encargos do SNS com medicamentos de 2010 a 2017
Fonte: Relatório da Primavera 2018

Redução do preço médio dos medicamentos
(Entre 2010 e 2014: -27,0%; -4,53€ em ambulatório)

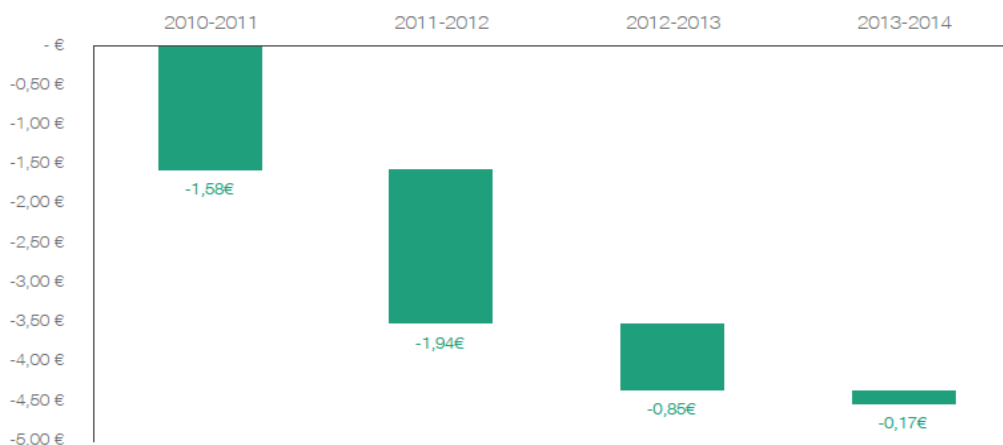


Figura 6: Evolução anual do preço médio dos medicamentos comparticipados pelo SNS no mercado ambulatório de 2010 a 2014
Fonte: Relatório da Primavera 2015

Em 2015, no primeiro ano pós-Troika, o Relatório da Primavera continua a alertar para as desigualdades socioeconómicas sentidas e a preocupação com o acesso ao medicamento e problemas de adesão à terapêutica.⁵⁴

Ao longo dos anos, o Governo foi também considerando diversas patologias no regime especial de comparticipação, auferindo uma ajuda extra aos utentes que padecem das mesmas. Por exemplo, no caso de doente portadores de ictiose, podem adquirir gratuitamente os produtos cedidos no hospital ou no caso dos medicamentos destinados a doentes com dor crónica não oncológica moderada a forte que contam com uma comparticipação de 90% em farmácia comunitária.^{51; 57}

Segundo o INFARMED, em 2017, o custo médio por embalagem de MG suportado por um utente é de 3,16€ enquanto que o Estado suporta 4,03€, sendo que os valores em 2018 não apresentam diferenças significativas, tal como se pode observar nas figuras 7 e 8.⁵⁰

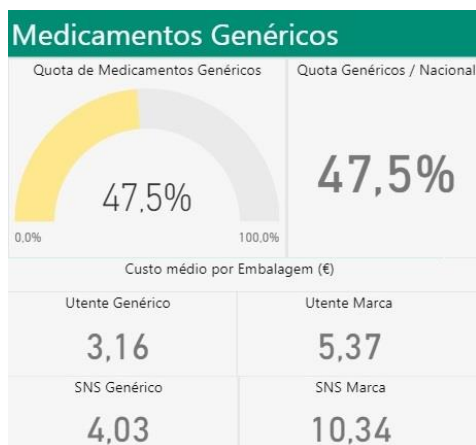


Figura 7: Dados relativos ao uso dos MG em 2017
Fonte: INFARMED

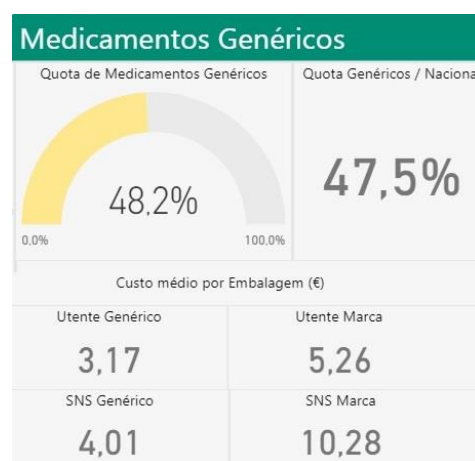


Figura 8: Dados relativos ao uso dos MG em 2018
Fonte: INFARMED

Não só preço dos MG se encontra o mais baixo que já foi verificado, como os restantes medicamentos se encontram com preços reduzidos. De acordo com o INFARMED, o encargo médio suportado pelos utentes nos medicamentos comparticipados desceu 1,27€ em desde 2011 a 2017. Também o preço médio dos medicamentos no mercado ambulatório sofreu uma descida de 4,67€ no mesmo período, tal como se verifica nas figuras 9 e 10. ⁵⁵

Ainda assim, segundo o Relatório da Primavera de 2018, um relatório da OCDE realizado em 2017 afirma que 3,8% dos gastos das famílias portuguesas destinam-se a despesas com saúde. O mesmo refere ainda que, 10,1% dos portugueses não adquiriam, no anterior, medicamentos prescritos pelo médico derivado a motivos financeiros. ⁵⁵

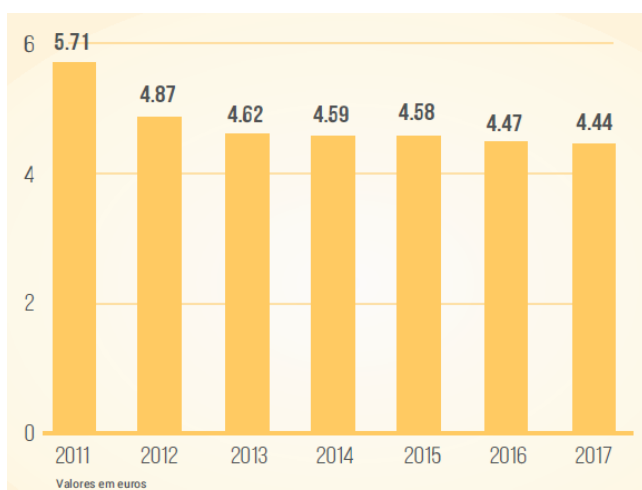


Figura 9: Encargo médio para o cidadão por embalagem de medicamento no mercado comparticipado do SNS
Fonte: Retrato da Saúde, 2018



Figura 10: Preço médio dos medicamentos em ambulatório
Fonte: Retrato da Saúde, 2018

Torna-se evidente que apesar de todas as medidas tomadas, o povo português ainda está a recuperar da crise económica e as dificuldades de acesso aos medicamentos ainda são uma realidade para uma fatia da população. Vive-se atualmente numa época em que os desafios no setor do medicamento são cada vez maiores, aliados à inovação e a uma necessidade de utilização das tecnologias da saúde de uma forma racional e efetiva, de modo a constituírem ganhos em saúde e a garantir o acesso dos cidadãos aos medicamentos e produtos de saúde de elevada qualidade, segurança e eficácia. ⁵¹

4.2. FARMÁCIAS

É estimado que em 2002 as farmácias apresentavam custos médios na ordem dos 23 000€ e em 2010 de cerca de 44 000€, constituindo um aumento de cerca de 47%. Fatores que contribuíram para este acréscimo foram os diplomas publicados em 2007 que estabeleceram o alargamento do horário das farmácias bem como a obrigatoriedade de cada farmácia possuir, pelo menos, dois farmacêuticos.⁴⁵

As farmácias estavam assim a passar por uma fase crítica da sua atividade. Segundo um estudo realizado pela Universidade de Aveiro, o número de farmácias com resultados líquidos negativos era de 191 em 2010 e, em 2011, este número subiu para 1019. Além das medidas publicadas em 2007, em 2011 surge um Decreto – Lei que vem alterar as margens de comercialização estipulando uma regressividade das margens de lucro relativamente ao preço.

⁴⁵

Ainda que as farmácias comercializem produtos que não são afetados por estas regulações de preço, esses representam apenas 15% das vendas, inferindo-se que a farmácia depende em grande parte do comércio de medicamentos. Em 2005, com a liberalização da venda MNSRM fora das farmácias, assistiu-se a um grande incremento de locais destinados a este efeito. Em junho de 2012 existiam 978 locais de venda que concorriam diretamente com a farmácia neste tipo de produtos.⁴⁵

Segundo a ANF, em dezembro de 2012, existiam 61 farmácias com processo de insolvência e 180 com processo de penhora, o que correspondia a 8,3% do total do universo das farmácias representadas por esta associação.⁵⁸

Nesta altura, questionava-se a equidade no acesso ao medicamento, por previsão do encerramento de muitas farmácias e redução da cobertura farmacêutica. Com margens negativas, torna-se difícil cobrir os custos fixos e surge outra situação, a capacidade de abastecimento e dispensa de medicamentos. Num inquérito realizado pela Universidade Nova de Lisboa, 12% dos inquiridos refere sentir dificuldades em encontrar os medicamentos regularmente e, de 20% das farmácias inquiridas, 88% dos proprietários refere uma redução do *stock* mínimo e 86,5% refere uma diminuição no número de embalagens na compra aos fornecedores. Além disso, foram reportados atrasos no pagamento aos grossistas resultando em cortes de abastecimento.⁴⁵

Em agosto de 2013, estimava-se que o número médio de embalagens em falta por mês rondasse os 5 milhões.⁴⁷

Estas falhas de abastecimento advêm da baixa capacidade económica que as farmácias tinham para adquirir os medicamentos, dos pagamentos em atraso e também da exportação paralela. Com os preços dos medicamentos tão baixos, estes tornaram-se alvo de exportação paralela, sobretudo para o Norte da Europa. Segundo o Relatório da Primavera de 2014, a exportação paralela representava cerca de 21% do total das exportações de medicamentos para a União Europeia.⁴⁷

Entre 2011 e 2014, a margem da distribuição com medicamentos foi reduzida em cerca de 322,8 milhões de euros, sendo que o objetivo que foi estipulado no Memorando de Entendimento com a *Troika* era de 50 milhões de euros. Assim, verificou-se uma redução 546% superior à estipulada, como se pode verificar na figura 11.⁵⁴

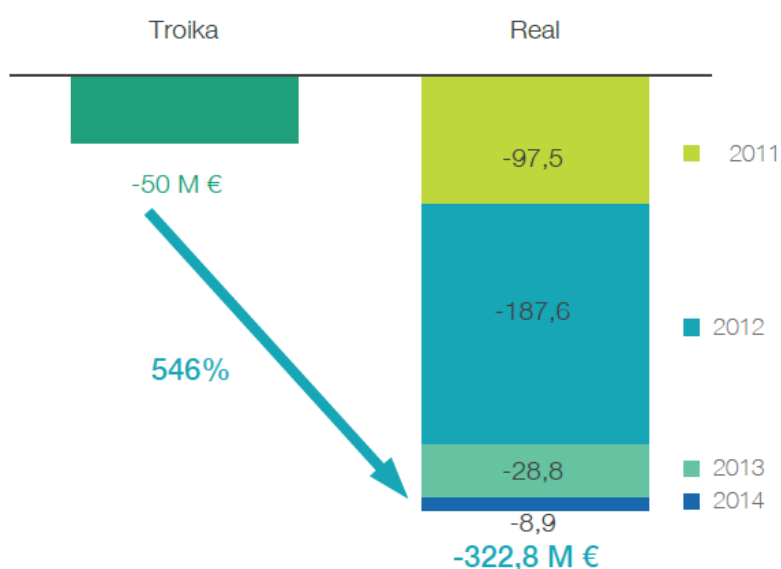


Figura 11: Redução das Margens do sector da distribuição de 2011 a 2014
Fonte: Relatório da Primavera 2015

Segundo o INFARMED, entre 2010 e 2014 encerraram 61 farmácias e apenas reabriram 24. De 2012 a 2014 o número de farmácias em insolvência subiu de 61 para 169 (+177%) e o número de farmácias em situação de penhora passou de 180 para 323 (+79,4%). De acordo com os grossistas, 1756 farmácias tinham fornecimentos suspensos em junho de 2014 em pelo menos um dos seus armazenistas, o que corresponde a mais de 60% da totalidade das farmácias que operam em Portugal e cuja tendência seria aumentar. Adicionalmente, verificou-se um

montante de dívida (entre processos judiciais e acordos de regularização) aos grossistas na ordem dos 303 milhões de euros.⁵⁴

Em julho de 2014 é assinado um Acordo entre o Ministério da Saúde e a ANF, com o objetivo de as farmácias contribuírem no incremento da dispensa e poupança com MG e implementarem serviços no âmbito dos programas de saúde pública, valorizando desta forma o papel da rede farmacêutica nos cuidados de saúde primários. No mesmo Acordo é definido um regime de incentivos à dispensa de MG, condicionado à evidência de poupança para o SNS e os utentes pelo aumento da quota de genéricos. Em 2015, a Portaria n.º 18-A/2015, de 2 de fevereiro, estabelece uma remuneração às farmácias participantes em programas de saúde pública que auxiliem na poupança referida.⁵⁴

No ano de 2014, o resultado operacional da farmácia média apresentava ligeiras melhorias, mas insuficientes para reverter os resultados negativos. Assim, 1 331 farmácias apresentaram resultados líquidos negativos, o que corresponde a 69% do total das farmácias. A venda média por atendimento na farmácia rondava os 13,51€, sendo que se deduzirmos os custos e gastos de cada uma, obtém-se um valor de -0,17€. Assim, por cada venda efetuada a farmácia tinha prejuízo. Em 2015, os valores não distam muito, inferindo-se que o setor está longe da recuperação económica.⁴⁴

Em 2016, a Portaria n.º 262/2016 de 7 de outubro “regula a remuneração específica às farmácias por dispensa de medicamentos comparticipados em função da redução dos preços de referência”. Assim, por cada embalagem de medicamentos dispensados com preço igual ou inferior ao 4.º preço mais baixo do grupo homogéneo, a farmácia é remunerada em 0,35€.⁴⁸

Com esta medida e com a Estratégia Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde 2016-2020, tenta-se delinear uma política sustentável que concilie inovação com rigor orçamental, valorizando o papel da farmácia comunitária e dos serviços prestados aos utentes.

55

Estima-se que em 2017, no primeiro semestre, as farmácias portuguesas receberam quatro milhões de euros de incentivos para vender mais medicamentos genéricos. Segundo o INFARMED, uma farmácia perde 0,39€ por embalagem dispensada dos quatro medicamentos mais baratos de cada GH. Ainda assim, estes incentivos cobrem apenas um terço da quebra de receitas que as farmácias registam com a dispensa de genéricos.^{59; 60}

Atualmente, existe um longo caminho a traçar no sentido da recuperação da situação atual das farmácias. Em dezembro de 2017, 630 farmácias encontravam-se em situação de

insolvência ou penhora, correspondendo a 21,4% do total de farmácias em Portugal, como indicado na figura 12.⁵⁸ Continua em causa a viabilidade da dispensa de medicamentos no país, sendo necessário continuar a caminhar para inverter a situação de crise vivida, de modo a poder responder às necessidades de saúde da população.

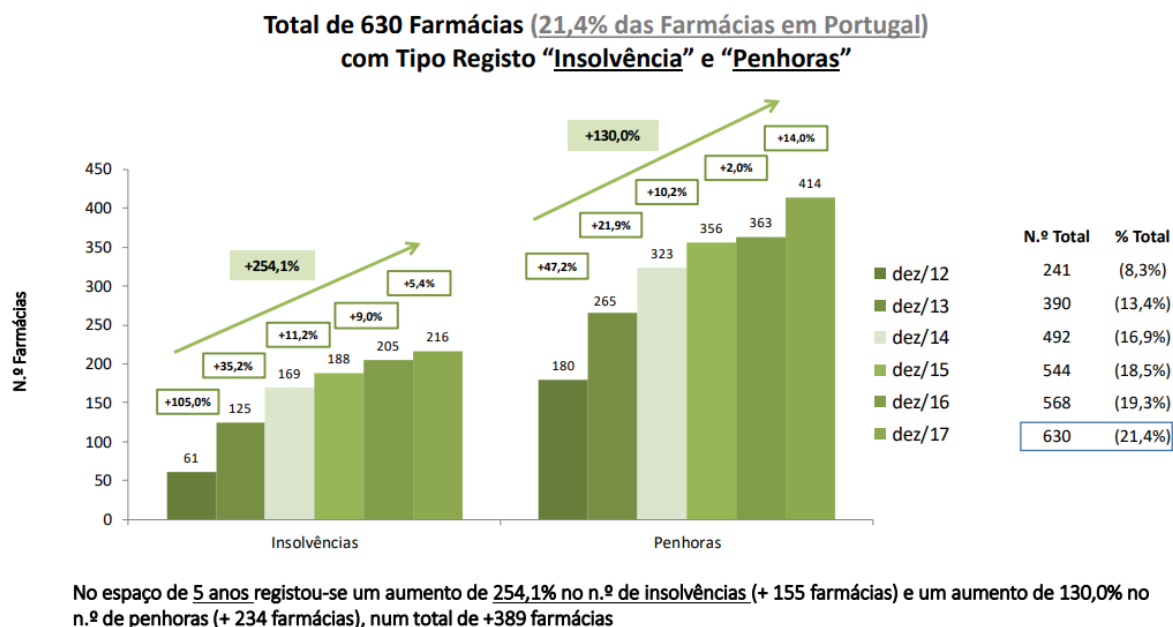


Figura 12: Evolução do número de farmácias em processo de insolvência ou penhora desde dezembro de 2012 a dezembro de 2017
Fonte: Base dados Dez-12 a Dez-17 – MOPE / Análise CEFAR

5. CONCLUSÃO

O acesso aos medicamentos é parte imprescindível do direito à saúde.⁶¹ A despesa do Estado com medicamentos vem a aumentar exponencialmente ao longo dos anos. Assim, a comparticipação de medicamentos e a sua respetiva história e evolução sempre tiveram como objetivo comum aliar a contenção de custos a um máximo de eficiência. No entanto, é de salientar que esta é a área da saúde onde se verificaram mais alterações com o passar do tempo.¹³

Entre 2008 e 2011, Portugal foi o país europeu que tomou um maior número de medidas de modo a conter a despesa com medicamentos.⁴⁷ Estas surgiram no âmbito do constante aumento da despesa com medicamentos, que em 2010 correspondia a 20% da despesa em Saúde. A maioria das estratégias adotadas no campo da Política do Medicamento foram relativas à definição de preços.⁴⁶

Uma das maneiras encontradas para reduzir a despesa com medicamentos foi com o uso de MG, uma vez que os preços praticados pelos mesmos são muito inferiores aos respetivos medicamentos de referência.⁴⁵ A importância destes medicamentos na economia de um país é muito importante, sendo que se torna possível ter o mesmo benefício de saúde a custo mais reduzido, permitindo-o mesmo com cortes nas despesas e reduções de poder de compra dos utentes. No entanto, para tal ser conseguido, o Ministério da Saúde teve de implementar o uso de MG na população, através de um programa destinado à sua sensibilização da população e dos profissionais de saúde, começado a partir de 2000. Até 2001 o mercado destes medicamentos era praticamente nulo, começando a crescer a partir de 2003.⁴⁶

Em plena crise económica, Portugal recebe ajuda da *Troika* em 2011, onde é estabelecido um Memorando de Entendimento com medidas a aplicar na saúde e no medicamento.⁴⁵

No período entre 2010 e 2013 a despesa com medicamentos sofreu um decréscimo acentuado. As sucessivas reduções de preços, das margens da distribuição, da comparticipação e o aumento do mercado de genéricos são as principais causas. Estas medidas afetam negativamente em grande parte o negócio das farmácias que vêm em causa a sua sobrevivência.⁴⁷ Também a população vê o seu poder de compra diminuído, onde é colocado em causa o acesso ao medicamento por parte da mesma.

Com o aumento dos encargos das farmácias, a liberalização do setor, a diminuição das margens e os preços dos medicamentos cada vez mais baixos, estas começaram a obter rendimentos negativos, colocando em causa a sustentabilidade das mesmas. Com a situação a piorar, as farmácias começaram a diminuir a quantidade de embalagens pedida nas encomendas e uma grande fatia das mesmas contraia dívidas para com os fornecedores, colocando em causa o abastecimento do stock.

O Memorando de Entendimento da Troika previa um corte de 50 milhões de euros nas margens deste setor, tendo-se verificado uma diminuição de 322,8 milhões de euros, 546% superior ao esperado.⁴⁷ Recentemente a ANF e os Ministério das Finanças e da Saúde assinam acordos no sentido de remunerar as farmácias pelos MG dispensados, tentando ao mesmo tempo ajudar o Estado nas despesas, fornecer à população os medicamentos mais baratos e tentar inverter os resultados negativos observados nos respetivos estabelecimentos de dispensa.

A menor capacidade de aquisição de medicamentos derivado das medidas de austeridade aplicadas em Portugal, levaram a uma diminuição do poder de compra do povo. Estava colocado em causa o acesso aos medicamentos e a adesão à terapêutica, o que pode trazer problemas futuros e aumentar mais tarde as despesas do SNS. Estudos realizados mostraram que a população tenta reduzir os custos em saúde, sendo que muitos dos utentes não adquirem a totalidade dos medicamentos incluídos numa prescrição por falta de dinheiro.

⁴⁷

Esta situação embora se tenha verificado há alguns anos, ainda continua a ser uma realidade. Embora o número de farmácias em processo de penhora ou insolvência tenha aumentado de forma menos significativa nos últimos dois anos, uma grande fatia destes estabelecimentos se encontra nestas situações. A luta contra a crise no setor continua.

Também a população continua a lutar contra as dificuldades socioeconómicas, sendo que atualmente ainda existem muitos utentes com dificuldades na aquisição dos medicamentos, embora o preço das embalagens dos medicamentos genéricos esteja o mais baixo de sempre. O Estado continua a lutar para atingir uma quota de medicamentos genéricos cada vez mais elevada, sendo que os últimos valores reportados apontam para uma quota à volta de 48,2%. Também é realizado um esforço no sentido de ajudar utentes com determinadas patologias a usufruírem de regimes especiais de comparticipação, onde podem obter os medicamentos a um custo mais baixo.

Ainda existe um longo caminho a percorrer, sendo necessário enfrentar novos desafios no setor do medicamento, aproveitando o avanço e inovação das tecnologias para proporcionar ganhos em saúde.⁵¹

É evidente que a utilização dos medicamentos gera resultados positivos ao nível da saúde e, com o aumento do seu consumo ao longo dos anos, tornando-se necessário conjugá-los com o uso racional e eficiente dos recursos financeiros disponíveis do SNS, o acesso por parte da população e a sustentabilidade do setor das farmácias.⁵¹

BIBLIOGRAFIA

1. PARLAMENTO EUROPEU; CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA - Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de setembro de 2005. **Jornal Oficial da União Europeia**. 2005) 1–121.
2. FACULDADE DE FARMÁCIA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA - **FFUC - Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas** [Em linha], atual. 2017. [Consult. 9 jun. 2018]. Disponível em WWW:<URL:http://www.uc.pt/ffuc/Ensino/micf>.
3. Administração Regional de Saúde do Centro - Mapas de turnos das Farmácias do Concelho de Coimbra. 2018) 1–12.
4. Decreto-Lei n.º 172/2012 de 1 de agosto do Ministério da Saúde. [Em linha]. Diário da República: I série, N.º 148 (12- Disponível em WWW:<URL:www.dre.pt>.
5. Artigos de Apoio Infopédia- **Análise SWOT** [Em linha], atual. 2018. [Consult. 20 jun. 2018]. Disponível em WWW:<URL:https://www.infopedia.pt/apoio/artigos/\$analise-swot>.
6. Kaizen Institute- **Significado de Kaizen** [Em linha], atual. 2018. [Consult. 16 jun. 2018]. Disponível em WWW:<URL:https://pt.kaizen.com/quem-somos/significado-de-kaizen.html>.
7. SNS - **Monitorização do SNS - Receita sem papel** [Em linha], atual. 2018. [Consult. 16 jun. 2018]. Disponível em WWW:<URL:https://www.sns.gov.pt/monitorizacao-do-sns/receita-sem-papel/>.
8. THÉA, Laboratoires - **Folheto Informativo - Thealoz** [Em linha], atual. 2011. [Consult. 22 jun. 2018]. Disponível em WWW:<URL:http://thea.pt/sites/default/files/rcm_e_fi/thealoz_10_ml_n2255c10102-0511-2-07102010_approved_leaflet_11.10.2011.pdf>.
9. NESTLÉ - **ProNourish Optifibre** [Em linha], atual. 2018. [Consult. 21 jun. 2018]. Disponível em WWW:<URL:https://saboreiaavida.nestle.pt/produtos/health-science/pronourish-optifibre/>.
10. **Folheto Informativo: Agiolax Associação Granulado** - [Em linha], atual. 2014. [Consult. 21 jun. 2018]. Disponível em WWW:<URL:http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=161&tipo_do

c=fi>.

11. Lei n.º 48/90 de 24 de agosto da Assembleia da República. [Em linha]. Diário da República: I série, N.º 195 (90- [Consult. 1 ago. 2018]. Disponível em WWW:<URL:www.dre.pt>.

12. Decreto-Lei n.º 81/90 de 12 de março do Ministério da Saúde. [Em linha]. Diário da República: I série, N.º 59 (90- [Consult. 1 ago. 2018]. Disponível em WWW:<URL:www.dre.pt>.

13. FIGUEIRA DE SOUSA, Micaela; PITA, João R.; PEREIRA, Ana L. - A comparticipação dos medicamentos em Portugal (1910-2010). **Associação Portuguesa de Economia da Saúde** . 2012) 3536.

14. Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa - **Comparticipação** [Em linha] [Consult. 7 ago. 2018]. Disponível em WWW:<URL:https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/comparticipação>.

15. INFARMED - Aprova o regime geral das comparticipações do Estado no preço dos medicamentos , altera as regras a que obedece a avaliação prévia de medicamentos para aquisição pelos hospitais do Serviço Nacional de Saúde , procedendo à primeira alteração ao Decreto-Lei. **Legislação Farmacêutica Compilada**. 2015).

16. INFARMED - Saiba mais sobre Comparticipação de medicamentos. **Infarmed**. [Em linha] (16 out. 2009). 2. Disponível em WWW:<URL:http://www2.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1423C344-3AFE-4D37-A4C3-2D41347D7543/0/16_Comparticipacao_Medicamentos_2.pdf>.

17. Decreto–Lei n.º 68/84 de 27 de fevereiro da Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios das Finanças e do Plano e da Saúde. [Em linha]. Diário da República: I série, N.º 49 (84- [Consult. 1 ago. 2018]. Disponível em WWW:<URL:www.dre.pt>.

18. Decreto-Lei n.º 157/88 de 4 de maio do Ministério da Saúde. [Em linha]. Diário da República: I série, N.º 103 (88- [Consult. 2 ago. 2018]. Disponível em WWW:<URL:www.dre.pt>.

19. Decreto-Lei n.º 231/90 de 14 de julho do Ministério da Saúde. [Em linha]. Diário da República: I série, N.º 161 (90- [Consult. 2 ago. 2018]. Disponível em WWW:<URL:www.dre.pt>.

20. Decreto-Lei n.º 72/91 de 8 de fevereiro do Ministério da Saúde. [Em linha]. Diário da

República: I série-A, N.º 33 (91- [Consult. 2 ago. 2018]. Disponível em WWW:<URL:www.dre.pt>.

21. MARIA, Vasco - A Importância dos Medicamentos Genéricos. **Cadernos de Economia**. 80:3 (2007) 52–58.

22. Decreto-Lei n.º 118/92 de 25 de junho do Ministério da Saúde. [Em linha]. Diário da República: I série-A, N.º 144 (92- [Consult. 2 ago. 2018]. Disponível em WWW:<URL:www.dre.pt>.

23. Portaria n.º 623/92 de 1 de julho dos Ministérios das Finanças, da Saúde e do Comércio e Turismo. [Em linha]. Diário da República: I série-B, N.º 149 (92- [Consult. 2 ago. 2018]. Disponível em WWW:<URL:www.dre.pt>.

24. Decreto-Lei n.º 205/2000 de 1 de Setembro do Ministério da Saúde. [Em linha]. Diário da República: I série-A, N.º 202 (00- [Consult. 2 ago. 2018]. Disponível em WWW:<URL:www.dre.pt>.

25. SIMOENS, Steven - O Mercado de Medicamentos Genéricos em Portugal e na Europa. **Infarmed**. 3:2008) 1–2.

26. Decreto-Lei n.º 270/2002 de 2 de dezembro do Ministério Da Saúde. [Em linha]. Diário da República: I Série-A, N.º 278 (02- [Consult. 3 ago. 2018]. Disponível em WWW:<URL:www.dre.pt>.

27. Decreto-Lei n.º 129/2005 de 11 de agosto do Ministério da Saúde. [Em linha]. Diário da República: I Série-A, N.º 154 (05- [Consult. 3 ago. 2018]. Disponível em WWW:<URL:www.dre.pt>.

28. Portaria n.º 1016-A/2008 de 8 de setembro dos Ministérios da Economia e da Inovação e da Saúde. [Em linha]. Diário da República: I.ª Série, N.º 173 (08- [Consult. 4 ago. 2018]. Disponível em WWW:<URL:www.dre.pt>.

29. Decreto-Lei n.º 129/2009 de 29 de maio do Ministério da Saúde. [Em linha]. Diário da República: I.ª Série, N.º 104 (09- [Consult. 5 ago. 2018]. Disponível em WWW:<URL:www.dre.pt>.

30. Decreto-Lei n.º 48-A/2010 de 13 de maio do Ministério da Saúde. [Em linha]. Diário da República: I.ª Série, N.º 93 (10- [Consult. 8 ago. 2018]. Disponível em WWW:<URL:www.dre.pt>.

31. Portaria n.º 1319/2010 de 28 de dezembro do Ministério da Saúde. [Em linha] (18- [Consult. 9 ago. 2018]. Disponível em WWW:<URL:www.dre.pt>.
32. Decreto-Lei n.º 106-A/2010 de 1 de outubro do Ministério da Saúde. [Em linha]. Diário da República: 1.ª Série, N.º 192 (10- [Consult. 10 ago. 2018]. Disponível em WWW:<URL:www.dre.pt>.
33. Lei n.º 11/2012 de 8 de março da Assembleia da República. [Em linha]. Diário da República: 1ª Série, N.º 49 (12- [Consult. 10 ago. 2018]. Disponível em WWW:<URL:www.dre.pt>.
34. Decreto-Lei n.º 103/2013 de 26 de julho do Ministério da Saúde. [Em linha]. Diário da República: 1.ª Série, N.º 143 (13- [Consult. 10 ago. 2018]. Disponível em WWW:<URL:www.dre.pt>.
35. Decreto-Lei n.º 97/2015 de 1 de junho do Ministério da Saúde. [Em linha]. Diário da República: 1.ª Série, N.º 105 (15- [Consult. 10 ago. 2018]. Disponível em WWW:<URL:www.dre.pt>.
36. Decreto-Lei n.º 115/2017 de 7 de setembro da Saúde. [Em linha]. Diário da República: 1.ª Série, N.º 173 (17- [Consult. 11 ago. 2018]. Disponível em WWW:<URL:www.dre.pt>.
37. Portaria n.º 195-B/2015 de 30 de junho do Ministério da Saúde. . Diário da República: 1.ª série, N.º 125 (15-
38. Portaria n.º 271/2017 de 12 de setembro da Saúde. [Em linha]. Diário da República: 1.ª Série, N.º 176 (17- [Consult. 12 ago. 2018]. Disponível em WWW:<URL:www.dre.pt>.
39. Portaria n.º 195-C/2015 de 30 de junho do Ministério da Saúde. . Diário da República: 1.ª Série, N.º 125 (15-
40. Portaria n.º 195-D/2015 de 30 de junho do Ministério da Saúde. [Em linha]. Diário da República: 1.ª Série, N.º 125 (15- [Consult. 12 ago. 2018]. Disponível em WWW:<URL:www.dre.pt>.
41. Portaria n.º 359/2017 de 20 de novembro da Saúde. [Em linha]. Diário da República: 1.ª Série, N.º 223 (17- [Consult. 12 ago. 2018]. Disponível em WWW:<URL:www.dre.pt>.
42. Serviço Nacional de Saúde- **Medicamentos: Comparticipação de Medicamentos** [Em linha], atual. 2016. [Consult. 10 ago. 2018]. Disponível em WWW:<URL:https://www.sns.gov.pt/sns-saude-mais/medicamentos/>.

43. ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, IP - **Regimes especiais de participação de medicamentos** [Em linha] [Consult. 16 ago. 2018]. Disponível em WWW:<URL:http://www.acss.min-saude.pt/2016/09/19/regimes-especiais-de-competicacao-de-medicamentos/>.
44. ANTÃO, Avelino Azevedo; GRENHA, Carlos Manuel - Sustentabilidade da Dispensa de Medicamentos nas Farmácias em Portugal. 2016).
45. GOMES, M. J., RAMOS, F. - O Preço dos Medicamentos Genéricos em Portugal (2011-2012): Estado , Cidadão e Farmácia. **Acta Farmacêutica Portuguesa**. ISSN 2182-3340. 2:2013) 135–148.
46. PITA, Pedro; GOMES, João Pedro - Políticas Públicas em Saúde : 2011 – 2014 Avaliação do Impacto. 2015) 2011–2014.
47. Observatório Português dos Sistemas de Saúde - **Síndrome de Negação - Relatório de Primavera 2014** [Em linha], atual. 2014. [Consult. 29 ago. 2018]. Disponível em WWW:<URL:http://opss.pt/relatorios/relatorio-primavera-2014/>.
48. Portaria n.º 262/2016 de 7 de outubro das Finanças e Saúde. [Em linha]. Diário da República: I.ª Série, N.º 193 (16- [Consult. 29 ago. 2018]. Disponível em WWW:<URL:www.dre.pt>.
49. Acordo entre os Ministérios das Finanças e da Saúde e a Associação Nacional das Farmácias. [Em linha] (17- [Consult. 1 set. 2018]. Disponível em WWW:<URL:http://www.infarmed.pt/documents/15786/1879176/Acordo+ANF/643b8ee1-02aa-4c6d-b1cd-507024a08680>.
50. INFARMED - **Medicamentos Genéricos** [Em linha], atual. 2018. [Consult. 30 ago. 2018]. Disponível em WWW:<URL:http://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/monitorizacao-mercado/benchmarking/benchmarking-ambulatorio/medicamentos-genericos>.
51. Ministério da Saúde - **Retrato da Saúde 2018** [Em linha]. Lisboa : [s.n.] Disponível em WWW:<URL:https://www.sns.gov.pt/retrato-da-saude-2018/>. ISBN 9789899948013.
52. INFARMED - **Estatística do Medicamento 2013** [Em linha], atual. 2015. [Consult. 26 ago. 2018]. Disponível em WWW:<URL:http://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-

humano/monitorizacao-mercado/estatistica-anual/relatorios-anuais>.

53. INFARMED - **Estatística do Medicamento 2016** [Em linha]. Lisboa : INFARMED, 2016, atual. 2016. [Consult. 26 ago. 2018]. Disponível em

WWW:<URL:http://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/monitorizacao-mercado/estatistica-anual/relatorios-anuais>.

54. Observatório Português dos Sistemas de Saúde- **Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco - Relatório de Primavera 2015** [Em linha], atual. 2015. [Consult. 29 ago. 2018]. Disponível em WWW:<URL:http://opss.pt/relatorios/relatorio-primavera-2015/>.

55. Observatório Português dos Sistemas de Saúde - **Meio Caminho Andado - Relatório Primavera 2018** [Em linha], atual. 2018. [Consult. 29 ago. 2018]. Disponível em WWW:<URL:http://opss.pt/relatorios/relatorio-de-primavera-2018/>.

56. INFARMED - **Monitorização do Consumo de Medicamentos no Meio Ambulatório** [Em linha]. [S.l.] : INFARMED, 2018, atual. 2018. [Consult. 29 ago. 2018]. Disponível em

WWW:<URL:http://www.infarmed.pt/documents/15786/2684155/março/4cf10fbb-add5-4348-b30e-1eca846bd5e8?version=1.0>.

57. INFARMED - **Regimes excecionais de participação** [Em linha] [Consult. 29 ago. 2018]. Disponível em WWW:<URL:http://www.infarmed.pt/web/infarmed/regimes-excecionais-de-comp participacao>.

58. CEFAR - **Base de Dados MOPE - Farmácias: Insolvência e Penhora** [Em linha], atual. 2017. [Consult. 1 set. 2018]. Disponível em WWW:<URL:https://www.revistasauda.pt/SiteCollectionDocuments/Documentos/Insolvências e Penhoras.pdf>.

59. ONLINE, ECO-Economia - **Farmácias recebem quatro milhões de incentivos** [Em linha], atual. 2017. [Consult. 29 ago. 2018]. Disponível em WWW:<URL:https://eco.pt/2017/12/26/utilizacao-de-genericos-permitiriam-poupanca-de-30-milhoes-aos-hospitais/>.

60. ENES, Carlos - **Genéricos têm de crescer** [Em linha], atual. 2016. [Consult. 30 ago. 2018]. Disponível em WWW:<URL:https://www.revistasauda.pt/noticias/Pages/Genericos-tem-de-crescer.aspx>.

61. **CGTP-IN - A Política do Medicamento em Portugal - Evolução e situação actual; Propostas para a efectivação do direito à saúde** [Em linha], atual. 2011. [Consult. 25 ago. 2018]. Disponível em WWW:<URL:http://www.cgtp.pt/images/stories/imagens/2011/11/estado/05medicamento.pdf>.

Imagem da capa construída com ícones provenientes de www.canva.com e de www.flaticon.com

Icons made by Freepik from www.flaticon.com is licensed by CC 3.0 BY</div>

ANEXOS

ANEXO I – FICHA DE PREPARAÇÃO DO MM: “SOLUÇÃO ALCOÓLICA DE ÁCIDO BÓRICO À SATURAÇÃO COM ÁGUA OXIGENADA”

FARMACIA MONTE FORMOSO Ficha de Preparação de Medicamentos Manipulados Página 1 de 3

Medicamento: Solução alcoólica de ácido bórico à saturação com água oxigenada

Teor em substância(s) activa(s): 100 g (ml ou unidades) contém 5 g (ml) de ácido bórico

Forma farmacêutica: Solução Data de preparação: 28/2/2018

Número do lote: 003/18 Quantidade a preparar: 30 ml

Matérias-primas	Lote nº	Origem	Farmacopeia	Quantidade para 100 g (ou ml, ou unidades)	Quantidade calculada	Quantidade pesada	Rubrica do Operador e data	Rubrica do Supervisor e data
Ácido bórico	0909016	Vdfarema		5g	0,75g	0,75g	Ampluêide 28/2/18	28/2/18 \$
Alcool 70%	17/2017	VelvetMed		9,6 100 ml	15 ml	15 ml	Ampluêide 28/2/18	28/2/18 \$
Água oxigenada 10 vol.	Axi+1185	VelvetMed		9,6 100 ml	15 ml	15 ml	Ampluêide 28/2/18	28/2/18 \$

Preparação

	Rubrica do Operador
1. Limpar o material c/ álcool a 70%.	Ampluêide
2. Colocar num copo 3/4 do álcool e adicionar o ácido bórico reduzido a pó, aos poucos e agitando.	Ampluêide
3. Adicionar o restante álcool e agitar durante 20 seg.	Ampluêide
4. Repousar 1 hora, agitando de 15 em 15 minutos.	Ampluêide
5. Filtrar a solução obtida.	Ampluêide
6. Adicionar a água oxigenada e acondicionar em frasco conta-gotas.	Ampluêide
7. Lavar e branquear o material.	Ampluêide

Embalagem

Tipo de embalagem: frasco Conta-gotas

Capacidade do recipiente: 30 ml

Material de embalagem	Nº do lote	Origem
<u>frasco Conta-Gotas</u>	<u>P24</u>	<u>Plural</u>

Operador: Ampluêide

IMP.10.1

Prazo de utilização e Condições de conservação

Condições de conservação: Guardar em frasco bem fechado, à temperatura ambiente. Operador: *Ana Almeida*

Prazo de utilização:

2 meses após manipulação

Operador: *Ana Almeida*

Verificação

ENSAIO	ESPECIFICAÇÃO	RESULTADO	Rubrica do Operador
Aspetto	Limpêdo e transparente	Conforme	<i>Ana Almeida</i>
Côr	Incolor	Conforme	<i>Ana Almeida</i>
Odor	Inodoro	Conforme	<i>Ana Almeida</i>
			<i>Ana Almeida</i>

Aprovado Rejeitado

Supervisor: *Sara Pedro* 28/2/18

Nome, morada e telefone do doente

Nome do prescriptor

Anotações

Cálculo do preço de venda

MATÉRIAS-PRIMAS:

matérias-primas	embalagem existente em armazém		preço de aquisição de uma dada quantidade unitária (s/IVA)		quantidade a usar	factor multiplicativo	valor da matéria-prima utilizada na preparação
	quantidade adquirida	preço de aquisição (s/IVA)	quantidade unitária	preço			
Alcool 70%	250 ml	0,46€	1 ml	0,00184	x 15	x 1,1	= 0,0524
Acido Bórico	30 g	0,68€	1 g	0,02267	x 0,75	x 2,2	= 0,0374
Água oxigenada	250 ml	0,32€	1 ml	0,00128	x 15	x 1,1	= 0,0365
					x	x	=
					x	x	=
subtotal A							0,1263

HONORÁRIOS DE MANIPULAÇÃO:

	forma farmacéutica	quantidade	F (€)	factor multiplicativo	valor
valor referente à quantidade base	solução	1	4,98	x 3	= 14,94
valor adicional				x	x
subtotal B					

MATERIAL DE EMBALAGEM:

materiais de embalagem	preço de aquisição (s/IVA)	quantidade	factor multiplicativo	valor
frasco Conta-Gotas	0,80	x 1	x 1,2	= 0,96
		x	x 1,2	=
subtotal C				

PREÇO DE VENDA AO PÚBLICO DO MEDICAMENTO MANIPULADO:

(A + B + C) x 1,3	20,83
+ IVA	
D	22,08

DISPOSITIVOS AUXILIARES DE ADMINISTRAÇÃO:

dispositivo	preço unitário	quantidade	valor

E 0

PREÇO FINAL: D + E 22,08

Operador: Ana Almeida

Supervisor: Sara Dele

Rubrica do Director Técnico [assinatura] Data: 28/2/18

ANEXO II – RECEITA DO MM

REPUBLICA PORTUGUESA SNS

Receita Médica Nº
* 2 0 1 1 0 0 0 0 3 7 8 6 1 7 6 8 4 0 6 *

MM

Utente: [redacted] R.C.: [redacted]

Telefone: [redacted] Entidade Responsável: SNS

Nº. de Beneficiário: [redacted]

I.P.O.COIMBRA CEXT
* U 0 6 7 2 8 0 *

Especialidade: OTORRINOLARINGOLOGIA
Telefone: [redacted]

Rx DCI / nome, dosagem, forma farmacéutica, embalagem, posologia N.º Extenso
1 Alcool a 70º saturado com ácido bórico+água oxigenada 10V - 1 Uma
em partes iguais
Posologia: aplicar antes das gotas 3 vezes por dia

2

3

4

Processado por computador - Prescrição Eletrónica Médica, v2.3.0 - SPMS, EPE

Validade: 30 dias
Data: 2018-02-28

(assinatura do Médico Prescritor)

ANEXO III – RÓTULO DO MM

FARMÁCIA
MONTE FORMOSO
RUA CIDADE DE HALLE, LOTE 7/9, CAVE ESQ. 3000-107 COIMBRA
TEL.239492758 FAX.239492769
DIRECTOR TÉCNICO: GILBERTO GONÇALO LUIS GAIO

NOME DO UTENTE: _____

DATA DE PREPARAÇÃO: 10/2/18 Nº DE LOTE: 003/18

MEDICAMENTO MANIPULADO: Sol. alcoolica acid bázico

PRAZO DE UTILIZAÇÃO: 2 meses POSOLOGIA: _____

CONSERVAÇÃO: Temp. amb. VIA DE ADMINISTRAÇÃO: externa

INSTRUÇÕES ESPECIAIS UTILIZAÇÃO: _____