



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Perceção dos farmacêuticos vs perceção dos médicos dos medicamentos genéricos e seus usos

**Experiência Profissionalizante na vertente de Farmácia
Comunitária e Investigação.**

Stéphanie Simões Malta

Relatório para obtenção do Grau de Mestre em
Ciências Farmacêuticas
(Ciclo de estudos Integrado)

Orientador: Prof. Doutora Amélia Augusto

Covilhã, abril 2015

Dedicatória

Eternamente aos meus pais e irmãs.

Aos meus queridos sobrinhos.

Agradecimentos

À minha orientadora, Prof. Doutora Amélia Augusto, por todo o apoio e ensinamento que proporcionou. Sempre tentou compreender as minhas dúvidas e metodologias de trabalho, mostrando sempre disponibilidade e dedicação;

À minha orientadora de estágio em Farmácia Comunitária, Dra. Adélia Leitão, bem como a toda a equipa da Farmácia Santos pelo acolhimento, amizade e dedicação, transmitindo-me diariamente de forma descontraída e profissional todo o seu conhecimento;

A todos os entrevistados, pela disponibilidade e amabilidade em me receber, pela informação e conhecimento que me transmitiram, sem eles não teria sido possível realizar este trabalho.

Ao Carlos pela paciência e por todo o incentivo.

À Marta pela força e amizade.

A todas as pessoas que se cruzaram comigo ao longo deste percurso e que de uma forma ou de outra contribuiriam para a realização deste sonho.

Resumo

O presente trabalho está dividido em duas componentes. A primeira é referente ao estágio curricular realizado em Farmácia Comunitária, na Farmácia Santos, e no qual se dá conta dos conhecimentos técnico-científicos aí adquiridos. A segunda parte é referente à investigação realizada no âmbito da elaboração da tese de mestrado em Ciências Farmacêuticas, da faculdade Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior.

O estágio curricular em farmácia comunitária foi realizado entre os dias 4 de agosto de 2014 e 5 de janeiro de 2015, sob orientação da Dra. Adélia Leitão e de toda a equipa da farmácia. Este tem como principal objetivo a integração da aprendizagem teórica na prática profissional. Como tal, este relatório descreve funcionamento de uma farmácia comunitária pelo farmacêutico e a importância do mesmo para a comunidade. Para além de se dar conta às múltiplas tarefas e responsabilidades relacionadas com a gestão, organização da farmácia e com o medicamento, (aprovisionamento, armazenamento, preparação e dispensa do mesmo), pretende-se, ainda, demonstrar a importância do farmacêutico enquanto prestador de cuidados de saúde, no ato da dispensa do medicamento, promovendo o uso racional dos medicamentos, a adesão à terapêutica e a farmacovigilância.

A segunda parte refere-se à investigação realizada, com o objetivo de compreender a perceção do medicamento genérico e dos seus usos por parte dos farmacêuticos e médicos, com o intuito de perceber a forma como estes profissionais pensam o medicamento genérico, descortinar a possível relação entre as perceções e as respetivas práticas profissionais, nomeadamente ao nível da prescrição e aconselhamento e, ainda, perceber em que medida reconhecem um potencial para a definição de estratégias profissionais em torno do medicamento genérico. De um modo geral, embora ambos os profissionais tenham enunciado um nível elevado de confiança no medicamento genérico e nos seus usos, são expressas preocupações relativamente à vastidão do mundo dos genéricos e emergem receios no que concerne a aspetos que, no entender destes profissionais, exigem uma maior vigilância, por um lado, e uma maior educação do doente, por outro.

Palavras-chave

Medicamento genérico, Farmacêutico, Médico, Farmácia comunitária, Estratégia profissional.

Abstract

The present document is divided into two chapters. The first refers to the training affected in community pharmacy at Farmácia Santos where it's acquainted the technical and scientific knowledge obtained there. The second chapter points the research occurred on the master dissertation, in Pharmaceutics Sciences at High School of Health Sciences at the Universidade da Beira Interior.

The traineeship in community pharmacy was held between August 4th of 2014 and January 5th of 2015, under the supervision of Dr. Adélia Leitão and the entire pharmacy's team. This has as main objective the integration of theoretical learning in professional practice. As such, this report describes the operation of a community pharmacy by the pharmacist and the importance of it to the community. In addition to realizing the multiple tasks and responsibilities related to the management, pharmacy organization and with the drug, (supply, storage, preparation and dispensing of it), is intended to also demonstrate the importance of the pharmacist as a provider of health care, upon the dismissal of the drug, promoting the rational use of drugs, adherence to therapy and pharmacovigilance.

The second part refers to the research carried out, in order to understand the perception of the generic drug and its use by pharmacists and doctors in order to understand how these professionals think the generic drug, uncover the possible relationship between perceptions and their respective professional practices, particularly in terms of prescription and advice, and also, in what way they recognize the potential of the generic drug for the definition of professional strategies. In general, although both professionals have stated a high level of confidence in the generic drug and its uses, concerns are expressed regarding the vastness of the world of generics and fears emerge on the matters which, according to these professionals require larger monitoring in one hand, and increased education of the patient on the other.

Keywords

Generic drug, Pharmaceutical, Doctor, Community Pharmacy, Professional strategy.

Índice

Parte I- Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária - Farmácia Santos	1
Introdução	3
1. Organização da Farmácia	3
1.1. Localização da Farmácia Santos	3
1.2. Horário de funcionamento	4
1.3. Espaço físico da farmácia	4
1.3.1. Espaço exterior	4
1.3.2. Espaço interior	4
1.4. Equipamentos	8
1.5. Recursos humanos e suas funções	9
1.5.1. Funções do Diretor Técnico	10
1.6. Aplicação informática	10
1.7. Informação e documentação científica	11
2. Medicamentos e outros produtos de saúde: definições de conceitos	12
2.1. Medicamentos de uso humano (MUH)	12
2.1.1. Medicamento geral	12
2.1.2. Medicamento similar	13
2.1.3. Medicamento de referência	13
2.1.4. Medicamentos estupefacientes e psicotrópicos	13
2.1.5. Medicamentos genéricos	14
2.1.6. Medicamentos manipulados	14
2.1.7. Outros produtos de saúde	14
2.1.8. Dispositivos médicos	15
2.1.9. Medicamentos e produtos de uso veterinário	15
2.2. Programa Farmácias Portuguesas	15
3. Circuitos dos produtos farmacêuticos	16
3.1. Aprovisionamento e armazenamento	16
3.2. Critérios de seleção de um fornecedor	17
3.3. Realização de encomendas	17
3.4. Receção e conferência de encomendas	19
3.5. Preços	20
3.6. Controlo dos prazos de validade	21
3.7. Devoluções	22
3.8. Psicotrópicos, estupefacientes e benzodiazepinas	23
3.9. Critérios e condições de armazenamento	23
4. Interação farmacêutica - utente - medicamento	24
4.1. O ato farmacêutico	24
4.2. A interação com o utente	24
4.3. VALORMED	25
4.4. Farmacovigilância	26
5. Dispensa de medicamentos	26
5.1. Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM)	27
5.2. Dispensa de sujeitos a legislação especial	32
5.3. Regimes de comparticipação e organismos responsáveis	33

5.4. Dispensa de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM)	34
6. Automedicação	34
7. Aconselhamento e dispensa de outros produtos de saúde	35
7.1. Produtos de dermofarmácia, cosméticos e higiene	36
7.2. Produtos dietéticos para alimentação especial	36
7.3. Produtos dietéticos infantis	37
7.4. Produtos fitoterapêuticos e suplementos nutricional	38
7.5. Medicamentos de uso veterinário	38
7.6. Dispositivos médicos	39
8. Outros cuidados de saúde prestados ao utente na Farmácia Santos	40
8.1. Medição da glicémia	40
8.2. Medição da pressão arterial	41
8.3. Antropometria	42
8.4. Medição dos triglicéridos e colesterol total	42
9. Preparação de medicamentos	42
9.1. Preparações	45
10. Contabilidade e gestão	46
10.1. Gestão e formação contínua de recursos humanos	46
10.2. Processamento do receituário e faturação	46
10.3. Articulação com os serviços de contabilidade	48
Conclusão	48
Bibliografia	49
Parte II - Perceção dos farmacêuticos vs perceção dos médicos dos medicamentos genérico e seus usos	53
Introdução	54
1. Medicamentos genéricos	58
1.1. O que são medicamentos de referência	58
1.2. O que são medicamentos genéricos	58
2. História - Enquadramento legal dos medicamentos genéricos em Portugal	59
2.1. Aspectos gerais do Direito de Patente	62
2.2. Preços	63
3. Vantagens e Desvantagens dos medicamentos genéricos	64
3.1. Vantagens	64
3.2. Desvantagens	65
4. Perceção dos farmacêuticos vs perceção dos médicos	66
4.1 Perceção dos farmacêuticos	68
4.2. Perceção dos médicos	69
5. Medicamentos Orfão - Não há genéricos	70
6. Metodologia de Investigação	71
6.1. Técnicas de investigação	71
7. Análise e discussão de resultados	74
7.1. Perceção e nível de confiança	74
7.2. Distribuição populacional e fatores que aumentam o uso dos medicamentos genéricos	79
7.3. Toma dos medicamentos genéricos como estratégia profissional	84
Conclusão	92
Bibliografia	94
ANEXOS	99

Lista de Tabelas

Tabela 1- Caracterização da amostra em estudo.

Lista de Anexos

Anexo 1- Comparticipação Especial em Farmácia de Oficina

Anexo 2- Procedimento das medições de parâmetros químico-biológicos

Anexo 3- Actualização do fator F para cálculo do preço dos manipulados

Anexo 4- Procedimentos de manipulados

Anexo 5- Guião da entrevista

Anexo 6- Exemplo de uma Sinopse de um farmacêutico e de um médico

Lista de Acrónimos

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
AIM	Autorização de Introdução no Mercado
ANF	Associação Nacional das Farmácias
AT	Autoridade Tributária
BPF	Boas Práticas Farmacêuticas
CCF	Centro de Conferências de Faturação
CCP	Certificados Complementares de Proteção
CEDIME	Centro de Documentação e Informação sobre Medicamentos
CEFAR	Centro de Estudos e Avaliação em Saúde
CNP	Código Nacional de Produto
CT	Colesterol Total
DCI	Denominação Comum Internacional
DGS	Direção Geral de Saúde
DGV	Direção Geral de Veterinária
DT	Diretor Técnico
EM	Estatuto do Medicamento
FGP	Formulário Galénico Português
FS	Farmácia Santos
GEP	Gabinete de Estudos e Projectos
GH	Grupo Homogéneo
HDL	<i>High Density Lipoproteins</i> - Lipoproteína de alta densidade
HTA	Hipertensão Arterial
IMC	Índice de Massa Corporal
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP
IRS	Imposto sobre o Rendimento de pessoas Singulares
IVA	Imposto sobre o Valor Acrescentado
LDL	<i>Low density Lipoprotein</i> - Lipoproteína de baixa densidade
MG	Medicamento Genérico
MUH	Medicamento de Uso Humano
MO	Medicamentos Órfãos
MR	Medicamento de Referência
MNSRM	Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica
MSRM	Medicamentos Sujeitos a Receita Médica
OF	Ordem Farmacêutica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PFP	Programa Farmácias Portuguesas
PIC	Preço de Inscrição na caixa
PR	Preço de Referência
PRM	Problemas relacionados com os medicamentos
PT	Prontuário Terapêutico
PVA	Preço de Venda ao Armazém
PVF	Preço de Venda à Farmácia
PVP	Preço de Venda ao Público
RAM	Reações Adversas a um Medicamento
SNF	Sistema Nacional de Farmacovigilância

SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPR	Sistema de Preços de Referência
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

**Relatório de Estágio em Farmácia
Comunitária - Farmácia Santos**

Introdução

A Farmácia Comunitária é um espaço que se caracteriza pela prestação de cuidados de saúde de elevada diferenciação técnico-científica, que tenta servir a comunidade sempre com a maior qualidade (Santos *et al.*, 2009).

O estágio de aprendizagem funciona como um elo de ligação entre o conhecimento teórico adquirido ao longo do curso e a realidade da vida profissional. O facto de lidar diretamente com utentes e outros profissionais de saúde exige não só bons conhecimentos teóricos, mas também o desenvolvimento de uma vertente humana e de capacidade para comunicar de forma eficaz e aberta, tendo sempre presentes os padrões éticos e deontológicos. Além da formação universitária, a prática quotidiana permite lidar com várias situações, exige uma contínua aprendizagem, obrigando o farmacêutico a uma procura constante de formações, além de nos permitir aplicar os conhecimentos adquiridos a novas situações.

Assim, o presente relatório refere-se ao estágio curricular no âmbito de Ciências Farmacêuticas, realizado entre 4 de agosto de 2014 a 5 de janeiro de 2015, na Farmácia Santos (FS), localizada na Ponte de Vagos, sob a orientação da Dra. Adélia Leitão.

Toda a aprendizagem e competências adquiridas durante o estágio não seriam possíveis sem a equipa motivada, experiente e com muita sabedoria com quem tive o privilégio de trabalhar na FS. Fui recebida muito calorosamente por todos e foi-me prestado e transmitido um grande apoio e conhecimento.

1. Organização da farmácia

1.1. Localização da Farmácia Santos

A FS situa-se na Rua Principal n.º 170 na Ponte de Vagos, concelho de Vagos, distrito de Aveiro. Não obstante estar localizada numa zona rural, beneficia de uma localização privilegiada, pois está próxima de uma Unidade de Saúde, o que permite um acesso fácil aos medicamentos e cuidados de saúde aos habitantes dessa freguesia, tornando cómoda e rápida a tarefa de aviar as receitas, nomeadamente à população idosa. A FS tem um leque enorme de utentes, desde adolescentes a idosos, mas com uma grande incidência de jovens adultos. A fidelidade a esta farmácia e a deslocação periódica à mesma permite um acompanhamento personalizado e um acompanhamento clínico do utente, com uma atenção extra aos idosos, o que permite uma monitorização próxima, de forma a garantir que estão a realizar a medicação de uma forma correta e contínua.

1.2. Horário de funcionamento

A FS encontra-se aberta ao público de segunda à sexta-feira, funcionamento ininterrupto, das 9h às 20h30, ao sábado das 9h às 13h e entre as 14h e 18h, sendo que ao domingo funciona das 9h às 13h. Em local visível, no exterior da farmácia, encontra-se afixado o horário de atendimento.

1.3. Espaço físico da farmácia

Na farmácia comunitária efetuam-se atividades dirigidas para o medicamento e para o utente. Para que os farmacêuticos e os restantes profissionais possam realizar tais atividades são necessárias instalações, equipamentos e fontes de informação apropriadas, ou seja, a farmácia deve possuir uma estrutura adequada para o cumprimento das suas funções (Santos *et al.*, 2009).

1.3.1. Espaço exterior

A farmácia é facilmente acessível a todos os utentes. O seu aspeto exterior, característico e profissional, é perfeitamente identificável, com um letreiro com a inscrição “FARMÁCIA” e/ou símbolo “cruz verde” luminosa, uma placa exterior com o nome da farmácia e do diretor técnico (DT), informação sobre o horário de funcionamento. Tem uma fachada envidraçada onde consta todo o tipo de informação relevante a ser transmitida aos utentes, como seja a época do ano ou a chegada de novos produtos.

1.3.2. Espaço interior

De acordo com a Deliberação n.º 1502/2014, de 3 de julho¹, as farmácias têm um número mínimo de divisões, assim como uma área útil total mínima de 95 m². Nessa área devem dispor, obrigatória e separadamente de:

- ❖ Uma sala de atendimento ao público com, pelo menos, 50 m²;
- ❖ Um armazém com, pelo menos, 25m²;
- ❖ Um laboratório com, pelo menos, 8m²;
- ❖ Instalações sanitárias com um mínimo de 5m²;
- ❖ E um gabinete de atendimento personalizado para a prestação de serviços farmacêuticos com, pelo menos, 7m².

A FS, além destes espaços obrigatórios, possui ainda outras áreas opcionais:

¹ Ministério da Saúde (2014), Deliberação n.º 1502/2014, Diário da República, 2.ª série, N.º 145, 30 de Julho de 2014.

- ❖ Gabinete da direção técnica;
- ❖ Zona de recolhimento;
- ❖ Área técnica de informática e economato.

A área total da farmácia é bastante elevada, tendo uma disposição de uma série de zonas bem delimitadas, tais como:

- ❖ Zona de atendimento ao público;
- ❖ Gabinete de utente;
- ❖ Laboratório;
- ❖ Escritório;
- ❖ Armazém;
- ❖ Zona de vestiário;
- ❖ Zona de receção de encomendas e de informática;
- ❖ Instalações sanitárias.

Área de atendimento

Esta é uma área acolhedora, bem iluminada e ventilada (Santos *et al.*, 2009). É nesta zona onde se encontra a zona de atendimento farmacêutica e respetiva sala de espera, dispondo de duas cadeiras para os utentes doentes usarem, enquanto aguardam pelo sua vez. Para além disso, este espaço encontra-se equipado com balanças para a determinação do peso, altura, Índice Massa Corporal (IMC) e um tensiómetro. Os doentes da FS podem usufruir destes aparelhos sem a necessidade de ajuda, mas é-lhes prestado todo o apoio que necessitem, nomeadamente na interpretação da informação dos resultados obtidos.

Outras informações estão visíveis aos utentes, tais como uma placa interior com o nome da proprietária e DT da farmácia, cartaz com os serviços proporcionados e respetivo preço e *flyers* relacionados com a área da saúde, por exemplo, consultas de podologia, bem como a informação sobre a existência de livro de reclamações.

Este local composto por dois balcões equipados com um computador, leitor ótico e impressora de talões, permite prestar informações, serviços e apoio personalizado, garantindo comodidade e privacidade aos utentes e profissionais de saúde.

Na zona dos postos de atendimento há vários produtos farmacêuticos devidamente acondicionados e armazenados, de forma a permitirem uma rápida e eficaz dispensa. Encontram-se expostos produtos de higiene bucal, produtos naturais, preservativos, dispositivos médicos, suplementos alimentares, entre outros. Por trás dos balcões existem vitrinas com vários produtos, maiormente puericultura, dermocosmética, equipamentos de saúde, suplementos alimentares, diuréticos e medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM).

A disposição de alguns destes produtos é modificada periodicamente, tendo em conta a sazonalidade das afeções que surgem mais comumente na farmácia. Esta mudança na

disposição permite, por um lado, que o profissional de saúde dispense menos tempo na deslocação, dedicando-o ao atendimento e informação propriamente dita e, por outro lado, possibilita ao doente uma observação mais fácil do arsenal terapêutico que tem ao seu dispor. O pessoal que desempenha funções de atendimento ao público está devidamente identificado, mediante o uso de um cartão contendo o nome e título profissional².

Gabinete de atendimento personalizado

Como aconselhado no manual das Boas Práticas Farmacêuticas, de 2009, anexo ao local de atendimento ao público encontra-se o gabinete do doente. Um local reservado para os doentes que exigem maior atenção, permitindo um diálogo privado e confidencial, como a prestação de vários serviços farmacêuticos, tais como: medição de glicémia, colesterol, triglicéridos, ácido úrico, administração de injetáveis por pessoal qualificado.

Pode avaliar-se o crescimento e peso dos bebés por meio de um equipamento patrocinado pela Halibut.

Nesta sala também se realizam consultas de podologia, cardiologia e mini faciais de cosmética.

Área de receção de encomendas

A área de receção de encomendas é composta por uma bancada com um computador equipado com um dispositivo de leitura ótica, uma impressora de código de barras, telefone/FAX onde se geram, rececionam e aprovam as encomendas e também onde se regularizam devoluções e notas de crédito, uma fotocopiadora com scanner incorporado e o servidor de sistema informático.

O telefone é um dos meios de comunicação entre armazenistas-farmácia, farmácia-utente disponível durante o horário de atendimento.

Este espaço dispõe de um armário principal com gavetas deslizantes onde se encontram todos os medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM), armazenados por ordem alfabética, por dosagem e por número de comprimidos por caixa. Este dispõe de um higrómetro, controlo de humidade e ambiente.

Para além do armário, os outros medicamentos estão dispostos em prateleiras, por formas farmacêuticas (injetáveis, dispositivos destinados a doentes asmáticos, inaladores, ampolas, uso auricular, soluções orais, enemas/supositórios, xaropes, pomadas/cremes/géis, produtos destinados a uso vaginal). Estes estão divididos em medicamentos sujeitos e não sujeitos a receita médica.

² Ministério da Saúde (2012), Decreto-Lei n.º171/2012, Diário da República, 1.ª série, N.º 148, 1 de agosto de 2012.

Neste posto existe um frigorífico para se manter a correta conservação dos fármacos que se destinam a uma temperatura entre 2-8°C. É essencial que o mesmo possua um termómetro para medição e controlo da humidade, de modo a que seja possível registar as temperaturas e verificar quando não se encontram no intervalo correto. No frigorífico, os medicamentos estão divididos para uso humano e veterinário e há uma prateleira onde se guardam as enzimas para o correto controlo dos rastreios, diagnóstico e monitorização terapêutica de desordens metabólicas.

Os psicotrópicos/estupefacientes estão guardados num cofre.

Neste espaço há uma prateleira onde se encontram guardados diversos tipos de documentação relativos a encomendas, faltas de medicamentos, sendo que o doente deixa encomendado e pago determinado produto, e apenas aguarda que este chegue.

Área de armazenamento

Como a designação assim o indica, é um espaço para os excedentes. Por uma questão de organização interna do espaço, estes encontram-se dispostos por ordem alfabética, prazos de validade e laboratório.

Escritório/gabinete

O escritório encontra-se entre o espaço da receção de encomendas e do armazém. Este está equipado com uma secretária, diversos armários de arrumação com toda a documentação que pertence à biblioteca da farmácia, assim como toda a documentação necessária para o dia-a-dia. Este local é reservado à direção técnica, onde se realiza e executa a gestão e administração da farmácia, bem como a conferência do receituário, reuniões e, porventura, algumas formações de interesse para o pessoal da farmácia.

Laboratório

No laboratório existe um lavatório, um exaustor, uma banca e vários armários onde estão armazenadas algumas matérias-primas necessárias à preparação de manipulados, material necessário à manipulação de medicamentos em laboratório, bem como água destilada para reconstituição de antibióticos.

O material de laboratório consiste numa balança de precisão sensível ao miligrama, almofarizes de vidro e porcelana, diferentes espátulas, uma pedra de preparação de pomadas e cremes e o restante material definido por lei necessária à preparação de manipulados, que é enumerado mais a frente.

Instalações sanitárias

Na FS existem dois sanitários, um disponível para os utentes e outro para o pessoal da farmácia.

Vestiários

É o local onde os funcionários da farmácia deixam a bata e se preparam para o dia de trabalho.

1.4. Equipamentos

O DT deve garantir que a farmácia possui todo o equipamento necessário á sua atividade, que o mesmo está em bom estado de funcionamento e cumpre com as exigências requeridas, que seja seguido um plano de manutenção e, quando aplicavel, um plano de calibração e de controlo entre calibrações que demonstre o funcionamento adequado (Santos *et al.*, 2009).

Os equipamentos específicos são relativos às atividades específicas da farmácia, sendo eles: balança, material de vidro, outros equipamentos de laboratório, farmacopeias, formulários e documentação oficial de acordo com a legislação vigente, equipamentos que permitem a monitorização da temperatura e humidade na farmácia e frigorífico. Todos estes equipamentos devem ser alvo de manutenção e de validação periódica (Santos *et al.*, 2009).

A FS está equipada com equipamento para análise de parâmetros bioquímicos (Callegari CR3000), uma centrífuga, um unguator e o banho maria.

O Callegari CR3000 é um excecional conceito de *point of care*³. Este fornece um painel de ensaios, incluindo glicémia, colesterol total, ácido úrico, triglicéridos, lipoproteína de alta densidade (HDL). Com esta tecnologia laboratorial, a FS cobre as necessidades primárias de triagem dos doentes e fornece uma boa precisão de resultados. O conceito CR3000 concede aos profissionais de saúde um serviço de testes de diagnóstico personalizado e melhora o atendimento ao utente, pois é o único *point of care* que realiza três testes simultaneamente. Isso proporciona benefícios claros na redução do tempo de gestão de utentes³.

O funcionamento da centrífuga acontece de forma simples, os tubos com o material a ser examinado são inseridos na centrífuga e, quando ligada, os tubos começam a girar e esse processo faz com que a parte líquida da amostra seja separada da parte sólida.

³ Callegari CR3000. *O conceito CR3000: inovação, melhoria da assistência ao paciente e à gestão.* Disponível em: <http://www.callegari1930.com/cr-3000-blood-analysis.html>, [consultado em: 5/12/2014].

O unguator é utilizado na preparação de medicamentos manipulados (cremes/ungentos) que necessitam de uma homogeneização rápida e precisa do produto final. No tempo em que decorreu o estágio, presenciei a elaboração de vários manipulados, sendo que em dois deles foi utilizado este equipamento.

1.5. Recursos humanos e suas funções

Nos recursos humanos assenta a base do bom funcionamento de qualquer farmácia comunitária. É, assim, de maior importância que estas se encontrem dotadas de recursos humanos adequados, quer em número quer em qualidade e eficácia.

O quadro de profissionais é constituído por 6 elementos:

- Dra. Cristina Pacheco- DT e coproprietária;
- Dra. Adélia Leitão- Farmacêutica adjunta, legal substituta da DT e coproprietária;
- Dr. Arménio Conceição- Farmacêutico;
- Joel Mariano- Técnico de Farmácia;
- D. Fernanda Faneca- Ajudante técnica de Farmácia;
- Patrícia Silva- Ajudante técnica de Farmácia;

Todos os colaboradores estão devidamente identificados mediante o uso de um cartão, contendo o nome e o título profissional (Santos *et al.*, 2009). Enquanto fiz parte desta equipa, apresentei-me igualmente identificada com um cartão contendo o meu nome, instituição de ensino ao qual pertenço e acompanhada por um bloco de notas, onde apontava todos os meus lembretes e novos conhecimentos que fui adquirindo.

O DT tem como funções primordiais garantir a responsabilidade por todos os atos farmacêuticos praticados na farmácia, verificar o cumprimento das regras deontológicas da atividade farmacêutica e implementar os princípios e deveres previstos na legislação que regulamenta a mesma².

Na FS toda a equipa colabora com a DT na execução de todos os atos inerentes à atividade da farmácia. Analisam a situação do doente, identificam os casos especiais, reencaminhando-os para o médico, aconselham produtos e processam a sua entrega ao doente, dispensam medicamentos prescritos e de venda livre e preparam medicamentos manipulados. É também sua função enviar e receber encomendas, bem como rejeitar e devolver produtos aos fornecedores, controlar prazos de validade, arrumar medicamentos, organizar o receituário e efetuar a sua conferência para que mensalmente o mesmo esteja pronto para faturação e fecho no último dia do mês (Santos *et al.*, 2009).

São também desempenhos dos profissionais da FS, não só o atendimento e o aconselhamento aos utentes, mas também a medição de parâmetros químico-biológicos, o contato com os outros profissionais de saúde, o controlo de gestão de medicamentos psicotrópicos e estupefacientes e todo o circuito a eles inerentes, a garantia e implementação de um sistema

de qualidade e a organização e verificação do receituário. É uma equipa que se mantém informada a nível científico, ético e legal e está sujeita a formação contínua com vista a uma atualização profissional e um reforço constante de competências.

Tantos os farmacêuticos como os técnicos e ajudantes de farmácia apresentam uma polivalência a nível das suas funções. Ou seja, cada profissional faz um pouco de tudo dentro das suas competências. Isto permite uma grande flexibilidade e rotatividade nas tarefas desempenhadas.

1.5.1. Funções do Diretor Técnico

De acordo com o Decreto-Lei n.º 171/2012, de 1 de agosto⁴, o DT é independente, técnico e domina o cargo de manter o correto e adequado funcionamento da farmácia, competindo-lhe em especial:

- a) Assumir a responsabilidade pelos atos farmacêuticos praticados na farmácia;
- b) Garantir a prestação de esclarecimentos aos doentes sobre modo de utilização dos medicamentos;
- c) Promover o uso racional do medicamento;
- d) Assegurar que os MSRM só são dispensados aos doentes que a não apresentem em casos de força maior, devidamente justificados;
- e) Garantir que os medicamentos e demais produtos são fornecidos em bom estado de conservação;
- f) Garantir que a farmácia se encontra em condições de adequada higiene e segurança;
- g) Assegurar que a farmácia dispõe de um aprovisionamento suficiente de medicamentos;
- h) Zelar para que o pessoal que trabalha na farmácia mantenha, em permanência, o asseio e a higiene;
- i) Verificar o cumprimento das regras deontológicas da atividade farmacêutica;
- j) Assegurar o cumprimento dos princípios e deveres previstos na legislação reguladora da atividade farmacêutica.

1.6. Aplicação informática

Para um bom funcionamento da farmácia, é essencial utilizar o recente *software* das farmácias: o SIFARMA 2000. O sistema é periodicamente atualizado, sendo esta atualização de extrema importância devido à introdução de novas informações. Este programa auxilia no acompanhamento farmacoterapêutico e no processo de produtos que entram e saem da farmácia, por meio de várias funcionalidades:

⁴ Ministério da Saúde (2012), Decreto-Lei n.º171/2012, Diário da República, 1.ª série, N.º 148, 1 de agosto de 2012.

- Criação de uma ficha de cada doente onde é possível a consulta do registo, na qual constam dados que permitem o acompanhamento farmacoterapêutico, sendo também útil para a consulta dos laboratórios que o doente costuma levar;
- Informação atualizada, a qual pode ser rápida e facilmente consultada pelo farmacêutico no ato da dispensa. O programa providencia informações relativas a posologias, contra indicações, precauções, interações medicamentosas, efeitos adversos e apresenta explicação científica acerca da maioria dos produtos existentes na farmácia. Esta é uma informação que, apesar de não ser vinculativa, e de não dispensar os conhecimentos científicos prévios, constitui uma ferramenta de suporte rápida ao farmacêutico, e principalmente aos estagiários;
- Dispensa de produtos sem receita, com receita médica, respetivos planos e percentagens de comparticipação, suspensas e a crédito;
- Procura de produtos, elaboração, envio, receção, validação de encomendas;
- Gestão de devoluções de produtos, tanto da farmácia para o fornecedor, como do doente para a farmácia;
- Quantidade existente em stocks, stock máximo e mínimo e validades dos produtos;
- Informações de preços atuais e dos medicamentos, assim como dos que já não se encontram em vigor, preço de venda à farmácia (PVF), preço de venda ao público (PVP) e imposto sobre o valor acrescentado (IVA).
- Tanto consulta como anulação de vendas. Reimpressão da fatura, versos de receita, comprovativos de venda suspensa;
- Pesquisa por nome comercial, grupo homogéneo e grupo genérico;
- É possível consultar as vendas de cada operador, gerir e imprimir verbetes.

1.7. Informação e documentação científica

Atualmente, dado o fácil acesso à informação, assiste-se a uma mudança de atitude por parte dos doentes, estando estes mais informados e sendo mais exigentes no que se refere à sua saúde, bem-estar e qualidade de vida. Por outro lado, a evolução científica e tecnológica exige que o farmacêutico esteja em constante atualização científica, sendo que também é esperado um desempenho que reconheça o papel alargado da sua profissão, nomeadamente no reconhecimento da dimensão biopsicossocial da saúde e dos cuidados de saúde. Aliar competências técnico-científicas e competências relacionais permite-lhes prevenir, identificar e corrigir problemas decorrentes da terapêutica e esclarecer as dúvidas dos doentes. É importante considerar não apenas especificidades técnicas ou a natureza das patologias, mas também características pessoais e/ou culturais que podem influenciar a compreensão da informação ou a qualidade da relação.

A biblioteca da farmácia encontra-se atualizada e organizada, pois esta é uma fonte de informação essencial para o farmacêutico, que deve dispor de acesso físico ou eletrónico, aquando da cedência de medicamentos, de modo a ter acesso à informação sobre indicações,

contraindicações, interações, posologia e precauções com a utilização do medicamento (Santos *et al.*, 2009). A FS apresenta como fontes de acesso obrigatório a Farmacopeia Portuguesa, o Prontuário Terapêutico (PT).

Periodicamente chegam à FS publicações provenientes das autoridades do medicamento, principalmente da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P., (INFARMED) e da Associação Nacional das Farmácias (ANF), acerca de novas legislações, retirada de produtos ou lotes do mercado, entre outros.

Existem fontes de informação que são exteriores à farmácia, nomeadamente centros especializados na compilação e tratamento de informação publicada, o que permite obter a informação de forma rápida e eficaz. Temos por exemplo os casos do Centro de Documentação e Informação sobre Medicamentos (CEDIME) e o Centro de Estudos e Avaliação em Saúde (CEFAR).

2. Medicamentos e outros produtos de saúde: definição de conceitos

2.1. Medicamentos de uso humano (MUH)

O Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 Agosto⁵ diz respeito ao estatuto do medicamento. Numa farmácia de oficina, este é o principal produto existente, sendo a sua cedência da responsabilidade do farmacêutico, que deve sempre reger-se pela ética inerente à sua profissão.

Assim, e de acordo com o mesmo Decreto-Lei, existem várias definições que veremos a seguir.

2.1.1. Medicamento em geral

Medicamento é “toda a substância ou associação de substâncias apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em seres humanos ou dos seus sintomas ou que possa ser utilizada ou administrada no ser humano com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas”⁶.

⁵ Ministério da Saúde (2006), Decreto-Lei n.º176/2006, Diário da República, 1.ª série, N.º 167, 30 de agosto de 2006, pp. 8.

⁶ Ministério da Saúde (2006), Decreto-Lei n.º176/2006, Diário da República, 1.ª série, N.º 167, 30 de agosto de 2006.

2.1.2. Medicamento similar

“Medicamento com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias ativas, sob a mesma forma farmacêutica e para o qual, sempre que necessário, foi demonstrada bioequivalência com o medicamento de referência (MR), com base em estudos de biodisponibilidade apropriados” ⁷.

2.1.3. Medicamento de referência

“Medicamento que foi autorizado com base em documentação completa, incluindo resultados de ensaios farmacêuticos, pré-clínicos e clínicos” ⁸.

2.1.4. Medicamentos estupefacientes e psicotrópicos

São considerados psicotrópicos e estupefacientes as plantas, substâncias e preparações que constam no decreto-lei n.º 15/93, de 22 de janeiro⁹. Neste decreto encontra-se o regime jurídico do tráfico e consumo de estupefacientes e psicotrópicos.

Psicotrópica: toda a substância que atua sobre as funções e comportamentos psíquicos, agindo direta ou indiretamente sobre o sistema nervoso central, produzindo alterações no comportamento, humor e cognição, qualquer que seja o comportamento exercido (depressor ou estimulante).

Estupefaciente: Uma substância que tem funções sedativas, narcóticas e euforizantes, susceptíveis de originar dependência.

Estas são substâncias muito importantes para a medicina e as suas propriedades, desde que usadas de forma correta, podem trazer benefícios terapêuticos a um número alargado de situações de doença. As doenças psiquiátricas, oncológicas ou o uso de psicotrópicos e estupefacientes como analgésicos ou antitússicos são alguns exemplos da sua aplicabilidade terapêutica. Não obstante, apesar das suas propriedades benéficas, estas substâncias apresentam alguns riscos, podendo induzir a habituação e até dependência, quer física quer psíquica¹⁰.

⁷ Ministério da Saúde (2006), Decreto-Lei n.º176/2006, Diário da República, 1.ª série, N.º 167, 30 de agosto de 2006, pp. 8.

⁸ Ministério da Saúde (2006), Decreto-Lei n.º176/2006, Diário da República, 1.ª série, N.º 167, 30 de agosto de 2006, pp. 8.

⁹Ministério da Saúde (1993), Decreto-Lei n.º15/93, Diário da República, 1.ª série, N.º 18, 22 de janeiro de agosto de 1993.

¹⁰ Ministério da Saúde (2006), Decreto-Lei n.º176/2006, Diário da República, 1.ª série, N.º 167, 30 de agosto de 2006, pp. 8.

2.1.5. Medicamentos genéricos

Os medicamentos genéricos (MG) são medicamentos similares a um MR, cuja patente da substância ativa ou do processo de fabrico tenha caducado. Estes medicamentos devem ser alvo de estudos de biodisponibilidade e bioequivalência que comprovem essa equivalência.

Para além do referido, os MG não podem invocar indicações terapêuticas diferentes das atribuídas ao MR e têm de apresentar a mesma forma farmacêutica. Para ser mais perceptível a distinção entre estes medicamentos e os restantes, a cartonagem deve conter a menção "MG" ¹¹.

2.1.6. Medicamentos manipulados

No âmbito de preparação de medicamentos surgem dois conceitos: preparado oficial e fórmula magistral.

Preparado oficial: "qualquer medicamento preparado. Segundo as indicações compendiais de uma farmacopeia ou de um formulário oficial, numa farmácia de oficina ou em serviços farmacêuticos hospitalares, destinado a ser dispensado diretamente aos doentes por essa farmácia ou serviço" ¹².

Fórmula magistral: "qualquer medicamento preparado numa farmácia de oficina ou serviço farmacêutico hospitalar, segundo uma receita médica e destinada a um doente determinado"¹³.

2.1.7. Outros produtos de saúde

Existem ainda disponíveis nas farmácias outros produtos de saúde, entre os quais se encontram: produtos fitoterapêuticos, medicamentos e produtos homeopáticos, produtos para alimentação e infantil, produtos cosméticos e dermofarmacêuticos.

A quantidade e diversidade destes produtos dependem de vários fatores, entre os quais a condição sócioeconómica dos doentes da farmácia. Na FS existe uma variedade limitada destes produtos, procurando-se apostar mais em linhas que os utentes usem, e em quantidades pequenas, até pela própria situação económica em que o país se encontra.

¹¹ Ministério da Saúde (2006), Decreto-Lei n.º176/2006, Diário da República, 1.ª série, N.º 167, 30 de agosto de 2006, pp. 10.

¹² Ministério da Saúde (2006), Decreto-Lei n.º176/2006, Diário da República, 1.ª série, N.º 167, 30 de agosto de 2006, pp. 10.

¹³ Ministério da Saúde (2006), Decreto-Lei n.º176/2006, Diário da República, 1.ª série, N.º 167, 30 de agosto de 2006, pp. 7.

2.1.8. Dispositivos médicos

De acordo com o Decreto-Lei n.º 273/95, de 23 de outubro¹⁴, entende-se por dispositivo médico qualquer instrumento, aparelho, equipamento, material ou artigo utilizado isoladamente ou combinado, incluindo os suportes lógicos necessários para o seu bom funcionamento, cujo principal efeito pretendido no corpo humano não seja alcançado por meios farmacológicos, imunológicos ou metabólicos, embora a sua função possa ser apoiada por esses meios, e seja destinado pelo fabricante a ser utilizado em seres humanos para fins de diagnóstico, prevenção, controlo, tratamento ou atenuação de uma doença, de uma lesão ou de uma deficiência, estudo, substituição ou alteração da anatomia ou de um processo fisiológico e controlo da concepção.

Os dispositivos médicos encontram-se agrupados em quatro classes, de acordo com o seu grau de invasibilidade do corpo humano e do risco que representam. Todos os dispositivos devem apresentar a menção “CE” na embalagem/rótulo, bem como o número de lote, número de série, data de fabrico, a designação do fabricante e o período de utilização, quando aplicável.

2.1.9. Medicamentos e produtos de uso veterinário

O Decreto-Lei n.º 148/2008, de 29 de julho¹⁵, estabelece o regime jurídico para o fabrico, introdução no mercado, armazenamento, transporte, comercialização e utilização de produtos de uso veterinário. Define-se medicamento veterinário como sendo todo o medicamento destinado a animais, entende-se ainda por especialidade farmacêutica veterinária, o medicamento preparado antecipadamente, apresentado sob uma denominação especial e sob um acondicionamento particular¹⁶.

Dentro desta categoria, podem ser encontrados os ectoparasiticidas, endoparasiticidas, antibióticos, suplementos alimentares, pílulas anticoncepcionais e produtos de higiene. É de referir que determinados medicamentos de uso humano, como certos colírios, pomadas, entre outros, podem ser usados muitas vezes no tratamento de animais.

2.2. Programa Farmácias Portuguesas

A FS aderiu ao Programa Farmácias Portuguesas (PFP), sendo este um programa da ANF que visa incentivar as compras na farmácia de determinados produtos que atualmente podem ser encontradas noutras áreas, tais como parafarmácias.

¹⁴ Ministério da Saúde (1995), Decreto-Lei n.º 273/95, Diário da República, 1.ª série, N.º 245, 23 de outubro de 1995.

¹⁵ Ministério da Agricultura (2008), Decreto-Lei n.º 148/2008, Diário da República, 1.ª série, N.º 145, 29 de julho de 2008.

¹⁶ Ministério da Agricultura (1997), Decreto-Lei n.º 184/97, Diário da República, 1.ª série, N.º 171, 26 de julho de 1997.

Assim, este programa tem como objetivo fidelizar os utentes às farmácias, oferecendo-lhes vantagens e incentivos. A fidelização concretiza-se com a aquisição pelo utente do cartão do PFP. Este cartão permite acumular pontos através das compras efetuadas nas farmácias aderentes e posteriormente fazer a troca desses mesmos pontos por determinados produtos ou serviços constantes de um catálogo.

3. Circuito dos produtos farmacêuticos

3.1. Aprovisionamento e armazenamento

A gestão de stocks é sem dúvida uma das tarefas mais importantes, e ao mesmo tempo mais difíceis, numa farmácia. Uma eficiente gestão de stocks deve permitir ter os produtos disponíveis sempre que necessário, garantindo que estes não se mantenham muito tempo na farmácia, e que se tenha um stock adequado à rotatividade do produto. Assim, o objetivo é evitar ruturas de stocks, mas também acumulação, uma vez que estes implicam um empate de capital, que é ainda mais penalizador nos tempos que correm.

O aprovisionamento é um conjunto de operações cujo objetivo é garantir a disponibilidade dos produtos em quantidade necessária. O controlo dos stocks é efetuado informaticamente e baseia-se nos stocks máximos e mínimos. Estes dizem respeito aos valores definidos para cada produto de quantidades mínimas que se devem encontrar na farmácia e valores máximos dos mesmos. A definição destes valores deve obedecer a determinadas regras, tais como:

- Localização da farmácia;
- Perfil dos utentes;
- Hábitos de prescrição médica;
- Valores médios de vendas;
- Época do ano (produtos sazonais);
- Rotatividade dos produtos;
- Capital disponível;
- Espaço de armazém disponível;
- Bonificações;
- Campanhas de laboratórios e condições de pagamento;
- Publicidade nos meios de comunicação social;
- Dias de serviço das farmácias;
- Produtos novos.

3.2. Critérios de seleção de um fornecedor

A aquisição dos produtos é efetuada a fornecedores que podem ser laboratórios ou armazenistas (privadas, multinacionais ou cooperativas). A farmácia deve escolher o local onde realiza as compras de acordo com os produtos e de acordo com as condições oferecidas. Cada fornecedor tem horários estipulados para elaboração dos pedidos e posterior entrega dos mesmos, horários esses se encontram afixados na farmácia perto do local de elaboração de pedidos, de modo a que o profissional que procede a essa elaboração tenha conhecimento das horas a que o pedido chega à farmácia e, se for o caso, possa adiantar essa informação ao utente.

A seleção dos vários fornecedores tem em conta critérios como:

- Bonificações na aquisição de produtos;
- Descontos;
- Celeridade na entrega de produtos;
- Facilidade nas devoluções;
- Rigor na entrega das encomendas;
- Horários dos pedidos e das entregas;
- Número de entregas realizadas diárias;
- Qualidade do serviço;
- Boas condições dos produtos;

Para existir a capacidade de escolha deve-se trabalhar com mais do que um fornecedor, sendo uma forma de evitar rutura de stocks e ainda conseguir negociar melhores condições. A FS trabalha habitualmente com três grossistas: a Cooprofar, a Plural e a Pencivet- que realiza entregas de produtos veterinários, exclusivamente.

Alguns produtos farmacêuticos, principalmente não sujeitos a receita médica, são, por vezes, encomendados diretamente ao laboratório. Estes devem ser produtos sazonais e com grande rotatividade, visto que apenas podem ser elaboradas encomendas em grande número. Na FS apenas se fazem estas encomendas diretas se for mesmo justificável ou compensatório. Essas encomendas implicam uma negociação de preços e condições, já que há o inconveniente de ter de realizar compras em maior volume e de investir um maior capital, demorando mais tempo a existir o retorno do mesmo.

3.3. Realização de encomendas

As encomendas diárias são efetuadas informaticamente através do SIFARMA 2000. É gerada uma ficha de produto, onde se podem definir stocks máximos e mínimos do mesmo, o seu fornecedor habitual, os preços, histórico de compras e vendas, entre outros.

Em cada venda, basicamente, o que acontece é que o programa automaticamente pede todos os produtos que estão abaixo ou com valores iguais aos stocks mínimos. As quantidades pedidas são os valores necessários para atingir os stocks máximos. O conjunto de todos os produtos, cuja existência na farmácia é inferior ao stock mínimo, dá origem à encomenda diária. Esta nota de encomenda é depois verificada pela pessoa responsável por realizar a encomenda, verificando se existe algum produto com condições especiais, ou se por algum motivo é necessário retirar algum produto da mesma nota de encomenda, ou adicionar outros. O sistema informático mostra um histórico de vendas, o número de embalagens de cada produto que foram vendidas naquele mês até aquele dia e a média de embalagens vendidas por mês, no último ano. Este histórico de vendas permite também ao operador ir redefinindo os stocks máximos e mínimos, tendo em conta, uma vez mais, a sazonalidade de cada produto. Por exemplo, interessará à farmácia que no Inverno os stocks máximos e mínimos dos produtos antigripais sejam incrementados, e na Primavera isso se verifique para os produtos antialérgicos. Por norma, na FS são efetuadas duas encomendas diárias, uma realizada até às 13h, que é entregue durante a tarde, e outra à noite, antes do fecho, que será entregue na manhã seguinte, sendo que muitas vezes a encomenda é dividida por vários fornecedores. Deste modo, conseguem usufruir de bonificações ou de outras condições especiais.

Para além das encomendas diárias são ainda feitas encomendas manuais. Nestas, o ponto de encomenda não é gerado informaticamente tendo em conta os stocks previamente definidos, mas sim cada produto, quantidade e respetivo fornecedor, introduzidos individualmente pelo operador. São geradas encomendas manuais, por exemplo, quando se faz uma encomenda pelo telefone. Nestas, no momento do pedido é registada, numa folha de controlo interno da FS, a identificação do produto (nome, número de comprimidos, dosagem), a data e a hora da encomenda, o operador que a realizou, o fornecedor a que foi feito o pedido e a hora prevista de chegada. Posteriormente, aquando da receção, na mesma folha de controlo interno, gera-se uma encomenda manual que é necessária para dar entrada do produto no sistema. Outra forma de se gerar uma encomenda manual, é através dos *websites* disponibilizados pelos fornecedores. Estes *gadgets* permitem satisfazer pedidos pontuais dos doentes através do computador. Esta forma de encomenda permite introduzir os códigos ou nomes dos produtos nos fornecedores, que informam acerca da disponibilidade do produto, bem como da hora prevista de chegada à farmácia, para assim poder informar corretamente o doente de quando o produto estará disponível na farmácia. Nas situações em que os produtos são pedidos por telefone ou *gadgets*, estes ficam reservados para o utente que os requisitou.

As encomendas diretas aos laboratórios são realizadas, de formar direta, junto do respetivo delegado aquando da sua deslocação à farmácia. Por norma, estes fazem visitas regulares à farmácia, mas em caso de possível rutura de stocks, podemos sempre contactar a pessoa responsável pela visita, a fim de pedir uma reunião antecipada.

3.4. Receção e conferência de encomendas

Uma das tarefas mais críticas para o bom funcionamento da farmácia é a receção e conferência das encomendas, pois se esta informação não for introduzida corretamente afeta todo o circuito do medicamento na farmácia, os stocks estarão errados, o que irá levar a erros por parte dos seus funcionários, podendo conduzir, em último caso, a uma não venda.

A primeira coisa a fazer aquando da chegada de uma encomenda à farmácia é conferir os documentos que a acompanham, isto para termos a certeza de que a encomenda se destina efetivamente à farmácia. O documento que acompanha as encomendas que chegam diariamente à farmácia, normalmente, é uma guia de remessa/fatura em duplicado, sendo que o original é enviado para a contabilidade e o duplicado fica de apoio à receção e conferência da encomenda. Este documento deve conter diversas informações, tais como:

- Número e guia de remessa/fatura;
- Data;
- Nome e morada do fornecedor e farmácia;
- Listagem dos produtos pedidos por ordem alfabética, com o respetivo código, quantidade pedida e fornecida, PVF, preço de venda ao armazém (PVA), IVA, PVP, preço total para determinado medicamento, assim como somatório total da fatura e valores de IVA's.

Se a encomenda for identificada como uma encomenda diária, a única coisa a fazer é rececioná-la. Coloca-se o respetivo número da fatura e valor da encomenda e prossegue-se para a receção individual de cada produto, utilizando o leitor ótico. O código de barras lido é o Código de Barras Nacional (CNP), sendo igual a nível nacional, permitindo assim que cada produto seja identificado a nível nacional, sem discrepâncias. Pode ser necessário adicionar outro código alternativo na ficha de produto, de modo a facilitar a receção de encomendas, até porque uma minoria de produtos não traz código. À medida que os produtos são rececionados, devemos dedicar atenção especial a alguns parâmetros:

- Verificar se a quantidade está de acordo com o pedido;
- Verificar os prazos de validade dos produtos e introduzi-los no sistema informático, caso este seja inferior à validade correspondente ao mesmo produto existente na farmácia, ou quando o produto estava com o stock a zero;
- Confirmar se as embalagens se encontram em bom estado de conservação;
- Muito importante, verificar o PVF, PVP, comprovando a margem, para ver se está de acordo com os vários patamares existentes e o Preço de Inscrição na Caixa (PIC) dos produtos adquiridos e dos já existentes na farmácia. Caso estes sejam diferentes, é feita a atualização do novo preço e as embalagens de preço diferente são sinalizadas, para que o utente pague o devido preço pelo medicamento em questão.

- Os primeiros produtos a serem rececionados e armazenados são os do frio. Estes vêm à parte dos restantes produtos da encomenda, em caixas próprias para a sua conservação. De seguida, são imediatamente rececionados os psicotrópicos e estupefacientes.

No final da receção, conferem-se as quantidades recebidas comparativamente às pedidas, verificando-se as faltas. Caso sejam enviados produtos que não foram pedidos, por norma, são devolvidos, assim como todos os produtos cujas embalagens vêm danificadas. Nos casos em que as validades são curtas, há que analisar caso a caso, pois se se tratar de um produto com elevada rotatividade, ficamos com ele, mas no caso de produtos que não tem saídas médias mensais elevadas, acabamos por devolver. A norma na FS é não aceitar produtos cujo prazo de validade seja inferior a três meses à data atual. Devemos ainda verificar se os preços estão de acordo com o legalmente imposto, caso contrário será devolvido.

Quando a encomenda a conferir e rececionar se trata de uma encomenda telefónica, esta não se encontra disponível no separador “Receção de encomendas”, logo para a rececionar é necessária uma diferente metodologia. Então, em primeiro lugar cria-se uma encomenda manual e só depois é que esta fica disponível para se proceder à receção.

Depois de confirmada a receção da encomenda, são impressas etiquetas para produtos de venda livre, onde consta a designação do produto, bem como o seu código, preço e IVA.

Muitos produtos, devido a campanhas feitas pelos fornecedores, podem vir faturados como bónus, sendo que têm de ser rececionados como tal.

3.5. Preços

Um dos parâmetros a ter em conta aquando da receção de uma encomenda é o preço dos produtos.

No momento de dar entrada, o PVF deve ser atualizado. O PVF constante no sistema informático deve ser o mesmo que o PVF constante nas faturas. Ao fazer a atualização do PVF, a margem de lucro é simultaneamente atualizada.

No caso dos MNSRM, os preços são calculados na farmácia, de acordo com os critérios definidos pela DT, sendo que no caso geral seguem a seguinte fórmula:

$$PVP = (\text{preço de custo} + \text{margem de comercialização}) + \text{IVA}$$

O preço de custo vem especificado nas faturas, enquanto a margem é definida pela farmácia. No caso da FS, a margem vai variar de acordo com a família dos produtos, por exemplo, no caso de um produto de veterinária aplicamos determinada margem, que será diferente da margem aplicada a papas e leite para bebés. As margens de lucro são definidas separadamente para os produtos com IVA a 6% e a 23%. De referir que a margem não ultrapassa os 30%, no caso da FS.

No caso de medicamentos estupefacientes, estes vêm acompanhados por mais documentação, e são normalmente individualizados em sacos separados do resto dos produtos. A documentação que os acompanha é a folha de requisição de substâncias e preparações compreendidas nas tabelas I, II, III, IV, anexas ao Decreto-lei n.º 15/93, de 22 de janeiro¹⁷, com a vigésima alteração aditando duas substâncias¹⁸. Nestas temos informação referente aos produtos pedidos, tais como o código, a designação do medicamento, quantidade pedida e enviada, dados da entidade que os fornece, assim, como os da farmácia, nome do DT do armazém de distribuição e número de inscrição na Ordem Farmacêutica (OF), além da sua assinatura. Estas folhas vêm em duplicado que é reenviado para o armazém, sendo o original guardado na farmácia por um período de três anos.

Sempre que surge um medicamento que é novo na farmácia, por exemplo, pedido por via telefónica, o programa pergunta se queremos criar ficha aquele produto, que caso seja o correto devemos confirmar, preencher de imediato os stocks mínimos e máximos. Por norma, em produtos novos estes níveis encontram-se baixos, podendo mais tarde ser alterados para níveis diferentes, pois nunca sabemos muito bem a rotatividade que um produto vai ter.

O PVP é então o acréscimo da margem de lucro ao PVF do produto. Depois de definido o PVP e terminada a encomenda, o sistema gera etiquetas para estes produtos. Nestas etiquetas consta o nome, código de barras, IVA e preço do produto.

3.6. Controlo dos prazos de validade

Como já referido, o prazo de validade é um dos parâmetros a ter em atenção aquando da receção de uma encomenda, pois a gestão de stocks passa também por controlar os prazos de validade de todos os produtos na farmácia. Para garantir que os produtos se encontram dentro do seu prazo de validade, adotou-se o método *first in, first out*, ou seja, produtos com prazo de validade mais curto são os primeiros a serem vendidos. Além disso, colocam-se também elásticos nas embalagens mais perto de expirar, por forma a se proceder a uma passagem prioritária dos produtos.

O prazo de validade que é colocado no sistema informático é o mais próximo de expirar. Caso haja uma embalagem (ou mais) do mesmo produto que acabou de chegar, mas com o prazo de validade mais curto, o valor que aparece no sistema informático não se altera. Se, por outro lado, não existe nenhum produto em stock ou os produtos existentes na farmácia têm um prazo de validade mais longo do que acabou de chegar, o prazo de validade é atualizado.

O SIFARMA 2000 permite obter listagens, tendo em conta a data em que expira o produto. Isto permite obter listagens com um período de seis meses antes do término, possibilitando não só verificar o prazo de validade, mas também se o stock está correto. Apesar de os produtos só serem devolvidos no mês em que termina a validade, opta-se por fazer esta operação com

¹⁷ Ministério da Saúde (1993), Decreto-Lei n.º15/93, Diário da República, 1.ª série, N.º 18, 22 de janeiro de agosto de 1993.

¹⁸ Assembleia da República (2014), Lei n.º 22/2014, de 28 de abril, Diário da República, 1.ª série, N.º 81, 28 de abril de 2014.

a devida antecedência, de forma a ainda se tentar fazer sair determinados produtos que estão dentro da validade, e que poderão ser vendidos. Os produtos que não são vendidos são depois devolvidos ao fornecedor, acompanhados por uma nota de devolução.

3.7. Devoluções

Durante o estágio tive a oportunidade de realizar devoluções, quer para o laboratório, quer para os respetivos fornecedores.

As devoluções podem ser efetuadas por diversos motivos, por exemplo:

- Prazos de validade expirados ou então muito curtos;
- Embalagens danificadas durante o período de transporte;
- Produtos retirados do mercado pelo INFARMED ou pelo detentor de Autorização de Introdução no Mercado (AIM);
- Medicamentos faturados com preço incorreto;
- Medicamentos não pedidos, entre outros.

Qualquer que seja o motivo, a metodologia da devolução é a mesma, exceto quando se trata de produtos de frio ou estupefacientes, casos em que a respetiva devolução é feita em separado.

A nota de devolução é efetuada por intermédio do sistema informático. Depois de selecionado o fornecedor para o qual se pretender fazer a devolução, começa-se, com auxílio do leitor de códigos de barras, por fazer a leitura ótica dos produtos a devolver, tendo atenção à quantidade, PVP, PVF, coloca-se o motivo de devolução e o número da fatura onde foram faturados à farmácia. No caso de produtos que estejam danificados, podemos ainda fazer acompanhar esta nota de devolução com cópia da guia de remessa/fatura do fornecedor, a fim de tentar agilizar o processo.

Atualmente devido às novas leis, é obrigatório fazer o pedido/infomarção prévia à Autoridade Tributária (AT) e Aduaneira acerca da devolução. Este pedido é automático, realizado através do sistema informático e vai nos fornecer um código AT que deve ir impresso na guia de devolução. Caso contrário, se o transportador for inspecionado pelas autoridades receberá uma coima resultante da não informação à Autoridade.

Posteriormente, à nota de devolução é impressa em triplicado, onde constam: a identificação da farmácia, a quantidade do produto, o nome comercial do mesmo e respetivo código, o motivo da devolução, o documento de origem e o código AT. Das três cópias, uma é guardada em arquivo próprio na farmácia e as outras duas seguem para o fornecedor, juntamente com os produtos a devolver, devidamente carimbadas, datadas e assinadas pela pessoa que faz a devolução.

A resolução da nota de devolução depende do fornecedor, dos seus critérios, podendo ocorrer uma das seguintes hipóteses: emite uma nota de crédito que será depois creditada numa futura compra, pode ser enviado o mesmo produto com prazo de validade diferente, no caso de embalagens danificadas será enviada uma em perfeitas condições de conservação, ou então, pode em último caso acontecer que a devolução não é aceite e o produto é devolvido à farmácia. Neste caso, o produto passa a constituir uma “quebra”, que significa prejuízo para a farmácia. Estas “quebras” são somente enviadas para a contabilidade e representam uma dedução em termos de lucro. De acordo com a forma de resolução é efetuada a nota de devolução no sistema informático preenchendo os campos de acordo com a situação a aplicar.

3.8. Psicotrópicos, estupefacientes e benzodiazepinas

A receção de psicotrópicos, estupefacientes e benzodiazepinas é feita de acordo com o processo acima definido, no entanto, esta está sujeita a alguns procedimentos próprios. Quando se procede à receção de uma encomenda onde constem estes medicamentos, o sistema informático gera automaticamente um número de registo de entrada, o qual é correlacionado com a fatura em que estas vêm debitadas.

São enviadas duas cópias da requisição para psicotrópicos, estupefacientes e benzodiazepinas, que incluem o número da fatura e encomenda correspondente, a data de envio (do medicamento e fatura), informação do produto e quantidade enviada, sendo que a requisição é assinada pelo DT do armazém de distribuição proveniente. Em seguida, o duplicado será assinado pela DT da farmácia, carimbado com o carimbo da farmácia e enviado de volta para o armazém de distribuição. O original, segundo a lei, deverá ficar disponível na farmácia durante um período de três anos.

3.9. Critérios e condições de armazenamento

Depois de terminada a receção de uma encomenda, os produtos são armazenados em locais específicos e segundo uma ordem lógica, por ordem alfabética e por validades. Tendo em conta as suas características, os produtos termolábeis, como vacinas e insulinas, são acondicionadas num frigorífico com dispositivo que faz o registo de temperaturas em intervalos de tempo pré-determinados. Os produtos de frio são os primeiros a ser armazenados, ainda antes do término da encomenda, para que não percam as suas propriedades. Quanto aos psicotrópicos e estupefacientes, por serem sujeitos a um controlo mais apertado, devem ser submetidos a uma atenção redobrada no momento do armazenamento. Outros, como os MSRM, são armazenados fora do alcance dos utentes, quer físico, quer visual, sendo guardados em armários de gavetas deslizantes e estantes (caso de preparações de dimensões maiores, como xaropes).

4. Interação farmacêutica - utente - medicamento

4.1. O ato farmacêutico

Podemos encontrar a descrição de ato farmacêutico nos artigos 76º e 77º do Código deontológico da OF. Assim, o ato farmacêutico é da exclusiva competência e responsabilidade dos farmacêuticos, consistindo no desenvolvimento de atividade que são próprias do exercício farmacêutico.

Segundo o Código Deontológico da OF, integram o conteúdo de ato farmacêutico as seguintes actividades¹⁹:

- Desenvolvimento e preparação da forma farmacêutica dos medicamentos;
- Registo, fabrico e controlo dos medicamentos de uso humano e veterinário e dos dispositivos médicos;
- Controlo de qualidade dos medicamentos e dos dispositivos médicos em laboratório de controlo de qualidade de medicamentos e dispositivos médicos;
- Armazenamento, conservação e distribuição por grosso dos medicamentos de uso humano e veterinário e dos dispositivos médicos;
- Preparação, controlo, seleção, aquisição, armazenamento e dispensa de medicamentos de uso humano e veterinário e de dispositivos médicos.
- Dispensar em cumprimento da prescrição médica ou exercer a escolha que os seus conhecimentos permitem e que melhor satisfaça as relações benefício/risco.

No exercício da sua atividade, o farmacêutico colabora com todos os profissionais de saúde, promovendo junto deles e do doente a utilização segura, eficaz e racional dos medicamentos. Assegura que na dispensa do medicamento, o doente recebe informação correta sobre a sua utilização e a máxima qualidade dos serviços que presta, em harmonia com as boas práticas de farmácia.

4.2. A interação com o utente

O objetivo fundamental da profissão é a saúde e bem-estar dos utentes e dos cidadãos em geral, estando este acima de quaisquer interesses pessoais ou comerciais, facto esse que diferencia a farmácia de outras atividades de comércio.

Os doentes que frequentam a FS provêm de variados níveis socioculturais, o que exige um empenho consciente em tentar apropriar a postura e a linguagem a todos. Talvez decorrente deste esforço, já se criaram relações de proximidade entre doentes e farmacêuticos, e senti também que a minha relação com alguns utentes era também gradualmente crescente. O que comprova que os farmacêuticos são, de facto, profissionais em quem a sociedade deposita

¹⁹ Ministério da Saúde (2001), Decreto-Lei n.º 288/2001, Diário da República, 1.ª série, N.º 261, 10 de Novembro (2001).

grande confiança e com quem estabelecem relações de proximidade. Fomentando uma relação de empatia e confiança, torna-se mais fácil fazer o acompanhamento farmacoterapêutico dos utentes, sensibilizá-los para a importância de uma correta *compliance* e para a importância da adoção de estilos de vida saudáveis, proceder à monitorização dos parâmetros químico-biológicos, por forma a originar benefícios na sua saúde e na saúde pública.

Na interação direta com os doentes, o farmacêutico deve ser credível na informação que presta, guiar-se pela honestidade profissional e garantir o sigilo absoluto. Deve também promover a mais rigorosa correção e, caso seja necessário, reconhecer algum erro, cumprindo o seu dever profissional e tendo sempre presente que se encontra ao serviço da saúde pública e dos doentes.

A forma como se articula a comunicação com o doente é um aspeto relevante, devendo ser sempre clara, concisa, empática, acessível e adequada às características dos utentes, para que possa ser compreendida por todos. Deste modo, minimizam-se barreiras, torna-se a comunicação mais eficaz e estabelece-se uma relação de confiança. A informação verbal pode, e deve, ser reforçada pela informação escrita, para certificar que o doente vai com a informação bem assimilada e percebida, sendo que o registo escrito permite-lhe consultar sempre que precisa essa informação.

4.3. VALORMED

O VALORMED consiste num sistema integrado para promover a recolha de embalagens e medicamentos fora de uso e cujo prazo de validade já expirou. A gestão adequada de resíduos é um desafio inadiável para as sociedades modernas.

Foi criada a partir da associação entre a experiência da indústria farmacêutica em matéria de produção, embalagem e acondicionamento de medicamentos, e a logística garantida pelos distribuidores e farmácias aderentes, como locais de recolha de medicamento.

A especificidade do medicamento aconselha que exista um processo de recolha seguro, evitando-se que os resíduos de medicamentos não estejam acessíveis como qualquer outro resíduo urbano²⁰.

Os doentes colocam os medicamentos em sacos que são depois entregues na farmácia. A farmácia procede à colocação em contentores próprios para o efeito. Quando estes estão completos, devem ser selados, pesados e preenchida uma ficha com a informação necessária para posterior recolha por parte dos armazenistas habituais da farmácia.

²⁰ VALORMED: *Os medicamentos fora de uso também têm remédio*. Disponível em: http://www.valormed.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=26&Itemid=96, [consultado em: 11/12/2014].

4.4. Farmacovigilância

O Sistema Nacional de Farmacovigilância (SNF) foi implementado em 1992 e encontra-se regulamentado no Decreto-Lei n° 242/2002, de 5 de novembro, que foi revogado pelo Decreto-Lei n° 176/2006, de 30 agosto²¹.

O SNF é regulado pelo INFARMED, tendo como principal objetivo a detecção, quantificação, avaliação e prevenção das reações adversas à toma de medicamentos.

Para todos os medicamentos, existe uma relação entre os seus benefícios e os potenciais riscos. Compete ao SNF fazer a comunicação e divulgação de outra informação pertinente aos profissionais de saúde, aos utentes ou ao público em geral. Como tal, enquanto profissional de saúde, o farmacêutico tem o dever de notificar todas as suspeitas de reações adversas a um medicamento (RAM), através de boletins de notificação, e enviar às autoridades de saúde. Na notificação espontânea devem constar determinadas informações, tais como: os sinais e sintomas da RAM, a sua duração, gravidade e evolução, bem como o medicamento suspeito e outros que o doente esteja a tomar (Santos *et al.*, 2009).

Recentemente, os interesses da farmacovigilância foram alargados para incluir: medicamentos à base de plantas, medicinas tradicionais e complementares, medicamentos derivados do sangue, medicamentos biológicos, dispositivos médicos e vacinas (WHO, 2002). Durante o estágio não fui confrontada com nenhuma situação de notificação de RAM ao SNF.

5. Dispensa de medicamentos

A função de um farmacêutico mais visível para o utente é a dispensa de medicamentos. Espera-se que esta seja exercida com elevados níveis de qualidade, eficácia e com base no conhecimento científico adequado a cada situação, sendo o erro inadmissível.

Na cedência de medicamentos, o farmacêutico avalia a medicação dispensada, com o objetivo de identificar e resolver problemas relacionados com os medicamentos (PRM), protegendo o doente de possíveis resultados adversos associados à medicação.

O manual das BPF propõe para a correta cedência de medicamentos o seguinte:

- Receção da prescrição e confirmação da sua validade/autenticidade;
- Avaliação farmacoterapêutica da prescrição, indicação/automedicação pelo farmacêutico;
- Intervenção para resolver eventual PRM identificado;

²¹ Ministério da Saúde (2002), Decreto-Lei n° 242/2002, Diário da República, 1.ª série, N.º 255, 5 de Novembro.

- Entrega do medicamento/produto prescrito, indicado ou em automedicação;
- Informações clínicas para garantir que o utente receba e compreende a informação oral e escrita de modo a retirar o máximo de benefício do tratamento;
- Revisão do processo de uso da medicação;
- Oferta de outros serviços farmacêuticos;
- Documentação da atividade profissional.

De acordo com o Estatuto do Medicamento²², os medicamentos são classificados em:

- MSRM;
- MNSRM;

5.1. Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM)

A maioria das dispensas de medicamentos na farmácia ocorre perante a apresentação de uma prescrição médica. No entanto, o farmacêutico não é pura e simplesmente um elemento passivo neste processo, antes pelo contrário. Para aviar determinada prescrição, o farmacêutico tem de verificar todos os aspetos legais relativos à receita, saber interpretar a prescrição, detetar eventuais interações medicamentosas, prestar aconselhamento relativamente à posologia, precauções de utilização e possíveis efeitos secundários, tudo isto de modo a garantir que o utente ficou totalmente esclarecido. As receitas utilizadas para a prescrição de medicamentos devem obedecer a um modelo aprovado pela entidade responsável pelo pagamento das comparticipações, caso contrário, não têm qualquer tipo de validade. No caso do Serviço Nacional de Saúde (SNS), o modelo é o aprovado pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

Os MSRM preenchem uma das seguintes condições²³:

- Possam constituir um risco para a saúde do doente, direta ou indiretamente, mesmo quando usados para o fim a que se destinam, caso sejam utilizados sem vigilância médica;
- Possam constituir um risco, direto ou indireto, para a saúde, quando sejam utilizados com frequência em quantidades consideráveis para fins diferentes daquele a que se destinam;
- Conttenham substâncias, ou preparações à base dessas substâncias, cuja atividade ou reações adversas seja indispensável aprofundar;
- Destinem-se a ser administrados por via parentérica.

²² Ministério da Saúde (2006), Decreto-Lei n.º176/2006, Diário da República, 1.ª série, N.º 167, 30 de agosto de 2006.

²³ Ministério da Saúde (2004), Despacho n.º 21 844/2004, Diário da República, 2.ª série, N.º 131, 6 de junho de 2004.

As normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos de saúde (ACSS, 2014), promove a prescrição por Denominação Comum Internacional (DCI) e, assim sendo, a prescrição por nome comercial passou a ser limitada a algumas situações. O principal objetivo é a consolidação, com inquestionável segurança, qualidade e eficácia, de medicamentos genéricos, podendo desta forma promover a racionalidade e sustentabilidade do SNS, bem como gerar importantes poupanças para os cidadãos.

Atualmente, a prescrição médica pode ser efetuada em receitas eletrónicas ou manuscritas. A prescrição de medicamentos feita eletronicamente aumenta a segurança no processo de prescrição e dispensa, facilita a comunicação entre profissionais de saúde de diferentes instituições e agiliza os processos de prescrição e de conferência de receituário.

Os modelos da receita médica emitidos por meios eletrónicos e impressos em papel branco são os aprovados pelo Despacho n.º 15700/2012, de 30 de novembro²⁴. As receitas eletrónicas podem ser renováveis, contendo até três vias, devendo ser impressa a indicação da respetiva via.

Existem os seguintes tipos de receitas:

RM - receita de medicamentos;

RE - receita especial (psicotrópicos e estupefacientes);

MM - receita de medicamentos manipulados;

MD - receita de produtos dietéticos;

MDB - receita de produtos para o autocontrolo da diabetes mellitus;

OUT - receita de outros produtos (ex. produtos cosméticos, fraldas, sacos de ostomia, etc.).

A prescrição manual é apenas permitida em situação de exceção conforme o artigo 8.º da Portaria n.º 137-A/2012, de 11 de Maio e, como tal, o prescriptor deve assinalar, no canto superior direito da receita o motivo da exceção, que pode ser²⁵:

- Falência informática;
- Inadaptação do prescriptor;
- Prescrição no domicílio;
- Até 40 receitas/mês.

As receitas que não apresentem a exceção, não são aceites para efeitos de comparticipação, mas podem ser aviadas desde que pagas na totalidade.

A prescrição de medicamentos por via manual implica a utilização de modelos de vinhetas, conforme, publicado no Despacho n.º 13381/2012, de 12 de Outubro²⁶.

²⁴ Ministério da Saúde (2012), Despacho n.º 15700/2012, Diário da República, 2.ª série, Nº 238, 10 de dezembro de 2012.

²⁵ Ministério da Saúde (2012). Portaria n.º 137-A/2012, Diário da República, 1.ª série. N.º 92, de 11 de maio e 2012.

²⁶ Ministério da Saúde (2012), Despacho n.º 13381/2012, Diário da República, 2.ª série, N.º 198, 12 de outubro de 2012.

Uma receita médica é válida pelo prazo de 30 dias seguidos, a contar a partir da data da sua emissão, a não ser que se trate de uma receita médica renovável, que é válida por seis meses.

Como referido acima, a prescrição deve ser feita por DCI, excetuando em situações definidas, necessariamente justificadas. Assim, durante a dispensa, o farmacêutico tem o dever de informar o utente do seu direito de opção na escolha dos medicamentos, tendo em conta a prescrição médica. A escolha recai ou sobre o medicamento de marca ou genérico, tendo o farmacêutico, neste último caso, a obrigação de dispensar o de menor preço disponível, salvo outra indicação do utente.

A prescrição por marca comercial ou por nome do titular de AIM é permitida e deve ser respeitada pelo farmacêutico no ato da dispensa, quando na receita consta a menção “Exceção x) do n.º 3 do art. 6.º”, sendo x):

- a) Medicamento com margem ou índice terapêutico estreito. Diante esta prescrição, o farmacêutico apenas pode dispensar o medicamento que consta da receita.
- b) Reação adversa prévia. Diante esta prescrição, o farmacêutico apenas pode dispensar o medicamento que consta da receita.
- c) Continuidade de tratamento superior a 28 dias. Nestas situações, apesar da justificação, o utente pode optar por medicamentos equivalentes ao prescrito, desde que sejam de preço igual ou inferior.

No caso das exceções a) e b), o utente não pode optar por outro medicamento, enquanto na exceção c) pode exercer esse direito.

O primeiro passo quando um utente entrega uma receita é verificar a validade legal. E deve verificar-se, ainda, se cumpre determinados itens:

- Receita está de acordo com o modelo aprovado;
- Identificação de utentes- para comparticipação será necessário nome ou número de beneficiário em relação às receitas do SNS;
- Identificação do organismo responsável pela comparticipação e regime especial de comparticipação de medicamentos, pelas letras “R” (pensionistas abrangidos pelo regime especial de comparticipação) e “O” (utentes abrangidos por outro regime de comparticipação identificado por menção ao respetivo diploma legal);
- Data de prescrição e verificar a validade temporal da mesma, que poderá ser de trinta dias ou de seis meses a contar a partir da data de prescrição para receitas renováveis;
- Identificação do médico prescriptor, com o nome e vinheta correspondente, que contém o número mecanográfico do mesmo;
- Assinatura do médico;

- Local de prescrição;
- Estado de conservação da receita, que não poderá apresentar rasuras, rasgos ou correções manuais;
- Identificação do medicamento (DCI, marca comercial ou AIM, caso se aplique com exceção, dosagem, forma farmacêutica e dimensões da embalagem prescrita);
- Quantidade prescrita- aqui cada medicamento está sujeito a um limite máximo de duas unidades por receita, não podendo a receita ter mais de quatro embalagens por receita. A única exceção é no caso de medicamentos de monodose, onde o limite imposto é de quatro embalagens por medicamento, mantendo-se o limite de embalagens por receita em quatro;
- Verificar se estão devidamente mencionadas as portarias associadas que estabelecem o regime especial de comparticipação de medicamentos, junto ao medicamento;
- Verificar, no caso de receitas manuais, se existe a menção à exceção que permite que estas sejam prescritas, caso contrário não têm validade legal, em termos de comparticipação;
- Posologia e duração do tratamento (não obrigatório).

Como refere o Artigo 10.º da Portaria n.º 137-A/2012 de 11 de maio²⁷, a prescrição de medicamentos por via manual implica a aposição de vinhetas na receita médica referentes à identificação do prescriptor. Esta vinheta deverá ser verde, sempre que a prescrição referida seja dirigida a um pensionista abrangido pelo regime especial de comparticipação, ou azul, sempre que o utente pertença ao regime geral de comparticipação.

As receitas destinadas à preparação de manipulados devem ter inserido no campo de prescrição as quantidades e produtos necessários à preparação, assim como a introdução da menção “manipulado” e FSA - faça segunda arte.

Uma das possibilidades de erro na interpretação da receita por parte do farmacêutico estava associada, até a introdução das receitas informatizadas, com a capacidade em decifrar o que o prescriptor escrevia, sendo em muitos casos algo quase impossível.

Caso a receita esteja válida, o passo seguinte é fazer a recolha dos medicamentos nos locais onde estão armazenados. De seguida, os códigos são lidos para cada medicamento, e no caso de receita eletrónica devemos também ler os códigos da receita, de modo a diminuir a probabilidade de erros. Após estes passos, é necessário introduzir o organismo responsável, obtendo-se automaticamente o valor a pagar pelo utente, seguindo-se a finalização da venda, com a emissão no verso da receita dos dados de faturação, e a emissão da fatura ao utente, com o nome e número de contribuinte para efeitos fiscais. No verso da receita são impressas as seguintes informações: organismo de comparticipação, lote da receita e respetivo número

²⁷ Ministério da Saúde (2012). Portaria n.º 137-A/2012, Diário da República, 1.ª série. N.º 92, de 11 de maio e 2012.

desta no lote, identificação da farmácia e do diretor técnico, preço total de cada medicamento, valor total da receita, encargo do utente em valor por medicamento e respetivo total, comparticipação do Estado em valor por medicamento e respetivo total, data da dispensa e registo dos medicamentos em caracteres e código de barras. A receita para ser finalizada deve ser assinada pelo utente para confirmar que aviou os medicamentos e, em caso de optar por genéricos, também deve assinar no local devido. Quanto à fatura/recibo, é carimbada e rubricada pelo farmacêutico e entregue ao utente. Por fim, o farmacêutico deverá assinar a receita, carimbar e datar a mesma, colocando depois a receita no local apropriado para posterior análise da mesma, por parte do DT²⁸.

Na FS existem divisões para colocar as receitas, de acordo com os organismos que mais prescrições têm, realizando-se, deste modo, uma pré-divisão do receituário.

Poderá acontecer que o medicamento não se encontre disponível na farmácia, ou mesmo no laboratório ou armazenista, por se encontrar esgotado. Nestes casos procedemos à tentativa de solucionar a situação, podendo ser necessário, por exemplo, obter o medicamento noutras farmácias próximas. Caso tal não seja possível, devemos contatar o médico para tentar solucionar a situação.

Em determinadas situações, podemos ter que introduzir uma justificação na receita, por exemplo, se ocorrer uma impressão incorreta no verso da receita. Isto serve para que o Centro de Conferências de Faturação (CCF) não proceda à devolução da mesma. Desta maneira, tentamos salvaguardar a posição da farmácia, uma vez que receitas devolvidas significam a não entrada do pagamento da comparticipação, diminuindo o capital da farmácia.

De salientar, ainda, o facto de se poderem realizar vendas suspensas, vendas a crédito ou ainda vendas a crédito e suspensas.

Quanto às vendas suspensas, existem algumas ocasiões em que esta situação poderá ocorrer, tal como:

- O utente não quer levar no imediato todos os medicamentos que constam na receita, mas deseja fazê-lo à posteriori. Nesta situação devemos ter muito cuidado relativamente à validade da receita;
- Se algum medicamento se encontrar esgotado e o utente concordar com a venda suspensa, poderá voltar à farmácia buscar o medicamento, passado algum tempo.

Após cada venda suspensa é emitido um talão onde consta o respetivo número de venda suspensa, sendo este anexado à receita para ser posteriormente regularizado. Poderá também

²⁸ Ministério da Saúde (2012), Despacho n.º 15700/2012, Diário da República, 2.ª série, N.º 238, 10 de dezembro de 2012.

acontecer que o utente ficou sem medicamento, e não conseguiu receita médica em tempo útil, deste modo, e para não interromper o tratamento, a farmácia faz a venda do medicamento ao utente, ficando este na obrigação de entregar a receita à farmácia quando a tiver em seu poder. Esta é uma situação pouco usual, ficando guardada para utentes habituais da farmácia, sendo que nestes casos, o medicamento é pago na totalidade, e quando o utente entregar a receita à farmácia será reservido da quantidade que pagou a mais do valor, basicamente do valor da comparticipação.

Quanto a vendas a crédito, é um procedimento efetuado a utentes regulares da FS, tendo sido dada permissão para tal pela Direção Técnica da farmácia. Nestes casos, o utente avia os medicamentos, mas não paga na hora, sendo que normalmente paga no final do mês. Na FS isto acontece na dispensa de medicamentos a lares de idosos, a centros de dia e a clientes com maiores dificuldades económicas.

5.2. Dispensa de medicamentos sujeitos a legislação especial

Consta a dispensa de medicamentos sujeitos a receita médica especial, os medicamentos que tenham uma das seguintes condições²⁹:

- Contenha em dose sujeita a receita médica, uma substância classificada como estupefaciente ou psicotrópico;
- Possa, em caso de utilização anormal, dar origem a riscos importantes de abuso medicamentoso, criar toxicodependência ou ser utilizados para fins ilegais;
- Contenha uma substância que, pela sua novidade ou propriedades, se considere, por precaução, dever ser incluída nas situações previstas na alínea anterior.

É imposta uma legislação especial, de modo a que se controle os seus movimentos e evite qualquer tipo de tráfico e conseqüente prejuízo para os seus consumidores⁵.

A prescrição de medicamentos estupefacientes ou substâncias psicotrópicas não pode constar de receita onde sejam prescritos outros medicamentos. Em cada receita podem ser prescritos até quatro medicamentos distintos, não podendo o número total de embalagens prescritas, em caso algum, ultrapassar o limite de duas por medicamento, nem o total de quatro embalagens.

Aquando da dispensa de um medicamento estupefaciente ou psicotrópico, o sistema informático apresenta alguns campos adicionais de preenchimento obrigatório. Desses campos destes campos adicionais constam:

- Médico prescritor;

²⁹ Ministério da Saúde (1993), Decreto-Lei n.º15/93, Diário da República, 1.ª série, N.º 18, 22 de janeiro de agosto de 1993.

- Número da receita médica;
- Data da prescrição;
- Nome do utente a quem se destina o medicamento e respetiva morada;
- Nome do adquirente do medicamento, respetiva morada, número de cartão de cidadão/BI e data de validade do mesmo e idade.

No final da dispensa, o sistema informático imprime então o verso da receita e os respetivos talões. É feita uma cópia frente e verso da receita, sendo que o original é enviado para a respetiva entidade que comparticipa e a cópia é arquivada na farmácia durante um prazo de 3 anos, por ordem de dispensa. É sempre anexado um talão da venda destas substâncias à cópia da receita, talão esse que é emitido automaticamente pelo sistema informático³⁰.

5.3. Regimes de comparticipação e organismos responsáveis

Uma grande parte dos MSRM é comparticipada. A comparticipação de medicamentos permite ao utente pagar apenas uma parte do medicamento, ou mesmo obtê-lo gratuitamente.

No SNS existem diferentes regimes de comparticipação, que vão resultar em diferentes percentagens de comparticipação aos utentes, de acordo com o regime em que estão inseridos. De uma maneira muito simples, há dois grandes grupos, o regime geral e o regime especial, havendo depois outros menos frequentes. Parte do preço do medicamento é suportado por uma entidade específica, enquanto o utente fica apenas responsável pelo pagamento da diferença entre o valor de PVP total e a comparticipação cedida.

Para saber qual o organismo a aplicar, de forma a obter a comparticipação devida, temos que nos orientar, nas receitas informatizadas, pela impressão que existe na própria receita, ver qual a entidade responsável pelo pagamento da comparticipação e o organismo que se deve aplicar dentro da entidade pagadora, enquanto que as receitas manuais, a verificação é realizada pelas vinhetas das unidades de saúde.

Existe um conjunto de medicamentos que ao abrigo de legislação própria têm direito a comparticipações especiais, devendo tal ser aplicável na receita pelo médico, com menção à portaria ou despacho que permite obter essa comparticipação especial, não podendo ser adicionada à posterior. Em alguns casos só existe direito a essa comparticipação especial se os medicamentos forem prescritos por determinadas especialidades médicas. Assim, temos as portarias mencionadas no anexo 1³¹.

³⁰ Ministério da Justiça (1994), Decreto regulamentar n.º 61/94, Diário da República, 1.ª série-B, N.º 236, 12 de outubro de 1994.

³¹ Dispensa em farmácia oficina. Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/AVALIACAO_EC ONOMICA_E_COMPARTICIPACAO/MEDICAMENTOS_USO_AMBULATORIO/MEDICAMENTOS_COMPARTICIPADO S/Dispensa_exclusiva_em_Farmacia_Oficina, [consultado em: 11/12/2014].

5.4. Dispensa de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM)

Estes medicamentos, como o próprio nome indica, não necessitam de receita médica e, como tal, não são comparticipáveis.

Apesar de não necessitarem de receita médica, podem derivar de indicação médica, farmacêutica, ou pedido por parte do utente. A dispensa deste tipo de medicamentos deve suscitar no farmacêutico uma precaução e preocupação elevada, uma vez que é uma medicação que, possivelmente, não foi avaliada anteriormente, e está nas mãos do farmacêutico evitar possíveis interações ou contra-indicações da mesma.

6. Automedicação

Entende-se por automedicação, o uso de MNSRM por iniciativa própria dos utentes, com assistência ou aconselhamento farmacêutico. Só é aconselhável o recurso à automedicação na prevenção e tratamento de sintomas e afeções que não necessitam de consulta médica. Várias são as situações passíveis de automedicação³².

MNSRM são especialidades de venda livre, que não requerem receita médica, destinadas ao alívio, à resolução do problema de saúde, considerado como um transtorno ou sintoma menor, entendido como problema de saúde de caráter não grave, auto limitante, de curta duração, que não apresente relação com manifestações clínicas de outros problemas de saúde do doente (Santos *et al.*, 2009). Mas apesar de serem de venda livre, não significa que não sejam medicamentos, e por isso o seu uso inadequado pode interferir no normal funcionamento do organismo, justificando assim a intervenção no aconselhamento e vigilância pelo farmacêutico.

Assim, uma substância para ser considerada de venda livre tem de obedecer a alguns critérios, como seja o facto de nenhuma substância ativa que chega pela primeira vez ao mercado poder ser considerada como MNSRM. Para tal, deve estar no mercado há, pelo menos, cinco anos, com demonstração de segurança na sua utilização. Outros itens são exigidos para o medicamento poder ser considerado MNSRM, tais como só se destinarem a pequenos tratamentos, e em casos que não seja preciso avaliação médica, terem baixo risco de reação adversa, baixa toxicidade e ausência de interações com medicamentos de uso frequente, além de não poderem ser destinados a administração parentérica.

³² Ministério da Saúde (2007), Despacho n.º 17690/2007, Diário da República, 2.ª série, N.º 154, 10 de agosto de 2007.

Sempre que alguém se dirige a farmácia para se automedicar, o farmacêutico deve ter o cuidado de indicar primeiro, e sempre que possível, medidas não farmacológicas. Caso estas não tenham efeito, então deve passar-se para os MNSRM, por um período de tempo limitado e fazer uma nova avaliação, de modo a perceber as melhorias, ou não, do tratamento sugerido. No ato da dispensa de MNSRM, o profissional de saúde deve estabelecer um conjunto de perguntas, de forma a conhecer o doente e poder perceber o que este necessita. Deve questionar o utente quanto aos seus sintomas, quais são e há quanto tempo começaram, deve informar-se acerca de patologias concomitantes e medicamentos que o utente toma regularmente. É ainda essencial enquadrar o utente no respetivo grupo populacional (grávidas ou a amamentar, lactentes, crianças, idosos ou doentes crónicos) com vista à minimização dos problemas que podem advir desta prática.

Caso a situação persista, devemos reencaminhar o utente ao médico para avaliação clínica.

Um dos problemas nas situações em que o utente procura a automedicação é que este normalmente já entra na farmácia com uma ideia pré-definida, o que complica em muito o trabalho do farmacêutico, pois em muitos casos poderá não ser a melhor opção para o problema que o utente tem. Muitas situações constituem um verdadeiro desafio para o farmacêutico, sendo nestes casos de extrema importância a capacidade e a confiança que o utente tem no seu farmacêutico.

Durante o período de estágio em farmácia comunitária, deparei-me com situações de automedicação. A maior parte dos casos foram sintomas gripais ou alérgicos e problemas gastrointestinais, no entanto, também fui confrontada com casos mais complicados, como é o caso das reações cutâneas. Em todos os casos, aconselhei ao utente um medicamento, explicando e clarificando a sua finalidade e posologia. Não obstante, expunha frequentemente ao utente as outras opções de tratamento viáveis, como algumas medidas não farmacológicas importantes.

Tive também a oportunidade de assistir a algumas formações que reforçaram o meu conhecimento no que diz respeito ao aconselhamento e à interação com o utente na farmácia e me forneceram técnicas para resolver os casos passíveis de automedicação.

7. Aconselhamento e dispensa de outros produtos de Saúde

Como já foi referido anteriormente, além de medicamentos existem outros produtos na farmácia. A quantidade e variedade dos produtos variam de acordo com as características das populações que acedem à farmácia.

7.1. Produtos de dermofarmácia, cosméticos e higiene

Os produtos de cosmética e higiene seguem regulamentação própria. De acordo com o Decreto-Lei n.º 113/2010 de 21 de Outubro³³, entende-se por produto cosmético qualquer substância ou mistura destinada a ser posta em contato com as diversas partes superficiais do corpo humano, designadamente epiderme, sistemas piloso e capilar, unhas, lábios e órgãos genitais externos, dentes e mucosas bucais, com a finalidade de, exclusiva ou principalmente, os limpar, perfumar, modificar o seu aspeto, proteger, manter em bom estado ou corrigir os odores corporais.

Um aspeto importante é que estes produtos não são objeto de autorização de colocação no mercado, sendo o seu fabrico e segurança da inteira responsabilidade do fabricante ou representante legal. Não obstante, depois de introduzidos no mercado, o INFARMED tem por missão regular e supervisionar o mercado de produtos cosméticos segundo os mais elevados padrões de proteção da saúde pública, garantindo o acesso dos profissionais de saúde e dos consumidores a produtos cosméticos de qualidade e seguros³⁴.

No decorrer do estágio estive envolvida em variadas situações de aconselhamento e dispensa de produtos de dermocosmética.

A FS apresenta uma pequena gama de linhas completas, entre elas a ROC, Eucerin, Ren, Mustella. Existem diversas referências de outras marcas, de acordo com as saídas de produtos na farmácia. Nestes produtos é de extrema importância saber qual o tipo de pele da pessoa, de modo a proceder a um aconselhamento adequado, tendo em conta as particularidades de cada utente. Algumas marcas deslocam-se à farmácia para promover o produto e ainda brindam os clientes com mini-faciais e amostras.

Sempre que um novo produto é adquirido, é dada toda a informação a toda a equipa, para que os utentes possam sair da farmácia devidamente esclarecidos.

7.2. Produtos dietéticos para alimentação especial

Estes têm como objetivo substituir parcialmente os alimentos habituais ou satisfazer necessidades nutritivas especiais de pessoas cujos processos de assimilação ou metabolismo se encontrem alterados. São incluídos neste grupo³⁵:

- Géneros alimentícios com valor energético baixo ou reduzido, destinados ao controlo do peso, ou a perturbações do metabolismo dos glícidos, no caso da diabetes;
- Alimentos dietéticos destinados a fins medicinais específicos;
- Alimentos adaptados a esforços musculares intensos, sobretudo para desportistas.

³³Ministério da Saúde (2010), Decreto-Lei n.º 113/2010, Diário da República, 1.ª série. N.º 205, 21 de outubro de 2010.

³⁴Produtos Cosméticos, INFARMED, disponível em: <http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/COSMETICOS>, [consultado em: 12/12/2014].

³⁵Ministério da Saúde (1999), Decreto-Lei n.º 227/99, Diário da República, 1.ª série. N.º 143, 22 de Junho de 1999.

➤ Lactentes e crianças de pouca idade, em bom estado de saúde;
Esses produtos encontram-se numa lista disponível no site da Direção Geral de Saúde (DGS), atualizada anualmente ou sempre que tal se justifique.

7.3. Produtos dietéticos infantis

O aleitamento materno é encorajado durante os primeiros 6 meses de idade, assim como o seu prolongamento durante o maior período possível de tempo, dadas as suas vantagens quer a curto quer a longo prazo. O aleitamento materno previne infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias, protege de alergias e promove uma melhor adaptação a outros alimentos. Devem salientar-se e dar a conhecer os vários benefícios da amamentação para a saúde e para o aumento da relação afetiva da mãe para com o filho (Levy, *et al.*, 2008).

Os produtos mais usuais destinados às crianças na FS são essencialmente leites e farinhas. Há várias gamas de leites infantis, ajustando-se às necessidades dos bebés³⁶:

- Leite para lactentes: proporciona uma nutrição completa para o bebé desde o nascimento, elaborado com proteínas inteiras ou parcialmente hidrolisadas (hipoalergénicas);
- Leite de transição: constitui um complemento lácteo da alimentação diversificada do bebé, a partir dos 6 meses, elaborado com proteínas inteiras ou parcialmente hidrolisadas (hipoalergénicas);
- Fórmulas especiais para tratamento dietético: são leites que reúnem características particulares para resposta a diferentes necessidades específicas, como a prematuridade, intolerâncias alimentares e determinadas alergias.

Há outras gamas de leites destinados a corrigir diversas funções, sendo estes identificados nas embalagens pelas seguintes sílabas: “AR” de anti regurgitante, “AO” de anti obstipante, “AD” de anti diarreico e “HA” de hipoalérgico”. Está discriminado nas embalagens as idades para as quais os leites são aconselhados.

No decorrer do estágio, os produtos que mais dispensei foram os leites anti-cólicas, anti-regurgitante, hipoalergénicos, anti-obstipantes, farinhas lácteas e não lácteas, com ou sem glúten. Esta é uma área com pouco peso na farmácia, pois normalmente as grandes superfícies têm em grande quantidade.

O Decreto-Lei n.º 53/2008, de 25 de março³⁷, estabelece o regime jurídico aplicável aos géneros alimentícios para utilização nutricional especial que satisfaçam os requisitos específicos relativos aos lactentes e crianças de pouca idade saudáveis e destinados a

³⁶ Nestlé, *Guia simples sobre a introdução de leites infantis*, disponível em: <http://saboreiaavida.nestle.pt/Upload/Files/Documents/INTRODUCING1.pdf>, [consultado em: 12/12/2014].

³⁷ Ministério da Agricultura (2008), Decreto-lei n.º53/2008, Diário da República, 1.ª série, N.º 59, 25 de março de 2008.

lactentes em fase de desmame e a crianças de pouca idade, em suplemento das suas dietas e ou adaptação progressiva à alimentação normal. O Decreto-Lei n.º 217/2008, de 11 de novembro³⁸ estabelece o regime jurídico aplicável às formulas para lactentes e às fórmulas de transição destinadas a lactentes saudáveis.

7.4. Produtos fitoterapêuticos e suplementos nutricionais

Como o nome indica, um medicamento à base de plantas é um produto farmacológico cuja preparação deriva da utilização de diferentes substâncias de origem vegetal, na sua grande maioria, de forma tradicional, ao contrário daqueles que existem já no mercado que, mesmo sendo constituídos por plantas ou preparações à base de plantas, foram autorizados ao abrigo do uso clínico bem estabelecido³⁹.

A fitoterapia é uma área em que o aconselhamento farmacêutico se revela de extrema importância, uma vez que frequentemente existe a ideia de que o natural não tem efeitos adversos, o que fomenta uma confiança ilimitada nestes produtos, por parte dos utentes.

Os suplementos são definidos pelo Decreto-Lei n.º 136/2003 de 28 de Junho⁴⁰, como os géneros alimentícios que se destinam a complementar e ou suplementar o regime alimentar normal e que constituem fontes concentradas de determinadas substâncias nutrientes ou outras com efeito nutricional ou fisiológico, comercializadas em forma doseada, tais como cápsulas, pastilhas, comprimidos, pílulas e outras formas semelhantes, saquetas de pó, ampolas de líquido, frascos com conta-gotas e outras formas similares de líquidos ou pós que se destinam a ser tomados em unidades medidas de quantidade reduzida.

Os principais produtos na FS são os suplementos nutricionais, produtos para emagrecimento, laxantes e infusões. O farmacêutico deve ter sempre o cuidado de transmitir toda a informação necessária para um uso racional e para evitar problemas que derivam do uso deste tipo de produtos.

7.5. Medicamentos de uso veterinário

Uma vez que a FS se encontra numa zona rural, dispõe de um número considerável desse tipo de produtos, quer para animais domésticos, quer para animais de grande porte.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 314/2009 de 28 de outubro⁴¹, medicamentos de uso veterinário podem ser definidos como toda a substância, ou associação de substâncias,

³⁸ Ministério da Agricultura (2008), Decreto-lei n.º217/2008, Diário da República, 1.ª série, N.º 219, 11 de Novembro de 2008.

³⁹ Medicamentos Homeopáticos e à Base de Plantas, 2009. INFARMED. Disponível em: http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/4C8C73AB-26A6-4FEF-98D4-F38D1835CA0F/0/15_Homeopaticos_Base_Plantas.pdf, [consultado em: 13/12/2014].

⁴⁰ Ministério da Saúde (2003), Decreto-Lei n.º 136/2003, Diário da República, 1.ª série, N.º 147, 28 de Junho de 2003.

⁴¹ Ministério da Agricultura (2009), Decreto-Lei n.º 314/2009, Diário da República, 1.ª série, N.º 209, 28 de outubro de 2009.

apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em animais ou dos seus sintomas, ou que possa ser utilizada ou administrada no animal com vista a estabelecer um diagnóstico médico-veterinário ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas.

A Direção Geral de Veterinária (DGV) tem, sobre estes produtos, um papel fulcral no seu controlo, farmacovigilância, AIM, alterações e renovações, fabrico, importação, exportação, distribuição, comercialização, rotulagem, informação e publicidade.

Os mais usuais são os produtos endoparasiticidas, produtos para ectoparasitas e também as pílulas anticoncecionais destinados aos animais de companhia, como cães e gatos. A nível de animais de grande porte, os principais produtos são os suplementos, alguns antibióticos, produtos para promover a cicatrização e produtos para desparasitação.

Esta é uma área onde me deparei com maiores dificuldades, uma vez que o conhecimento sobre produtos destinados a animais de grande porte era quase nulo. Por isso, parece-me uma área onde devemos ter um maior conhecimento, quer em termos de produtos a utilizar, quer em termos de doses e vias de administração, uma área importante para obter mais informação, e que se poderá vir a revelar particularmente útil para farmacêuticos que exerçam a sua profissão em farmácias comunitárias de zonas rurais.

7.6. Dispositivos médicos

Dispositivo médico é qualquer instrumento, aparelho, equipamento, material ou outro artigo, utilizado isolada ou conjuntamente, incluindo os suportes lógicos necessários para o seu bom funcionamento, cujo principal efeito pretendido no corpo humano não seja alcançado por meios farmacológicos, imunológicos ou metabólicos, embora a sua função possa ser apoiada por esses meios, e seja destinado pelo fabricante a ser utilizado em seres humanos para fins de diagnóstico, prevenção, monitorização, tratamento ou palição de uma doença, de uma lesão ou deficiência, estudo, substituição ou alteração da anatomia ou de um processo fisiológico e controlo da concepção⁴².

Nesta área existe uma enormidade de produtos que vão desde algálias, dedeiras, ligaduras, canadianas, sacos coletores de urina, seringas, luvas, pensos fraldas, colares cervicais, entre muitos outros. Tendo em conta a vastidão da área, o farmacêutico deve tentar compilar a informação, de modo a conseguir transmitir o máximo possível ao utente. Muitas vezes, estes são produtos que não se encontram na farmácia, por serem pouco requisitados, e aí entra-se em contato com o fornecedor para enviar o produto requerido o mais rapidamente possível. Para isso temos a preciosa ajuda de catálogos.

⁴² Dispositivos médicos na farmácia, disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/DISPOSITIVOS_MEDICOS/AQUISICAO_E_UTILIZACAO/DISPOSITIVOS_MEDICOS_FARMACIA, [consultado em: 13/12/2014].

8. Outros cuidados de saúde prestados ao utente na Farmácia Santos

Na FS os principais serviços prestados são:

- Medição da tensão arterial;
- Determinação de peso e altura;
- Determinação de glicémia, triglicéridos, colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL, ácido úrico e Hemoglobina;
- Testes de urina.

Todos estes testes são realizados no gabinete de utente, com exceção da medição da tensão arterial e do peso e altura, para garantir uma maior privacidade. Para se obter resultados mais fiáveis, a determinação dos parâmetros bioquímicos deve ser realizada de manhã, em jejum.

Esta é uma área onde a FS investiu bastante capital, o que a pode diferenciar de outras farmácias na região. Para isso, como já foi referido anteriormente, é usado o Callegari CR3000 que permite um resultado mais fiável e realiza três testes ao mesmo tempo, a fim de se obter uma maior eficiência, aumentando a produtividade da farmácia.

8.1. Medição da glicémia

A determinação da glicémia é fundamental para o controlo da diabetes e para identificar precocemente indivíduos com diabetes, de modo a prevenir ou a atrasar as complicações da doença.

Este teste é feito na farmácia a partir de uma amostra de sangue capilar total, obtida facilmente por picada no dedo e o seu resultado é obtido rapidamente. O utente deve estar preferencialmente em jejum, para que não haja enviesamento dos resultados. Antes de se proceder à punção, as mãos do utente são lavadas com água e sabão e desinfetadas com álcool a 70°. O álcool deve evaporar totalmente para não interferir com os resultados do teste. O sangue é colhido da parte lateral de um dos dedos, não sendo recomendado o indicador nem o polegar, para uma cuvette que será colocada no Callegari CR3000 para realizar o branco, de seguida, colocam-se 2 gotas de enzimas próprias para a glucose, agita-se suavemente e coloca-se de novo no Callegari CR3000 para a obtenção dos valores. O aparelho regista automaticamente os valores, data, hora e permite impressão dos mesmos. O material utilizado (tiras lancetas, luvas e algodões) é descartado para contentores apropriados.

O valor da glicémia desejável, em jejum, deve ser inferior a 110mg/dL e da glicémia pós-prandial deve ser inferior a 140mg/dL. Valores iguais ou superiores a 126mg/dL de glicémia

em jejum ou iguais ou superiores a 200mg/dL de glicémia pós-prandial estão associados a um diagnóstico de diabetes mellitus. No entanto, o diagnóstico de diabetes numa pessoa assintomática não deve ser realizado na base de um único valor anormal de glicémia de jejum, devendo ser confirmado numa segunda análise, após uma a duas semanas. Se, por outro lado, um valor anormalmente alto for determinado num utente com diabetes diagnosticada, o farmacêutico deve alertá-lo para os cuidados a ter de modo a controlar a doença, como fazer exercício, ter uma alimentação saudável, monitorizar a sua glicémia, aderir à terapêutica e visitar regularmente o seu médico⁴³.

8.2. Medição da pressão arterial

A hipertensão arterial (HTA) é, sem dúvida, um dos maiores problemas de saúde pública em Portugal. É importante tomar medidas eficazes para reduzir o número de doentes com HTA e as suas sequelas, bem como dispor de ferramentas de diagnóstico e terapêutica que permitam aumentar o número de hipertensos controlados. Sendo a HTA um dos fatores de risco de doenças cardiovasculares, pretende-se, desta forma, reduzir o número de óbitos. Assim, o farmacêutico, como profissional de saúde próximo de cada utente, tem a responsabilidade de alertar e aconselhar o utente. Importa ter em mente que é considerada HTA quando os valores de tensão arterial são superiores a 140 e/ou 90mmHg, enquanto que valores normais são aqueles que se encontram entre 120-129/80-84mmHg para pressão sistólica e diastólica, respetivamente.

Em relação aos utentes que queiram medir a pressão arterial, é pedido que estes quando chegam à farmácia descansem durante um período curto de tempo, cerca de cinco minutos, para garantir que um eventual esforço feito na deslocação à farmácia não interfira com o resultado. De acordo com o resultado obtido, poderá ser importante realizar o aconselhamento farmacêutico, tendo em conta a aplicação de medidas não farmacológicas, podendo realizar um seguimento do utente. Caso não ocorra normalização, poderá ser necessário reencaminhar ao médico de família para aplicação de medidas farmacológicas. Em termos de medidas não farmacológicas a aplicar em casos de tensões elevadas que poderão ter importantes repercussões são, por exemplo:

- Pedir ao utente que reduza a quantidade de sal na alimentação;
- Fazer uma alimentação cuidada;
- Realizar exercício físico;
- Diminuir o sedentarismo.

⁴³ Ministério da Saúde (2011), Norma 002/2011, Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus, Direção Geral de Saúde, 14 de Janeiro de 2011.

8.3. Antropometria

Na área de atendimento ao público da FS encontra-se, como já referido, a balança eletrônica que mede o peso, altura (calculando, automaticamente o IMC). Depois de terminadas as medições é emitido um talão resumo com todas as medições efetuadas pelo utente.

8.4. Medição dos triglicéridos e colesterol total

Níveis elevados de colesterol e triglicéridos caracterizam a hiperlipidemia, um dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. À semelhança da diabetes e hipertensão arterial, as hiperlipidemias instalam-se de forma assintomática e os primeiros sintomas surgem apenas quando a doença arteriosclerótica já se encontra instalada. Daí a importância de se efetuar um controlo destes dois parâmetros. Quanto aos valores desejáveis do colesterol total, estes devem estar abaixo de 190mg/dL, enquanto que o colesterol HDL deve ser, para mulheres, superiores a 46mg/dL e para homens superiores a 40mg/dL. Quanto ao colesterol LDL deve apresentar valores inferiores a 115mg/dL. Enquanto que os valores referentes aos triglicéridos deverão encontrar-se abaixo dos 150mg/dL.

Neste caso, a grande parte dos doseamentos destes parâmetros eram solicitados por utentes que pretendiam controlar uma situação já diagnosticada e com terapêutica instituída, avaliando desta forma a resposta terapêutica e a evolução clínica. Para medição dos triglicéridos é importante recomendar que esta determinação seja efetuada após um jejum de 12 horas, uma vez que os níveis de triglicéridos no plasma variam ao longo do dia. A medição do colesterol total pode ser efetuada em qualquer altura do dia, uma vez que os alimentos não interferem de forma significativa com este parâmetro.

A determinação dos triglicéridos e do colesterol é efetuada a partir de uma amostra de sangue capilar total, obtido facilmente por picada do dedo. Na FS utiliza-se o aparelho de Callegari CR3000 (anexo 2).

9. Preparação de medicamentos

A Portaria n.º 594/2004, de 2 de junho⁴⁴, aprova as Boas Práticas na preparação de medicamentos manipulados em Farmácia de oficina e hospitalar. Assim, de acordo com esta portaria entende-se por laboratório a zona reservada às operações de preparação, embalagem e controlo de medicamentos manipulados, isto é, qualquer preparação magistral ou oficial e dispensada sob responsabilidade do farmacêutico. Esta área tem vindo a perder espaço na farmácia, devido a permanente evolução da indústria farmacêutica. Na FS apenas se efetua,

⁴⁴ Ministério da Saúde (2004), Portaria n.º 594/2004, Diário da República, 1.ª série-B. N.º 129, 2 de Junho de 2004.

pontualmente, um pequeno número de preparações. Este tipo de preparações pode justificar-se em casos de:

- Aplicação cutânea;
- Possibilidade de ajuste terapêutico às necessidades individuais do utente;
- Possibilidade de obter associações não comercializadas;
- Permitir o preenchimento de nichos que a indústria não ocupa.

Durante a preparação deve seguir-se o método inscrito na ficha de produção. O local de manipulação deve possuir todas as condições necessárias à preparação do manipulado em condições seguras, garantindo a qualidade do produto produzido. É necessário realizar o controlo durante a produção. No final desta preparação, devem ser realizadas as verificações necessárias que atestem a qualidade do medicamento, nomeadamente a verificação das características organoléticas, garantindo a qualidade do produto final do manipulado.

De seguida, procede-se ao acondicionamento em recipiente adequado, de acordo com as características do manipulado, e de forma a proporcionar a máxima estabilidade e conservação. No recipiente de acondicionamento coloca-se um rótulo, que deve incluir⁴⁵:

- Nome do doente (no caso de se tratar de uma fórmula magistral);
- Fórmula do medicamento manipulado prescrita pelo médico;
- Número do lote atribuído ao medicamento preparado;
- Prazo de utilização do medicamento preparado;
- Condições de conservação do medicamento preparado;
- Instruções especiais, eventualmente indispensáveis para a utilização do medicamento, como, por exemplo, «agite antes de usar», «uso externo» (em fundo vermelho), etc.;
- Via de administração;
- Posologia; identificação da farmácia;
- Identificação do farmacêutico DT.

Para o cálculo do prazo de validade do medicamento manipulado, as regras a serem aplicadas são as constantes no Formulário Galénico Português (FGP):

- Preparações líquidas não aquosas e preparações sólidas: se a substância ativa é um produto industrializado deve definir-se como prazo de validade 25% do tempo que é recomendado na cartonagem. O prazo de validade não deve ser superior a 6 meses.
- Preparações líquidas com água (preparadas com substâncias ativas no estado sólido): o produto deve ser conservado no frigorífico e o prazo de validade não deverá ser superior a 14 dias.
- Restantes preparações (preparações semissólidas): o prazo de validade deve corresponder à duração do tratamento, mas nunca superior a 30 dias.

⁴⁵ Ministério da Saúde (2004), Portaria nº 594/2004, Diário da República, 1.ª série-B. N.º 129, 2 de Junho de 2004.

Existem fichas relativas às matérias-primas, respetivos boletins de análise, assim como fichas do material de embalagem. Juntamente com a ficha de produção do medicamento manipulado é guardada uma fotocópia da receita do medicamento. Todos os resultados obtidos das verificações devem ser registados na respetiva ficha de preparação. Esta ficha deve conter também⁴⁶:

- As substâncias utilizadas e respetivo lote;
- Modo de preparação: dados do utente e do prescriptor;
- Prazos de utilização;
- Condições de conservação;
- O cálculo do PVP;
- Número de lote que identifica todos os medicamentos manipulados na farmácia e que permite a sua rastreabilidade.

De notar que esta ficha e todos os documentos que fazem parte integrante do sistema de garantia de qualidade dos medicamentos preparados devem ser arquivadas durante um prazo mínimo de 3 anos⁴⁷.

Estes medicamentos, desde que se encontrem incluídos na Farmacopeia Portuguesa ou no FGP, assim como as fórmulas magistrais incluídas numa lista de medicamentos comparticipáveis, emitida no início de cada ano, são comparticipados desde que devidamente prescritos em receita do SNS, não podendo conter mais nenhum medicamento na mesma prescrição.

O cálculo das preparações é feito de acordo com a Portaria 769/2004 de 1 de julho⁴⁸. De acordo com esta, o cálculo segue a seguinte fórmula:

Assim:

- ✓ Cálculo do valor dos honorários

O cálculo dos honorários da preparação tem por base um fator (F) cujo valor é de 4.88 euros. Este fator é atualizado, automática e anualmente, na proporção do crescimento do índice de preços ao consumidor divulgado pelo Instituto Nacional de Estatística para o ano anterior àquele a que respeita (anexo 3).

⁴⁶ Ministério da Saúde (2004), Portaria n.º 594/2004, Diário da República, 1.ª série-B, N.º 129, 2 de Junho de 2004.

⁴⁷ Ministério da Saúde (2004), Portaria n.º 594/2004, Diário da República, 1.ª série-B, N.º 129, 2 de Junho de 2004.

⁴⁸ Ministério da Saúde (2004), Portaria n.º 769/2004, Diário da República, 1.ª série-B, N.º 153, 1 de julho de 2004.

✓ Cálculo do valor das matérias-primas

Os valores referentes às matérias-primas são determinados pelo valor da aquisição multiplicado por um dos fatores seguintes, consoante a maior das unidades em que forem utilizadas ou dispensadas:

- a) Quilograma: 1,3;
- b) Hectograma: 1,6;
- c) Decagrama: 1,9;
- d) Grama: 2,2;
- e) Decigrama: 2,5;
- f) Centigramas: 2,8.

Aos valores de aquisição a utilizar no cálculo será, previamente, deduzido o IVA respetivo.

✓ Cálculo do valor dos materiais de embalagem

Os valores referentes aos materiais de embalagem são determinados pelo valor da aquisição multiplicado pelo fator 1,2.

Aos valores de aquisição a utilizar no cálculo será, previamente, deduzido o IVA respetivo.

✓ Preço de venda ao público

O PVP dos medicamentos manipulados é o resultado da aplicação da fórmula:

$(\text{Valor dos honorários} + \text{Valor das matérias-primas} + \text{Valor dos materiais de embalagem}) \times 1,3,$
acrescido o valor do IVA à taxa em vigor.

9.1. Preparações

Como já referido anteriormente, durante o meu estágio na FS tive a oportunidade de realizar:

- Preparações extemporâneas;
- Solução de Trimetropim Xarope 1%;
- Ácido Salicílico 2,5gr para qbp 25gr com vaselina esterificada

As preparações extemporâneas de medicamentos, como é o caso de alguns antibióticos para administração a crianças, foi uma tarefa que desempenhei frequentemente. Nestes casos, o antibiótico, por exemplo, encontra-se em pó devido à sua instabilidade e é apenas preparada a sua suspensão para administração no momento da dispensa. Caso a suspensão seja preparada na farmácia, é utilizada água purificada para esta finalidade, não obstante, caso o utente prefira preparar o medicamento em sua casa, o farmacêutico deve transmitir toda a informação necessária para tal, como a necessidade de inicialmente agitar o frasco para desagregar o pó e de utilizar água mineral para proceder à preparação da suspensão. Após a

reconstituição, a suspensão deve ser conservada no frigorífico e deve ser agitada antes de cada administração, para garantir a máxima homogeneidade e minimizar erros de dosagem, sendo que possui um prazo de validade máximo de 14 dias. Estas últimas informações devem ser prestadas ao utente, devendo o farmacêutico garantir que o utente as apreendeu corretamente.

Nos casos em que na receita médica vêm prescritas duas embalagens, após fazer o cálculo da duração do tratamento, pode optar-se por preparar apenas uma embalagem no sentido de não pôr em causa as propriedades da outra, que será preparada apenas quando for necessária.

Os procedimentos dos outros manipulados encontram-se em anexo, segundo a FPG (anexo 4).

10. Contabilidade e gestão

10.1. Gestão e formação contínua de recursos humanos

A gestão das farmácias também envolve a gestão dos seus recursos humanos. Para um bom funcionamento é necessário uma liderança forte, capaz de motivar os seus colaboradores. O objetivo passa sempre por obter uma elevada produtividade dos colaboradores, a qualidade do serviço e bom ambiente de trabalho entre todos. Poderá ser importante atribuir tarefas a cada colaborador, ou dividir as tarefas como um grupo, a fim de obter melhores resultados. A opção a tomar dependerá do tipo de liderança e do tipo de grupo que está disponível.

É de extrema importância que o DT seja capaz de lidar com os conflitos entre colaboradores, de modo a que a farmácia funcione corretamente.

10.2. Processamento do receituário e faturação

O receituário, após dispensa, é verificado novamente por um farmacêutico, para detetar possíveis erros e conseguir corrigir os mesmos em tempo útil. Só depois desta revisão é que poderemos começar a tratar de acondicionar as receitas.

Todo o volume de receituário é dividido por organismo e por lotes (cada lote contendo trinta receitas) e organizado por ordem numérica do número de receita. A única exceção é o último lote que poderá não estar completo, mas nenhum dos outros lotes poderá ter nem menos nem mais de trinta receitas. O processo de emissão de lotes é efetuado com o auxílio do SIFARMA 2000, estando estas informações presentes no verso da receita. O sistema informático atribui a cada receita um lote, e o número a que pertencem dentro do lote, consoante o organismo a que pertence.

Após um lote estar completo e conferido, é impresso um verbete identificativo da farmácia. No verbete encontram-se as seguintes informações:

- Nome da farmácia;
- Código da farmácia (atribuído pelo INFARMED);
- Mês e ano da respetiva faturação;
- Código e nome do organismo que comparticipa;
- Tipo e número sequencial de lote, no total de lotes entregues no mês;
- Número de receitas do lote e número de etiquetas;
- PVP;
- Valor pago pelos utentes e valor a pagar pela entidade;
- Carimbo da farmácia.

No final de cada mês procede-se ao fecho dos lotes para que se inicie uma nova série no mês seguinte. Depois de reunidos todos os lotes de cada organismo, são emitidos e anexados mais dois documentos que acompanham o receituário: a relação resumo dos lotes, emitidos em quadruplicado (onde constam informações como o valor de cada lote, o valor total pago pelo utente nas várias dispensas e o valor a receber em comparticipação) e a fatura mensal (que corresponde ao valor total a receber por cada organismo).

Todos estes documentos (fatura mensal, relação resumo de lotes, verbetes identificativos de lotes e receitas médicas) são enviados até ao dia 5 do mês seguinte. Ou seja, têm de chegar ao CCF na Maia até dia 10 do mês seguinte ao que diz respeito, sendo que os correios fazem o levantamento das receitas na farmácia no dia 5 de cada mês ou então no dia útil seguinte ao dia 5.

Os documentos que dizem respeito ao SNS são enviados pelo correio para o CCF, onde cada receita é analisada e pode ou não ser aceite. Mesmo realizando a verificação das receitas, muitas vezes são devolvidas receitas por algum tipo de inconformidade. Estas são reportadas pela ACSS e acompanhadas de uma relação que nos indica o número da receita devolvida, o motivo e ainda o valor não faturado. A farmácia analisa minuciosamente cada receita devolvida. Estas devoluções só são enviadas à farmácia quando o valor não faturado é superior a 0,50€, caso contrário a receita não é devolvida (ACSS, 2012). Se a farmácia não concordar com a correção do CCF, esta envia as receitas devolvidas ao Serviço de Retificação do Receituário da ANF para que esta corrija. Se a farmácia estiver correta, a ANF trata com o CCF; se não, devolve à farmácia as receitas.

De resto, as outras são reenviadas ao organismo junto com uma indicação de que a receita foi retificada e são incluídas no receituário do mês seguinte. Estas notas são emitidas em quadruplicado, sendo duas enviadas à ACSS, uma vai para a ANF e outra fica na farmácia para a contabilidade. Nas receitas que não podem ser retificadas, a comparticipação não é devolvida à farmácia, passando a constituir prejuízo.

Os documentos referentes a outras entidades são enviados para a ANF, que posteriormente os reenvia para a entidade responsável (por exemplo, SAMS, entre outros).

Durante o meu estágio foi-me dado a oportunidade de rever receitas, organizar as mesmas, sendo depois revistas pela DT, e de analisar as devolvidas à farmácia.

10.3. Articulação com os serviços de contabilidade

A farmácia deve ter a sua contabilidade em dia e corretamente realizada com a lei em vigor. Para isso, a empresa deverá ter uma empresa de contabilidade externa à farmácia que trata destes assuntos. Deverá ainda tratar outros serviços, tais como o pagamento de impostos, segurança social, entre outros.

O IRS (Imposto sobre o Rendimento de pessoas Singulares) é o imposto que incide sobre os rendimentos das pessoas singulares ou do agregado familiar, caso exista. Anualmente, cada singular (ou agregado familiar) apresenta as despesas efetuadas nesse ano, enquadrando-se as despesas da farmácia (não todas) em despesas de saúde, podendo haver lugar à devolução de parte do valor descontado dos rendimentos. Os produtos com IVA a 6% podem todos entrar para os encargos, enquanto os produtos com IVA a 23% apenas podem ser deduzidos caso tenham a respetiva receita médica anexada.

O IVA é pago pelo consumidor final, o utente. A farmácia paga o IVA dos produtos aos fornecedores, no entanto este também é pago pelos utentes no ato de venda. No final de cada trimestre, ou ano, a farmácia faz o balanço do IVA recebido pelos utentes e do IVA pago aos fornecedores, sendo que, se este balanço for positivo, a farmácia terá de devolver ao Estado o valor do IVA em excesso, mas pelo contrário, se o balanço for negativo, o Estado reembolsa a diferença em falta.

O IRC é o imposto de rendimento de pessoas coletivas e é calculado com base no rendimento gerado pela farmácia durante o ano.

Conclusão

No término do estágio em Farmácia Comunitária foi possível constatar que este foi de extrema importância. Permitiu-me integrar, consolidar, desenvolver e aplicar muitos dos conhecimentos adquiridos anteriormente na universidade. No entanto, apenas com o decorrer do tempo é que toda a informação pode ser assimilada, uma vez que esta é muito vasta.

Ao lidar diariamente com utentes, suas questões de saúde e muitas vezes questões pessoais, tornei-me mais consciente da realidade do que nos rodeia, de utentes que necessitam de profissionais de saúde com competência, ética, profissionalismo e do trabalho que é preciso desenvolver para pôr em prática o conceito de equipa multidisciplinar. Isto exige uma constante formação, mantendo sempre a atitude e sigilo profissional.

Uma das maiores dificuldades é o contato com os utentes, uma vez que alguns são sempre relutantes a alterações. Com o tempo e com a confiança que se vai construindo, esta situação

é ultrapassada, criando bons laços com certos utentes. Numa altura de crise, o farmacêutico, em muitas ocasiões, é mais do que um simples profissional de saúde que se limita a atender o utente, passa a ser um confidente, uma pessoa com quem o utente deseja desabafar sobre aspetos difíceis da sua vida.

Durante o estágio pude observar na prática que o farmacêutico tem um papel muito importante na sociedade como promotor de saúde, e que é nossa função aconselhar do melhor modo possível, função para a qual são necessários conhecimentos, conhecimentos esses que devem ser constantemente lembrados e atualizados.

A FS tem uma equipa de profissionais com a qual me identifico, pessoal e profissionalmente. Neste meses de estágio ajudaram-me a superar todos os receios, obstáculos que se apresentavam para aplicar, na prática, os conhecimentos e para lidar com a comunidade habitual que se desloca à farmácia.

Bibliografia

ACSS (2014), *Normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos de saúde*, v. 3.0, INFARMED.

ACSS (2012), *Manual de Relacionamento das Farmácias com o Centro de Conferência de Faturas do SNS*, disponível em: <https://www.ccf.min-saude.pt/portal/page/portal/estrutura/documentacaoPublica/Manual%20de%20Relacionamen%20de%20Farm%C3%A1cias%20VF%201.9.pdf>, [consultado em: 29/11/2014].

Levy, L. et al. (2008), *Manual de aleitamento materno*, Comité Português para a UNICEF.

Santos, H. J. et al. (2009), *Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária*, 3ª edição, Conselho Nacional da Qualidade.

World Health Organization (WHO) (2002). *The Importance of Pharmacovigilance: safety monitoring of medicinal products*, disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/a75646.pdf>, [consultado em: 12/12/2014].

Legislação consultada

Ministério da Saúde (2014), Deliberação n.º 1502/2014, Diário da República, 2.ª série, N.º 145, 30 de julho de 2014.

Assembleia da República (2014), Lei n.º 22/2014, de 28 de abril, Diário da República, 1.ª série, N.º 81, 28 de abril de 2014.

Ministério da Saúde (2012), Despacho n.º 15700/2012, Diário da República, 2.ª série, N.º 238, 10 de dezembro de 2012.

Ministério da Saúde (2012), Despacho n.º 13381/2012, Diário da República, 2.ª série, N.º 198, 12 de outubro de 2012.

Ministério da Saúde (2012), Decreto-Lei n.º 171/2012, Diário da República, 1.ª série, N.º 148, 1 de agosto de 2012.

Ministério da Saúde (2012), Portaria n.º 137-A/2012, Diário da República, 1.ª série, N.º 92, de 11 de maio de 2012.

Ministério da Saúde (2011), Norma 002/2011, Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus, Direção Geral de Saúde, 14 de Janeiro de 2011.

Ministério da Saúde (2010), Decreto-Lei n.º 113/2010, Diário da República, 1.ª série, N.º 205, 21 de outubro de 2010.

Ministério da Agricultura (2009), Decreto-Lei n.º 314/2009, Diário da República, 1.ª série, N.º 209, 28 de outubro de 2009.

Ministério da Agricultura (2008), Decreto-Lei n.º 217/2008, Diário da República, 1.ª série, N.º 219, 11 de Novembro de 2008.

Ministério da Agricultura (2008), Decreto-Lei n.º 148/2008, Diário da República, 1.ª série, N.º 145, 29 de julho de 2008.

Ministério da Agricultura (2008), Decreto-Lei n.º 53/2008, Diário da República, 1.ª série, N.º 59, 25 de março de 2008.

Ministério da Saúde (2007), Despacho n.º 17690/2007, Diário da República, 2.ª série, N.º 154, 10 de agosto de 2007.

Ministério da Saúde (2006), Decreto-Lei n.º 176/2006, Diário da República, 1.ª série, N.º 167, 30 de agosto de 2006.

Ministério da Saúde (2004), Despacho n.º 21 844/2004, Diário da República, 2.ª série, N.º 131, 6 de junho de 2004.

Ministério da Saúde (2004), Portaria n.º 769/2004, Diário da República, 1.ª série-B, N.º 153, 1 de julho de 2004.

Ministério da Saúde (2004), Portaria n.º 594/2004, Diário da República, 1.ª série-B, N.º 129, 2 de Junho de 2004.

Ministério da Saúde (2003), Decreto-Lei n.º 136/2003, Diário da República, 1.ª série, N.º 147, 28 de Junho de 2003.

Ministério da Saúde (2002), Decreto-Lei n.º 242/2002, Diário da República, 1.ª série, N.º 255, 5 de Novembro.

Ministério da Saúde (2001), Decreto-Lei n.º 288/2001, Diário da República, 1.ª série, N.º 261, 10 de Novembro de 2001.

Ministério da Saúde (1999), Decreto-Lei n.º 227/99, Diário da República, 1.ª série, N.º 143, 22 de Junho de 1999.

Ministério da Agricultura (1997), Decreto-Lei n.º 184/97, Diário da República, 1.ª série, N.º 171, 26 de julho de 1997.

Ministério da Saúde (1995), Decreto-Lei n.º 273/95, Diário da República, 1.ª série, N.º 245, 23 de outubro de 1995.

Ministério da Justiça (1994), Decreto Regulamentar n.º 61/94, Diário da República, 1.ª série-B, N.º 236, 12 de outubro de 1994.

Ministério da Saúde (1993), Decreto-Lei n.º 15/93, Diário da República, 1.ª série, N.º 18, 22 de janeiro de agosto de 1993.

Sites consultados

Callegari CR3000, *O conceito CR3000: inovação, melhoria da assistência ao paciente e à gestão*, disponível em: <http://www.callegari1930.com/cr-3000-blood-analysis.html>, [consultado em: 5/12/2014].

Dispensa em farmácia oficina, INFARMED, disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/AVALIACAO_ECONOMICA_E_COMPARTICIPACAO/MEDICAMENTOS_USO_AMBULATORIO/MEDICAMENTOS_COMPARTICIPADOS/Dispensa_exclusiva_em_Farmacia_Oficina, [consultado em: 11/12/2014].

Dispositivos médicos na farmácia, INFARMED, disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/DISPOSITIVOS_MEDICOS/AQUISICAO_E_UTILIZACAO/DISPOSITIVOS_MEDICOS_FARMACIA, [consultado em: 13/12/2014].

Medicamentos Homeopáticos e à Base de Plantas, 2009. INFARMED. Disponível em: http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/4C8C73AB-26A6-4FEF-98D4-F38D1835CA0F/0/15_Homeopaticos_Base_Plantas.pdf, [consultado em: 13/12/2014].

Nestlé, *Guia simples sobre a introdução de leites infantis*, disponível em: <http://saboreiaavida.nestle.pt/Upload/Files/Documents/INTRODUCING1.pdf>, [consultado em: 12/12/2014].

Produtos Cosméticos, INFARMED, disponível em: <http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/COSMETICOS>, [consultado em: 12/12/2014].

VALORMED: *Os medicamentos fora de uso também têm remédio*, disponível em: http://www.valormed.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=26&Itemid=96, [consultado em: 11/12/2014].

Percepção dos farmacêuticos vs percepção dos médicos dos medicamentos genéricos e seus usos

Introdução

Assistimos a uma época de importantes mudanças sociais, nos modos de organização das sociedades, nomeadamente no que respeita à sua capacidade de responder a múltiplas necessidades sociais, muito particularmente no que à saúde diz respeito. Essas mudanças sociais fazem-se sentir, inclusive, no modo como as profissões, neste caso as profissões de saúde, vão conseguindo reorganizar-se para dar resposta a necessidades que não se focam já exclusivamente na doença, mas também na promoção da qualidade de vida dos indivíduos. O farmacêutico tem, neste domínio, importantes responsabilidades sociais, não podendo deixar de estar atento às necessidades dos cidadãos, em termos de saúde, mas também aos constrangimentos que hoje encontramos, em termos económicos, no acesso a cuidados de saúde, representando os medicamentos um bem incontornável, mas também, frequentemente, demasiado oneroso para o cidadão.

O uso dos medicamentos, as constantes inovações e os desenvolvimentos científicos neste âmbito, têm contribuído para melhorias significativas, tanto na cura de doenças como na manutenção da qualidade de vida de pacientes com doenças crónicas. Contudo, este aumento exponencial do uso de medicamentos, a sua crescente complexidade, aliada ao aumento da esperança média de vida, mas também ao número de morbilidades a ela associada, têm colocado dificuldades financeiras aos Estados, no que respeita aos custos associados à saúde, mais especificamente no que à comparticipação de medicamentos diz respeito. Daí que muitos tenham visto nos MG uma possibilidade de restringir os custos associados à saúde, sublinhando as suas vantagens económicas para o Estado, mas também para os cidadãos.

O envelhecimento populacional e o aumento do custo dos tratamentos levam os governos de diferentes países a repensar a forma como podem assegurar a sustentabilidade na prestação dos cuidados de saúde. Nas últimas décadas, o negócio dos medicamentos tem passado por uma fase de transição importante que alterou fortemente a envolvente das empresas farmacêuticas reforçando a importância da adaptação e evolução das estruturas organizacionais.

As discussões públicas sobre os MG datam desde os finais da década de oitenta (Silva *et al.*, 2008). Em Portugal, o primeiro diploma legal a regular a produção, autorização de introdução no mercado, distribuição, preço e comparticipação de MG foi o Decreto-Lei n.º 81/90, de 12 de Março¹. Posteriormente, Decreto-Lei n.º 72/91, de 8 de Fevereiro veio proceder à definição de MG e estabelecer condições de prescrição e dispensa².

¹ Ministério da Saúde (1990), Decreto-Lei n.º 81/90, Diário da República, 1.ª Série, Nº 59, 12 de março de 1990.

² Ministério da Saúde (1991), Decreto-Lei n.º 72/91, Diário da República, 1.ª Série A, Nº 33, 8 de fevereiro de 1991.

Os MG vieram revolucionar o clima em diversas áreas, tais como na saúde, social, política, económica, etc., que se vivia até à entrada destes no mercado dos medicamentos contribuindo para a sustentação de novas medidas.

As empresas farmacêuticas que dedicam a sua atividade ao desenvolvimento de novas moléculas têm anos de pesquisa de novas substâncias químicas ou seus derivados. Muitas vezes todo este processo tem um final devastador, porque se mostram ao longo da investigação pouco potentes, demasiado tóxicos ou economicamente pouco viáveis. É um trabalho de pura investigação, tentativa-erro, até que se comece a formar alguma luz de sucesso no processo. Regulamentarmente, estas empresas necessitam de desenvolver uma linha de estudos de forma a terem um suporte que permita a aprovação de determinado medicamento inovador (Ponciano, 2013; Cassier *et al*, 2010).

No caso das empresas de MG o processo é abreviado, razão pela qual os preços são mais baixos e existe um período de proteção de dados a partir do qual os MG podem solicitar às Autoridades Competentes um pedido de AIM. No entanto, mesmo para os MG, existem alguns anos de desenvolvimento até que esteja reunida toda a documentação e a submissão às Autoridades Competentes. Para estas empresas o fator *timing* é essencial. Num mercado que existe tanta concorrência como é o dos genéricos, ser a primeira empresa a chegar ao mercado com um novo genérico pode fazer a diferença entre ter uma quota de mercado significativa ou ser apenas mais um (Ponciano, 2013).

Poucos temas são tão controversos na área da política do medicamento como a introdução de genéricos no mercado de medicamentos, contudo, estes podem desempenhar um papel fundamental na otimização da afetação de recursos. São muitas as questões levantadas contra e a favor da qualidade, segurança e eficácia dos genéricos. Se os médicos, através da prescrição, são o fator decisivo para o aumento da quota de genéricos; os farmacêuticos através da dispensa de medicamentos assumem um papel preponderante na sensibilização dos utentes para a sua aceitação e adesão à terapêutica. Não obstante, no mercado dos medicamentos, a diferença mais perceptível para o consumidor, entre MG e MR, é geralmente o preço.

Ao longo do percurso universitário, e no âmbito da formação em Ciências Farmacêuticas, estudamos e aprofundamos o conhecimento acerca dos medicamentos e seus mecanismos, a farmacoterapêutica. Mas existe uma outra dimensão do medicamento, que vai para além desta dimensão farmacológica, que é a dimensão social. Nesta dimensão, o medicamento e os diferentes processos a que está sujeito, desde a sua investigação, aceitação, produção e comercialização são analisados tendo por referência as influências (incentivos e constrangimentos) sociais, bem como os diferentes agentes que participam neste processo (indústria farmacêutica, profissionais de saúde, Estado, consumidores, entre outros). Neste contexto, os medicamentos transformam-se em produtos e objetos sociais.

A presente dissertação não ambiciona cobrir todo esse vasto campo social de análise do medicamento, dificilmente uma só investigação o conseguiria. A nossa investigação centra-se, num primeiro nível, no MG. Mas mesmo esta primeira aproximação do campo empírico é demasiado vasta, pelo que a análise se circunscreve às perceções que farmacêuticos e médicos têm do MG e seus usos.

Antes da legislação em vigor, os médicos tinham como tradição indicar um medicamento pelo seu nome comercial, o qual adota a marca do produto. Dessa forma, o farmacêutico dispensava o medicamento e o utente estava restrito ao que lhe fora prescrito. Mas, sabemos o panorama nacional do medicamento, fruto de medidas políticas de claro incentivo à maior prescrição e consumo de MG, mudou drasticamente. Parece-nos correto dizer que o aumento do consumo de MG está também associado à atitude que tenham perante esses medicamentos médicos, farmacêuticos e também consumidores. E são vários os aspetos que moldam as atitudes, de conhecimentos científicos a perceções, crenças, experiências pessoais e profissionais, entre outros. A nossa análise, em termos de circunscrição do campo empírico, centra-se nas perceções dos médicos e farmacêuticos, já que alargá-la aos utentes exigiria, além de outro espaço temporal, a adoção de diferentes estratégias metodológicas.

O que anteriormente foi avançado sugere-nos vários questionamentos. Que perceções têm médicos e farmacêuticos relativamente aos MG? Em que tipos de conhecimento se baseiam essas perceções? Em que medida essas perceções têm impacto nas práticas profissionais de médicos e farmacêuticos, no que ao MG diz respeito? Qual o grau de confiança nos MG expresso por estes profissionais? Em que medida a crescente difusão e penetração dos MG pode conduzir ao desenho de estratégias baseadas nas competências profissionais de médicos e farmacêuticos?

Resultam da problematização que foi feita e destes questionamentos objetivos da presente dissertação.

Objetivos:

- Perceber as perceções de farmacêuticos e médicos relativamente aos MG e seus usos, bem como o nível de confiança que expressam em relação aos mesmos;
- Identificar quais os fatores que, no entender destes profissionais, têm contribuído para o aumento do uso dos MG e quais os grupos populacionais que mais recorrem a este tipo de medicamentos;
- Perceber em que medida os incentivos em torno dos MG são entendidos como potencialidade para o desenho e a implementação de estratégias profissionais.

Esta investigação está dividida em duas partes, a primeira parte é constituída pelo corpo teórico, que implicou uma profunda e longa pesquisa bibliográfica referente ao tema em

análise, a segunda diz respeito à pesquisa empírica, sendo que no seu início se apresentam e justificam as opções metodológicas tomadas no âmbito da pesquisa.

A primeira parte desta investigação, que resultou da elaboração do corpo teórico, e divide-se em sete capítulos.

O primeiro capítulo trata da breve definição do termo MG, que com o avançar do estudo vai sendo desenvolvida e aprofundada. No segundo ponto expõe-se a história e o enquadramento legal dos MG em Portugal e são também apresentadas as potenciais razões pelas quais o MG é um fenómeno em constante crescimento. Em outro capítulo, também é explorada a variação do consumo de medicamentos, face ao seu desenvolvimento, e ainda a influência das alterações no regime de comparticipação dos medicamentos, no que diz respeito aos MG. Com o incremento da indústria farmacêutica, à conseqüente competição entre laboratórios e ao exercício da prática do uso de genéricos, eleva-se a importância de sublinhar as principais vantagens e desvantagens dos MG.

O sexto capítulo desta investigação diz respeito à perceção farmacêutica vs perceção médica no uso dos genéricos. Estando estes profissionais de saúde numa posição de dar todo o tipo de informação inerente ao medicamento a qualquer utente e de desempenhar um papel fulcral na sua disponibilização de recursos financeiros, analisam-se estudos anteriores que dão conta das perceções destes profissionais, e discute-se a influência das mesmas na sua tomada de decisão.

Um outro capítulo é dedicado aos medicamentos órfãos, precisamente por ser uma área em que os genéricos ainda não penetraram, procurando-se perceber porque é este terreno diferenciados de outros terrenos da saúde. O uso racional e irracional do medicamento assume uma posição importante, uma vez que o número de gastos da despesa pública mais elevado está relacionado com a saúde e, conseqüentemente, com o mau uso do medicamento, podendo levar a sobredosagens. Assim, o farmacêutico e o médico têm neste âmbito um papel interventivo importante no que diz respeito à educação e à informação do utente face a esta problemática.

A segunda parte deste trabalho diz respeito à investigação empírica, sendo iniciada pelo capítulo dedicado à explicitação e justificação da metodologia adotada, a metodologia qualitativa, e da técnica de recolha de dados usada, a entrevista semiestruturada, realizada a farmacêuticos e médicos ativos, no distrito de Aveiro.

O segundo capítulo da segunda parte é dedicado à análise e discussão dos dados obtidos a partir das entrevistas. Os dados são apresentados e analisados sob diferentes pontos de vista face à perceção farmacêutica vs perceção médica no uso dos genéricos, analisando o ponto de vista de dois profissionais de saúde (médicos e farmacêuticos) relacionados diretamente com o uso de medicamentos, procurando-se, sempre que possível, traçar uma perspetiva comparativa entre as visões destes dois grupos profissionais.

Por fim, a conclusão onde se clarifica a prossecução dos objetivos definidos para a investigação, se retomam alguns pontos operativos essenciais, se discutem as limitações da presente investigação e se apresentam pistas para investigações futuras.

1. Medicamentos Genéricos

1.1. O que são medicamentos de referência

O Decreto-Lei n.º 176/2006, recentemente atualizado pelo Decreto-Lei n.º 20/2013 de 14 de fevereiro³, dita que o medicamento é toda a substância ou associação de substâncias apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em seres humanos ou dos seus sintomas ou que possa ser utilizada ou administrada no ser humano com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas.

1.2. O que são medicamentos genéricos

De acordo com o Estatuto do Medicamento (EM) (Decreto-Lei n.º 176/2006)⁴, um MG é um medicamento com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias ativas, a mesma forma farmacêutica e cuja bioequivalência com o MR haja sido demonstrada por estudos de biodisponibilidade. São medicamentos aprovados pelo INFARMED, tal como os originadores, e por isso, a cada um deles é atribuída uma AIM com o respetivo número de registo.

Segundo a legislação em vigor relativa ao EM, todos os MG são obrigatoriamente identificados com as siglas “MG”, inserida na embalagem exterior do medicamento, com a mesma substância ativa, forma farmacêutica, dosagem e com a mesma indicação terapêutica que o medicamento original, de marca, que serviu de referência⁵. São prescritos pela DCI das substâncias ativas, seguida da dosagem e forma farmacêutica, podendo o médico acrescentar o nome do respetivo titular da AIM ou marca. O MG está sujeito às mesmas disposições legais dos outros medicamentos, estando dispensada a apresentação de ensaios pré-clínicos e clínicos desde que demonstrada a bioequivalência com base em estudos de biodisponibilidade ou quando estes não forem adequados. Os MG só são disponibilizados aos doentes depois das

³ Ministério da Saúde (2013), Decreto-Lei n.º 20/2013, Diário da República, 1.ª Série, N.º 32, de 14 de fevereiro de 2013.

⁴ Ministério da Saúde (2006), Decreto-Lei n.º 176/2006, Diário da República, 1.ª série, N.º 167, 30 de agosto de 2006.

⁵ Ministério da Saúde (2013), Decreto-Lei n.º 20/2013, Diário da República, 1.ª Série, N.º 32, de 14 de fevereiro de 2013.

respetivas patentes dos medicamentos de referência terem caducado. Como acontece em outras indústrias, uma patente normal tem uma duração de 20 anos^{6,7}.

A partir do momento em que a patente termina qualquer laboratório da indústria farmacêutica que esteja interessado pode dar início ao processo para poder comercializar uma versão genérica do fármaco⁸. Os MG têm um preço inferior ao do medicamento original. No caso de existir grupo homogêneo (GH), o PVP é igual ou inferior ao preço de referência (PR) desse grupo. Um GH é um conjunto de medicamentos com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias ativas, forma farmacêutica, dosagem e via de administração, no qual se inclua pelo menos um MG existente no mercado (Silva *et al.*, 2008).

2. História-Enquadramento legal dos medicamentos genéricos em Portugal

Segundo Barros *et al.* (2011), uma adequada política nacional de medicamentos deverá seguir os seguintes objetivos:

- Melhorar o acesso aos medicamentos;
- Garantir a qualidade, a eficácia e a segurança;
- Promover a utilização informada e segura dos medicamentos junto dos doentes e consumidores;
- Contribuir para a sustentabilidade do sistema, promovendo a eficiência e a racionalidade;
- Apoiar o desenvolvimento do setor farmacêutico.

Em Portugal, o primeiro diploma legal que se referia a MG, no que diz respeito à sua produção, AIM, distribuição, preço e comparticipação foi o Decreto lei n.º 81/90, de 12 de março⁹.

Posteriormente, o Decreto-lei n.º 72/91, de 8 de fevereiro¹⁰, regula a autoridade de introdução no mercado, o fabrico, a comercialização e a comparticipação dos MUH. Este veio proceder à definição de MG e estabelecer as condições de prescrição e dispensa.

Outras medidas foram tomadas, nomeadamente com o Decreto-Lei n.º 249/93, de 9 de julho¹¹, que unificou a legislação na área da AIM (demonstração de bioequivalência quando

⁶ Ministério da Saúde (2013), Decreto-Lei n.º 20/2013, Diário da República, 1.ª Série, N.º 32, de 14 de fevereiro de 2013.

⁷ APOGEN (2014): *O que são os medicamentos genéricos*, disponível em: <http://www.apogen.pt/o-que-sao-os-medicamentos-genericos>, [consultado em: 17/11/2014].

⁸ Público (2013): *Patente do viagra expira em 14 países e porta abre-se aos genéricos*, disponível em: <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/patente-do-viagra-expira-em-14-paises-da-europa-e-porta-abre-se-aos-genericos-1598015>, [consultado em: 17/11/2014].

⁹ Ministério da Saúde (1990), Decreto-Lei n.º 81/90, Diário da República, 1.ª Série, Nº 59, 12 de março de 1990.

¹⁰ Ministério da Saúde (1991), Decreto-Lei n.º 72/91, Diário da República, 1.ª Série A, Nº 33, 8 de fevereiro de 1991.

necessário e autorização de passagem a genérico) e manteve o escopo legislativo favorável à criação de um mercado de MG. Mais tarde, o Decreto-lei n.º 291/98, de 17 setembro¹², veio clarificar o conceito de medicamentos essencialmente similares, tornar mais flexível a forma de identificar os MG, remetendo para condições próprias a sua prescrição e as regras de formação de preços.

Apesar da legislação vigente e de manifestações esporádicas dos diferentes governos no sentido de promover estes medicamentos, até 2000 o mercado de MG em Portugal manteve-se estagnado, com quotas de mercado praticamente residuais (inferiores a 0,5%) (Maria, 2007).

A partir de 2000, o Ministério da Saúde, através do INFARMED, criou o Programa Integrado de Promoção dos Medicamentos Genéricos que envolveu intervenções dirigidas essencialmente a três grupos-alvo: indústria farmacêutica, profissionais de saúde e utentes. As alterações legislativas que se verificaram no seguimento deste programa deram um impulso significativo e consistente ao mercado dos genéricos em Portugal (Maria, 2007). Por outro lado, nesta data, também se iniciou a publicação trimestral, que ainda se mantém, o Guia de Medicamentos Genéricos, dirigida a médicos e farmacêuticos, com a introdução posterior de um capítulo sobre o Sistema de Preços de Referência (SPR).

O Decreto-lei n.º 14/2000, de 8 de agosto¹³, tomou medidas para a racionalização da política do medicamento, desenvolvimento e a melhoria da qualidade da prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS.

O Decreto-Lei n.º 205/2000, de 1 de setembro¹⁴, introduziu uma majoração de 10% na comparticipação do Estado no preço dos MG. Foi de máxima importância introduzir um processo de revisão periódica para aferir a continuidade das comparticipações, pois aprofundou a sustentabilidade, a equidade e o equilíbrio do SNS, melhorando a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos utentes; um dos fatores determinantes no arranque e desenvolvimento do mercado de genéricos que se veio a verificar de seguida.

A promoção da comercialização e da prescrição e uso destes medicamentos é uma das componentes da política de saúde do Governo. Para a sua concretização, torna-se necessário proceder à atualização e aperfeiçoamento do regime jurídico vigente. Portanto, o Decreto-Lei n.º 242/2000, de 26 de setembro¹⁵, clarificou a definição de MG, facilitou a passagem de especialidades farmacêuticas já introduzidas no mercado a MG e redefiniu as formas de

¹¹ Ministério da Saúde (1993), Decreto-Lei n.º 249/93, Diário da República, 1ª Série A, Nº 159, 09 de julho de 1993.

¹² Ministério da Saúde (1998), Decreto-Lei n.º 291/98, Diário da República, 1.ª Série A, Nº 215, 17 de setembro de 1998.

¹³ Assembleia da República (2000), Lei n.º 14/2000, Diário da República, 1ª Série A, Nº 182, 09 de agosto de 2000.

¹⁴ Ministério da Saúde (2000), Decreto-Lei n.º 205/2000, Diário da República, 1.ª Série A, Nº 202, 1 de setembro de 2000.

¹⁵ Ministério da Saúde (2000), Decreto-Lei n.º 242/2000, Diário da República, 1.ª Série A, Nº 223, 26 de setembro de 2000.

identificação, de prescrição e de dispensa. Pela primeira vez foi utilizada a sigla “MG” para identificar estes medicamentos.

Tornou-se necessário fixar o regime de preços destes medicamentos. Assim, a Portaria n.º 577/2001, de 7 de junho¹⁶, veio alterar o regime de formação dos preços. Estabeleceu que os PVP de MG a introduzir no mercado nacional eram inferiores, no mínimo em 35%, ao PVP do MR. A Lei n.º 84/2001, de 3 de agosto¹⁷, veio autorizar a passagem de especialidades farmacêuticas já existentes no mercado a MG.

O SPR foi criado pelo Decreto-Lei n.º 270/2002, de 2 de dezembro¹⁸. O PR é determinado pela existência de MG disponíveis no mercado, sendo o PR definido a partir do genérico que detém o preço mais elevado no respetivo GH.

O Decreto-Lei n.º 271/2002, de 2 de dezembro¹⁹, veio instituir a prescrição obrigatória por DCI para substâncias ativas com MG autorizados.

A Deliberação n.º 429/2004, de 16 de março²⁰, delibera a identificação dos MG nas bases de dados do INFARMED e nos documentos a disponibilizar ao exterior- DCI ou nome genérico, seguida do nome de fantasia, quando exista, ou do nome abreviado do titular da AIM, da dosagem e da forma farmacêutica.

O Decreto-Lei n.º 65/2007, de 14 de março²¹, aprova o regime da formação do preço dos MSRM e dos MNSRM comparticipados (Revogado pelo Decreto-Lei n.º 112/2011, de 29 de novembro).

Desde o início de 2012, foram implementadas várias medidas destinadas especificamente ao segmento dos MG, com o intuito de aumentar a quota de mercado destes medicamentos no mercado do SNS. Assim, a Lei n.º 62/2011 de 12, de dezembro²², levou ao levantamento de muitas providências cautelares sobre MG. Cria um regime de composição dos litígios emergentes de direitos de propriedade industrial quando estejam em causa MR e MG, procedendo à quinta alteração ao Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, e à segunda alteração ao regime geral das comparticipações do Estado no preço dos medicamentos.

¹⁶ Ministério da Saúde (2001), Portaria n.º 577/2001, Diário da República, 1.ª Série B, N.º 132, 7 de junho de 2001.

¹⁷ Ministério da Saúde (2001), Lei n.º 84/2001, Diário da República, 1.ª Série A, N.º 179, 03 de agosto de 2001.

¹⁸ Ministério da Saúde (2002), Decreto-Lei n.º 270/2002, Diário da República, 1.ª Série A, N.º 278, 2 de dezembro de 2002.

¹⁹ Ministério da Saúde (2002), Decreto-Lei n.º 271/2002, Diário da República, 1.ª Série A, N.º 278, 2 de dezembro de 2002.

²⁰ Ministério da Saúde (2004), Decreto-Lei n.º 429/2004, Diário da República, 2.ª Série, N.º 82, 6 de abril de 2004.

²¹ Ministério da Saúde (2007), Decreto-Lei n.º 65/2007, Diário da República, 1.ª Série, N.º 52, 14 de março de 2007.

²² Ministério da Saúde (2011), Lei n.º 62/2011, Diário da República, 1.ª Série, N.º 236, 12 de dezembro de 2011.

Outras medidas foram a revisão anual dos preços de MG para 1 de abril de 2012; Novas regras de prescrição e dispensa de medicamentos - Prescrição por DCI²³; A decisão final sobre os processos de comparticipação de MG passou a ser tomada pelo INFARMED; Implementação da “Via Verde Genéricos” - Alteração do processo que envolve uma redução dos tempos de avaliação dos pedidos de comparticipação destes medicamentos; Criação Mensal de GH. Estas medidas visaram tornar os MG mais acessíveis, eliminando as barreiras à sua entrada no mercado e, conseqüentemente, baixar os encargos para o Estado (GEP, 2014).

Os MG estão em constante atualização e revogação, pois as crescentes exigências e preocupações de garantia da qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos, quer a nível comunitário quer a nível nacional justificam a introdução de ajustamentos ao regime em vigor, por forma a incentivar a utilização do referido mecanismo legal por parte dos agentes económicos. Espera-se, assim, com estas medidas continuar a promover a maior acessibilidade do cidadão ao MG, racionalizando em simultâneo a utilização dos recursos disponíveis, matéria que reúne amplo consenso.

2.1. Aspetos gerais do direito de patente

A proteção de dados foi inicialmente estabelecida para compensar as lacunas de proteção de alguns países e pretende impedir que as Autoridades Competentes aceitem novos pedidos de AIM de MG antes de expirar o período. Pretende-se que, durante um período de tempo definido, estas moléculas inovadoras usufruam de um estatuto de exclusividade de dados e de mercado de modo a proteger e permitir o retorno do investimento feito pelas empresas no processo de investigação e desenvolvimento de novas moléculas.

No setor dos MG estes conceitos atêm a entrada no mercado deste tipo de medicamentos. As patentes protegem um produto, processo, formas farmacêuticas, diferentes utilizações terapêuticas, materiais de embalagem, ou seja, tudo o que esteja relacionado com o medicamento, cumulativamente novo e que tenha aplicação industrial- os três requisitos de patenteabilidade (Ponciano, 2013). Como sucede noutras indústrias, o registo dá ao titular da patente o direito de evitar que outra entidade fabrique, use, venda ou importe a sua invenção durante 20 anos. (DeRuiter *et al.*,2012). Adicionalmente este período pode ser prolongado por mais 5 anos através da obtenção de um Certificado Complementar de Proteção (CCP) (Ponciano, 2013). Qualquer produto farmacêutico está normalmente protegido por 20-40 patentes diferentes quanto a vários aspetos e propriedades do produto. A partir do momento em que a patente termina, qualquer laboratório da indústria farmacêutica que esteja interessado pode iniciar um processo para poder comercializar uma versão genérica do

²³ ACSS (2012), Regras de prescrição e dispensa de medicamentos-Disposições transitorias, Circular Informativa Conjunta, N.º 1, INFARMED.

fármaco²⁴. Ou seja, um MG pode apenas ser introduzido no mercado e estar disponível ao utente depois que todas as patentes e CCP do produto originador tiverem caducado. A exclusividade de dados limita e evita que as entidades reguladoras de medicamentos aceitem submissões de AIM com base na bioequivalência durante um período definido.

Ao abrigo do artigo 19º, do Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, os MG autorizados só podem ser comercializados, consoante os casos:

- Dez anos após a autorização inicial do MR, concedida a nível nacional ou comunitário;
- Onze anos após a autorização inicial do MR, caso, nos primeiros oito dos dez anos, o titular da AIM do MR tenha obtido uma autorização para uma ou mais indicações terapêuticas novas que na avaliação científica prévia à sua autorização, se considere trazerem um benefício clínico significativo face às terapêuticas até aí existentes.

Em função do património intelectual do inventor, cedo se verificou a necessidade de promover e estimular a atribuição de privilégios legais- concessão de direitos exclusivos para garantir a proteção e defesa dos direitos que integram a esfera do desenvolvimento de cada um. Estava em causa a concessão de um monopólio legal, temporalmente limitado, cujo objetivo era permitir ao inventor usufruir de um direito de comercializar o seu produto, fruto da sua criação, investigação e conhecimento. Sem patentes - o horizonte contra o qual definimos o genérico - simplesmente não existe genérico. Num contexto, no qual todos os medicamentos são de marca e todos são cópias, é a combinação de preço, reputação e presença no mercado que, pelo menos por enquanto, os diferencia do genérico (Hayden, 2008).

2.2. Preços

O mercado de MG tem crescido muito nos últimos anos, através de uma informação simples e bem estruturada, ressaltam-se inúmeras campanhas de promoção da responsabilidade do Ministério da Saúde e do INFARMED, que tentaram criar junto dos utentes a confiança necessária ao consumo dos genéricos, como produtos de qualidade a preços, incomparavelmente, mais baixos em relação aos medicamentos de marca.

Uma vez aprovada e autorizada a comercialização dos MG, estes constituem um elemento importante para a concorrência de preços existente no mercado. Pois, um dos fatores mais relevantes na diferenciação do produto de referência relativamente ao MG é o preço, com o objetivo de promover competição com os medicamentos de marca e induzir a redução do preço destes. No entanto, os resultados obtidos nem sempre são consistentes com os objetivos definidos (Kaló *et al.*, 2007). De facto, alguns estudos realizados mostram que a dinâmica dos preços dos medicamentos e a competição induzida pelos MG variam

²⁴ Publico (2013): *Patente do viagra expira em 14 países e porta abre-se aos genéricos*, disponível em: <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/patente-do-viagra-expira-em-14-paises-da-europa-e-porta-abrese-aos-genericos-1598015>, [consultado em: 17/11/2014].

consideravelmente de país para país, dependendo da organização dos respetivos sistemas de saúde e do sistema de preços (Magazzini *et al.*, 2004).

Em 2002, introduziu-se o sistema de PR em Portugal que alterou significativamente o mercado de medicamentos causando, nomeadamente, facilidade à entrada de MG.

O PR é o valor sobre o qual incide a comparticipação do Estado no preço dos medicamentos incluídos em cada um dos GH, quando o PVP é superior ao PR. O PR corresponde à média dos cinco preços mais baixos dos medicamentos que integram cada GH²⁵. É feita uma revisão trimestral dos PR dos GH²⁶.

O PR é estabelecido quando existem MG no mercado, alterando a taxa de comparticipação sobre o medicamento original. Assim, há uma maior sensibilidade ao preço por parte dos utentes, uma vez que, normalmente, existe uma grande diferença no pagamento entre a aquisição de um MG ou por um medicamento de marca (Gomes *et al.*, 2012).

Segundo o Decreto-Lei n.º 103/2013, de 26 de julho, o PVP dos MG a introduzir no mercado nacional é inferior no mínimo em 50 % ao PVP do MR, com igual dosagem e na mesma forma farmacêutica e inferior no mínimo em 25 % ao PVP do MR, com igual dosagem e na mesma forma farmacêutica, desde que este seja inferior a € 10 no PVA em todas as apresentações. Quando já existe GH, o PVP dos novos medicamentos a participar deve ser inferior em 5 % relativamente ao PVP máximo do MG de preço mais baixo, com pelo menos 5 % de quota do mercado de MG no GH.

3. Vantagens e Desvantagens dos Medicamentos Genéricos

3.1. Vantagens

Há a perceção de que novos medicamentos contribuem de forma muito positiva para a evolução do bem-estar das populações. Os MG vieram revolucionar os tempos que decorrem em diversas áreas, tais como na saúde, social, política, económica, etc., que se vivia até à entrada dos mesmos no mercado dos medicamentos, contribuindo para a sustentação de novas medidas e eventualmente (a longo prazo) para melhorar a qualidade de vida e a saúde da população. Na perspetiva de uma análise económica convencional, os consumidores e o próprio estado pode beneficiar de uma redução de despesas. Têm sido instituídas vantagens financeiras para os doentes, designadamente, estabelecendo diferenças significativas entre os preços dos medicamentos de marca e os dos genéricos, bem como reduzindo a percentagem

²⁵ Ministério da Economia (2011), Decreto-Lei n.º 112/2011, Diário da República, 1.ª Série, N.º 229, 29 de novembro de 2011.

²⁶ Ministério da Saúde (2013), Decreto-Lei n.º 103/2013, Diário da República, 1.ª Série, N.º 143, 26 de julho de 2013.

que deve ser suportada pelos consumidores. Vários estudos mostram que este tipo de medidas representa um incentivo importante à mudança na utilização de medicamentos de marca para genéricos (O'Malley *et al.*, 2006).

Planos revelados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e *Joint United Nations Program on HIV/AIDS* (UNAIDS) têm o objetivo de proporcionar tratamento antirretroviral a 3 milhões de utentes com SIDA em países subdesenvolvidos, concentram-se em regimes simplificados e medicamentos mais baratos - os genéricos. Menos de 5% das pessoas infetados têm acesso a medicamentos antirretrovirais. Assim, estes acreditam firmemente que não têm outra oportunidade de travar essa epidemia a não ser escalando dramaticamente o acesso aos cuidados de Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) (OMS, 2003). A terapia antirretroviral não é só uma ética imperativa, também serve para reforçar esforços de prevenção, aumentar a aceitação de aconselhamento, reduzir a incidência de infeções oportunistas, e reduzir o fardo do VIH, incluindo o número de órfãos nas famílias, comunidades e economias.

3.2. Desvantagens

Nos últimos 20 anos demasiados "novos medicamentos" foram apenas variantes insignificantes dos que já existiam, e as grandes descobertas foram praticamente inexistentes (Dukes, 2005). Gassmann *et al.* (2008) sugerem que a razão para a reduzida produtividade das indústrias farmacêuticas que desenvolvem medicamentos com novas substâncias ativas resulta, em muitos casos, do facto de valorizarem mais a proteção da patente dos medicamentos existentes do que a invenção de novos medicamentos. Ironicamente, a sobrevalorização das patentes está a reduzir a produtividade, pois as empresas estão mais preocupadas em defender os seus produtos da concorrência, que os genéricos representam, do que em desenvolver novos medicamentos.

Para além dos constrangimentos referidos quanto à avaliação, têm sido várias vezes apontados outros problemas que têm implicações no processo de avaliação e envolvem de uma forma mais abrangente todo o setor do medicamento. Entre estes, destacam-se o grande número de genéricos da mesma DCI, muitas vezes apontado por médicos e farmacêuticos comunitários como sendo responsável por grande confusão e entropia no sistema, causando inclusivamente erros na toma da medicação por duplicação da medicação e iatrogenia por sobredosagem.

Losifescu *et al.*, (2008) revelaram que a maioria dos idosos reconhecia que os genéricos são mais baratos do que os medicamentos de marca. Um em cada quatro acredita que os genéricos são menos eficazes e um em cada cinco acredita que os genéricos são menos seguros. Além disso, 20 e 40% dos idosos eram incertos se os MG são equivalentes a medicamentos de marca. O estudo ressaltou que os indivíduos analfabetos e com pouco

conhecimento acerca da literatura de saúde eram mais propensos a ter visões negativas sobre MG.

Segundo Barros *et al.* (2011), uma política de preços de medicamentos que origina preços muito baixos apresenta duas desvantagens no entendimento das companhias que os comercializam: originam menor rentabilidade no país onde são praticados e influenciam outros mercados, seja por mecanismos de comparação internacional de preços existentes noutros países, seja por exportação paralela para países com preços mais elevados.

4. Perceção dos farmacêuticos vs perceção dos médicos

Poucos temas são tão controversos na área da saúde como a introdução de genéricos no mercado de medicamentos, no entanto, estes podem desempenhar um papel fundamental na disponibilização eficiente de recursos financeiros (Mota *et al.*, 2008; García *et al.*, 2003).

Se os médicos, através da prescrição são o fator decisivo para o aumento da quota de genéricos; os farmacêuticos através da dispensa de medicamentos assumem um papel preponderante na sensibilização dos utentes para a sua aceitação e adesão à terapêutica (Sagardui *et al.*, 2005).

Médicos e farmacêuticos acreditam que a prescrição e utilização de genéricos pode contribuir para a contenção da despesa em medicamentos. Parece indiscutível que o aumento da utilização de MG está diretamente dependente da atitude de médicos, farmacêuticos e utentes, assim, é necessário que o médico prescreva, o farmacêutico dispense e o utente utilize (García *et al.*, 2003; Tsiantou *et al.*, 2009). Os profissionais de saúde possuem crenças tanto a nível profissional como pessoais acerca dos MG, e é provável que isso tenha um impacto, não só no tipo de informação que se considera importante para se comunicar, mas também na forma que é comunicada. A farmácia é a última paragem antes de um utente tomar a medicação em casa, e esta é uma oportunidade favorável para a discussão de ambos os benefícios e preocupações (Jørgensen *et al.*, 2006).

Segundo Gaither *et al.* (2001), os profissionais de farmácia têm convicções mais positivas que os médicos face aos MG. No entanto, é necessário ter em atenção quando existem divergências nas crenças entre os diferentes profissionais de saúde, no sentido de que estas podem influenciar o momento da prescrição ou dispensa de medicamentos.

No que se refere a eventuais diferenças entre médicos e farmacêuticos para a prescrição ou dispensa de um MG, os resultados de um estudo revelam que os profissionais de farmácia, em comparação com os médicos, apontam mais a idade do cliente e a familiaridade como razões mais fortes para a dispensa de um medicamento de marca; e a sintomatologia apresentada, o

tipo de tratamento e a idade do cliente como razões para a dispensa de um MG (Sagardui *et al*, 2005; Tsiantou *et al*, 2009; Jörgensen *et al*, 2006).

Não obstante, os genéricos serem uma cópia com as características essenciais dos medicamentos originais, a sua aparência pode ser muito diferente. Os laboratórios oferecem especialidades substancialmente similares, mas formalmente diferentes. O formato, a cor, as letras das embalagens mudam e variam de laboratório para laboratório. Isto pode gerar confusão ao utente ou mesmo levar alguns utentes a considerar que não se trata do mesmo princípio ativo (Nouguez, 2009).

Para limitar os problemas de conformidade e facilitar a identificação de MG, os farmacêuticos são muitas vezes obrigados a registar na caixa do genérico o nome do fármaco original, mostrando que o DCI está presente nas duas caixas. Mas se essas práticas de tradução permitem uma melhor identificação dos produtos, não eliminam dúvidas que surgem a partir das diferenças na aparência dos próprios fármacos. Assim, para alguns doentes, estas diversidades são um sinal de profundas diferenças que afetam a essência do fármaco; o sabor diferente entre o medicamento original e o MG, por exemplo, nos medicamentos efervescentes; o potencial marketing das caixas, por exemplo, uma caixa grande, muito colorida, que traz apenas dois comprimidos, assim o utente acha que apenas paga a caixa. A homogeneização das caixas, por parte dos laboratórios, poderia contribuir para minimizar estas dúvidas (Nouguez, 2009).

Outras queixas dos utentes referem-se aos resultados obtidos desde que começaram a tomar genéricos, por exemplo, quando um utente diz que os valores da tensão aumentaram. O problema para os profissionais de saúde é interpretar estas reclamações e questionar-se se será uma ilusão vivida pelo paciente ou um efeito real. A explicação mais utilizada pelos farmacêuticos e médicos refere-se ao conceito de efeito nocebo, ou seja efeito placebo negativo. No entanto, esta noção, muito frequentemente utilizada no campo da medicina, revela-se problemática a analisar. Se os médicos às vezes usam um placebo para tratar doenças que consideram psicossomáticas e se ensaios clínicos comparam o fármaco testado com placebo, a eficácia de um produto inerte com qualquer princípio ativo permanece mal identificada. Para justificar a presença de um efeito nocebo, profissionais de saúde recorrem ao psiquismo dos utentes: os utentes quando duvidam da qualidade da fármaco, pode que este seja realmente menos eficaz (Nouguez, 2009).

Embora não seja suposto que a quantidade e qualidade do princípio ativo difiram de um medicamento para outro, os outros elementos que constituem a composição podem diferir. Este é particularmente o caso dos excipientes. Excipientes são elementos inertes terapêuticamente e geralmente, completamente seguros, permitindo a preparação do fármaco, garantindo a sua conservação ou contribuir para otimizar a *compliance*. Alguns destes excipientes exigem precauções para determinadas doenças, como alergias ou diabetes. Há alguns excipientes com efeitos notórios em muitos medicamentos, mas a possibilidade de

um laboratório genérico não usar os mesmos recursos dos excipientes do laboratório de marca, apresenta um risco para a saúde no caso de substituição (Noguez, 2009).

De acordo com Lagarce et al. (2005), a percepção principal é que a vastidão do mundo dos genéricos e dos receios dos efeitos adversos são um tanto desconcertantes para os doentes e profissionais de saúde. Os profissionais de saúde não se recusam a usar os medicamentos genéricos, mas estão muito preocupados com os riscos de efeitos adversos para os seus utentes. Eles consideram importante que um utente que recebe tratamento crónico deve ser seguido com o mesmo medicamento.

4.1. Percepção dos farmacêuticos

Esta temática levanta importantes questões relacionadas com a percepção que os farmacêuticos têm sobre as características deste tipo de fármacos, essencialmente no que se refere à equivalência com os medicamentos de marca, e com possível influência nas decisões do consumidor (Jørgensen *et al*, 2009).

A política de substituição genérica tem como objetivo promover a utilização de MG, e foi introduzida em muitos países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento. Esta permite aos farmacêuticos substituir o MR para o MG, a não ser que o médico prescritor proíba ou o utente recuse a substituição (Chong *et al*, 2010).

Um estudo investigou as crenças acerca dos medicamentos em geral numa comunidade Sueca de profissionais de farmácia, e comparou-as de acordo com as diferentes categorias profissionais: farmacêuticos, técnicos de farmácia e ajudantes de farmácia (Jørgensen *et al*, 2006). Os resultados indicaram que os técnicos e ajudantes de farmácia têm uma opinião menos favorável acerca dos medicamentos, comparativamente com os farmacêuticos. Assim, e numa época em que os consumidores são cada vez mais incentivados a ter uma postura mais ativa na decisão sobre os seus tratamentos, os médicos e os profissionais de farmácia assumem um papel fundamental na divulgação da informação relacionada com os medicamentos. Os resultados do referido estudo indicam que os profissionais de farmácia se sentem mais bem informados acerca dos MG que os médicos. Estas diferenças são mais evidentes no que se refere ao seu custo, aos MG disponíveis no mercado, aos fabricantes dos mesmos, ao controlo de qualidade e aos testes de qualidade realizados. Este resultado poderá estar relacionado com o facto de serem os profissionais de farmácia aqueles que têm um contacto mais direto com os medicamentos, não só na sua comercialização, como também na informação relacionada com a sua fabricação e controlo de qualidade.

Muitos farmacêuticos também são cautelosos quando lhes é apresentada a oportunidade de substituir um medicamento de marca por um MG, porque querem evitar a potencial responsabilidade legal do surgimento de efeitos adversos (Dong-Churl, 1999).

Em ambas as possibilidades de escolha (marca ou genérico), a idade do cliente aparece para os profissionais de farmácia como uma razão comum. Uma explicação possível poderá estar relacionada com o grau de proximidade que o profissional de farmácia pode ter com os utentes, e a possibilidade de ter mais informação do seu enquadramento social e económico. Este aspeto levanta uma questão que se relaciona com o tipo de interação que se estabelece com o profissional de saúde, consoante o contexto em que ela ocorre; a farmácia ou a consulta, e pode ter implicações na relação do profissional de saúde com o utente (Sagardui *et al*, 2005; Gaither *et al*, 2001).

4.2. Perceção dos médicos

Segundo a literatura, mesmo no seio da classe médica existem várias atitudes acerca da prescrição dos MG (Hassali *et al.*, 2006). Estas diferenças de atitudes dos médicos poderão estar relacionadas com alguns fatores, tais como a tradição dos comportamentos prescritivos e com as experiências anteriores de substituição de medicamentos de marca para MG.

A atitude dos médicos relativamente à substituição por genéricos está relacionada com os seus comportamentos, confiança sobre a prescrição, experiência e conforto relativamente aos MG. Embora os médicos, muitas vezes prefiram prescrever medicamentos de marca, devido à sua menor confiança na qualidade dos genéricos, a sua lealdade a marcas tem vindo a diminuir significativamente. A mudança para genéricos também é influenciada por fatores associados ao utente, tais como a sensibilidade ao preço, as diferenças de co-pagamento entre marca e genéricos, bem como a disponibilidade de genéricos de baixo custo. Outro problema relacionado com o utente é o facto de preferirem ficar com um medicamento de marca, se já estiverem familiarizados com ele (Dong-Churl, 1999).

A persistência de ideias erróneas acerca da segurança, eficácia e qualidade dos MG tem sido muitas vezes apontada pelos médicos como a maior barreira à sua prescrição (Hassali *et al.*, 2006). De acordo com Simmenroth *et al.* (2006), dois terços dos médicos do seu estudo acreditam que os medicamentos de marca e os genéricos são farmacologicamente equivalentes, no entanto, cerca de 8% refere que os medicamentos genéricos são menos eficazes e 10% refere que foram observados efeitos adversos após a substituição. Neste sentido, as atitudes e convicções que os médicos têm acerca dos MG poderão ter impacto no ato da prescrição e na relação que estabelecem com o utente, refletindo-se na consequente adesão (ou não) à medicação.

De acordo com Kersnik *et al.* (2006), os médicos são agentes importantes na gestão dos custos com medicamentos. As diferenças ponderáveis a ser examinadas como presumíveis influências nos hábitos de prescrição não podem ser totalmente explicadas pelas diferenças demográficas dos utentes ou diferenças nas taxas de morbilidade e diferenças na prescrição de comportamento e qualidade de necessidade de prescrição. Geralmente, o intenso marketing realizado pela indústria farmacêutica leva a um aumento de prescrição de certos medicamentos. Uma forma de reduzir os custos dos medicamentos é motivar os médicos prescritores a mudar o seu comportamento. Quase todos os médicos prescrevem do estudo mencionado dois tipos de medicamentos, com alguns preferindo os genéricos e outros produtos de marca.

Segundo a literatura, a maioria dos médicos está ciente que o custo dos medicamentos é um aspeto importante no setor da saúde, nomeadamente no sentido de que a substituição dos medicamentos de marca por genéricos permite aos doentes reduzir custos com os tratamentos que, por norma, são dispendiosos. Mas a escolha de um medicamento de marca poderá estar mais focada nos aspetos clínicos da situação do utente (em outros já aqui mencionados), e não tanto nos fatores relacionados com o custo.

5. Medicamentos órfãos- Não há genéricos

De acordo com o Regulamento Europeu n.º 141/2000 (1999)²⁷, apenas os MUH podem ser designados como medicamento órfão (MO). Assim, não são incluídos medicamentos veterinários, dispositivos médicos, suplementos médicos e produtos dietários. Os medicamentos designados como órfãos são inseridos no Registo Comunitário de Medicamentos Órfãos.

Os MO são medicamentos destinados ao diagnóstico, prevenção ou tratamento de doenças potencialmente fatais ou muito graves ou de perturbações raras (Sepodes *et al.*, 2000). Os MO são dirigidos para o tratamento de doenças que são tão raras que os promotores estão relutantes em desenvolvê-los sob condições normais de comercialização, já que o pequeno mercado não irá permitir aos promotores a recuperação do capital investido na investigação e desenvolvimento do produto.

Os doentes com doenças raras não podem ficar à margem do progresso feito pela ciência e pelas farmacêuticas, tendo os mesmos direitos ao tratamento como qualquer outro doente. De forma a estimular a investigação e o desenvolvimento no setor dos MO, as autoridades públicas implementaram incentivos para as indústrias de saúde e biotecnologia²⁸.

²⁷ Comissão Europeia (1999), Regulamento n.º 141/2000, Parlamento Europeu e do Conselho, 16 de dezembro de 1999.

²⁸ Orphanet: *Sobre os medicamentos órfãos*, disponível em: <http://www.orpha.net/national/PT-PT/index/sobre-medicamentos-%C3%B3rf%C3%A3os/>, [consultado em: 7/01/2015].

6. Metodologia de Investigação

A metodologia de investigação aborda o processo investigativo desde a formulação do problema à redação da dissertação final, passando pela constituição da amostra e escolha dos métodos e técnicas mais apropriadas para a recolha e tratamento dos dados (Coutinho, 2011). Para atingir os objetivos inicialmente propostos, realizou-se uma pesquisa. Esta possibilita uma aproximação e um entendimento da realidade a investigar.

Direcionou-se este estudo para uma pesquisa do tipo qualitativo, já que o que se pretende é compreender as percepções que médicos e farmacêuticos têm dos MG os significados que lhes atribuem, assim como perceber em que medida essas percepções influenciam as suas atitudes e tomadas de decisão. O intuito não é quantificar um fenómeno, enumerar factos e usar instrumentos estatísticos para análise de dados. O foco de interesse é a obtenção de dados descritivos mediante contato direto e interativo do pesquisador com o objeto de estudo e interpretar os fenómenos estudados (Godoy, 1995). Ou seja, este tipo de pesquisa, também chamada de pesquisa exploratória, visa entender e interpretar comportamentos, atitudes e motivações que influenciam ou determinam a escolha destes. O desenvolvimento da pesquisa é imprevisível, não há hipótese de estudos definidos à partida que determinam em boa medida o curso da investigação, como ocorre no método hipotético-dedutivo. Embora algumas dimensões de análise emergam da revisão bibliográfica, a pesquisa qualitativa concede espaço para que os investigados possam trazer novas dimensões que não tinham sido consideradas pelo investigador.

Numa investigação qualitativa, o objetivo da amostra é de produzir informações aprofundadas, pelo que o seu tamanho não é o aspeto fundamental. Não se procura a representatividade estatística, mas sim que a amostra permita alguma diversidade e a recolha de informação nova. Segundo Lima *et al.* (2014), este tipo de pesquisa evidencia, metodologicamente, ligações causais entre intervenções e situações de vida real.

Ao contrário do que acontece na pesquisa quantitativa, os resultados da pesquisa quantitativa não visam à quantificação, e sim a interpretação. Enquanto a pesquisa quantitativa se centra na objectividade, que é obtida pela análise de dados estatísticos providenciados por instrumentos padronizados, a pesquisa qualitativa centra-se na subjectividade dos sujeitos, a qual se procura captar a partir da análise dos seus próprios discursos. É esse o propósito da presente investigação, daí a opção por uma metodologia qualitativa.

6.1. Técnicas de investigação

Como técnicas de investigação recorreremos á análise documental, muito particularmente da legislação produzida e de documentos de vários organismos, e à entrevista semiestruturada.

Segundo Bogdan *et al.* (2010), uma entrevista é uma conversa intencional, comumente entre duas pessoas, com o objetivo de recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo o acesso a dados de difícil obtenção por meio da observação direta, tais como sentimentos, pensamentos e intenções. A intenção da entrevista é o entrevistador obter a perspectiva do entrevistado (Bogdan *et al.*, 2010).

Apesar da carga subjetiva e da parte de encenação que a caracteriza, a técnica da entrevista afirma-se como uma das mais ricas e das mais utilizadas no âmbito da Sociologia.

Existem 3 tipos de entrevistas, quanto à sua estruturação:

- Entrevista não estruturada;
- Entrevista semiestruturada;
- Entrevista estruturada.

A técnica utilizada nesta investigação foi a entrevista semiestruturada, dado que nos permite obter respostas a questões específicas que são fundamentais para a prossecução dos objetivos, mas permite também que o entrevistado tenha alguma liberdade para trazer novas dimensões que considerem relevantes. Durante a entrevista, é necessário saber ouvir, isto é, não interromper a linha de pensamento do entrevistado, aceitar as pausas, e, em geral, aceitar tudo o que é dito numa atitude de neutralidade atenta. Deste modo, é possível aceder a novos aspetos do que se pretende estudar, que o entrevistador não teria espontaneamente pensado por si mesmo e, assim, completar as pistas de trabalho sugeridas pelas suas leituras. A estratégia de gestão da entrevista deve basear-se em perguntas abertas. As perguntas fechadas devem ser utilizadas apenas quando for necessário clarificar detalhes do discurso do entrevistado (Hardon *et al.*, 2004).

Segundo Hardon *et al.* (2004), esta técnica caracteriza-se pela existência de um guião previamente preparado (anexo 5), que serve de eixo orientador ao desenvolvimento da entrevista em que os diversos participantes, neste caso médicos e farmacêuticos, respondam às questões, não exigindo uma ordem rígida. O desenvolvimento da entrevista vai-se adaptando ao entrevistado, implicando um grau de flexibilidade na exploração das perguntas. Quanto às vulnerabilidades da entrevista semi-estruturada, devido a esta ser presencial, tem maior dispêndio de tempo e é limitada ao próprio entrevistador. Pode haver enviesamentos, por exemplo, dificuldade em direcionar a conversa, validar e analisar o discurso. Por parte do entrevistado, algum tipo de insegurança em relação ao seu anonimato pode refletir-se na retenção de informações importantes, comprometendo a investigação. E pelo facto de ser orientada por uma temática planeada, pode afirgar-se pertinente e lógica tendo efeitos reativos, já que os entrevistados podem acabar por revelar apenas aquilo que é socialmente desejável e correto (Lofland, 2006).

A preparação da entrevista é uma das etapas mais importantes da pesquisa que requer tempo e exige alguns cuidados, tais como:

- Especificar o objetivo e os conceitos que se deve ter em conta;
- A seleção da amostra, a população em estudo deve ter familiaridade com o tema em causa;
- A disponibilidade do entrevistado em fornecer a entrevista, obtendo o seu consentimento;
- As condições favoráveis que possam garantir ao entrevistado o anonimato das suas respostas e da sua identidade.

Na presente investigação, a população em estudo são os farmacêuticos e os médicos.

A amostra de pesquisa é de tipo intencional, constituída por farmacêuticos (10 entrevistados) e médicos (10 entrevistados). Nesta investigação foram realizados dois guiões, um destinado a farmacêuticos e outro a médicos, tendo todas as entrevistas sido realizadas na área de Aveiro.

Relativamente à caracterização dos entrevistados, a mesma encontra-se resumida na tabela seguinte:

Entrevista	Idade	Sexo	Anos de experiência na função	Profissão
F1	30	Feminino	7	Farmacêutica
F2	32	Masculino	9	Farmacêutico
F3	32	Feminino	9	Farmacêutica
F4	50	Feminino	27	Farmacêutica
F5	49	Feminino	26	Farmacêutica
F6	26	Feminino	3	Farmacêutica
F7	29	Feminino	6	Farmacêutica
F8	32	Masculino	9	Farmacêutico
F9	25	Masculino	2	Farmacêutico
F10	47	Feminino	24	Farmacêutica
M11	31	Feminino	7	Medicina Geral e Familiar
M12	27	Feminino	3	Medicia Interna
M13	27	Masculino	3	Medicia Interna
M14	27	Feminino	3	Medicia Interna
M15	34	Masculino	10	Medicia Interna
M16	26	Feminino	2	Medicia Interna
M17	33	Feminino	9	Medicina Geral e Familiar
M18	-	-	-	-
M19	32	Feminino	8	Pediatria
M20	26	Feminino	2	Pediatria

Tabela 1: Caracterização da amostra em estudo
Legenda: F-Farmacêutico; M-Médico.

O facto de a entrevista 18 não ter todos os campos preenchidos, no que diz respeito à caracterização do entrevistado, deve-se ao facto de este se ter oposto a facultar tais dados,

talvez por falta de segurança na manutenção do seu anonimato, o que foi inteiramente respeitado.

Para solicitar e agendar as entrevistas, os contatos foram feitos pessoalmente e diretamente em diversas farmácias e centros de saúde e foram ainda contactados alguns gabinetes privados de médicos. Dos contatos efetuados, alguns médicos recusaram a participar na entrevista, apontando como motivo a falta de disponibilidade horária.

As entrevistas, realizadas na cidade de Aveiro, decorreram no ano civil de 2014, entre os dias 17 de fevereiro e 27 de março. As entrevistas aos médicos decorreram num período bastante mais longo, explicando-se pelo facto de muitas vezes o médico ter muitos utentes para consultar e apenas poder dispensar um pouco do seu tempo no final das consultas.

Todas as entrevistas foram realizadas com prévio consentimento do entrevistado, transcritas e posteriormente analisadas em sinopses (anexo 6), fazendo-se, quando necessário, a transcrição de excertos que justificassem determinada análise. A duração de cada entrevista foi em média 25 minutos, sendo que a mais breve demorou 12 minutos e a mais longa 32 minutos.

Ainda que o número de entrevistados não tenha sido muito elevado, número inicialmente determinado por constrangimentos de tempo e de disponibilidade, a verdade é que perto de ser atingido esse referencial começou-se a verificar aquilo que em termos metodológicos se define como saturação. Ou seja, a partir de uma certa altura o discurso dos entrevistados já não acrescentava nova matéria de análise, diferente da que tinha sido recolhida até então, verificando-se uma certa repetição, sobretudo relativamente a algumas questões.

7. Análise e Discussão de Resultados

Após a realização das entrevistas e recolha de dados acerca do tema em estudo, encontramos-nos em posição para analisar, discutir e comparar os dados relativos a esta parte empírica. Este ponto relativo à análise foi dividido em três unidades temáticas, sendo que correspondem às unidades temáticas com base nas quais se estruturou o guião da entrevista.

7.1. Perceção e nível de confiança

De acordo com o Decreto-Lei n.º 176/2006, um MG é um medicamento com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias ativas, sob a mesma forma farmacêutica. A equivalência terapêutica passa pela realização de ensaios clínicos que visam determinar se as concentrações sanguíneas de um determinado medicamento e eventualmente os seus metabolitos ativos atingem ou não os níveis exigíveis em diferentes

parâmetros. Estes ensaios são habitualmente conhecidos como ensaios de Biodisponibilidade/Bioequivalência. Do mesmo modo, este está dispensado da apresentação de ensaios pré-clínicos e clínicos e apenas são disponibilizados aos utentes depois das respetivas patentes dos MR terem caducado.

Os MG não passam por um sistema tão extensivo e demorado como o MR e tornam-se notoriamente mais baratos. Assim, tal como expressam Mota *et al* (2008) e García *et al* (2003), os MG desempenham um papel fulcral na disponibilização eficiente de recursos financeiros aos utentes.

Nas entrevistas efetuadas registou-se alguma não concordância na distinção entre MG e de marca. No entanto, tanto os médicos como os farmacêuticos definem o genérico como “... uma versão que aparece a partir do momento em que a patente expira do medicamento de marca...” (Entrevista F2).

Quanto à distinção entre medicamento de marca e genérico, a maioria difere os medicamentos pelo preço, justificando com o fato de:

“... o MG não teve de passar por todo o processo de investigação e desenvolvimento que um dado medicamento de marca teve de passar até obter a patente...” (Entrevista F3). E outros profissionais de saúde diferem pelo excipiente:

“Estas substâncias não ativas diferentes, também conhecidas como excipientes, podem ter um efeito clínico conducente a uma reação adversa” (Entrevista F9).

The American Academy of Pediatrics Committee on Drugs (1997) assume como inativos, os excipientes incluídos nas formas farmacêuticas, por não terem propriedades curativas ou preventivas de doenças ou dos seus sintomas. Surge, então, o equívoco de que os excipientes são inofensivos. Tal tem contribuído para a aceitação geral de que a substituição de medicamentos é segura, desde que as substâncias ativas permaneçam constantes. Torna-se, porém, cada vez mais evidente que os excipientes não são sempre inertes e podem apresentar riscos (Pifferi *et al.*, 2003).

O que levanta, como Jörgensen *et al.* (2009) ressaltam, questões relacionadas com a confiança sobre as características deste tipo de fármacos nos farmacêuticos e, como referem Hassali *et al.* (2006), ideias erróneas apontadas pelos médicos acerca da segurança, eficácia e qualidade dos MG.

“Depende. Tenho conhecimento da minha pouca prática e dos conhecimentos transmitidos pelos médicos mais velhos, de alguns genéricos que não mostram resultados tão bons” (Entrevista M12).

“Não confio a 100% em todos. Já tive experiências de que nem todos têm os efeitos desejados” (Entrevista M13).

Um entrevistado salientou que, no seu entender, “... a percentagem do princípio ativo no genérico é sempre inferior ao de marca” (Entrevista F4).

A equivalência terapêutica entre o genérico e o MR possibilita a intercambialidade entre eles. Quando dois medicamentos são considerados equivalentes terapêuticos, assume-se que ambos vão apresentar a mesma eficácia e segurança, assim como o mesmo potencial para causar efeitos adversos.

Segundo Gaither *et al.* (2001), os profissionais de farmácia têm convicções mais positivas que os médicos face aos MG. Apesar de haver algum nível de desconfiança, depois da análise das entrevistas em conjunto, os entrevistados mostram um grande grau de confiança neste tipo de medicamentos, não havendo diferenças entre médicos e farmacêuticos, o que contradiz os autores. Ou seja, a maioria dos profissionais de saúde sente-se confiante quanto aos genéricos, desde que a sua bioequivalência seja atestada por um profissional habilitado.

“... os genéricos são fabricados em instalações que cumprem as normas das Boas Práticas de Fabrico e que são inspecionadas periodicamente pelas autoridades regulamentares... o fabricante tem de monitorizar o produto, no que se refere a quaisquer eventos adversos” (Entrevista F9).

Devido ao rápido aumento dos custos dos cuidados de saúde, a substituição de medicamentos de marca por MG é uma prática comum para fornecer uma alternativa menos dispendiosa para os medicamentos de marca prescritos (Ganther *et al.*, 2000).

Há a perceção de que os genéricos contribuem de forma positiva para a evolução do bem-estar da população. O'Malley *et al.* (2006) ressaltam a ideia de que se têm estabelecido vantagens financeiras para os doentes e reduzido a percentagem suportada pelos consumidores, o que marca um incentivo na mudança de utilização de medicamentos de marca para genéricos.

Assim, realça-se a concordância entre todos os entrevistados quanto à maior vantagem dos genéricos, o fator económico. No entanto, entre os entrevistados, ainda há quem enumere como vantagens:

“O não abandono da terapêutica quando o de marca é muito caro” (Entrevista F4).

“Segurança, eficácia são alguns destes aspetos comprovados através da realização de testes de equivalência farmacêutica e bioequivalência” (Entrevista F5).

“... poupanças substanciais para os sistemas de saúde nacionais” (Entrevista F8).

“... variedade de escolha” (Entrevista M12).

“... a facilidade na prescrição e a maior disponibilidade no mercado” (Entrevista M16).

“... mesma composição tanto a nível quantitativo como qualitativo” (Entrevista M19).

Podemos verificar que todo o discurso dos profissionais de saúde remete para uma anuência com o que foi referenciado pela literatura.

No entanto, “novos medicamentos” foram apenas variantes insignificantes dos que já existiam e as grandes descobertas foram praticamente inexistentes (Dukes, 2005). Para além dos constrangimentos referidos quanto à avaliação, apontam-se outros problemas, tais como o grande número de genéricos da mesma DCI, sendo responsáveis por uma grande confusão, gerando erros na toma da medicação por duplicação desta e iatrogenia por sobredosagem. E, todavia, tem sido argumentado que embora a um custo mais baixo de genéricos possa favorecer a persistência do tratamento, o ceticismo generalizado quanto à sua segurança e eficácia pode ter um efeito contrário. Na base deste ceticismo podem estar algumas desvantagens dos genéricos referidos pelos nossos entrevistados.

“A enormidade de genéricos que abundam o mercado com o mesmo princípio ativo que poderá levar a sobredosagem e a desconfiança por parte dos utentes, além de muitas vezes existirem preços muito díspares no mesmo princípio ativo conforme o laboratório” (Entrevista F1).

“... ausência de testes *in vivo* que um medicamento que esteja a ser introduzido no mercado tem de ter” (Entrevista F3).

“Muitas vezes os efeitos que se pretendem não são atingidos, principalmente com alguns grupos de genéricos, ficando comprometido o tratamento da doença” (Entrevista F4).

“... penso que depois de permitida a comercialização destes medicamentos, a fiscalização sobre a indústria produtora de genéricos poderá ser insuficiente e como o resultado a eficácia poderá ficar comprometida” (Entrevista F5).

“... a variedade de laboratórios que concorrem na mesma substância” (Entrevista F6).

“Aparecimento de uma reação adversa não esperada ou não identificada” (Entrevista F8).

“... podemos referir que alguns casos não revelam sucesso na terapêutica com genéricos, uma vez que nem todos os utentes confiam nos genéricos a adesão a estes é mais difícil” (Entrevista F10).

“A enorme diversidade de genéricos para o mesmo princípio ativo, com maior risco de confusão para o doente conduzindo-o a maior probabilidade de sobredosagens” (Entrevista M11).

“A principal desvantagem é a falta de divulgação e alguns problemas de eficácia” (Entrevista M12).

“Precisão da dosagem do princípio ativo e excipientes por vezes menos inertes” (Entrevista M14).

“... as doses habituais não fazem o mesmo efeito que o genérico” (Entrevista M15).

“Menos atrativos para crianças, mais susceptíveis a erros por terem aparência semelhante a outros e com poucas características distintivas” (Entrevista M20).

Não é de estranhar que no seio da classe médica existam várias atitudes acerca da prescrição dos MG, podendo estas estar associadas a fatores tais como a tradição dos comportamentos prescritivos e a experiências anteriores de substituição de medicamentos de marca para genéricos (Hassali *et al.*, 2006). Kersnik *et al.* (2006) referem que os médicos são agentes importantes na gestão dos custos com medicamentos e que as diferenças ponderáveis a ser examinadas como presumíveis influências nos hábitos de prescrição não podem ser totalmente explicadas pelas diferenças demográficas dos utente ou diferenças na prescrição de comportamento e qualidade de necessidade de prescrição.

Assim, os médicos entrevistados quando questionados sobre os casos em que um genérico pode ou não ser prescrito consideram estes podem ser sempre prescritos, “em qualquer situação em que não se verifica história anterior de reação adversa” (Entrevista M11). Ou seja, não nos foi dada indicação de que patologia não condiciona a prescrição e os médicos prescrevem sempre que podem. Contudo, há quem considera que não deve ser prescrito um genérico:

“... nas situações de margem de índice terapêutica estreita, situação de reação adversa anterior, doente medicado com medicamentos de marca há muito tempo e que possa fazer confusão com o genérico” (Entrevista M11).

“... nos casos em que se sabe que o genérico não tem o mesmo benefício” (Entrevista M12).

“... se o médico, por experiência própria, não confiar no fármaco em questão” (Entrevista M13).

“Se consigo perceber que o utente tem dificuldades financeiras prescrevo o genérico, caso contrário peço ao utente que levante o de marca” (Entrevista M15).

“... tendo em conta que muitos aparentam não fazer efeito nesses casos, é de recusar prescrever esses mesmos” (Entrevista M17).

Com estes excertos consegue-se verificar que o comportamento, experiência e a atitude do médico perante a situação do utente influencia na prescrição de MG. Mas, mesmo assim, a escolha de um medicamento de marca poderá estar mais focada no aspeto clínico da situação do utente e não tanto nos fatores relacionados com o custo.

7.2. Distribuição populacional e fatores que aumentam o uso dos medicamentos genéricos

Globalmente, o uso de MG tem aumentado continuamente como resultado de pressões económicas sobre os orçamentos de fármacos. O utente compra medicamentos, quer para uso pessoal ou tratamento de uma doença. Os MG proporcionam, diretamente, uma oportunidade para poupanças em despesas de saúde aos utentes, bem como para o governo, uma vez que o preço é mais baixo do que o seu equivalente de marca (Hassali *et al.*, 2009). Assim, há uma maior sensibilidade ao preço por parte dos utentes (Gomes, 2013). E a questão do preço dos genéricos, já antes referida, volta aqui a ser referenciada, desta feita como um dos principais fatores que levam as pessoas a consumir genéricos. E esta é uma visão partilhada por médicos e farmacêuticos. Outros fatores revelados por entrevistados farmacêuticos é a “confiança” (Entrevista F4) que os utentes transmitem em relação a alguns deste tipo de medicamento ao profissional de saúde e o “aconselhamento farmacêutico que pode influenciar as pessoas na hora de decidir entre um genérico e um medicamento de marca” (Entrevista F9). Entrevistados médicos ainda salientaram a “maior variabilidade e disponibilidade nas farmácias” (Entrevista M12 e M16) deste tipo de medicamentos e o “aumento da prescrição médica por DCI” (Entrevista M14).

Também os nossos entrevistados (médicos e farmacêuticos) consideram que os incentivos recentes, por parte dos governos, no que aos genéricos diz respeito, fazem parte de uma estratégia para reduzir os custos do Estado em saúde. De tal maneira o peso económico destas medidas é enfatizado, que os entrevistados entendem-na como uma medida que visa, sobretudo, ganhos económicos, não se tendo referido aos ganhos em saúde. Só uma farmacêutica (Entrevista F5) se referiu ao facto de na atual conjuntura económica, os ganhos económicos para o utente poderem beneficiar a sua saúde, neste caso foi indicada a saúde mental. Não podemos menosprezar o efeito que os genéricos poderão ter em termos de ganhos em saúde, sobretudo em populações envelhecidas, que consomem muito medicamentos e têm tipicamente baixos rendimentos, e em indivíduos de uma condição

socioeconómica mais baixa, dado que o custo dos medicamentos pode ser um motivo para diminuir a dose recomendada ou mesmo para interromper a terapêutica.

Um farmacêutico demonstra um outro tipo de atitude positiva em relação a estes ganhos económicos, pois acredita que “os genéricos ao permitirem gerar poupanças substanciais para os sistemas de saúde nacionais, permite libertar recursos para tratamentos e serviços mais dispendiosos e que, para além disso, estas poupanças poderão vir a disponibilizar recursos para financiar a investigação de novos medicamentos inovadores” (Entrevista F8).

Hassali *et al.*, num estudo publicado em 2009, investigam as opiniões dos consumidores sobre MG e referem que a substituição de medicamentos de marca por genéricos afeta a sua adesão à medicação. No entanto, esses mesmos consumidores, não entendem que a substituição por genéricos torne mais conveniente a sua aquisição, nem que a substituição por genéricos limita as suas hipóteses de terem o melhor tratamento possível.

Outro estudo, referenciado por Gaither *et al.* (2001) indica que o grau de concordância com o uso do MG diminui significativamente à medida que a gravidade da doença aumenta. Os consumidores que entendiam a doença como mais grave exibiam uma menor probabilidade de aceitar uma prescrição de um MG.

Os nossos entrevistados (em ambos os grupos profissionais) indicaram que as maiores dúvidas dos utentes em relação ao MG estão associadas à sua eficácia e à sua segurança. Mas, sobretudo, expressam dúvidas, na “... relação qualidade/preço, ou seja, o mais barato faz o mesmo efeito?” (Entrevista F4). Três médicos mencionam outros aspetos que estão na base de desconfiança dos utentes, um deles relativo à composição deste tipo de medicamentos, devido ao preço que apresentam (Entrevista 19), outro relativo à possibilidade de terem “... mais efeitos secundários com estes [genéricos]” (Entrevista 16) e outro em relação da toma dos MG, “devem ser tomados da mesma maneira que os de marca?” (Entrevista M17).

Durante muito tempo o medicamento foi um bem escasso, e nem sempre de fácil acesso. Mesmo quando os medicamento se democratizaram mais, os consumidores habituaram-se aos custos que estavam associados aos mesmos, não existindo (ou não sendo conhecidas e/ou incentivadas) alternativas em relação aos medicamentos de marca. Num curto espaço de tempo, esses mesmos consumidores, verificaram que os medicamentos de sempre passaram a ter um preço baixo como nunca. Isto gerou uma desconfiança. Os utentes questionam mais porque é que os MG são tão baratos, do que questionam o preço elevado dos medicamentos de marca. Ou seja, receiam que a uma quebra no preço esteja associada uma quebra na qualidade. A educação e informação direta pelos profissionais de saúde sobre questões relacionadas com a segurança e eficácia dos MG podem aumentar ainda mais a aceitação dos utentes perante estes medicamentos (Hassali *et al.*, 2009).

No que se refere a eventuais diferenças entre médicos e farmacêuticos para a prescrição ou dispensa de um MG, os resultados de um estudo revelam que os profissionais de farmácia, em

comparação com os médicos, apontam mais a idade do cliente e a familiaridade como razões mais fortes para a dispensa de um medicamento de marca; e a sintomatologia apresentada, o tipo de tratamento e a idade do cliente como razões para a dispensa de um MG (Sagardui-Villamor *et al.*, 2005; Tsiantou *et al.*, 2009; Jörgensen *et al.*, 2006).

Assim, os farmacêuticos, quando questionados se durante a sua prática profissional optam por aconselhar MG sempre que consideram adequado, ou se preferem aconselhar medicamentos de marca, regista-se alguma concordância entre estes. Dois farmacêuticos responderam espontaneamente que:

“... se existir genérico para determinada situação, aconselho genérico” (Entrevista F1).

“MG devido ao baixo custo. Medicamento de marca só no caso de não existir genérico ou ruptura de stock” (Entrevista F8).

Outras duas farmacêuticas (Entrevista F4 e F5) responderam que deixam ao “critério do utente a escolha”, mas que “... em segundos casos aconselho o genérico, uma vez que sei que o utente não pode pagar o de marca” (Entrevista F4) e outra referiu que não “deixa de realçar as vantagens económicas da utilização dos genéricos” (Entrevista F5).

O que demonstra uma preocupação que estes profissionais de saúde têm com o seu utente; na qualidade de vida, comodidade e facilidade de acesso ao tratamento que possam obter, ou seja a familiaridade para com o utente. O que há de certa forma concordância com os autores Sagardui *et al.* (2005) e Gaither *et al.* (2001), quando indicam que as possibilidades de escolher marca ou genérico podem estar relacionadas com o grau de proximidade que o profissional de farmácia pode ter com os utentes, e a possibilidade de ter mais informação do seu enquadramento social e económico. Outra possibilidade indicada por estes será a idade do cliente, uma razão comum, mas que não é enumerada pelos nossos entrevistados.

Outros Farmacêuticos (Entrevista F3 e F10) aconselham os de marca, MNSRM, sendo que a maioria são de marca; “no entanto, no caso de MNSRM genéricos, não tenho qualquer problema em aconselhar um diclofenac gel ou um paracetamol, por exemplo” (Entrevista F3). Um Farmacêutico opta por “... genérico quando se trata de um utente sem condições económicas, mas no geral a opção recai sobre o que vai dar mais margem de lucro à Farmácia” (Entrevista F2).

Outro profissional de saúde dispensa “MG, porque dão mais benefício à farmácia e têm a mesma qualidade e eficácia que os medicamentos de marca” (Entrevista F7) e outro “nesta situação costumo aconselhar medicamentos de marca. Pois, é uma forma de dar à farmácia algum lucro.” (Entrevista F9). Não podemos deixar de referir aqui uma certa tensão/contradição que é já bem conhecida e discutida relativamente ao profissional de farmácia, que pode resultar da sua posição simultânea enquanto profissional de saúde e

empresário (casa seja proprietário de uma farmácia), ou da necessidade de, enquanto funcionário, atingir objetivos em termos de receitas das vendas.

Não obstante, houve um farmacêutico que salientou que “se uma pessoa usou o medicamento em causa aconselho o MG, se já utiliza o aconselhamento é baseado tendo em conta a continuidade do tratamento com o mesmo medicamento de marca” (Entrevista F6). O que vai de acordo com o estudo publicado por Lagarce *et al.* (2005), em que os profissionais de saúde em farmácia não se recusam a usar os MG, mas estão preocupados com os riscos de efeitos adversos para os seus utentes e consideram importante que um utente que recebe tratamento crónico deve ser seguido com o mesmo medicamento.

Colocada a mesma questão aos médicos, se opta por receitar MG, sempre que considera adequado ou se prefere medicamentos de marca, as respostas foram muito semelhantes no grupo de médicos entrevistados. Optam por prescrever genéricos quando adequados e visto que “o sistema informático só permite receitar por DCI” (Entrevista M20). Alguns profissionais de saúde, apenas não prescrevem genéricos “nos casos em que se sabe que não têm o mesmo benefício que o medicamento de marca” (Entrevista M12) e em “situações onde o tratamento é de extrema importância para o doente e a minha confiança no mesmo não é total” (Entrevista M13).

Contraditoriamente, um médico “... prefiro medicamentos de marca..., mas devido a questões financeiras acabo por prescrever genérico...” (Entrevista 15), o que denota maior confiança nos medicamentos de marca, mas para o bem do utente e o fácil acesso ao tratamento, prescreve genérico. Esta atitude dos médicos entra em concordância com o que o autor Dong-Churl (1999) refere no seu estudo. A substituição por genéricos está relacionada com os seus comportamentos, confiança sobre a prescrição, experiência e conforto relativamente a este tipo de medicamento. Não obstante, alguns médicos que preferam prescrever MR, devido à sua menor confiança na qualidade dos genéricos, a sua lealdade a marcas tem vindo a diminuir, segundo o mesmo estudo.

Farfan-Portet *et al.* (2012), citam que as particularidades idade, género e educação são considerados determinantes importantes no comportamento, bem como a forma como os indivíduos obtêm informação/educação de saúde.

Ao interrogar os nossos entrevistados (médicos e farmacêuticos) sobre qual a reação habitual dos doentes quando o profissional de saúde diz que vai aconselhar/prescrever um genérico, um deles refere que a questão “... que fazem quase de imediato, é se tem o mesmo efeito do medicamento de marca?” (Entrevista F5).

Porém, ainda surge uma reação “muitas vezes de espanto, pois não sabiam que existia genérico para determinado medicamento” (Entrevista F1) e expressam “muitas dúvidas acerca deste tipo de medicamentos e o porquê de eles serem mais baratos, se têm na sua composição os mesmos princípios ativos” (Entrevista M19). O que vai de encontro ao que

Noguez (2009) refere, a “aparência” dos MG pode ser muito diferente e gerar confusão ao utente.

A reação relativamente ao preço está presente. No entanto, “regra geral, aceitam o conselho” (Entrevista F3) e “passando essa fase existe uma reação positiva, pois o valor a pagar será muito menor” (Entrevista F2). Assim, em geral, os utentes reagem bem à mudança, pois:

- “a maioria concorda, desde que o médico tenha optado por prescrever um MG” (Entrevista F6). Aqui denota-se a maior confiança que alguns utentes têm no seu Médico, comparativamente ao seu farmacêutico;
- Médicos afirmam que “tendencialmente reagem bem, porque têm confiança no seu médico” (Entrevista M13). O profissional de saúde mostrou a confiança que consegue transmitir aos seus utentes e que não tem dúvidas no que prescreve. Neste sentido, as atitudes e convicções que os médicos têm acerca dos MG poderão ter impacto no ato da prescrição e na relação que estabelecem com o utente, refletindo-se na consequente adesão (ou não) à medicação (Simmenroth *et al.*, 2006);
- Outro médico referiu que “a maioria prefere genérico e é o próprio doente a perguntar se é genérico. Alguns doentes, poucos, questionam sobre a opção comercial” (Entrevista M14), o que demonstra que há utentes “já familiarizados com esta situação, reagindo bem.” (Entrevista M16) e que confiam nos genéricos.

No entanto, uma médica (Entrevista M20) respondeu que não diz que vai prescrever um MG, deixando que o utente escolha o tipo de medicamento que quer na farmácia. Mas que às vezes aconselha o que mais gosta.

Foi ainda questionado se na prática habitual do médico é usual informar o doente de que existe MG para a prescrição que está a realizar. Três médicos responderam que não e dois deles justificaram “porque na maioria dos casos prescrevo genérico” (Entrevista 11) e outro, “porque existe a prescrição por DCI e isso deixou de estar em nossas mãos” (Entrevista M17). Os restantes, que são a maioria dos entrevistados, afirmaram que sim. Desses, um disse que “habitualmente prescreve-se por DCI e aparece escrito na própria receita o preço mais baixo” (Entrevista M18) e o outro referiu “pois, o utente tem direito de escolha” (Entrevista M19).

Segundo Sagardui *et al.* (2005) e Gaither *et al.* (2001), este aspeto levanta uma questão que se relaciona com o tipo de interação que se estabelece com o profissional de saúde, consoante o contexto em que ela ocorre; a farmácia ou a consulta, e pode ter implicações na relação do profissional de saúde com o utente.

A literatura refere que a atitude dos consumidores face aos MG varia de acordo com a etnia, nível de escolaridade, idade, percepção do risco, conhecimentos e experiência passada (Gaither *et al.*, 2001).

Para os profissionais de farmácia, segundo Sagardui *et al.* (2005) e Gaither *et al.* (2001), a idade do utente aparece como uma razão comum para as possibilidades de escolha (marca ou genérico). Assim, ao interrogar os farmacêuticos sobre quem mais procura, na sua perspetiva, e por iniciativa própria, os genéricos, obtivemos quanto à idade resultados semelhantes, mas quanto a outros fatores, as opiniões foram diferentes.

Em termos de idade e formação, os profissionais de farmácia afirmaram que são os jovens e adultos jovens, a população com alguma formação, académica ou não. Um farmacêutico referiu que as “pessoas menos idosas são mais recetivas a tal [aos tomar genéricos] uma vez que, regra geral, têm patologias agudas e não são polimedicados como os idosos” (Entrevista F3). Quanto à população idosa, apenas um farmacêutico se referenciou a esta e indicou que “muitos idosos ainda são reticentes a tomar MG preferindo mesmo não tomar nenhum, quando nem sempre podem pagar pelo de referência” (Entrevista F6).

Ao nível de condições socioeconómicas, as respostas foram de certa forma algo contraditórias. Pois uns dizem que são pessoas com menos possibilidade económicas (Entrevista F2) e um farmacêutico diz que “normalmente, quem procura mais os genéricos são pessoas que até possuem um elevado poder económico” (Entrevista F5). No entanto, um farmacêutico englobou na sua resposta os dois grupos: “pessoas com condições financeiras mais desfavorecidas: reformados, desempregados e pessoas economicamente mais favorecidas, que confiam nos genéricos” (Entrevista F7). Por último, um farmacêutico apenas referenciou que “os genéricos são procurados por pessoas que querem alternativas mais acessíveis” (Entrevista F10).

Assim, consoante a análise de dados nesta perspetiva podemos afirmar que os nossos farmacêuticos relacionam a procura deste tipo de medicamentos por grupos sociais, idade, conhecimento e condição socioeconómica e entra em concordância com algum corpo empírico mencionado por autores. Quanto às diferenças acerca destes fatores, realmente acham que há maior diferenciação quanto à idade, às condições económicas e “os sei tudo” (Entrevista F4). Relativamente ao sexo, nenhum referenciou existir grande diferença. Quanto à opinião dos médicos acerca destas diferenças, estes assinalam o “baixo poder económico e contraditoriamente ao senso comum, utentes com médio-alto grau de escolaridade” (Entrevista M14) como os fatores que mais sobressaltam.

7.3. Toma dos medicamentos genéricos como estratégia profissional

Segundo Sagardui *et al.* (2005), os médicos através da prescrição, são o fator decisivo para o aumento da quota de genéricos; e os farmacêuticos, através da dispensa de medicamentos, têm um papel importante na sensibilização dos utentes para a sua aceitação e adesão à terapêutica.

Os resultados do estudo de Jörgensen *et al.* (2006) indicam que os profissionais de farmácia se sentem mais bem informados acerca dos MG que os médicos. Essas evidências referem-se

ao seu custo, aos MG disponíveis no mercado, aos fabricantes dos mesmos, ao controlo de qualidade e aos testes de qualidade realizados. Isto poderá estar relacionado com o facto de serem os profissionais de farmácia aqueles que têm um contato mais direto com os medicamentos, não só na sua comercialização, como também na informação relacionada com a sua fabricação e controlo de qualidade.

Quando questionado aos entrevistados em que profissional de saúde (entre médicos e farmacêuticos) o utente deposita mais confiança, no que diz respeito à informação transmitida sobre o uso dos genéricos, a população médica está dividida em duas opiniões, metade refere a sua própria competência e a outra refere a competência de ambos os profissionais de saúde.

“ambos, quando a relação médico-doente e/ou farmacêutico-doente assenta em pilares de confiança” (Entrevista M14).

Não obstante um médico considerar que a confiança é igual nos profissionais de saúde, esclarece que “como o médico prescreve, acaba por parece que o utente tem mais confiança neste” (Entrevista M15).

Quanto ao nosso grupo farmacêutico, as opiniões também se dividiram em dois grupos. Um deles, composto por cinco farmacêuticos acredita que o utente confia mais “no que o médico diz. Vivemos numa sociedade onde o médico é mais bem visto que o farmacêutico” (Entrevista F1). Um deles deixa claro que essa confiança não passa pela falta de conhecimentos do farmacêutico, “o farmacêutico, como especialista do medicamento, tem mais fundamentos teóricos para aconselhar o utente, embora o utente tenha mais confiança quando o médico aconselha um dado laboratório” (Entrevista F7).

O outro grupo, composto por quatro farmacêuticos, acha que a confiança é a mesma para ambos os profissionais de saúde.

“até porque na maior parte dos casos o médico e o farmacêutico estão em sintonia. Ambos queremos o melhor para o utente e amobos temos o objetivo de poupança para todos nós” (Entrevista F2).

“penso que o utente tem confiança em ambos os profissionais. Reconhece-lhes a competência técnica, formação e experiência para esclarecer e aconselhar a utilização dos mesmos” (Entrevista F5).

Porém, apenas um farmacêutico (Entrevista F3) afirma que é na sua própria competência que os utentes têm mais confiança. Um outro farmacêutico considera que é “em ambos os profissionais, embora o farmacêutico tenha mais disponibilidade para esclarecer as dúvidas dos utentes” (Entrevista F4).

A boa relação entre o farmacêutico-utente e médico-doente e a sua proximidade permitem que haja uma comunicação menos distanciada, remetendo desde logo para uma adequada indicação terapêutica e uma boa educação no uso dos MG em relação aos medicamentos de marca. Um bom atendimento, tanto na consulta com o médico como com o farmacêutico, é fundamental. O utente tem que ser o centro de todas as atenções. O médico e o farmacêutico

têm que compreender as necessidades do utente, especificar o objetivo terapêutico e resolver os seus problemas.

No que diz respeito à educação do uso dos medicamentos, oito farmacêuticos e sete médicos entendem que a educação ao utente cabe a ambos os profissionais.

“a todos, incluindo o Infarmed e o Ministério da Saúde, passando por todos os outros intervenientes que acompanham o doente, desde médicos, enfermeiros, farmacêuticos” (Entrevista M15).

“a todos os profissionais de saúde com qual o doente contacta, uma vez que convém que a informação seja coerente para que o doente esteja bem informado e confie” (Entrevista F3). E “Porque a função deles [profissionais de saúde] também passa por esclarecer e educar a população face ao tema da saúde” (Entrevista F10).

Destes Médicos, uns referenciaram que:

“a meu ver esta parte da educação no que toca aos genéricos deve ser feita primeiramente pela Direção Geral de Saúde e á posteriori pelos médicos e pelos farmacêuticos que têm um papel fulcral no esclarecimento de dúvidas” (Entrevista M19).

“ao médico ou farmacêutico. Porque são as pessoas que contactam diretamente com o utente e têm melhor conhecimento sobre o assunto.” (Entrevista M12) e “Porque são as pessoas... mais atualizadas” (Entrevista M13).

“deve existir uma sensibilização para o uso de genéricos e as vantagens económicas que isso poderá trazer para o país. E cabe a todos nós, pois quer sejamos médicos ou farmacêuticos o objetivo é o mesmo.” (Entrevista F2).

Dos oito farmacêuticos, alguns sublinharam que:

“é ao médico que o prescreve e ao farmacêutico que o cede. Os medicamentos não têm só efeitos benéficos, por isso a cedência do medicamento deve ser acompanhada de conselhos simples, mas que visem a boa utilização do mesmo”. (Entrevista F4).

“penso que deve caber tanto a médicos como farmacêuticos. O médico na prescrição e o farmacêutico na adesão à terapêutica e na prevenção das reações adversas resultante da medicação, promovendo a adequada utilização dos medicamentos contribuindo para que sejam alcançados os “outcomes” clínicos desejados.” (Entrevista F5).

“a ambos. Como profissionais de saúde devem funcionar em equipa de modo a que o doente tenha acesso a toda a informação sobre a sua medicação e ser corretamente informado quer pelo médico quer pelo farmacêutico” (Entrevista F9).

Houve apenas um farmacêutico que disse que a educação cabia “ao farmacêutico, porque o farmacêutico tem mais competências teóricas para o aconselhamento” (Entrevista F7) e um que define que “claramente deve partir do médico. É ele quem prescreve os medicamentos. Os profissionais de saúde devem ter a obrigação de alertar o utente caso exista a possibilidade de substituição de um medicamento de marca para o genérico” (Entrevista F8). Quanto aos restantes quatro médicos afirmam que a educação parte nitidamente dos médicos.

“porque são quem conhece os antecedentes do doente, a história clínica do problema em questão e do perfil do doente” (Entrevista M11).

“O médico. Por exemplo, em Pediatria as doses continuam um caso particular já que a dose depende do peso da criança e o médico sabendo a quantidade da substância ativa e sendo formado para a prescrição estará mais apto para esta questão” (Entrevista M18).

No entanto, um referiu que “o médico deverá informar e aconselhar, com os devidos fundamentos científicos, mas a decisão deverá ser do utente, visto que se trata do mesmo princípio ativo” (Entrevista M14).

Embora não haja uma inequívoca reivindicação de pericialidade relativamente aos MG, nem se perceba o desenho de estratégias profissionais em torno dos mesmos, percebemos que é no campo dos profissionais médicos que elas são mais enunciadas, dado que são mais os médicos do que os farmacêuticos (apenas um) que consideram que a educação do paciente lhes cabe a eles, por terem acesso a informações prévias relativamente ao doente, que não está acessível aos farmacêuticos.

Um estudo publicado por Kanavos (2006) sublinha que existe uma política que favorece o MG, através de medidas como orientações terapêuticas, estímulo à prescrição e incentivos financeiros. Estas medidas são apoiadas por incentivos ao nível da dispensa nas farmácias, como sejam os descontos feitos pelos distribuidores e produtores de genérico.

Assim, os farmacêuticos interrogados quanto à existência de fatores externos à prescrição e ao aconselhamento e o nível de influência destes fatores, realçaram que os principais são os fatores económicos, estes “para a farmácia hoje em dia são muito importantes, e se conseguem condições mais vantajosas em determinados laboratórios é natural que determinado laboratório possa ter mais cota de mercado” (Entrevista F1); “a eficácia do produto, o sucesso dos resultados obtidos e os estudos científicos que comprovam a eficácia dos mesmos” (Entrevista F5) a qual é revelada pelos delegados de informação médica, o que denota a influência que os mesmos podem ter na tomada de decisão.

“os delegados de informação só divulgam dados que possam melhorar as vendas dos medicamentos dos laboratórios que representam e têm grande nível de influência, quer em médicos, quer em farmacêuticos” (Entrevista F9).

“a influência é visível quando um médico prescreve um medicamento de determinado laboratório e tranca a prescrição em vez de prescrever por DCI. Na farmácia é visível através da quantidade de medicamentos que existem de determinados laboratórios em detrimento de outros” (Entrevista F6).

“O delegado de informação médica veicula a informação científica e técnica, promovendo o produto, apresentando situações de interesse para ambos, que permitam a fidelização, lealdade do médico para os produtos do respetivo laboratório” (Entrevista F5).

No entanto, há também profissionais de farmácia que expõem pontos positivos, mesmo sabendo que a principal meta dos delegados é induzir, de forma a dar prevalência a determinados medicamentos.

“os delegados de informação médica disponibilizam informação comercial de produtos novos no mercado, que sempre ajudam a que o farmacêutico esteja atualizado ou relembrar os novos produtos” (Entrevista F7).

“pode levar a mais informação e menos receio no aconselhamento e prescrição” (Entrevista F10)

Ainda se destacaram um excerto em que apesar da informação promovida de novos produtos e novas moléculas, pelos delegados de informação, “não trazem nada de novo aos profissionais” (Entrevista F4)

Um farmacêutico citou que: “a nível de farmácia, acredito que em alguns locais possam existir essas “pressões”, mas no meu caso concreto, não a sinto, sempre tive liberdade de escolha para aconselhar o que acho melhor, mas temos de ter em atenção que a farmácia continua a ser um negócio que tem de ter margem de lucro, caso contrário não pode existir. Mas dito isto, esses fatores serão os descontos comerciais e as bonificações que são dados pelos laboratórios que poderão influenciar a venda de genérico do laboratório A ou B, mas sendo todos iguais não vejo nenhum problema nisso, logo não considero uma influência grave” (Entrevista F2).

Um farmacêutico optou por não dar a sua opinião, “nada a dizer sobre esta questão” (Entrevista F8). Encara estes fatores como algo de natural ao processo da prescrição e aconselhamento.

Quando questionados acerca dos principais desafios que na atualidade se colocam à sua profissão, tendo em conta a crescente difusão no mercado dos MG, cinco dos profissionais de farmácia apontaram a situação económico-financeira que hoje assombra as farmácias e a grande divergência de laboratórios.

“a viabilidade económica das farmácias é um dos maiores desafios que se coloca face à crescente difusão no mercado de MG. Uma gestão eficaz e precisa de uma farmácia são hoje qualidades imprescindíveis num diretor técnico” (Entrevista F9).

Tal facto inibiu os entrevistados de pensarem que apenas o aconselhamento de medicamentos seria uma estratégia de reivindicação de poder profissional. O peso da questão financeira incentivou-os a refletirem noutros aspetos da sua prática profissional. E para alguns proprietários de farmácias, a sua atividade exige que conciliem a sua vertente de empresários com a de farmacêuticos, o que os leva a ponderar também a questão financeira.

“a farmácia em Portugal tem vindo a sofrer alterações ao longo dos tempos. Tem havido uma série de alterações legislativas que cria um novo paradigma ao nível da farmácia comunitária, tornando-se um setor mais competitivo. Logo, tem que se valorizar mais e dar mais ênfase a aspetos de gestão anteriormente pouco valorizados, nomeadamente, gestão de recursos humanos, comunicação e marketing, com vista ao sucesso de uma farmácia. Contudo, a

farmácia deve manter sempre o equilíbrio entre os propósitos comerciais e a missão social junto da população que serve.” (Entrevista F5).

Assim, umas das “grandes dificuldades com os MG é a grande diversidade de laboratórios que condicionam a aquisição de todos os laboratórios, e a dificuldade de fidelização dos utentes a um determinado grupo de laboratórios genéricos” (Entrevista F7). Para outros entrevistados, o desafio passa por o farmacêutico dever estar sempre “devidamente informado sobre os medicamentos para prestar os esclarecimentos necessários” (Entrevista F3), “estar atento à introdução de novos genéricos ou genéricos que tenham sido retirados do mercado” (Entrevista F8) e mostrar credibilidade aos utentes quanto à eficácia e bioequivalência dos MG evitando polimedicação.

“explicar que a eficácia é a mesma apesar de muitas notícias que vêm para o público pelos órgãos de comunicação social. E evitar as sobredosagens” (Entrevista F1).

Neste momento, a crise do setor farmacêutico é motivo de extrema preocupação e, portanto, os profissionais não conseguem abstrair-se deste contexto pouco favorável, de forma a pensarem em desafios mais macro, no que à sua pericialidade e poder profissional diz respeito.

Quanto ao grupo de médicos, a quem foi colocada a mesma questão, foi referenciado que, o seu maior desafio e preocupação são a não alteração da medicação de um utente com medicação crónica e a existência de “muitos laboratórios com os mesmos genéricos e depois poderem ocorrer casos de sobredosagem” (Entrevista M17).

“o maior desafio é conseguir que, em medicação crónica, a farmácia disponibilize o medicamento em questão, tendo em conta não alterar o laboratório de uma embalagem para outra. Apesar de a prescrição definir o laboratório, nem sempre este critério é respeitado por parte das farmácias” (Entrevista M14).

“evitar erros, já vi pessoas a tomar ao mesmo tempo furosemida e lasix por pensarem que eram fármacos diferentes. Entre outras situações. Se tomassem sempre o mesmo não havia estas confusões” (Entrevista M20).

Outro desafio referenciado por cinco médicos passa pela questão da confiança - “confiar na eficácia dos genéricos” (Entrevista M18). Um deles preocupa-se em “saber quando e como recomendar aos diferentes tipos de utentes” (Entrevista M12), pois como já foi referenciado na temática anterior, há utentes mais recetivos que outros a este tipo de medicamento.

Os farmacêuticos encaram a fusão dos genéricos e a diversidade de laboratórios que os produz como algo de alarmante que cria confusão ao utente e uma descredibilização à farmácia. Assim sendo, ao pedir aos entrevistados para citar quais as estratégias que, enquanto profissão, podem ser delineadas para fazer face a esses desafios, verificamos que as suas respostas bem como as suas expressões revelaram preocupação e ansiedade.

Quatro farmacêuticos e três médicos afirmam que uma das estratégias terá de ser delineada com vista a uma maior informação e formação acerca dos genéricos.

Segundo Olsson *et al.* (2012) as ações educativas dirigidas aos utentes, de forma a aumentar o conhecimento destes face às doenças e ao seu processo de cura, é uma das estratégias a ser levada a cabo pelos profissionais de saúde.

“obtenção de mais informação atualizada para poder esclarecer, educar os utentes de forma a que eles tenham mais confiança nos genéricos referindo as características que os favorece, nomeadamente o impacto socioeconómico associado aos genéricos” (Entrevista F7).

“maior e melhor divulgação sobre genéricos por parte da Autoridade Nacional do Medicamento” (Entrevista F8).

No entanto, um destes entrevistados afirma que para além de mais campanhas de sensibilização por parte da ordem dos farmacêuticos, direcionadas ao público em geral, se deveria “tentar fazer pressão sobre quem permite a entrada de tantos genéricos no mercado para tornar os preços mais equilibrados. Basicamente, para tornar os preços mais justos para todos e não serem permitidos tantas autorizações de entrada no mercado” (Entrevista F2). Em concordância com esta perspetiva relativamente ao número de laboratórios, dois farmacêuticos e um médico consideram que se deveria:

“delimitar o número de genéricos que podem existir por moléculas e o seu valor mínimo e máximo” (Entrevista F1).

“escolher qual a empresa de genéricos. Há algumas bem duvidosas” (Entrevista M20).

“deveria existir um número de laboratórios limitado para poder comercializar cada substância. O médico também apenas deveria prescrever por DCI e ser o próprio a dar confiança ao utente para optar, o que muitas vezes não acontece até pelo contrário” (Entrevista F6).

Foram ainda realçados outros aspetos relacionados com o delinear de possíveis estratégias, que se prendem, de um modo geral, com a qualidade dos recursos humanos, entendidos como um fator de diferenciação, e a qualidade da gestão. “As estratégias começam por aquilo que a farmácia pode fazer de uma forma exclusiva, sendo que dentro de uma empresa, o que a

torna mais singular são os seus colaboradores. Deve-se potenciar ao máximo o capital humano dentro da farmácia. Um dos maiores desafios é a capacidade de encontrar e reter o potencial humano adequado para gerar lucro. São os recursos humanos que trazem o “brilho” e a individualidade a uma farmácia” (Entrevista F5); “apostar numa boa equipa com formação académica e onde todos trabalham com o mesmo fim de e para o utente” (Entrevista F4); “uma gestão eficaz e precisa de uma farmácia são hoje qualidades imprescindíveis num DT” (Entrevista F9).

Um farmacêutico afirma, ainda, que se devem “utilizar técnicas de vendas cruzadas e incentivar os utentes a não desistirem das terapêuticas” (Entrevista F10).

No que concerne às estratégias identificadas pelos médicos, estas apresentam alguma heterogeneidade:

“relatar e denunciar todos os efeitos secundários e falta de efectividade dos genéricos” (Entrevista M13).

“permitir aos médicos terem maior controlo no que é disponibilizado nas farmácias” (Entrevista M11).

“obrigatoriedade de fornecer o medicamento do laboratório prescrito” (Entrevista M14).

Dois médicos limitaram-se a responder que não sabiam, o que se denotou uma inquietude com os tempos que decorrem hoje dia.

“sinceramente, neste momento não sei, com o degradar do sistema nacional de saúde não sei muito bem como tratar esta situação” (Entrevista M15).

No entanto um referenciou: “mudar o sistema de prescrição para que a ocorrência de trocas constantes dos MG nas farmácias possam acabar” (Entrevistas M17). Assim, a preocupação da mudança da medicação crónica poderia ser banida e alguns utentes estariam mais confiantes com a própria medicação e estabilidade da saúde e acerca dos medicamentos, evitando iatrogenia e sobredosagens.

Embora pareçam existir algumas dúvidas e mesmo reticências relacionadas, muito sobretudo, com a comercialização dos MG, não nos foi possível encontrar estratégias profissionais que se agrupassem em torno de um conjunto coerente de medidas, mais ou menos partilhadas, tanto por parte dos médicos como dos farmacêuticos, sendo que a tónica tanto é posta em aspetos internos como externos à profissão.

Conclusão

Muitos aspetos conclusivos foram já sendo salientados ao longo da análise dos dados, pelo que aqui se retomarão apenas algumas conclusões centrais, nas quais se procura fazer uma inter-relação entre as dimensões analíticas antes discutidas.

O uso dos MG é algo que está em constante e complexo crescimento, e é também resultado de importantes mudanças sociais. Trata-se, assim, de um tema que reúne uma série de características que o colocam numa posição privilegiada para a investigação e análise interdisciplinar, algo que procurámos fazer nesta investigação.

A revisão bibliográfica efetuada permite concluir que a maior parte dos estudos que existem sobre o uso dos MG se focam nos consumidores/utentes. Cremos que a presente investigação, por se centrar na perspetiva dos farmacêuticos e dos médicos, constitui uma contribuição que traz algo de novo para a discussão tanto sobre o MG, como da própria prática profissional de ambos os profissionais de saúde.

Os profissionais médicos e farmacêuticos concordam na definição do MG, sendo que também a sua diferenciação tendo por referência o preço coincide em ambos. A maior vantagem enumerada pelos entrevistados é o fator económico. No entanto, há quem expresse, não menos importante, o não abandono da terapêutica quando o de marca é caro, a variedade de escolha, a facilidade na prescrição e a maior disponibilidade no mercado.

Não obstante a confiança quase generalizada que logo inicialmente foi demonstrada pelos entrevistados, percebe-se que o sistema ainda não dá completas garantias aos profissionais de saúde (a médicos e a farmacêuticos, ainda que nem sempre pelas mesmas razões), que acabam por ir denotando, ao longo das respetivas entrevistas, a necessidade de maior controlo, nomeadamente no que respeita à proliferação de laboratórios, salientando, também, a necessidade de mais e melhor informação, tanto para os utentes, como para os profissionais. Assim, os entrevistados apontam problemas, tais como o grande número de genéricos da mesma DCI, sendo responsáveis por uma grande confusão, gerando erros na toma da medicação por duplicação desta, iatrogenia por sobredosagem e a existência de preços muito díspares no mesmo princípio ativo, conforme o laboratório, e o aparecimento de reação adversa não esperada ou não identificada.

Podemos concluir que as perceções expressas, de médicos e farmacêuticos, maioritariamente positivas, relativamente aos MG, estão relacionadas com as suas práticas profissionais, de prescrição, no caso dos primeiros, e de aconselhamento, no caso dos segundos. Estas práticas são também influenciadas por experiências anteriores, sendo que a opção de não prescrever MG esteve, nalguns casos, associada a história anterior de reação adversa, e ao facto de a introdução de um “novo” medicamento poder causar confusão a doentes há muito habituados a um dado medicamento de marca.

A dimensão económica é igualmente valorizada por ambos os grupos entrevistados, houve uma coincidência relativamente ao que consideraram ser o impacto positivo dos genéricos na redução das despesas de saúde. No entanto, isto dá azo a dúvidas aos utentes. Os profissionais de saúde indicaram que as maiores dúvidas destes estão relacionadas com a eficácia e segurança dos MG, mas principalmente com a relação qualidade/preço. A política dos MG mostra-se assertiva, visto permitir ganhos a nível da diminuição da despesa do Estado e a redução de preços. Contudo, ainda deve avançar no sentido de superar duas lacunas centrais na área da saúde: inovação, desenvolvimento e o comprometimento com a qualidade das condições de saúde da população portuguesa.

À semelhança do que foi adiantado por alguns estudos antes referenciados, os farmacêuticos entendem existir relação entre idade, nível de conhecimento, a condição socioeconómica e a procura de MG, sublinhando o papel da idade e das condições económicas. Relativamente ao sexo, nenhum referenciou existir grande diferença. Os médicos assinalam o baixo poder económico, indicando também o nível de conhecimentos (mais elevado) como os fatores que mais sobressaiem, no seu entender, no uso dos MG.

Apesar de dúvidas e reticências relacionadas, muito sobretudo, com a comercialização dos MG, não nos foi possível identificar estratégias profissionais que se agrupassem em torno de um conjunto coerente de medidas e ou posições, mais ou menos partilhadas, tanto por parte dos médicos como dos farmacêuticos, sendo que a tónica, relativamente aos MG, tanto é colocada em aspetos internos como externos à profissão.

Importa reduzir a inquietude, particularmente tendo-se em conta que o MG tem os mesmos controlos de qualidade que qualquer medicamento de marca. A fiabilidade da informação dada diretamente ao consumidor por um especialista possui um carácter forte de persuasão, dada a confiança estabelecida entre os agentes. Os médicos, através da prescrição, são o fator decisivo para o aumento da quota de genéricos e a dispensa de medicamentos feita numa farmácia pelo farmacêutico. Os aconselhamentos necessários e adequados vindo de ambos os profissionais de saúde são resultantes da pericialidade destes, a qual lhe confere competências únicas nesse domínio.

A presente investigação, além dos objetivos definidos que se propôs atingir, acabou por atingir outro propósito, que foi proporcionar a oportunidade e o incentivo a estes profissionais de refletir ativamente sobre o próprio genérico, o seu uso e o que pode significar para a sua prática profissional.

Como acontece com todas as investigações, a presente tem limitações, resultantes, uma boa parte delas, do escasso tempo para a sua concretização. Além de coincidir, em termos de tempo, com o estágio na farmácia, e com a realização do respetivo relatório, a opção por entrevistas implicou um grande investimento de tempo, tanto nos contatos iniciais com os

entrevistados, como depois na realização das entrevistas e posterior transcrição. Por isso, em termos futuros, e dando continuidade a esta problemática, seria interessante alargar a aplicação deste guião de entrevista a uma amostra mais extensa e mais diversificada, na tentativa de perceber se novas dimensões seriam trazidas devido a essa maior variabilidade. Um novo desafio, mantendo o foco na percepção dos MG, poderia passar por realizar um estudo comparativo entre médicos, farmacêuticos e utentes.

Espero que o presente trabalho suscite em quem a lê, e muito particularmente aos meus colegas de profissão, a vontade de cruzar saberes e campos de análise de distintas áreas científicas. É o efetivo envolvimento científico em projetos que dão conta da natureza interrelacionada do mundo em que vivemos que nos cria saberes práticos e laços disciplinares.

Bibliografia

Barros, P.P. et al. (2011), *10 Anos de Política do Medicamento em Portugal*, disponível em: https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB8QFjAA&url=https%3A%2F%2Fwww.pfizer.pt%2FAdmin%2FPublic%2FDownload.aspx%3Ffile%3DFiles%252FFiler%252Fnoticias%252FFolder10Anos_FINAL_IMPRESSAO.pdf&ei=4XQyVbHWHcGX7AaR0oHgDA&usq=AFQjCNGotW5TE3X1HTTcs6vJko3BgYQhIQ&sig2=bzexh9W5_M3rHNv4vMGBZA, [consultado em: 05/01/2015].

Bogdan, R. et al. (2010), *Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*, disponível em: http://www.academia.edu/6674293/Bogdan_Biklen_investigacao_qualitativa_em_educacao, [consultado em: 13/03/2015].

Cassier, M. et al. (2010), Brevets De Médicament, Luttés Pour L'accès Et Intérêt Public Au Brésil Et En Inde, *Innovations*, 32 (2), pp. 109-127.

Chong, C.P. et al. (2010), Evaluating community pharmacists' perceptions of future generic substitution policy implementation: A national survey from Malaysia, *Health Policy*, 94(1), pp. 68-75.

Coutinho, C. (2011), *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*, 2a Edição, disponível em: https://www.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=uFmaAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT3&dq=metodologia+de+investiga%C3%A7%C3%A3o+em+ci%C3%A7ncias+sociais+e+humanas+teoria+e+pr%C3%A1tica&ots=GfcFYuaRR4&sig=NfvOCL0Eh1xIXNh241b6aOhtMSc&redir_esc=y#v=onepage&q=metodologia%20de%20investiga%C3%A7%C3%A3o%20em%20ci%C3%A7ncias%20sociais%20e%20humanas%20teoria%20e%20pr%C3%A1tica&f=false, [consultado em: 14/03/2015].

- Deruiter, J. et al. (2012), *Drug Patent Expirations and the "Patent Cliff"*, U.S. Pharm, disponível em: <http://www.uspharmacist.com/content/s/216/c/35249/>, [consultado em: 17/11/2014].
- Dong-churl, S. (1999), Trends of generic substitution in community pharmacies. *Pharm World Sci*, 21 (6), pp. 260-265.
- Dukes, M.N.G. (2005), Priority Medicines and the World, *Bulletin of the World Health Organization*, 83 (5), pp. 323-324.
- Farfan-portet, M., et al. (2012), Patient socioeconomic determinants of the choice of generic versus brand name drugs in the context of a reference price system: evidence from Belgian prescription data, *Eur J Health Econ*, 13, pp. 301-313.
- Flick, U. (2005), *Qualitative Research in Sociology in Germany and the US*, *Forum: Qualitative Social Research*, disponível em: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/17/37>, [consultado em: 4/02/2015].
- Gaither, C.A., et al. (2001), Consumers' views on generic medications, *Journal of the American Pharmacists Association*, 41 (5), pp. 1-7.
- Ganther, J. M., et al. (2000), Consumer Perceptions of Risk and Required Cost Savings for Generic Prescription Drugs, *Journal of the American Pharmacist Association*, 40 (3), pp. 378-383.
- García, A.J. et al. (2003), Genéricos: ¿buenos o malos? Conocimientos y actitudes de los médicos ante los medicamentos genéricos, *Gac Sanit*, 17 (2), pp. 144-9.
- Gassmann, O. et al. (2008), *Leading pharmaceutical innovation, Trends and Drivers for Growth in the Pharmaceutical Industry*, 2ª edição, Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- GEP (2014), *Mercado de Medicamentos Genéricos em Portugal*, disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO/INTRODUCAO_DE_FICHEIROS/Gen%E9ricos_QuotaUnidade_Mar%E7o14_v2.pdf, [consultado em: 8/01/2015].
- Godoy, A. (1995), Pesquisa Qualitativa Tipos Fundamentais. *Revista de Administração de Empresas*, vol. 35, N° 3, pp. 20-29.
- Gomes, M.J. et al. (2012), O Preço dos Medicamentos Genéricos em Portugal (2011-2012): Estado, Cidadão e Farmácia, *Acta Farmacêutica Portuguesa*, vol.2 N° 2, pp. 75-90.
- Hardon, A. et al. (2004). *How to investigate the use of medicines by consumers*, disponível em: http://www.who.int/medicines/areas/rational_use/Manual1_HowtoInvestigate.pdf, [consultado em: 12/03/2015].
- Hassali, M.A. et al. (2006), Generic medicines : perceptions of general practitioners in Melbourne, Australia, *Journal of Generic Medicines*, vol.3, N° 3, pp. 214-225.
- Hayden, C. (2008), Sem patente não há genérico: acesso farmacêutico e políticas de cópia, *Sociologias, Porto Alegre*, 19, pp. 62-91.
- Jørgensen, T.M. et al. (2006), Beliefs about medicines among Swedish pharmacy employees, *Pharm World Sci*, 28, pp. 233-238.

Kaló, Z. et al. (2007), Does therapeutic reference pricing always result in cost-containment? The Hungarian evidence, *Health Policy*, 80, pp. 402-412.

Kanavos, P. (2006), Do generics offer significant savings to the UK National Health Service?, *Current Medical Research and Opinion*, Vol. 22, pp. 1-12.

Kersnik, J. et al. (2006), Attitudes of Slovene general practitioners towards generic drug prescribing and comparison with international studies. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 31, pp. 577-583.

Lagarce, L. et al. (2005), How practitioners views generic drugs: an opinion study from general practitioners in Maine-et-Loire (France), *Therapie*, 60 (1): pp. 67-74

Lima, A.C.S. et al. (2014), O desafio do conhecimento, *Revista Eletrônica Inter- Legere*, 14, pp. 1-8.

Lofland, J. (2006), *Analysing Social Settings: A guide to Qualitative Observation and Analysis*, 4^a Ed., Belmont CA, Wadsworth Thomson.

Losifescu, A. et al. (2008), Beliefs about generic drugs among elderly adults in hospital-based primary care practices, *Patient Education and Counseling*, 73, pp. 377-383.

Macedo, A. et al. (2007), Nomes de Fármacos - uma escolha aleatória ou um efeito placebo, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23, pp. 57-61.

Magazzini, L. et al. (2004), Dynamic competition in pharmaceuticals-Patent expiry, generic penetration, and industry, *Eur JHealth Econom*, 5, pp. 175-182.

Maria, V. (2007), A importância do Medicamento Genérico, *Cadernos de Economia*, 80, pp. 52-58.

Mota, D.M. et al. (2008), Uso racional de medicamentos: uma abordagem económica para tomada de decisões, *Ciência & Saúde Coletiva*, 13, pp. 589-601.

Nouguez, E. (2009), Le médicament générique et la relation de soin. Sociologie d'un quiproquo, *Sociologie du travail*, 51, pp. 46-63.

Olsson, E. et al. (2012), Pharmacists' experiences and attitudes regarding generic drugs and generic substitution: two sides of the coin, *International Journal of Pharmacy Practice*, 20, pp. 377-383.

O'malley, A.J. et al. (2006), Impact of alternative interventions on changes in generic dispensing rates, *Health Research and Educational Trust*, 41 (5), pp. 1876-1894.

Pifferi, G. et al. (2003), The safety of pharmaceutical excipients, *Il Farmaco*, 58, pp. 541-550.

PEDIATRICS (1997), "Inactive" ingredients in pharmaceutical products: update (subject review), *Journal of the American Academy of Pediatrics*, Vol. 99, N° 2, pp. 268 -278.

Ponciano, F.A.M. (2013), *Preparação do processo de Autorização de Introdução no Mercado*, Colégio da Especialidade de Assuntos Regulamentares, Ordem dos Farmacêuticos, 06/2013.

Sagardui, V.J.K. et al. (2005), Sustitución de medicamentos de marca por genéricos en atención primaria. Factores asociados al rechazo, *Aten Primaria*, 36(9), pp. 489-493.

Sepodes, B. et al. (2000), Doenças Raras e Medicamentos Órfãos, *Acta Farmacêutica Portuguesa*, Vol. I, 2, pp. 73-78.

Silva, J. A. et al. (2008), *Infarmed 15 anos: olhar, projectar o futuro*, disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/INSTITUCIONAIS/15_A_NOS, [consultado em: 16/01/2015].

Simmenroth, N.A et al. (2006), Prescription of generic drugs in general practice: results of a survey of general practitioners, *Medizinische Klinik*, 101(9), pp. 705-710.

Tsiantou, V. et al. (2009), Genericmedicines: Greekphysicians' perceptions and prescribing practices, *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 34, pp. 547-554.

Legislação Consultada

Ministério da Saúde (2013), Decreto Lei n.º 103/2013, Diário da República, 1.ª Série, N.º 143, 26 de julho de 2013.

Ministério a Saúde (2013), Decreto Lei n.º 20/2013, Diário da República, 1.ª Série, N.º 32, de 14 de fevereiro de 2013.

ACSS (2012), Regras de prescrição e dispensa de medicamentos-Disposições transitorias, Circular Informativa Conjunta, N.º 1, INFARMED.

Ministério da Saúde (2011), Lei n.º 62/2011, Diário da República, 1.ª Série, N.º 236, 12 de Dezembro de 2011.

Ministério da Economia (2011), Decreto Lei n.º 112/2011, Diário da República, 1.ª Série, N.º 229, 29 de novembro de 2011.

Ministério da Saúde (2007), Decreto Lei n.º 65/2007, Diário da República, 1.ª Série, Nº 52, 14 de março de 2007.

Ministério da Saúde (2006), Decreto Lei n.º176/2006, Diário da República, 1.ª série, Nº 167, 30 de agosto de 2006.

Ministério da Saúde (2004), Decreto Lei n.º 429/2004, Diário da República, 2.ª Série, Nº 82, 6 de abril de 2004.

Ministério da Saúde (2002), Decreto Lei n.º 271/2002, Diário da República, 1.ª Série A, Nº 278, 2 de dezembro de 2002.

Ministério da Saúde (2002), Decreto Lei n.º 270/2002, Diário da República, 1.ª Série A, Nº 278, 2 de dezembro de 2002.

Ministério da Saúde (2001), Lei 84/2001, Diário da República, 1.ª Série A, Nº 179, 03 de agosto de 2001.

Ministério da Saúde (2001), Portaria n.º 577/2001, Diário da República, 1.ª Série B, Nº 132, 7 de junho de 2001.

Ministério da Saúde (2000), Decreto Lei n.º 242/2000, Diário da República, 1.ª Série A, Nº 223, 26 de setembro de 2000.

Ministério da Saúde (2000), Decreto Lei n.º 205/2000, Diário da República, 1.ª Série A, Nº 202, 1 de setembro de 2000.

Assembleia da República (2000), Lei n.º 14/2000, Diário da República, 1.ª Série A, Nº 182, 09 de agosto de 2000.

Comissão Europeia (1999), Regulamento n.º 141/2000, Parlamento Europeu e do Conselho, 16 de Dezembro de 1999.

Ministério da Saúde (1998), Decreto Lei n.º 291/98, Diário da República, 1.ª Série A, Nº 215, 17 de setembro de 1998.

Ministério da Saúde (1993), Decreto Lei n.º 249/93, Diário da República, 1.ª Série A, Nº 159, 09 de julho de 1993.

Ministério da Saúde (1991), Decreto Lei n.º 72/91, Diário da República, 1.ª Série A, Nº 33, 8 de fevereiro de 1991.

Ministério da Saúde (1990), Decreto Lei n.º 81/90, Diário da República, 1.ª Série, Nº 59, 12 de março de 1990.

Sites Consultados

APOGEN (2014): *O que são os medicamentos genéricos*, disponível em: <http://www.apogen.pt/o-que-sao-os-medicamentos-genericos>, [consultado em: 17/11/2014].

Orphanet: *Sobre os medicamentos orfãos*, disponível em: <http://www.orpha.net/national/PT-PT/index/sobre-medicamentos-%C3%B3rf%C3%A3os/>, [consultado em: 7/01/2015].

Publico (2013): *Patente do viagra expira em 14 países e porta abre-se aos genéricos*, disponível em: <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/patente-do-viagra-expira-em-14-paises-da-europa-e-porta-abrese-aos-genericos-1598015>, [consultado em: 17/11/2014].

Anexos

Anexo 1- Comparticipação Especial em Farmácia de Oficina

Doença	Comparticipação	Referência na receita
Paramiloidose	100%	Desp. 4521/2001
Lúpus	100%	Desp. 11 387-A/2003
Hemofilia	100%	Desp. 11 387-A/2003
Hemoglobinopatias	100%	Desp. 11 387-A/2003
Doença de Alzheimer	37% (quando prescrito por neurologistas ou psiquiatras)	Despacho n.º 13020/2011
Psicose maniaco-depressiva	100%	Desp. 21 094/99
Doença inflamatória intestinal	90% (quando prescrito por médico especialista em consultas de gastroenterologia, cirurgia geral, medicina interna e pediatria e nos medicamentos especificados.	Despacho n.º 1234/2007
Artrite reumatóide e espondilite anquilosante	69%	Despacho n.º 14123/2009
Dor oncológica moderada a forte	90%	Despacho n.º 10279/2008,
Dor crónica não oncológica moderada a forte	90%	Despacho n.º 10280/2008
Procriação medicamente assistida	69%	Despacho n.º 10910/2009
Psoríase	90%	Lei n.º 6/2010, de 07/05

Anexo 2 - Procedimento das medições de parâmetros químico-biológicos

CR3000

Manual de utilizador - Version 2.2 - 07/09/2006

ANEXO IV

VISÃO GERAL DOS TESTES

TESTE	VOLUME	PROCEDIMENTO
HEMATÓCRITO HEMOGLOBINA ERITRÓCITOS	10µL 10µL 5µL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inserir a cuvete na célula de leitura <u>sem a amostra de sangue</u> para realizar o branco 2. Recolher o sangue utilizando o capilar e colocá-lo na mesma cuvete 3. Agitar a cuvete suavemente até esvaziar completamente o capilar 4. Inserir a cuvete na célula de leitura e esperar pelo resultado <i>Aguardar pelo menos 1 minuto para o teste da hemoglobina</i>
COLESTEROL TOTAL TRIGLICERIDOS GLICÉMIA GLICOSÚRIA ÁCIDO LÁCTICO	10µL 10µL 10µL 10µL 5µL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recolher o sangue utilizando o capilar. Colocar o capilar com a amostra de sangue (<i>urina no caso da glicosúria</i>) na cuvete 2. Agitar a cuvete suavemente até esvaziar completamente o capilar 3. Inserir a cuvete na célula de leitura para realizar o branco 4. Retirar a cuvete e adicionar 2 gotas da enzima; agitar suavemente 5. Inserir a cuvete na célula de leitura e esperar pelo resultado
COLESTEROL HDL	50µL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recolher o sangue utilizando o capilar e colocá-lo numa micro-cuvete de silicone 2. Agitar suavemente e aguardar 1 minuto 3. Centrifugar 2 minutos 4. Recolher 100µL de sobrenadante (pipetar 2 vezes) e colocá-lo na cuvete; agitar suavemente 5. Inserir a cuvete na célula de leitura para realizar o branco 6. Retirar a cuvete e adicionar 2 gotas de enzima; agitar suavemente 7. Inserir a cuvete na célula de leitura e esperar pelo resultado
COLESTEROL LDL	Calculado	Automaticamente calculado quando realizados os testes de colesterol, HDL e triglicéridos, utilizando a fórmula de Friedewald
FORT	20µL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recolher o sangue utilizando o capilar e colocá-lo na cuvete do reagente R2; agitar suavemente 2. Transferir a solução para a cuvete com o reagente R1; agitar suavemente 3. Centrifugar 1 minuto 4. Inserir a cuvete na célula de leitura (6 minutos).
FORD	50µL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Transferir o conteúdo do reagente S2 (micro-cuvete AZUL) para a cuvete quadrada C1, juntar 50µL do reagente S3; agitar suavemente 2. Inserir a cuvete na célula de leitura. Aguardar pela primeira leitura (4 minutos) 3. Entretanto, recolher o sangue e colocá-lo na micro-cuvete do reagente S1 (microcuvete BRANCA); agitar suavemente 4. Centrifugar 1 minuto 5. Recolher 100µL de sobrenadante (pipetar 2 vezes) e colocá-lo na cuvete C1; agitar suavemente 6. Inserir a cuvete C1 na mesma célula de leitura e aguardar pela segunda leitura (2 minutos)
ÁCIDO ÚRICO	50µL <i>pipete suavemente</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adicionar à cuvete 2 gotas de enzima; agitar suavemente 2. Inserir a cuvete na célula de leitura para realizar o branco 3. Recolher o sangue utilizando a pipeta e colocá-lo na cuvete; agitar suavemente 4. Centrifugar 2 minutos 5. Inserir a cuvete na célula de leitura e esperar pelo resultado

Anexo 3 - Actualização do fator F para cálculo do preço dos manipulados



Circular n.º 1285-2014

Lisboa, 17 de Junho de 2014

Assunto: Legislação aplicável a Medicamentos Manipulados
Actualização do factor F para cálculo do preço dos manipulados

Exmo. Associado,

Nos termos da lei, o cálculo dos honorários da preparação de medicamentos manipulados tem por base um factor F, cujo valor é actualizado automática e anualmente, na proporção do crescimento do IPC (Índice de Preços no Consumidor), divulgado pelo INE (Instituto Nacional de Estatística), para o ano anterior àquele a que respeita (art. 2.º da Portaria n.º 769/2004, de 1 de Julho).

Dada a importância de informar todos os Associados acerca do valor do factor F, promovendo uma uniformização dos honorários praticados, informa-se que o valor a aplicar durante o ano de 2014 é de 4,88€.

Esta informação pode ser consultada através de:

- Endereço na Internet: www.ine.pt;
- E-mail: info@ine.pt.

Variações de IPC segundo o valor de base gerado em 2004

Ano	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Valor	1,024	1,023	1,031	1,025	1,026	0,992	1,014	1,0365	1,0277	1,0027

Assim sendo, o valor a aplicar para 2014, é de:

$$(4€ \times 1,024 \times 1,023 \times 1,031 \times 1,025 \times 1,026 \times 0,992 \times 1,014 \times 1,0365 \times 1,0277 \times 1,0027) = 4,88€$$

Com os melhores cumprimentos,

A DIRECÇÃO



Rua Marechal Saldanha, 1 · 1249-069 Lisboa
Tel: 21 340 06 00 · Fax: 21 347 29 94
email: anf@anf.pt | www.anf.pt

Anexo 4 - Procedimentos de manipulados

Medicamentos anti-infecciosos		
A.	III.	2.

Suspensão Oral de Trimetoprim a 1% (m/V) (FGP A.III.2.)

Teor em substância activa: 100 ml de suspensão contêm 1 g de trimetoprim

Forma Farmacêutica: suspensão

Excipientes e adjuvantes: sacarose, essência hidrossolúvel de banana e água purificada.

Fórmula

Matérias-primas	Farmacopeia	Quantidade necessária Para a preparação de 100 ml de suspensão
Trimetoprim	FPVI	1,0 g
Solução aquosa de essência de banana a 10% (m/V)	-	1,0 ml
Xarope Simples, BP2000 (FGP B.7.)	BP2000	q.b.p. 100 ml

Técnica de preparação

Técnica A (manual)

Pesar o trimetoprim e transferir para almofariz de porcelana. Adicionar, aos poucos, cerca de 70 ml de Xarope Simples, BP2000 (FGP B.7.) e misturar. Transferir a suspensão para proveta rolhada. Lavar o almofariz com xarope e juntar à restante suspensão previamente preparada. Adicionar a solução de essência de banana* e agitar vigorosamente. Completar o volume com xarope e agitar manualmente a suspensão até que esta apresente aspecto homogêneo.

Técnica B (mecânica)

Pesar o trimetoprim directamente no recipiente do agitador mecânico I. Adicionar cerca de 20 ml de Xarope Simples, BP2000 (FGP B.7.) e misturar durante 10 segundos, fixando a velocidade de agitação no ponto 1 do aparelho. Terminada a mistura, adicionar cerca de 50 ml de xarope e misturar durante 10 segundos, fixando a velocidade no ponto 1. Transferir a suspensão para proveta rolhada. Lavar o recipiente do agitador mecânico I com xarope e juntar à suspensão previamente preparada. Adicionar a solução de essência de banana* e agitar vigorosamente. Completar o volume com xarope e agitar manualmente a suspensão até que esta apresente aspecto homogêneo.

* Preparação de 10 ml de solução aquosa de essência de banana a 10% (m/V)

Pesar 1 g de essência hidrossolúvel de banana e transferir para proveta rolhada, lavando o recipiente de pesagem com água purificada (FPVI). Adicionar cerca de 5 ml de água purificada e agitar até à obtenção de uma solução coloidal homogênea. Completar o volume final com água purificada e agitar.

Descrição do medicamento

Suspensão incolor, com cheiro característico a banana e, após agitação, com aspecto homogéneo.

Embalagem

Embalar a suspensão em frasco de vidro âmbar, tipo III (FPVI), bem fechado e devidamente rotulado.

Rotulagem

No rótulo devem constar as seguintes informações:

- Denominação do medicamento [Suspensão Oral de Trimetoprim a 1% (m/V) (FGP A.III.2.)]
- Teor em substância activa (100 ml de suspensão contém 1 g de trimetoprim)
- Identificação, endereço e telefone da Farmácia
- Identificação do Director Técnico
- Identificação do Médico
- Identificação do Doente
- Quantidade dispensada
- Data de preparação
- Número do lote
- Contém sacarose
- Prazo de utilização (2 meses após preparação)
- Condições de conservação (Conservar no frigorífico no frasco bem fechado)
- Via de administração (Via oral)*
- Advertências («Agitar bem antes de usar»; «Manter fora do alcance das crianças»)

* Dependendo das dimensões do rótulo, estas informações poderão não ser incluídas, devendo, nesse caso, constar no folheto informativo.

Ensaio de verificação

Ensaio	Especificação
Características organolépticas: - cor - odor - aspecto	Conforme item "Descrição do medicamento" Conforme item "Descrição do medicamento" Conforme item "Descrição do medicamento"
pH	Entre 7 e 8
Conformidade com a definição da monografia "Preparações Líquidas para Uso Oral" da FPVI	Conforme definição da monografia "Preparações Líquidas para Uso Oral" (FPVI)
Quantidade	Conforme a quantidade a preparar
O produto é aprovado se os resultados dos ensaios efectuados se apresentarem em conformidade com as especificações estabelecidas. Caso contrário o produto deverá ser rejeitado.	

Medicamentos usados em Dermatologia		
A.	I.	I.

Pomadas de Ácido Salicílico a 1%, 2%, 5%, 10% ou 20%
(FGP A.I.1.)

Outras denominações: Vaselina salicilada a 1%, 2%, 5%, 10% ou 20%

Teor em substância activa: 100 g de pomada contém 1, 2, 5, 10 ou 20 g de ácido salicílico
Forma Farmacêutica: pomada propriamente dita (pomada hidrófoba)
Excipientes e adjuvantes: vaselina branca e vaselina líquida

Fórmula

a) Preparação a partir da Pomada-Mãe de Ácido Salicílico a 50% (FGP B.1.)

Matérias-primas	Farmacopeia	Quantidade necessária para a preparação de 100 g de pomada				
		1%	2%	5%	10%	20%
Concentração de ácido salicílico pretendida (m/m)		1%	2%	5%	10%	20%
Pomada-Mãe de Ácido Salicílico a 50% (FGP B.1.)	-	2 g	4 g	10 g	20 g	40 g
Vaselina branca	FPVI	98 g	96 g	90 g	80 g	60 g

b) Preparação a partir dos componentes individuais

Matérias-primas	Farmacopeia	Quantidade necessária para a preparação de 100 g de pomada				
		1%	2%	5%	10%	20%
Concentração de ácido salicílico pretendida (m/m)		1%	2%	5%	10%	20%
Ácido salicílico (pó fino)	FPVI	1 g	2 g	5 g	10 g	20 g
Vaselina líquida	FPVI	0,3 g	0,7 g	1,7 g	3,4 g	6,8 g
Vaselina branca	FPVI	98,7 g	97,3 g	93,3 g	86,6 g	73,2 g

Técnica de preparação

a) Preparação a partir da Pomada-Mãe de Ácido Salicílico a 50% (FGP B.1.)

Técnica A (manual)

Após pesagem das matérias-primas, incorporar aos poucos, por espatulação, a Pomada-Mãe de Ácido Salicílico a 50% (FGP B.1.) na vaselina branca. Espatular a pomada até que esta apresente aspecto homogêneo ou laminá-la, no caso de dispor de um laminador.

No caso de dispor de uma placa de espatulação termostatada, regular a respectiva temperatura para 35°C.

Técnica B (mecânica)

Pesar a Pomada-Mãe de Ácido Salicílico a 50% (FGP B.1.) directamente no recipiente do agitador mecânico I. Pesar, em seguida, a vaselina branca no mesmo recipiente e misturar durante 1 minuto, fixando a velocidade de agitação no ponto 3 do aparelho. No final, retirar o recipiente que contém a pomada e fechá-lo convenientemente.

b) Preparação a partir dos componentes individuais

Técnica A (manual)

Após pesagem das matérias-primas, incorporar aos poucos, por espatulação, o ácido salicílico na vaselina líquida. Incorporar, em seguida, também por espatulação, a mistura anterior em pequenas quantidades de vaselina branca. Espatular a pomada até que esta apresente aspecto homogéneo ou laminá-la, no caso de dispor de um laminador.

No caso de dispor de uma placa de espatulação termostataada, regular a respectiva temperatura para 35°C.

Técnica B (mecânica)

Pesar a vaselina líquida directamente no recipiente do agitador mecânico I. Pesar as restantes matérias-primas separadamente. Adicionar o ácido salicílico à vaselina líquida e misturar durante 1 minuto, fixando a velocidade de agitação no ponto 1 do aparelho. Terminada a mistura, adicionar a vaselina branca e agitar durante 1 minuto, fixando a velocidade no ponto 3. No final, retirar o recipiente que contém a pomada e fechá-lo convenientemente.

Descrição do(s) medicamento(s)

Pomadas de cor branca, inodoras e com aspecto homogéneo.

Embalagem

Embalar as pomadas em recipiente opaco, bem fechado e devidamente rotulado.

Caso as pomadas sejam preparadas pela Técnica B, o recipiente de preparação pode ser usado para a sua dispensa.

Rotulagem

No rótulo devem constar as seguintes informações:

- Denominação do medicamento [Pomada de Ácido Salicílico a 1%, 2%, 5%, 10% ou 20% (FGP A.I.1.)]
- Teor em substância activa (100 g de pomada contém 1, 2, 5, 10 ou 20 g de ácido salicílico)
- Identificação, endereço e telefone da Farmácia
- Identificação do Director Técnico
- Identificação do Médico
- Identificação do Doente
- Quantidade dispensada
- Data de preparação
- Número do lote
- Excipientes (vaselina branca e vaselina líquida)*
- Prazo de utilização (3 meses após preparação)
- Condições de conservação (Conservar à temperatura ambiente na embalagem bem fechada)
- Via de administração (Aplicação cutânea)*
- Advertências («Uso externo», em fundo vermelho; «Cáustico – Não manusear directamente com as mãos», somente aplicável às pomadas de ácido salicílico a 10% e 20%; «Manter fora do alcance das crianças»)

* Dependendo das dimensões do rótulo, estas informações poderão não ser incluídas, devendo, nesse caso, constar no folheto informativo.

Anexo 5 - Guião da entrevista

Farmacêuticos

Perceber a perceção do Farmacêutico em relação ao medicamento genérico e o nível de confiança que expressam em relação aos mesmos;

- No seu entender, o que distingue um genérico de um medicamento de marca?
- Confia nos genéricos? Porquê?
- Com base na sua experiência, quais são as vantagens e desvantagens dos medicamentos genéricos?

Perceber quais os fatores que, no entender destes profissionais, têm contribuído para o aumento do uso dos medicamentos genéricos e quais os grupos populacionais que mais recorrem a este tipo de medicamentos;

- Quais os principais fatores que levam as pessoas a tomar medicamentos genéricos?
- Quais são as maiores dúvidas dos utentes em relação aos medicamentos genérico? E o seu consumo?
- Quais os principais fatores que levam os governos a incentivar a prescrição de genéricos?
- Considera que os recentes incentivos à toma de genéricos fazem parte de uma medida que visa ganhos em saúde ou ganhos económicos?
- Na sua actividade profissional diária, quando tem de aconselhar medicamentos sem receita médica, aconselha tipicamente medicamentos genéricos ou de marca? Porquê?
- Qual a reação habitual dos utentes ao seu aconselhamento de um genérico relativo a uma prescrição que o permite? Quem mais procura, por iniciativa própria, os genéricos?
- Em ambos os casos, acha que existem diferenças em termos de idade, sexo e condição socioeconómica?

Em que medida a toma de medicamento genéricos é entendida como potencialidade para o desenho e a implementação de estratégias profissionais;

- Como profissional de saúde, acha que o utente tem mais confiança no que o farmacêutico ou o médico transmite no uso dos genéricos?
- A quem considera que deve caber a educação do utente no uso dos medicamentos genéricos em relação aos medicamentos de marca diz respeito? Porquê?

- Existem fatores externos à prescrição e ao aconselhamento, como seja, por exemplo, a ação dos delegados de informação médica. Qual considera serem esses fatores e o seu nível de influência?
- Quais considera serem os maiores desafios que se colocam atualmente à sua profissão com a crescente difusão no mercado destes medicamentos?
- E quais são as estratégias que, enquanto profissão, podem ser delineadas para fazer face a esses desafios?

Médicos

Perceber a percepção do Médico em relação ao medicamento genérico e o nível de confiança que expressam em relação aos mesmos;

- No seu entender, o que distingue um genérico de um medicamento de marca?
- Confia nos genéricos? Porquê?
- Com base na sua experiência, quais são as vantagens e desvantagens dos medicamentos genéricos?
- Quais são, na sua opinião, os casos em que um genérico pode ser prescrito? E os casos em que não o deve ser ?

Perceber quais os fatores que, no entender destes profissionais, têm contribuído para o aumento do uso dos medicamentos genéricos e quais os grupos populacionais que mais recorrem a este tipo de medicamentos;

- Quais os principais fatores que levam as pessoas a tomar medicamentos genéricos?
- Quais são as maiores dúvidas dos utentes em relação aos medicamentos genérico? E o seu consumo?
- Quais os principais fatores que levam os governos a incentivar a prescrição de genéricos?
- Considera que os recentes incentivos à toma de genéricos fazem parte de uma medida que visa ganhos em saúde ou ganhos económicos?
- Na sua prática profissional, opta por receitar medicamentos genéricos, sempre que considera adequado, ou prefere receitar medicamentos de marca?
- É sua prática habitual informar o doente de que existe medicamento genérico para prescrição que está a realizar?
- Qual é a reação habitual dos doentes quando diz que vai prescrever um genérico?
- Pensa haver diferenças em termos de idade, grau de escolaridade e nível socioeconómico?

Em que medida a toma de medicamentos genéricos é entendida como potencialidade para o desenho e a implementação de estratégias profissionais;

- Como profissional de saúde, acha que o utente tem mais confiança no que o farmacêutico ou o médico transmite no uso dos genéricos?
- A quem considera que deve caber a educação do utente no uso dos medicamentos genéricos em relação aos medicamentos de marca diz respeito? Porquê?
- Quais considera serem os maiores desafios que se colocam atualmente à sua profissão com a crescente difusão desde a entrada no mercado destes medicamentos?
- E quais são as estratégias que, enquanto profissão, podem ser delineadas para fazer face a esses desafios?

Anexo 6 - Exemplo de uma Sinopse de um farmacêutico e de um médico

Entrevista: 1

Entrevistado: Farmacêutico

Idade: 30

Sexo: Feminino

Anos de experiência na função: 7

		Análise	Excerto
Percepção e nível de confiança	Distinção entre genérico e medicamento de marca	Há reconhecimento entre os tipos de medicamentos.	“O fato de o genérico ser introduzido no mercado apenas quando a patente do medicamento de marca expira, não necessitando de tantos gastos na descoberta, logo tem um preço mais baixo”.
	Justificação da confiança (ou não) nos genéricos	O profissional confia nos genéricos.	“Sim, uma vez que tiveram de demonstrar a bioequivalência e eficácia para poderem serem aceites no mercado”.
	Vantagens e desvantagens dos genéricos	Vantagens: Preço mais baixo (foi a principal vantagem apontada) Desvantagens: Grande variedade de genéricos que poderá levar a sobredosagens e desconfiança por parte do utente	“os preços mais baixos que conduz a ganhos económicos óbvios facilitando assim o acesso de todos aos medicamentos que de outra forma poderia não acontecer” “ a enormidade de genéricos que abundam o mercado com o mesmo princípio ativo que poderá levar a sobredosagens e a desconfiança por parte dos utentes, além de muitas vezes existirem preços muito díspares no mesmo princípio ativo conforme o laboratório”

Distribuição populacional e fatores que aumentam o uso dos genéricos		Análise	Excerto
	Principais fatores na toma dos genéricos	Relaciona fatores ditados pelos autores.	“o valor e a poupança que conseguem”.
	Dúvidas dos utentes		“Se a eficácia é a mesma que a dos de marca”.
	Fatores que levam ao incentivo da prescrição de genéricos		“Motivos económicos e permitir o acesso de todos os medicamentos”.
	Influência do incentivo à toma de genéricos	Fazem parte de uma medida que visa ganhos económicos	“Ganhos económicos”.
	Medicamentos mais tipicamente aconselhados		“...se existir genérico para determinada situação, aconselho genérico”.
	Atitude social sobre os genéricos	O entrevistado acha que existem diferenças em termos de idade, sexo e cognição socioeconómico.	“Muitas vezes espanto, pois não sabiam que existia genérico para determinado medicamento. A população mais informada, jovens e adultos jovens e adultos jovens com maiores graus de escolaridade”.

Atoma de medicamentos genéricos como estratégia profissional		Análise	Excerto
	Reconhecimento da pericialidade do farmacêutico	Reconhece que o utente confia mais no médico. O facto de hoje em dia o utente ter direito em tomar decisões acerca da aquisição da medicação descredibiliza um pouco a profissão farmacêutica .	“no que o médico diz. Vivemos numa sociedade onde o médico é mais bem visto que o farmacêutico”.
	Educação no que respeita os genéricos		“Ao governo e aos profissionais de saúde”.
	Influência dos fatores externos à prescrição e ao aconselhamento	Referencia os fatores económicos.	“... os fatores económicos para a farmácia hoje em dia são muito importantes, e se conseguem condições mais vantajosas em determinados laboratórios é natural que determinado laboratório possa ter mais cota de mercado”.
	Desafios da profissão e estratégias para superar os mesmos	O grande número de medicamentos genéricos e os diversificados preços geram imensas dúvidas e confusões ao utente. A eficácia dos genéricos	“O explicar que a eficácia é a mesma apesar de muitas notícias que vêm para o público pelos órgãos de comunicação social. E evitar as sobredosagens”. “Delimitar o número de genéricos que podem existir por molécula e o seu valor máximo e mínimo”.

Entrevistado: Médico

Idade: 31

Sexo: Feminino

Especialidade: Medicina Geral e Familiar

Anos de experiência na função: 7

		Análise	Excerto
Percepção e nível de confiança	Distinção entre genérico e medicamento de marca		“Um medicamento genérico é uma versão equivalente ao de marca que perdeu a patente”.
	Justificação da confiança (ou não) nos genéricos	O profissional confia na maioria dos genéricos	“Na grande maioria sim. Porque à partida quando são aprovados foram já submetidos a estudos de equivalência”.
	Vantagens e desvantagens dos genéricos	Vantagens: Preço Desvantagens: Enorme diversidade de genéricos para o mesmo princípio ativo Confusão para o utente Probabilidade de sobredosagem	
	Situações de prescrição e não prescrição de medicamentos genéricos	O médico dita que pode ser prescrito em qualquer situação em que não se verifique história anterior de reação adversa Não deve ser prescrito:	

		<p>Nas situações de margem de índice terapêutico estreito; Doente medicado com medicamento de marca há muito tempo; E que possa fazer confusão com o genérico.</p>	
--	--	--	--

Distribuição populacional e fatores que aumentam o uso dos genéricos		Análise	Excerto
	Principais fatores na toma dos genéricos	O preço.	
	Dúvidas dos utentes	A sua eficácia e equivalência.	
	Fatores que levam ao incentivo da prescrição de genéricos	Fator económico.	
	Medicamentos mais tipicamente prescritos		“Opto por receitar medicamentos genéricos quando adequado”.
	Informação da existência de medicamentos genéricos	O médico não informa o utente.	“Não, porque na maioria dos casos prescrevo genérico”.
	Atitude social sobre os genéricos	Questionam se é eficaz e acha haver diferenças em termos de idade, grau de escolaridade e nível socioeconómico.	

Toma de medicamentos genéricos como estratégia profissional		Análise	Excerto
	Reconhecimento da pericialidade do Médico	Há reconhecimento na sua pericialidade.	
	Educação no que respeita os genéricos	Aos médicos. São eles quem conhece os antecedentes do doente, a história clínica do problema e o perfil do doente.	
	Desafios da profissão e estratégias para superar os mesmos	Os maiores desafios apontados foram as trocas recorrentes de genéricos na farmácia e a forma como o sistema está implementado.	<p>“A troca recorrente de genéricos cada vez que um doente vai levantar a suma medicação crónica”.</p> <p>“Permitir aos médicos terem maior controlo no que é disponibilizado nas farmácias”.</p>