



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências da Saúde

# **Propriedade da farmácia comunitária em Portugal Experiência Profissionalizante na vertente de Farmácia Comunitária e Investigação**

**Ana Eduarda Rodrigues Costa**

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

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Doutora Olga Maria Marques Lourenço

**Covilhã, fevereiro de 2016**



Contigo aprendi o que é o amor,  
Com pequenos gestos tornaste-me grande,  
E nunca me deixaste desistir.  
Escondeste-me no teu abraço  
Quando o mundo era demasiado para mim.  
Devo-te muito, devo-te tudo...  
A ti João, o meu amor, a minha vida!



# Agradecimentos

Em primeiro lugar, queria deixar um profundo agradecimento à minha orientadora, a Professora Dr.<sup>a</sup> Olga Lourenço, pelo esforço, dinamismo, dedicação e acima de tudo compreensão que me demonstrou ao longo da elaboração de todo este projeto. Nunca esquecerei a forma como contribuiu para que me fosse possível obter o grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas.

A todos que passaram na minha vida ao longo deste percurso académico, que com maior ou menor impacto moldaram a minha forma de ser, de estar, de ver o mundo.

Não posso deixar de agradecer também a toda a equipa da Farmácia Sant'Ana, quer por tudo o que me ensinaram que, sem dúvida, marcará a minha vida profissional, mas também pelo carinho que me demonstraram ao longo de todo o meu estágio.

Por último, quero aqui deixar a minha gratidão a toda a minha família. Ao meu pai e à minha mãe, que me deram as ferramentas para ser quem sou e me ensinaram o que é a humildade, o respeito e a honestidade. Às minhas irmãs, que sempre me apoiaram e me deram a força que precisava. Aos meus cunhados, que tornam a minha família mais completa. Às minhas sobrinhas, que me mostraram que a inocência nos deve acompanhar sempre, seja qual for a nossa idade. Aos meus sogros, que estando longe da minha família, me acolheram como uma filha. E por fim, ao João, o meu namorado, o meu amigo, o meu companheiro ao longo deste percurso. Que o nosso passado seja uma ínfima parte daquilo que nos espera.

Obrigada a todos!



# Resumo

Este relatório encontra-se dividido em duas partes. Na primeira encontra-se o projeto de investigação que diz respeito ao estudo feito sobre a legislação portuguesa que regula a propriedade da farmácia comunitária. Já a segunda parte integra o relatório sobre o estágio curricular em farmácia comunitária.

No primeiro capítulo são discutidas as alterações que o regime jurídico da farmácia comunitária sofreu nos últimos anos em Portugal. A introdução do Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto veio revogar o diploma em vigor desde os anos 60 (Decreto-Lei n.º 48547, de 27 de agosto de 1968), o que tornou possível que todas as pessoas singulares e/ou sociedades comerciais, com as devidas exceções consagradas na lei, pudessem ser proprietárias de até quatro farmácias. As instituições particulares de solidariedade social que até então eram titulares de farmácias tiveram cinco anos para se constituírem em sociedades comerciais de forma a garantir a igualdade fiscal com as restantes farmácias. A alteração da legislação portuguesa no que respeita à propriedade da farmácia comunitária deu-se em parte para responder à pressão exercida pela Comissão Europeia. No entanto, vários países europeus como Espanha, Itália, Áustria, França e Alemanha mostraram-se intransigentes e não abdicaram da indivisibilidade da propriedade e da direção técnica da farmácia ao recorrer ao Tratado da Comunidade Europeia para defenderem a sua soberania nacional.

Por forma a fazer um estudo acerca dos conhecimentos do quadro legal anterior a 2007 assim como a legislação atual da farmácia comunitária em Portugal e na Europa foi realizado um estudo observacional descritivo direcionado aos profissionais de saúde, farmacêuticos, proprietários de farmácias comunitárias assim como aos utentes das farmácias. Os resultados foram obtidos através de um questionário realizado de forma anónima através da plataforma *online* Facebook® e analisados utilizando o *software* SPSS®, versão 22 e Microsoft Excel 2013®. A amostra foi composta por 365 indivíduos, dos quais 290 (79,5%) eram do sexo feminino e 75 (20,5%) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 18 e os 75 anos. O estudo abrangeu todos os distritos de Portugal, no entanto, a região de Lisboa e do Porto foram as mais representativas, correspondendo a 23,3% e 12,6%, respetivamente. Da amostra total de 365 indivíduos, 231 (63,3%) eram farmacêuticos, 65 (17,8%) considerámos como utentes, 29 (7,9%) técnicos de farmácia, 23 (6,3%) diretores técnicos, 14 (3,8%) proprietários de farmácias e 3 (0,8%) eram técnicos auxiliares de farmácia. Relativamente às questões relacionadas com o tema deste estudo, mais especificamente quem poderia ser proprietário de uma farmácia comunitária, apenas 16,4% da amostra respondeu corretamente e, na questão relacionada com o limite de propriedade, 44,9% dos indivíduos respondeu quatro farmácias por pessoa e/ou sociedade comercial, tal como previsto na lei. Nas questões apenas dirigidas aos proprietários,

diretores técnicos e profissionais de saúde afetos à farmácia comunitária (n= 300), como qual o conhecimento dessas alterações, 92,7% responderam que tiveram conhecimento das alterações, dos quais (n=278), 62,2% responderam que não concordavam com as alterações que se deram. No que concerne à questão relacionada com homogeneidade da legislação que regula a propriedade da farmácia comunitária dos vários países da Europa, da amostra parcial (n=300) apenas 6,00% concordaram que a lei é homogênea.

Assim, a partir dos resultados obtidos, é possível concluir que, em geral, os indivíduos tiveram conhecimento da introdução do diploma que traria mudanças à legislação que regula a farmácia comunitária mas esse conhecimento não abrange as áreas específicas que sofreram alterações, isto é, ainda se denota uma certa insipiência relativamente a esta legislação por parte dos profissionais afetos à área da farmácia comunitária.

No segundo capítulo, foram analisados todos os setores de funcionamento de uma farmácia comunitária bem como as áreas de atuação de um farmacêutico nesse contexto. O estágio em farmácia comunitária realizou-se entre os dias 31 de agosto de 2015 e 8 de janeiro de 2016 na Farmácia Sant'Ana, perfazendo um total de 800 horas. Esta experiência profissionalizante tornou possível a aquisição de diversas competências multidisciplinares, evidenciando a necessidade que existe numa permanente atualização de conhecimentos, mas acima de tudo tornou possível a constatação do papel essencial que um farmacêutico de oficina exerce na comunidade.

## **Palavras-chave**

Farmácia Comunitária, Legislação, Propriedade da Farmácia Comunitária.



# Abstract

This document is divided into two parts. The first concerns the research project on the study of the portuguese legislation that regulates the sector of the community pharmacy. The second part includes the report of the internship in community pharmacy.

In the first chapter are discussed the changes to the legal framework for community pharmacy that happened in the last years in Portugal. The introduction of Decree-Law No. 307/2007, of 31 August, revoked the statute in force since the 60s (Decree-Law No. 48547, of 27 August 1968), which made possible for all individuals and/or commercial companies, with appropriate exceptions enshrined in law, could own up to four pharmacies. Private institutions of social solidarity, that were previously pharmacies holders, had five years to constitute into in commercial companies to ensure the tax equality with other pharmacies. The change in Portuguese law concerning the ownership of community pharmacy occurred partly in response to pressure from the European Commission, however several European countries such as Spain, Italy, Austria, France and Germany maintained intransigent and didn't abdicated the indivisibility of property and technical direction of the pharmacy resorting to the European Community Treaty to defend their national sovereignty.

In order to make a study about the knowledge of the legal framework previous to 2007 as well as the current legislation of community pharmacy in Portugal and Europe, a descriptive observational study was conducted directed to health professionals, pharmacists, community pharmacies owners as well as to pharmacy patients. The results were obtained through a questionnaire conducted anonymously through an *online* platform, Facebook®, and analyzed using the SPSS® *software*, version 22 and Microsoft Excel 2013®. The sample comprehended 365 individuals, of whom 290 (79.5%) were female and 75 (20.5%) were male, aged between 18 and 75 years. The study covered all districts of Portugal, however, the regions of Lisbon and Oporto were the most representative, accounting for 23.3% and 12.6%, respectively. Of the total sample of 365 subjects, 231 (63.3%) were pharmacists, 65 (17.8%) were considered patients, 29 (7.9%) pharmacy technicians, 23 (6.3%) technical directors, 14 (3.8%) pharmacy owners and 3 (0.8%) were pharmacy auxiliary technicians. Relatively to the topic of this study, more specifically, who could be the owner of a community pharmacy, only 16.4 % of the sample answered correctly and, in the question related to the property boundary, 44.9 % of subjects responded four pharmacies per person and/or commercial company, as foreseen by law. In the matters addressed only to owners, technical directors and health professionals pertaining to the community pharmacy (n = 300), about the knowledge of these alterations, 92.7% said that were aware of the changes, of which (n = 278), 62.2% said that didn't agree with the modifications that occurred. Regarding the issue related to homogeneity

of legislation that regulate the ownership of community pharmacies in several countries in Europe, only 6.0% of the partial sample (n = 300) agreed that the law is homogeneous.

Through this results, it was concluded that, in general, the individuals had knowledge of the introduction of a new law that would bring changes to the legislation concerning the community pharmacy but nevertheless, this knowledge does not cover specific areas that have changed, that is, it's still possible to denote a certain nescience regarding this legislation by the professionals pertaining to the area of community pharmacy.

In the second chapter of this project, all operating sectors of a community pharmacy were analyzed as well as the areas of expertise of a pharmacist in that context. The internship in community pharmacy was held between August 31, 2015 and January 8, 2016 in Sant'Ana Pharmacy, during a total of 800 hours. This professional experience has made possible the acquisition of several multidisciplinary skills, highlighting the need that exists in a continuous updating of knowledge, but, above all, has made possible the realization of the essential role that a pharmacist has on the community.

## **Keywords**

Community Pharmacy, Legislation, Property of Community Pharmacy.



# Índice

AGRADECIMENTOS	V
RESUMO	VII
ABSTRACT	X
LISTA DE FIGURAS	XVIII
LISTA DE TABELAS	XX
LISTA DE ACRÓNIMOS	XXII
<b>CAPÍTULO 1 - PROPRIEDADE DA FARMÁCIA COMUNITÁRIA EM PORTUGAL</b>	<b>1</b>
1.1. Introdução - Propriedade da farmácia comunitária	1
1.1.1. Farmácia comunitária em Portugal - dos primórdios até ao século XX	1
1.1.2. Farmácia comunitária em Portugal- a adesão à Comunidade Económica Europeia	4
1.1.3. Legislação atual da farmácia comunitária em Portugal	6
1.1.4. Legislação farmacêutica europeia	7
1.2. Objetivos	13
1.3. Metodologia	13
1.3.3. Tipo de estudo e critérios de seleção da amostra	13
1.3.4. Análise dos dados	15
1.4. Resultados	15
1.4.3. Análise estatística descritiva	15
1.5. Discussão de resultados	25
1.6. Conclusão	30
1.7. Bibliografia - Capítulo 1	31
<b>CAPÍTULO 2 - ESTÁGIO EM FARMÁCIA COMUNITÁRIA</b>	<b>34</b>

2.1. Introdução	34
2.2. Organização da farmácia Sant'Ana	35
2.2.1. Localização e horário de funcionamento	35
2.2.2. Recursos Humanos	35
2.2.3. Funções do diretor técnico, seus substitutos e adjuntos	36
2.2.4. Espaço físico da farmácia	37
2.2.4.1. Identificação e espaço exterior da farmácia	37
2.2.4.2. Espaço interior da farmácia	37
2.2.5. Equipamento informático	39
2.2.6. Gestão e controlo de qualidade	39
2.3. Informação e Documentação Científica	40
2.4. Medicamentos e outros produtos de saúde	41
2.4.1. Definições	41
2.5. Aprovisionamento e armazenamento	42
2.5.1. Aprovisionamento	42
2.5.2. Gestão de encomendas	43
2.5.3. Seleção de fornecedores	43
2.5.4. Receção e verificação de encomendas	44
2.5.5. Devoluções e reclamações	45
2.5.6. Armazenamento	46
2.5.7. Controlo da temperatura e humidade	46
2.5.8. Controlo de stock e prazos de validade	47
2.6. Atendimento ao público	47

2.6.1. Interação Farmacêutico-Utente-Medicamento	48
2.6.2. Farmacovigilância	49
2.6.3. VALORMED	49
2.6.4. Dispensa de medicamentos	50
2.6.4.1. Dispensa de medicamentos mediante a apresentação de receita médica	50
2.6.4.2. Medicamentos sujeitos a legislação especial	55
2.6.4.3. Venda suspensa de medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM)	56
2.6.4.4. Regimes de comparticipação	56
2.6.5. Automedicação e Indicação Terapêutica	56
2.6.6. Aconselhamento e dispensa de outros produtos de saúde	57
2.6.6.1. Produtos dermofarmacêuticos, cosmética e higiene	58
2.6.6.2. Produtos dietéticos e para alimentação especial	58
2.6.6.3. Fitoterapia e suplementos nutricionais (nutracêuticos)	59
2.6.6.4. Medicamentos de Uso Veterinário (MUV)	60
2.6.6.5. Dispositivos médicos	60
2.7. Outros Cuidados de Saúde prestados na FSA	61
2.7.1. Glicemia	61
2.7.2. Colesterol Total e Triglicéridos	62
2.7.3. Pressão arterial	62
2.8. Preparação de medicamentos	63
2.8.1. Matérias-primas	63
2.8.2. Material de laboratório	64
2.8.3. Preparações magistrais e officinais e Controlo de qualidade	65
2.8.4. Preço dos medicamentos manipulados	67

2.9. Gestão e contabilidade da farmácia	67
2.9.1. Colaboradores da Farmácia	67
2.9.2. Faturação e receituário	68
2.9.3. Documentos contabilísticos	69
2.9.4. Obrigações fiscais, preços e princípios gerais	70
2.10. Conclusão	71
2.11. Bibliografia - Capítulo 2	72
ANEXO I	74
ANEXO II	76
ANEXO III	77
ANEXO IV	78
ANEXO V	84



# Lista de Figuras

Figura 1. Regimento do Físico-Mor do Reino.

Figura 2. Distribuição da amostra populacional (n=365) segundo o sexo.

Figura 3. Distribuição da população (n=365) segundo a faixa etária.

Figura 4. Distribuição da amostra (n=365) segundo a profissão.

Figura 5. Distribuição (n=365) das respostas sobre quem pode ser proprietário de uma farmácia comunitária.

Figura 6. Respostas sobre quantas farmácias pode cada pessoa ou sociedade comercial possuir (n=365).

Figura 7. Respostas à pergunta sobre o limite de propriedade, tendo em conta a profissão (n=365).

Figura 8. Percentagem da amostra (n=300) que teve ou não conhecimento da alteração legislativa de 2007.

Figura 9. Frequência da amostra (n=300) que teve ou não conhecimento da alteração legislativa tendo em conta a sua profissão.

Figura 10. Respostas à questão: “Apenas os farmacêuticos podiam ser os proprietários de uma farmácia antes de 2007?”, tendo em conta a profissão (n=278).

Figura 11. Respostas à pergunta: “Na lei anterior cada proprietário podia apenas ter uma farmácia?”, tendo em conta a profissão (n=278).

Figura 12. Respostas à pergunta se as IPSS sofreram alterações legislativas em 2007, tendo em conta a profissão (n=278).

Figura 13. Respostas à pergunta se concordavam com a alteração legislativa da propriedade da farmácia comunitária, tendo em conta a profissão (n=278).

Figura 14. Respostas à pergunta se concordavam que a legislação europeia da farmácia comunitária é homogénea (n=300).



# Lista de Tabelas

Tabela 1. Quadro resumo sobre a propriedade da farmácia comunitária em alguns países europeus.

Tabela 2. Quadro resumo da distribuição da amostra por distrito.

Tabela 3. Frequência de respostas corretas à questão sobre a propriedade da farmácia comunitária atual.

Tabela 4. Especificidades da numeração da receita sem papel.

Tabela 5. Várias especificidades da receita sem papel.



# Lista de Acrónimos

CEE	Comunidade Económica Europeia
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
OF	Ordem dos Farmacêuticos
PSD	Partido Social Democrata
TCE	Tratado da Comunidade Europeia
TJCE	Tribunal de Justiça das Comunidades Europeias
SNS	Serviço Nacional de Saúde
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.
OTC	“over-the-counter”
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
CE	Comissão Europeia
UE	União Europeia
FCS	Faculdade de Ciências da Saúde
UBI	Universidade da Beira Interior
FSA	Farmácia Sant’Ana
BPF	Manual de Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária
FP	Farmácias Portuguesas
IMC	Índice de massa corporal
VALORMED	Sociedade Gestora de Resíduos de Embalagens e Medicamentos, Lda.
FGP	Formulário Galénico Português
PT	Prontuário Terapêutico
ANF	Associação Nacional das Farmácias
DCI	Denominação Comum Internacional
COOPROFAR	Cooperativa dos Proprietários de Farmácia
PVF	Preço de venda à farmácia
PIC	Preço impresso na cartonagem
PVP	Preço de venda ao público
IVA	Imposto de Valor Acrescentado
AT	Autoridade Tributária
FEFO	“first-expire, first-out”
SNF	Sistema Nacional de Farmacovigilância
URF	Unidades Regionais de Farmacovigilância
RAM	Reações adversas a medicamentos
PRM	Problemas relacionados com os medicamentos
RNM	Resultados negativos associados à medicação
RSP	Receita eletrónica desmaterializada ou receita sem papel
CNPEM	Código Nacional para a Prescrição Eletrónica de Medicamentos
MUV	Medicamento de uso veterinário
f.s.a.	“faça segundo a arte”
CETMED	Centro Tecnológico do Medicamento
INE	Instituto Nacional de Estatística
PVA	Preço de venda ao armazenista
IRS	Imposto de Rendimento de Pessoas Singulares

IRC

Imposto de Rendimento de Pessoas Coletivas



# Capítulo 1 - Propriedade da farmácia comunitária em Portugal

## 1.1. Introdução - Propriedade da farmácia comunitária

### 1.1.1. Farmácia comunitária em Portugal - dos primórdios até ao século XX

Os primórdios da farmácia comunitária em Portugal remontam muito provavelmente ao século XIII [1]. Na altura, as farmácias tinham a designação de boticas e contribuíram grandemente para as áreas da botânica e das especiarias no nosso país. A profissão de boticário não era regulamentada até ao aparecimento do primeiro documento relativo a esta área, o "Regimento do Físico-Mor do Reino" em 1521 (Figura 1). Este restringiu a propriedade das boticas apenas aos boticários pois veio instituir que apenas os boticários com carta passada pelo físico-mor do reino poderiam ter uma botica aberta [2]. Foi instituído pela primeira vez o critério de não dissociação entre a propriedade e o exercício da profissão que, entre outras, determinava a obrigatoriedade do exame pelo físico-mor para se poder ser boticário e, conseqüentemente poder possuir uma botica. Esta legislação manteve-se em vigor até 1836, altura em que começam a aparecer as drogarias. A alusão a este termo começa a aparecer em documentos legislativos farmacêuticos como é o caso da Carta de Lei de 1844 [3] que referia que as boticas apenas poderiam ser detidas por quem tivesse "obtido legalmente a Carta de Farmacêutico" mas também que os boticários poderiam ser proprietários de drogarias [4]. Este período ficou marcado pela separação entre boticas e drogarias: os boticários, ou seja, farmacêuticos, podiam ser proprietários de boticas e drogarias, no entanto os donos de drogarias não poderiam possuir uma botica se não fossem farmacêuticos [5].

## Regimento

# REGIMENTO DO FYSICO MOR.

**D**OM MANOEL por graça de Deos Rei de Portugal, &c. Fazemos saber, que havendo respeito aos serviços, que temos recebido do Doutor Diogo Lopes, nosso Fysico, e a seu merecimento, lhe fazemos mercê do officio de nosso Fysico mór, que vagou por fallecimento do Doutor Manoel Affonso. E vimos o Regimento, que para servir, e usar do dito officio tinha, e lhe mandámos acrescentar algumas clausulas, que nos parecerão necessarias, para se melhor fazer o serviço de Nosso Senhor, e assim de nosso Povo, e como se em semelhante officio deve fazer; e ordenamos, que daqui em diante se cumpra, e guarde este nosso Regimento, com os Capitulos, e clausulas, e declarações abaixo declaradas.

1 Primeiramente defendemos, e mandamos, que nenhum Fysico, assim natural, como estrangeiro, use de arte da sciencia da Fysica, sem que primeiro seja examinado pelo dito nosso Fysico mór com os nossos Fysicos, que em nossa Corte andarem continuos, ao menos com dois delles, quaes elle para isso eleger, que serão os mais doutos, e sufficientes, segundo o juizo do dito Fysico mór; e quando na Corte não houver dois Fysicos, fará a dita examinação com hum; porém havendo mais Fysicos na Corte, fará a dita examinação com todos os que na Corte houver, e ao menos com dois; e não havendo os dois, elle dito Fysico mór com hum bastaráo, para fazer a dita examinação, como dito he.

2 A dita examinação havemos por bem, e mandamos se faça na theorica, e na pratica, e assim nos que forem graduados; e a prova da pratica havemos por bem, que baste por testemunhas, que para ella lhe serão recebidas, dignas de fé, e tantas como parecer ao Fysico mór, que bastaráo para se saber a verdade, ou por instrumentos publicos; e a dita prova da pratica por testemunhas, ou instrumentos publicos, será de como o tal Fysico, que se examinar, praticou dois annos, cumpridos ao menos na companhia de outros Fysicos approvados, e que tenhao authoridade, e Carta do Fysico mór, para poderem, e deverem curar.

3 Além da tal examinação, e prova, posto que o tal Fysico ha de ser examinado, e havido por sufficiente, e bastante, o dito nosso Fysico mór o levará consigo por tres, ou quatro vezes ás visitasões dos doentes, para ver mais sufficientemente sua pratica, e sufficiencia.

4 Sendo o tal Fysico, que se examinar, havido por douto, e sufficiente,

Figura 1. Regimento do Físico-Mor do Reino.

O início do século XX, mais propriamente os anos vinte, é marcado por vários problemas relativos à propriedade da farmácia comunitária muito devido ao aparecimento do exercício ilegal da profissão de farmacêutico. Foi uma época conturbada no que diz respeito ao ilícito exercício da profissão e à falta de habilitações de muitos que exerciam a profissão de farmacêutico por forma a conseguirem a propriedade de uma farmácia. O setor farmacêutico viu-se, desta forma, obrigado a exigir um maior controlo e transparência para evitar que estes casos pudessem pôr em causa a saúde pública. A aprovação dos Decretos-Lei n.º 9431, de 1924 e n.º 13470, de 1927 espelhava esses tempos conturbados estabelecendo que nenhuma farmácia poderia funcionar sem ter um farmacêutico responsável pela mesma que poderia ser o proprietário ou então o gerente técnico [6,7]. No diploma de 1924 era também referido que, ao farmacêutico, sendo diretor técnico ou proprietário de uma farmácia que estivesse aberta ao público, não lhe era permitido exercer outro tipo de atividade, notando-se uma preocupação com as incompatibilidades que poderiam surgir com a atividade farmacêutica, premissa que se manteve até aos nossos dias. Contudo, e até esta altura, a separação entre direção técnica e propriedade não estava ainda completamente esclarecida [6]. Apenas em 1927, e como se pode verificar no n.º 4 do Decreto-Lei n.º 13470, a indivisibilidade entre propriedade e direção técnica se tornou mais clara. Nele pode ler-se “nenhuma farmácia ou laboratório de produtos farmacêuticos poderá estabelecer-se, depois da publicação da presente lei, sem que o farmacêutico que a ela presida seja proprietário ou coparticipante da empresa que explora o estabelecimento” [7].

Os Decretos-Lei n.º 17636, de 19 de novembro de 1929 e n.º 23422, de 29 de dezembro de 1933, vieram finalmente solidificar o conceito de indivisibilidade entre a direção técnica e a propriedade da farmácia ao preceituar que nenhuma farmácia poderia funcionar sem ter um farmacêutico que assumisse a sua direção, como presente no artigo 16º do diploma de 1929<sup>1</sup>, e simultaneamente fosse o proprietário ou fizesse parte da sociedade que detinha a propriedade da farmácia<sup>2</sup>, quer fosse seu proprietário no todo ou em parte, por associação com outro ou outros farmacêuticos. No diploma de 1933 há ainda a referência ao número de farmácias que um farmacêutico poderia deter sendo que “nenhum farmacêutico poderá dirigir mais de uma farmácia ou laboratório de produtos farmacêuticos”. Nestes documentos aparece também a referência às Misericórdias e onde se estabelece que nestes casos o proprietário não necessitava de ser obrigatoriamente farmacêutico [8,9].

Nos anos 60, mais especificamente a 20 de março de 1965, a Presidência da República promulga a Lei n.º 2125 que refere, na alínea 2 da Base II, “o alvará apenas poderá ser concedido a farmacêuticos ou a sociedades em nome colectivo ou por quotas, se todos os sócios forem farmacêuticos e enquanto o forem”, ou seja, podemos verificar que nesta altura se pretendia

---

<sup>1</sup> Artigo 16º do Decreto-Lei n.º 17636, de 19 de novembro de 1929: “só podem dirigir tecnicamente farmácias ou laboratórios de produtos farmacêuticos os farmacêuticos inscritos na Direcção Geral de Saúde”.

<sup>2</sup> Artigo 1º do Decreto-Lei n.º 23422, de 29 de setembro de 1933: “nenhuma farmácia pode estar aberta ao público sem que o farmacêutico, seu director técnico, seja seu proprietário no todo ou em parte, por associação com outro ou outros farmacêuticos”.

consolidar a indivisibilidade entre a propriedade e a direção técnica da farmácia que a anterior legislação já referia. No que respeita ao número de farmácias que eram permitidas possuir por cada farmacêutico, o ponto 3 da mesma Base II refere que “a nenhum farmacêutico ou sociedade poderá ser concedido mais que um alvará” assim como nenhum farmacêutico poderia fazer parte de mais do que uma sociedade nem pertencer a uma e, simultaneamente, ser proprietário individual de uma farmácia. É também novamente referida a exclusividade à atividade farmacêutica pois qualquer farmacêutico que fosse diretor técnico ou proprietário de uma farmácia não deveria desempenhar qualquer função incompatível com o exercício efetivo da atividade farmacêutica [10]. Nesta mesma década é promulgado o Decreto-Lei nº 48547, de 27 de agosto de 1968, que possui uma nota introdutória que salienta a importância das “disposições que se relacionam com a direção técnica das farmácias, as quais, embora mantendo em alguns aspetos a doutrina já expressa na legislação anterior, se apresentam mais desenvolvidas” [11]. E, de facto, é notório o intuito de clarificar e solidificar as disposições legais referentes a todo o setor farmacêutico como se pode constatar através do n.º 2 do artigo 83º que refere claramente que “a direção técnica da farmácia deverá ser assegurada pelo seu proprietário farmacêutico”, excetuando casos previstos neste mesmo artigo<sup>3</sup>. O diploma de 1968, mesmo após sofrer várias alterações, continuou de uma forma geral a regular a área farmacêutica aquando da adesão de Portugal à Comunidade Europeia.

### **1.1.2. Farmácia comunitária em Portugal- a adesão à Comunidade Económica Europeia**

Com a adesão de Portugal à Comunidade Económica Europeia (CEE) continuam a surgir novos desafios principalmente no que diz respeito à adaptação da legislação portuguesa às diretivas europeias que incluem o setor da saúde na liberalização dos serviços, pois é “necessário eliminar os entraves à liberdade de estabelecimento dos prestadores nos Estados-Membros e à livre circulação de serviços entre Estados-Membros e garantir aos destinatários e aos prestadores a segurança jurídica necessária para o exercício efectivo destas duas liberdades fundamentais do Tratado” [12]. Algumas das alterações respeitantes à propriedade da farmácia comunitária que se deram até 2007 basearam-se na alteração da atribuição de novas farmácias que passou a ser feita através de concurso público.

Em 2007, entra em vigor o Decreto-Lei n.º 307, de 31 de agosto, que veio revogar a Lei n.º 2125, de 20 de março de 1965, lei de bases da propriedade da farmácia, bem como o Decreto-Lei n.º 48547, de 27 de agosto de 1968, que regulava o exercício da atividade farmacêutica [13]. A revogação destes diplomas tornou possível que todas as pessoas singulares e/ou sociedades comerciais, com as devidas exceções consagradas na lei, pudessem ser proprietárias de até quatro

---

<sup>3</sup> N.º 3 do artigo 83º do Decreto-Lei nº 48547, de 27 de agosto de 1968: “Tratando-se de sociedade, um dos sócios deve assumir a direção técnica”.

farmácias. As Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) que até então eram titulares de farmácias tiveram cinco anos para se constituírem em sociedades comerciais de forma a garantir a igualdade fiscal com as restantes farmácias. Um dos argumentos governamentais para a introdução deste diploma era equilibrar o livre acesso à propriedade privada, consagrado constitucionalmente no n.º 1 do artigo 62º, da Constituição da República, da farmácia comunitária de forma a proporcionar uma concorrência mais justa [14]. No preâmbulo deste decreto é salientado que a “legislação anterior fomentou, ao longo do tempo, a criação de situações fictícias em relação à propriedade, por força de um regime extraordinariamente restritivo da transmissão da propriedade entre farmacêuticos” mas que se pretende a “regularização dessas situações, desde que observem os requisitos e os limites de titularidade”. O fim da reserva de propriedade não poria em causa a saúde pública, uma vez a direção técnica das farmácias continuaria a ser assegurada por um farmacêutico, destacando que a autonomia do papel do diretor técnico ganharia relevo dissociando a propriedade da farmácia e a titularidade por farmacêutico [13]. A promulgação deste decreto e, tendo em conta o princípio de liberdade de instalação defendido pelo governo em funções na altura, introduziu também alterações no que diz respeito à transferência de farmácias dentro do mesmo município já que estas passaram a ser feitas independentemente de concurso público e de licenciamento [15].

Por outro lado, no entender da Ordem dos Farmacêuticos (OF), a decisão de possibilitar que não farmacêuticos pudessem passar a ser proprietários, gestores ou responsáveis pela exploração de farmácias carecia de evidência técnica e científica além de ser uma realidade completamente diferente da que existia nos restantes países da Europa. A aprovação deste diploma iria “prejudicar a qualidade do serviço prestado pelas farmácias portuguesas, ao quebrar o vínculo entre a propriedade e a orientação técnica da intervenção dos farmacêuticos, caracterizada por uma independência, sentido de responsabilidade e respeito pelas regras éticas e deontológicas da profissão” [16]. No mesmo sentido, os partidos da oposição, mais concretamente o PSD (Partido Social Democrata) apresentou na mesma altura três propostas de alterações à legislação com o intuito de “adequação do quadro farmacêutico, anular a criação artificial de sociedades comerciais e uma melhor precisão do limite de proporcionalidade da propriedade das farmácias” [17, 18].

A alteração da legislação portuguesa no que respeita à propriedade da farmácia comunitária deu-se em parte para responder à pressão exercida pela Comissão Europeia para a adaptação da legislação às diretivas europeias [19], no entanto vários países europeus como Espanha, Itália, Áustria, França e Alemanha mostraram-se intransigentes e não abdicaram da indivisibilidade da propriedade e da direção técnica da farmácia ao recorrer ao Tratado da Comunidade Europeia (TCE) para defenderem a sua soberania nacional, apesar dos processos intentados pela CE contra eles [20]. Cerca de dois anos mais tarde, em maio de 2009, o Tribunal de Justiça das Comunidades Europeias (TJCE) emitiu vários acórdãos [21, 22] que determinavam que os Estados-Membros podiam reservar exclusivamente aos farmacêuticos a propriedade de farmácia sem surgirem incompatibilidades com

o artigo 43.º do TCE [23, 24], contrariando assim a decisão da alteração do regime jurídico das farmácias comunitárias tomada pelo Governo Português em 2007. Isto é, a exclusividade da propriedade da farmácia comunitária apenas a farmacêuticos não contrariava as diretivas que visavam instituir, entre os Estados-Membros, uma cooperação reforçada na abolição de restrições e discriminações ao comércio presentes no Tratado da União Europeia e Tratado que institui a Comunidade Europeia. A OF utilizou os exemplos de países onde não existia a reserva da propriedade da farmácia a farmacêuticos na tomada da sua posição, afirmando que o “novo regime jurídico das farmácias conduzirá à concentração do sector e a uma redução da concorrência, tal como está patente nas experiências de outros países” [16].

### **1.1.3. Legislação atual da farmácia comunitária em Portugal**

O setor farmacêutico em Portugal é legislado pelo Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, introduzido com o intuito de reformar o quadro legislativo do setor do medicamento que vigorava desde a década de 60, adaptando-o à evolução que se fazia sentir a nível europeu. Entre outras alterações, este decreto ditou o fim da reserva da propriedade da farmácia comunitária a farmacêuticos, sem dúvida, a transformação legislativa que mais debate suscitou. Tendo havido algumas alterações a este diploma, atualmente, a propriedade de uma farmácia de oficina pode ser detida quer por pessoas singulares quer por sociedades comerciais [13]. Neste último caso, e segundo o n.º 2 do artigo 14º do Decreto-Lei n.º 307/2007, se o seu capital social for representado por ações, estas deverão ser obrigatoriamente nominativas, isto é, os titulares dessas ações devem ser conhecidos [25].

As entidades do sector social da economia como, por exemplo, as IPSS tiveram um prazo para se adaptarem ao regime fiscal aplicável às sociedades comerciais, prazo esse de 5 anos inicial que foi sucessivamente prorrogado até junho de 2014, altura em que o governo voltou atrás no que concernia a estas entidades e promulgou um novo diploma para revogar o publicado em 2007. Atualmente e, segundo o Decreto-Lei n.º 109/2014, de 10 de julho, as entidades do setor social da economia já não são obrigadas a constituir sociedades comerciais e, conseqüentemente, alterar o regime de isenção fiscal de que favorecem para manterem a propriedade das farmácias comunitárias de que eram proprietárias à data da entrada em vigor do diploma de 2007 [26].

No que concerne ao limite de propriedade, em Portugal, cada pessoa singular e/ou sociedade comercial pode deter a propriedade ou exercer, em simultâneo, a exploração ou a gestão de quatro farmácias, no máximo. Nesta limitação não são consideradas as concessões de farmácias de dispensa de medicamentos ao público nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em vigor desde a publicação da Lei n.º 16/2013, de 8 de fevereiro [27].

Outras considerações, como questões relacionadas com incompatibilidades, também se devem ter em conta quando é discutida a propriedade da farmácia comunitária. A legislação portuguesa não permite que profissionais de saúde que prescrevam medicamentos, neste caso, médicos; empresas de distribuição grossista de medicamentos ou da indústria farmacêutica; empresas privadas prestadoras de cuidados de saúde; associações que representem as farmácias, as empresas de distribuição grossista de medicamentos, as empresas da indústria farmacêutica ou os respetivos trabalhadores e subsistemas que participam o preço dos medicamentos possam deter a propriedade de uma farmácia de oficina.

A legislação atual não permite também a venda, trespasse, arrendamento ou transmissão de exploração de uma farmácia sem terem decorridos “cinco anos, a contar do dia da respetiva abertura, na sequência de concurso público” [13].

Em Portugal, a propriedade da farmácia comunitária encontra-se dissociada da sua direção técnica, que continua a ser exercida por um farmacêutico obrigatoriamente e como descrito no diploma em vigor: “a direção técnica da farmácia é assegurada, em permanência, (...) por farmacêutico diretor técnico, registado no INFARMED” [13].

#### **1.1.4. Legislação farmacêutica europeia**

Os farmacêuticos desempenham um papel essencial na prevenção de doenças e promoção da saúde em todas as farmácias comunitárias na Europa. As suas funções vão para além da tradicional dispensa de medicamentos e interpretação de prescrições, cada atendimento é personalizado, cada conselho é dado à medida do utente e os serviços farmacêuticos que prestam estendem-se à produção de preparações específicas prescritas. Os comportamentos de automedicação, cada vez mais comuns um pouco por toda a Europa, e o rápido aumento do mercado de medicamentos over-the-counter (OTC), tornam a atividade farmacêutica fundamental para a consciencialização do uso racional do medicamento. Pode considerar-se que, em muitos casos, principalmente em zonas pouco povoadas, são os farmacêuticos que estabelecem o primeiro contato com os doentes, aconselhando-os, prestando-lhes cuidados, encaminhando-os para a assistência médica. A nível europeu, os serviços prestados nas farmácias comunitárias são caracterizados pela sua qualidade [28], muito provavelmente devido à elevada regulamentação que existe nesta área como, por exemplo, em questões de propriedade como a limitação da propriedade aos farmacêuticos e proibição de múltiplas propriedades de farmácias por um mesmo indivíduo mas também na avaliação das necessidades demográficas e/ou geográficas para o estabelecimento de farmácias. No entanto, alguns Estados-Membros, sendo os pagadores da maior parte dos produtos dispensados nas farmácias, iniciaram a liberalização do setor farmacêutico muitas vezes alegando a monopolização do mesmo por parte dos farmacêuticos [29, 30]. A par do início da introdução e discussão de novas regras respeitantes a esta área, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

(OCDE) e a Comissão Europeia (CE) emitiram relatórios [30, 31] onde se afirmava que a concorrência representava uma melhoria na qualidade da prestação de serviços públicos. A introdução de nova legislação concernente ao setor das farmácias de oficina e as disparidades existentes entre os vários Estados-Membros da União Europeia (UE) desencadeou o interesse de desenvolver estudos sobre o estado atual e as possíveis consequências da (des)regulamentação nesta área. Serão apresentadas, de seguida, as particularidades de alguns países europeus no que respeita à propriedade e à instalação de farmácias comunitárias.

Tabela 1. Quadro resumo sobre a propriedade da farmácia comunitária em alguns países europeus.

País	Critérios de propriedade	Critérios de instalação
Portugal [13]	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Pessoas singulares ou sociedades comerciais, com exceções;</li> <li>– Limite de quatro farmácias por indivíduo/sociedade comercial.</li> </ul>	<p><u>Critérios geográficos:</u> Distância mínima de 350 m entre farmácias, contados, em linha reta, dos limites exteriores das farmácias; distância mínima de 100 m entre a farmácia e uma extensão de saúde, um centro de saúde ou um estabelecimento hospitalar, contados, em linha reta, dos respetivos limites exteriores, salvo em localidades com menos de 4000 habitantes.</p> <p><u>Critérios demográficos:</u> Capitação mínima de 3500 habitantes por farmácia aberta ao público no município, salvo quando a farmácia é instalada a mais de 2 km da farmácia mais próxima.</p>
Espanha [32]	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Apenas farmacêuticos.</li> </ul>	<p>Critérios de geográficos e demográficos diferentes para cada Província Autónoma.</p>
Reino Unido [28]	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Qualquer pessoa.</li> </ul>	<p>Sem critérios de geográficos ou demográficos.</p>

<p><b>França [33]</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Farmacêutico ou sociedade comercial constituída por farmacêuticos.</li> </ul>	<p>Primeira licença: mínimo de 2500 habitantes por município; Licenças seguintes: 4500 habitantes adicionais.</p>
<p><b>Alemanha [34]</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Farmacêutico ou sociedade comercial constituída por farmacêuticos.</li> <li>– Limite de propriedade de uma farmácia por indivíduo/sociedade comercial.</li> <li>– Possibilidade de possuírem três filiais adicionais no mesmo município ou adjacente.</li> </ul>	<p>Sem critérios de geográficos ou demográficos.</p>
<p><b>Áustria [35]</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Farmacêutico ou sociedade comercial com participação de 51% de um farmacêutico;</li> <li>– Limite de propriedade de uma farmácia por indivíduo/sociedade comercial.</li> </ul>	<p><u>Critério geográfico</u>: Distância mínima de 500 m entre farmácias. <u>Critério demográfico</u>: Capitação mínima de 5500 habitantes por farmácia aberta.</p>

<p><b>Itália [36]</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Privadas: farmacêutico ou sociedades e cooperativas de farmacêuticos;</li> <li>– Limite de propriedade de quatro farmácias na mesma província.</li> </ul>	<p><u>Critérios geográficos:</u> Distância mínima de 3 km entre farmácias e apenas uma farmácia por cada município com até 12 500 habitantes.</p> <p><u>Critérios demográficos:</u> Capitação mínima de 4 000 habitantes por farmácia aberta, em municípios com mais de 12 500 habitantes; Capitação mínima de 5 000 habitantes por farmácia aberta, em municípios com até 12 500 habitantes.</p>
<p><b>Grécia [37]</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Farmacêutico ou sociedade comercial constituída por farmacêuticos.</li> <li>– Cada farmacêutico pode possuir uma farmácia, além de uma participação menor noutra.</li> </ul>	<p><u>Critérios geográficos:</u> distância mínima de 100 m em zonas com população até 5 000 habitantes; distância mínima de 180 m em zonas com população compreendida entre 5 001 e 100 000 habitantes; distância mínima de 200 m em zonas com população compreendida entre 100 001 e 200 000 habitantes; distância mínima de 250 m em zonas com população superior a 200 000 habitantes.</p> <p><u>Critérios demográficos:</u> uma farmácia em zonas com até 1500 habitantes; nas zonas com mais de 1500 habitantes existe um rácio de 1500 habitantes por cada farmácia aberta.</p>
<p><b>Irlanda [38]</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Qualquer pessoa.</li> </ul>	<p>Sem critérios de geográficos ou demográficos.</p>
<p><b>Luxemburgo [39]</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Farmacêutico ou sociedade comercial constituída por farmacêuticos.</li> </ul>	<p><u>Critério demográfico:</u> uma farmácia por cada 5 000 habitantes</p>

<b>Noruega [40]</b>	– Qualquer pessoa, com exceções.	Sem critérios de geográficos ou demográficos.
<b>Suíça [41]</b>	– Qualquer pessoa	Sem critérios de geográficos ou demográficos.
<b>Holanda [42]</b>	– Qualquer pessoa	Sem critérios de geográficos ou demográficos.
<b>Bélgica [42]</b>	– Qualquer pessoa	Sem critérios de geográficos ou demográficos.

## 1.2. Objetivos

Este estudo teve como principal objetivo a análise das alterações legislativas relativamente à propriedade da farmácia comunitária em Portugal, mais especificamente no que diz respeito à promulgação do Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto. Este decreto surgiu devido a diretivas europeias que suscitaram bastante discórdia em vários Estados-Membros, daí a importância de dar a conhecer qual a opinião dos profissionais de saúde afetos a esta área e da população em geral através dos questionários realizados. Além disso, também se pretendeu analisar as diferenças legislativas no que respeita à propriedade da farmácia comunitária em Portugal e noutros países da Europa. Os resultados obtidos através do questionário, cujo objetivo era determinar qual o conhecimento e opinião dos inquiridos acerca da alteração legislativa que o setor farmacêutico sofreu em 2007 e a legislação atual da propriedade da farmácia comunitária assim como as noções que tinham acerca homogeneidade da legislação europeia respeitante a esta área, serão apresentados nesta secção do estudo.

## 1.3. Metodologia

### 1.3.3. Tipo de estudo e critérios de seleção da amostra

De forma a alcançar o objetivo deste trabalho, foi realizado um estudo observacional descritivo direcionado aos profissionais de saúde, farmacêuticos, proprietários de farmácias comunitárias assim como aos utentes das farmácias. Os indivíduos incluídos no estudo cumpriam os seguintes critérios de inclusão: disponibilidade para participarem no questionário, idade igual ou superior a 18 anos e inferior a 75 anos, farmacêuticos e profissionais de saúde que trabalhem em farmácia comunitária, proprietários de farmácia(s) comunitária(s) e utentes de farmácias comunitárias.

A recolha de dados foi realizada através da utilização da página de internet Facebook® para a divulgação de um questionário (Anexo I), construído com base no objetivo pretendido e com o intuito de se obter um panorama nacional do conhecimento e da opinião acerca da legislação da propriedade da farmácia comunitária portuguesa e europeia. O questionário era composto por duas partes, sendo que a primeira continha sete perguntas fechadas dirigidas aos profissionais de saúde, farmacêuticos e proprietários de farmácias comunitárias assim como aos utentes que as frequentam. A segunda parte do questionário era dirigida apenas aos proprietários, diretores técnicos, farmacêuticos, técnicos de farmácia e auxiliares de farmácia, sendo composta por uma pergunta de resposta aberta e seis de resposta fechada. Posteriormente, o questionário foi submetido à Comissão de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde (FCS) da Universidade da Beira Interior (UBI) que, após aprovação, foi divulgado durante 4 meses, entre 20 de setembro e 20 de dezembro de 2015, em várias plataformas de grupos do setor farmacêutico na página de internet Facebook®. Deve

salientar-se que neste estudo são classificados como "farmacêuticos" apenas os que não são simultaneamente diretores técnicos e como "proprietários" apenas os proprietários que não são farmacêuticos. Os indivíduos realizaram o inquérito anonimamente e concordaram com a utilização dos seus dados para posterior tratamento estatístico. A declaração de consentimento informado foi assinalada em todos os questionários, logo a utilização dos dados fornecidos foi autorizada pelos participantes. O inquérito permitiu a recolha de dados gerais como o sexo, a idade, a área de residência e a profissão dos indivíduos, assim como dados mais específicos respeitantes a este estudo como quem pode ser proprietário de uma farmácia, quantas farmácias pode possuir cada pessoa, se tiveram conhecimento e se concordam com a alteração legislativa que decorreu em 2007, razões para discordarem das alterações que se deram nesta área e ainda se julgam uniforme a legislação que regula as farmácias da oficina a nível europeu.

Uma vez que este tipo de estudo se baseia na opinião dos inquiridos e nunca foi realizado em Portugal, a amostra deveria potencialmente incluir toda a população portuguesa entre os 18 e os 75 anos, informação essa presente nos Censos de 2011 e utilizada para calcular a dimensão mínima da amostra para este estudo, tendo por base uma prevalência hipotética de 65% e um intervalo de confiança de 95%. Assim, utilizando a fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{(N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

Onde,

n = tamanho da amostra a calcular

N = tamanho do universo (população portuguesa), N=10562178

Z = neste caso para um nível de confiança de 95%, Z=1,96

e = margem de erro máximo a admitir (neste caso e=5%)

p = prevalência hipotética de 65%.

Obtém-se,  $n \geq 350$ .

Logo, conclui-se que é necessária uma amostra igual ou superior a 350 indivíduos para que os resultados possam ser considerados estatisticamente significativos, com um intervalo de confiança de 95%. Isto apenas se verifica em termos do número de participantes, mas não conseguimos garantir que a amostra é representativa da população portuguesa uma vez teríamos de ter a mesma distribuição por sexo, por idade, entre outros.

### 1.3.4. Análise dos dados

Para o tratamento estatístico dos dados e obtenção dos gráficos apresentados foi utilizado o *software* SPSS®, versão 22, para Windows 10® assim como o *software* Microsoft Excel 2013®. Os dados obtidos através do questionário deste estudo foram analisados descritivamente e expressos como percentagens e frequências.

## 1.4. Resultados

Os resultados obtidos através do questionário utilizado no nosso estudo para determinar qual o conhecimento dos inquiridos acerca da alteração legislativa de 2007 concernente à propriedade da farmácia comunitária, da sua legislação atual assim como da homogeneidade da legislação europeia da área da farmácia de oficina, serão apresentados de seguida. A amostra deste estudo é caracterizada pela presença dos profissionais de saúde que atuam nas farmácias de oficina assim como os seus proprietários (não farmacêuticos), diretores técnicos e utentes que as frequentam. No total, foram conseguidos 365 respostas ao questionário que foi publicado numa plataforma *online* com o intuito de abranger uma maior área geográfica.

### 1.4.3. Análise estatística descritiva

Foram obtidos 365 questionários válidos, sendo que 290 correspondiam a indivíduos do sexo feminino (79,5%) e 75 a indivíduos do sexo masculino (20,5%) (Figura 2).

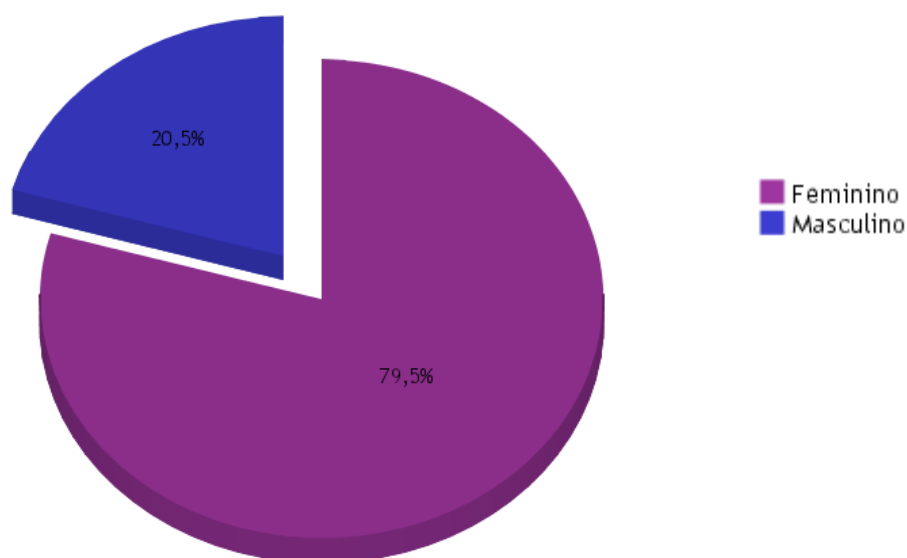


Figura 2. Distribuição da amostra populacional (n=365) segundo o sexo.

No que diz respeito à faixa etária dos indivíduos, é possível verificar que, de um total de 365 participantes, 169 (46,3%) dos indivíduos possui uma idade compreendida entre os 18 e os 25 anos, 132 (36,2%) encontra-se na faixa etária entre 26 e 35 anos, 46 (12,6%) entre 36 e os 45 anos, enquanto que os indivíduos com idades superior a 46 anos correspondem a uma percentagem mínima da amostra (Figura 3).

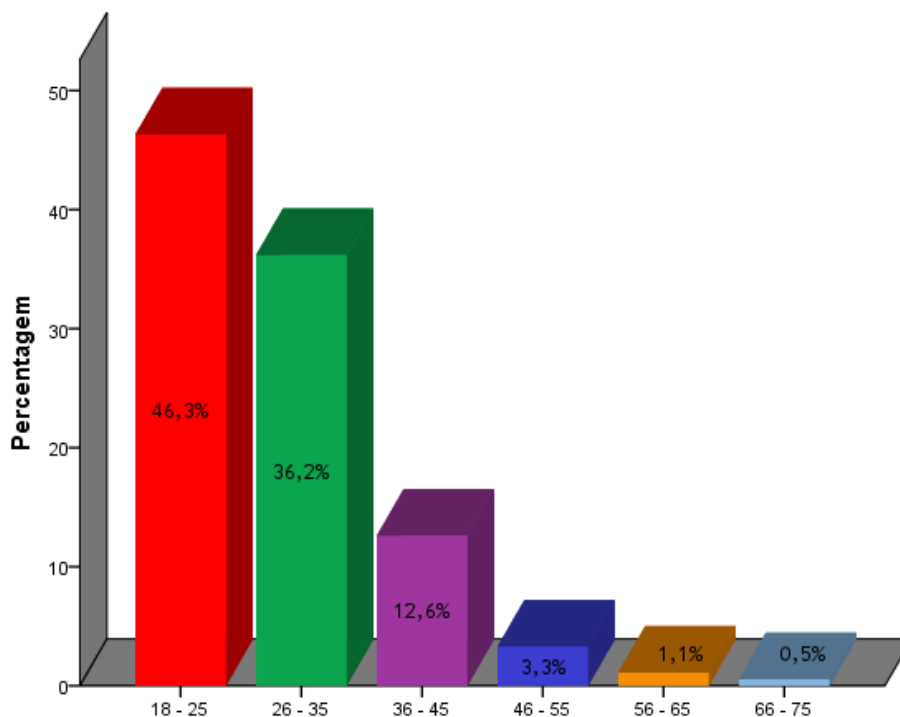


Figura 3. Distribuição da população (n=365) segundo a faixa etária.

Em relação às características geográficas, pode observar-se a amostra (n=365) abrangeu todos os distritos de Portugal, no entanto, a região de Lisboa e do Porto foram as mais representativas, correspondendo a 23,3% e 12,6%, respetivamente (Tabela 2).

Tabela 2. Quadro resumo da distribuição da amostra (n=365) por distrito.

Distrito	Frequência	Percentagem (%)
Açores	5	1,4
Aveiro	32	8,8
Beja	2	0,5

Braga	26	7,1
Bragança	2	0,5
Castelo Branco	33	9,0
Coimbra	18	4,9
Évora	5	1,4
Faro	14	3,8
Guarda	7	1,9
Leiria	14	3,8
Lisboa	85	23,3
Madeira	5	1,4
Portalegre	9	2,5
Porto	46	12,6
Santarém	28	7,7
Setúbal	23	6,3
Viana do Castelo	1	0,3
Vila Real	3	0,8
Viseu	7	1,9
<b>Total</b>	<b>365</b>	<b>100,0</b>

Tendo já uma vista geográfica da amostra a nível distrital, também foi importante limitar a nossa perspetiva em termos de localidade. Como se pode ver através da figura apresentada no Anexo II, os questionários pertencentes a indivíduos que moram na localidade de Lisboa correspondem à maior percentagem, 11,5%, seguido do concelho da Covilhã, a que corresponde 6,0% da amostra total.

Este estudo tinha como alvos os profissionais de saúde que trabalham nas farmácias comunitárias bem como os seus proprietários, diretores técnicos e utentes que as frequentam. Segundo os resultados obtidos, da amostra total, 231 (63,3%) são farmacêuticos, 65 (17,8%) consideramos como utentes, 29 (7,9%) técnicos de farmácia, 23 (6,3%) diretores técnicos, 14 (3,8%) proprietários de farmácias e 3 (0,8%) são técnicos auxiliares de farmácia (Figura 4).

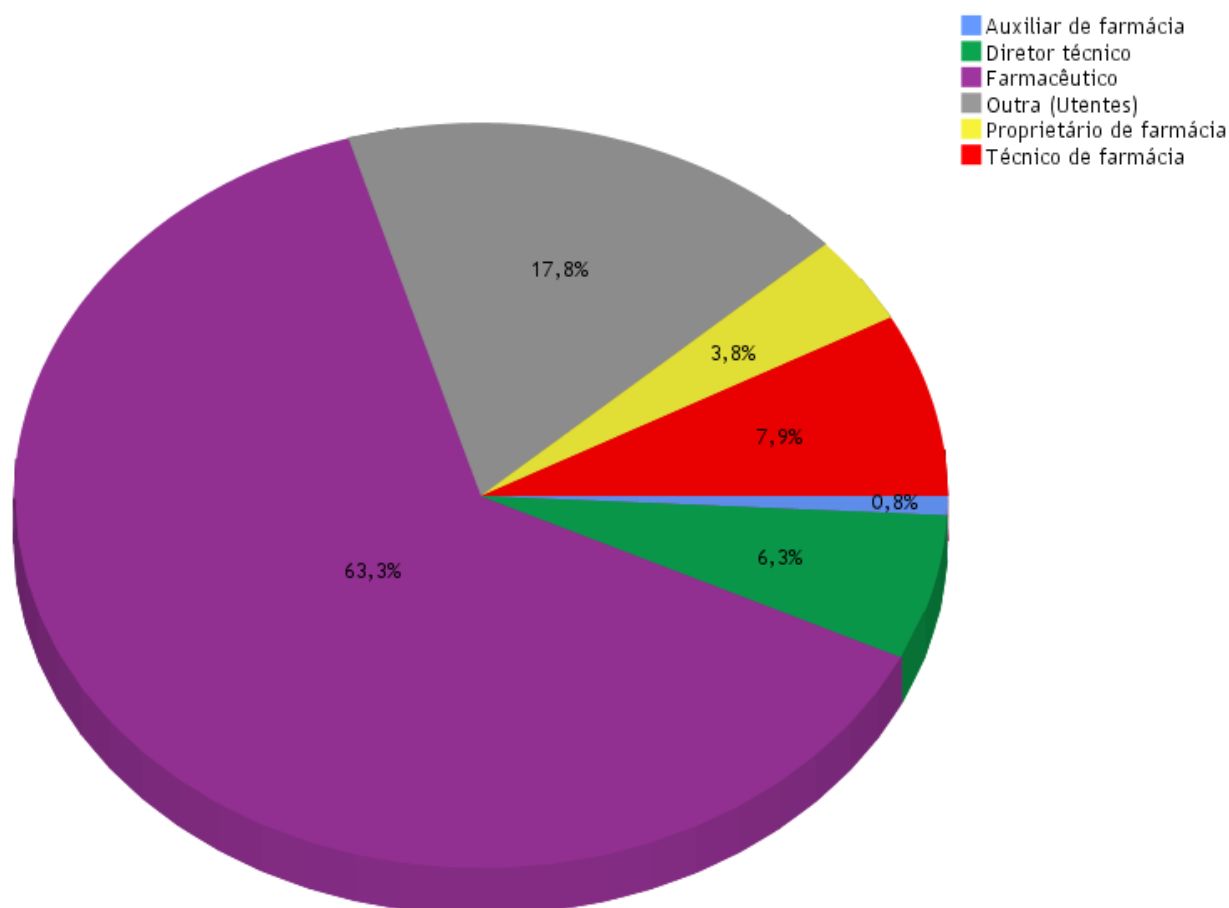


Figura 4. Distribuição da amostra (n=365) segundo a profissão.

Os dados acima apresentados fazem uma caracterização geral da nossa amostra. De seguida serão apresentados os resultados obtidos às questões relacionadas com o tema deste estudo. À questão sobre quem, em Portugal, poderia ser proprietário de uma farmácia tendo em conta a legislação atual, foram fornecidas algumas opções de resposta como se pode verificar no questionário (Anexo I).

Esta pergunta era de escolha múltipla, assim vários indivíduos selecionaram mais que uma opção. Os resultados globais para esta questão são apresentados de seguida (Figura 5) e no Anexo III.

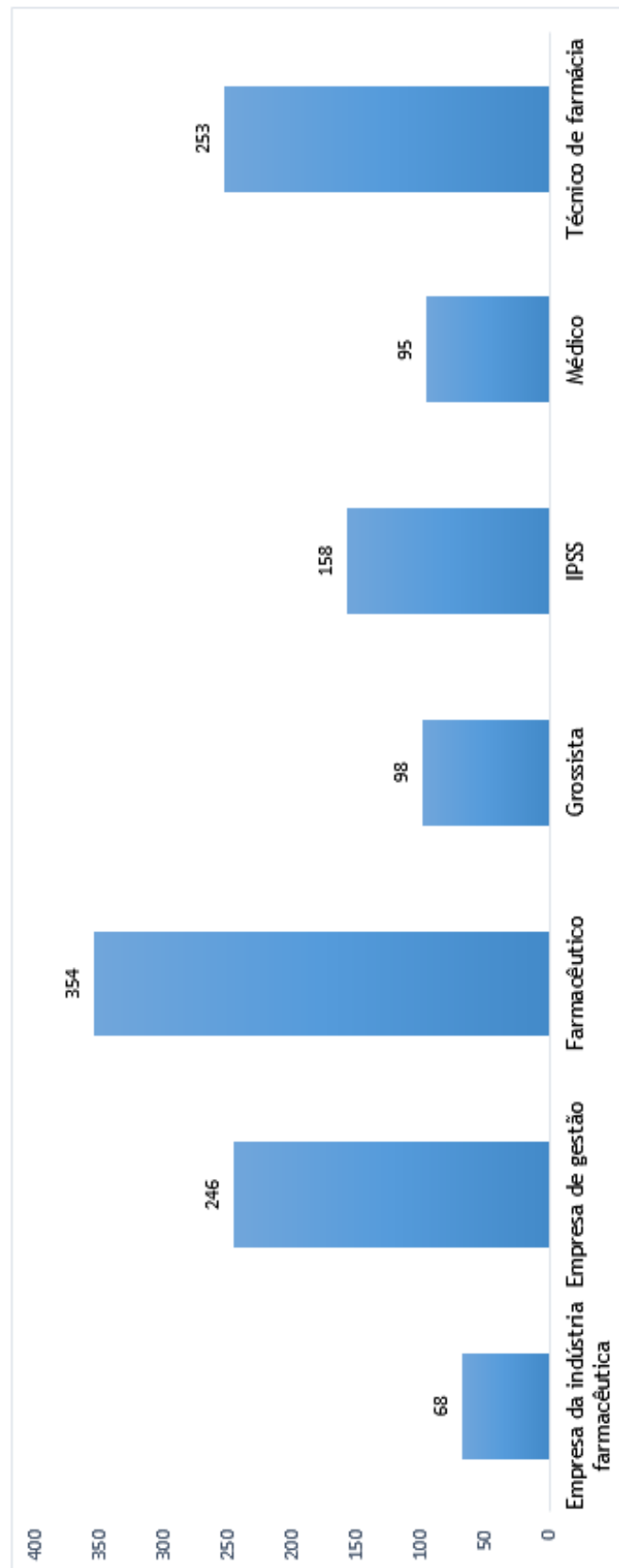


Figura 5. Distribuição (n=365) das respostas sobre quem pode ser proprietário de uma farmácia comunitária.

Segundo o quadro legislativo atual, das opções apresentadas, apenas os farmacêuticos, os técnicos de farmácia, as empresas de gestão assim como as IPSS podem ser proprietárias de uma farmácia de oficina. Esta questão apenas foi respondida corretamente por 16,4% da amostra, sendo que 5 eram proprietários de farmácia, 10 eram diretores técnicos, 41 eram farmacêuticos, 2 eram técnicos de farmácia e 2 eram utentes (Tabela 3).

Tabela 3. Frequência de respostas corretas à questão sobre a propriedade da farmácia comunitária atual.

	Farmacêutico, Técnico de farmácia, Empresa de gestão, IPSS (Instituições Particulares de Solidariedade Social)
Auxiliar de farmácia	0
Diretor técnico	10
Farmacêutico	41
Outra (Utentes)	2
Proprietário de farmácia	5
Técnico de farmácia	2
Total	60

Quanto à questão sobre quantas farmácias pode cada pessoa e/ou sociedade comercial possuir, 34 (9,3%) responderam uma, 9 (2,5%) duas, 33 (9,0%) três, 27 (10,1%) cinco e 88 (24,1%) responderam quantas farmácias quiserem, no entanto, 164 (44,9%) responderam quatro farmácias, tal como previsto na atual legislação (Figura 6).

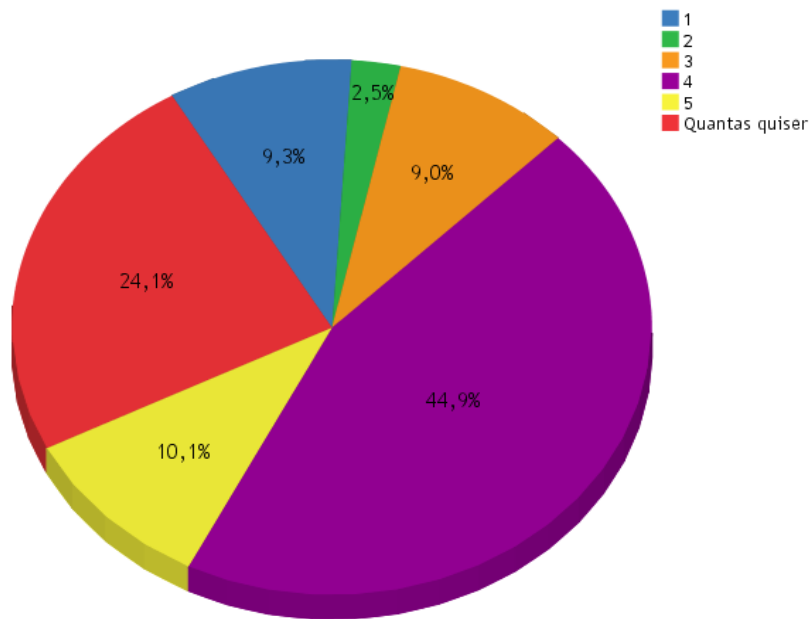


Figura 6. Respostas sobre quantas farmácias pode cada pessoa ou sociedade comercial possuir (n=365).

Os resultados anteriores também foram analisados tendo em conta a profissão dos participantes (Figura 7).

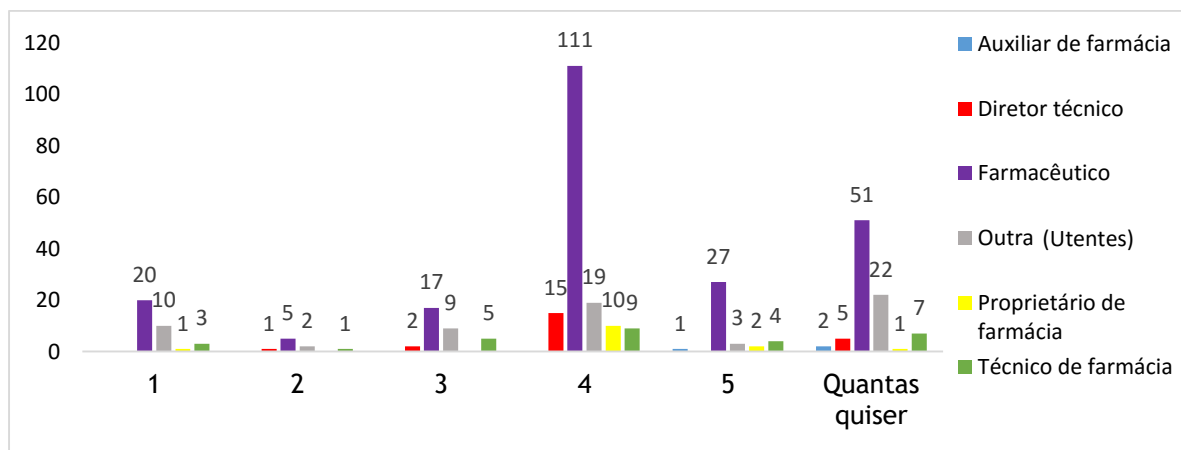


Figura 7. Respostas à pergunta sobre o limite de propriedade, tendo em conta a profissão (n=365).

Neste estudo também se pretendia avaliar o conhecimento da amostra sobre as alterações legislativas que se deram em 2007, para isso foi colocada a pergunta para saber se tiveram conhecimento dessas alterações. Esta pergunta não era dirigida aos utentes, assim, da amostra

parcial (n=300), 278 (92,7%) responderam que tiveram conhecimento das alterações e 22 (7,3%) não (Figura 8).

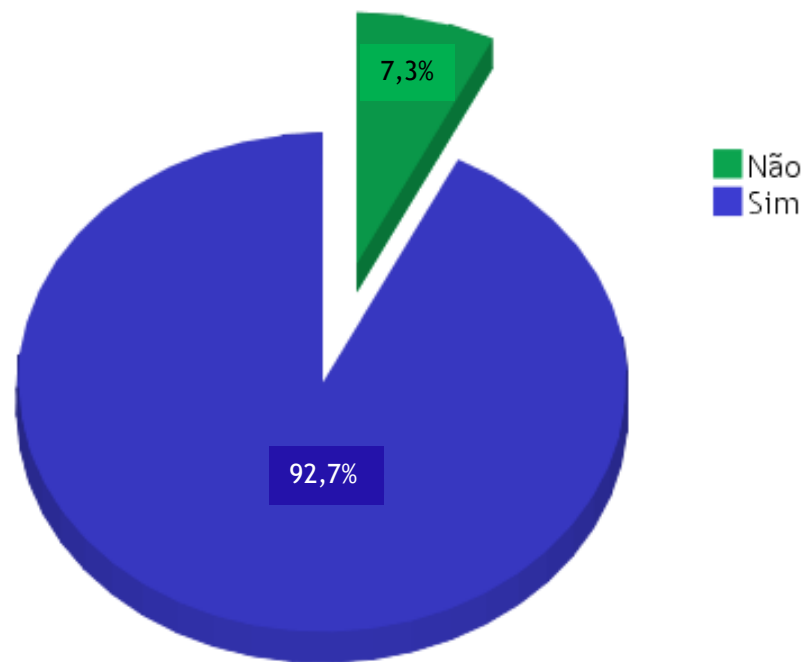


Figura 8. Percentagem da amostra (n=300) que teve ou não conhecimento da alteração legislativa de 2007.

Seguidamente, encontra-se a frequência, tendo em conta a profissão, das respostas à questão anterior (Figura 16).

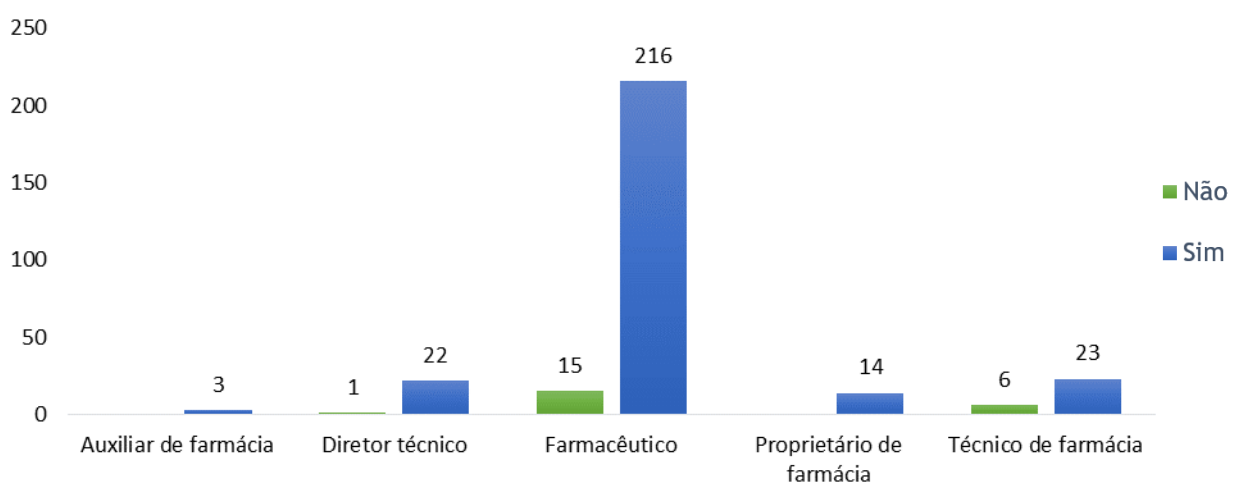


Figura 9. Frequência da amostra (n=300) que teve ou não conhecimento da alteração legislativa tendo em conta a sua profissão.

As questões seguintes foram feitas aos indivíduos que tiveram conhecimento da alteração da legislação da farmácia comunitária em 2007 (amostra parcial de 278). Quando perguntado se apenas os farmacêuticos poderiam ser os proprietários de uma farmácia de acordo com a lei na altura em vigor (até 2007), sendo que 256 (92,1%) reponderam sim e 22 (7,9%) reponderam que não.

Também se verificou qual a resposta dada à pergunta anterior tendo em conta a profissão que exerciam (Figura 10).

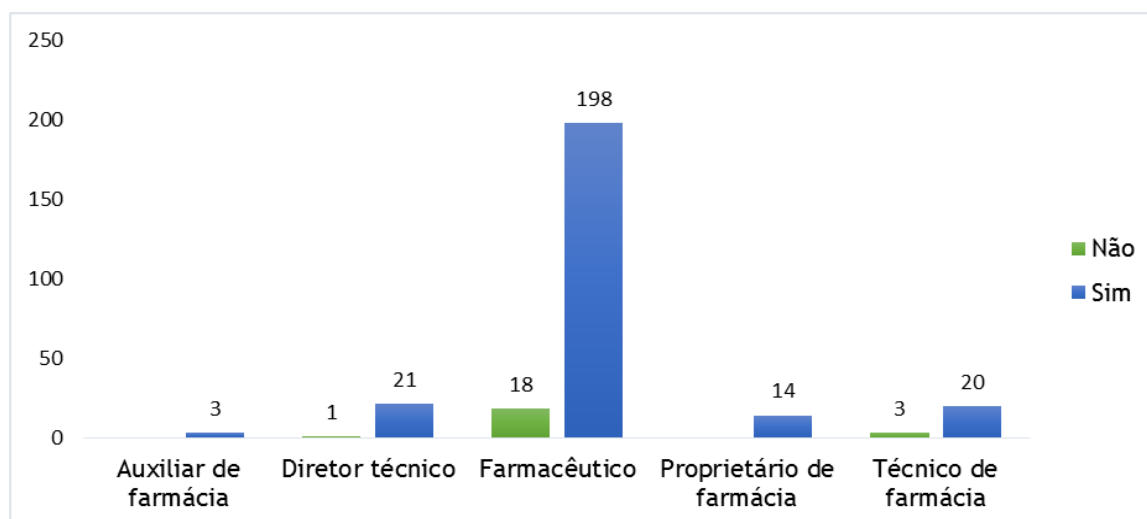


Figura 10. Respostas à questão: “Apenas os farmacêuticos podiam ser os proprietários de uma farmácia antes de 2007?”, tendo em conta a profissão (n=278).

A questão seguinte concernia se cada proprietário, de acordo com a legislação anterior a 2007, apenas podia possuir uma farmácia, sendo que 160 (57,6%) responderam sim e 118 (42,4%) responderam não. Da mesma forma que para a questão anterior, também obtivemos os resultados tendo em conta a profissão (Figura 11).

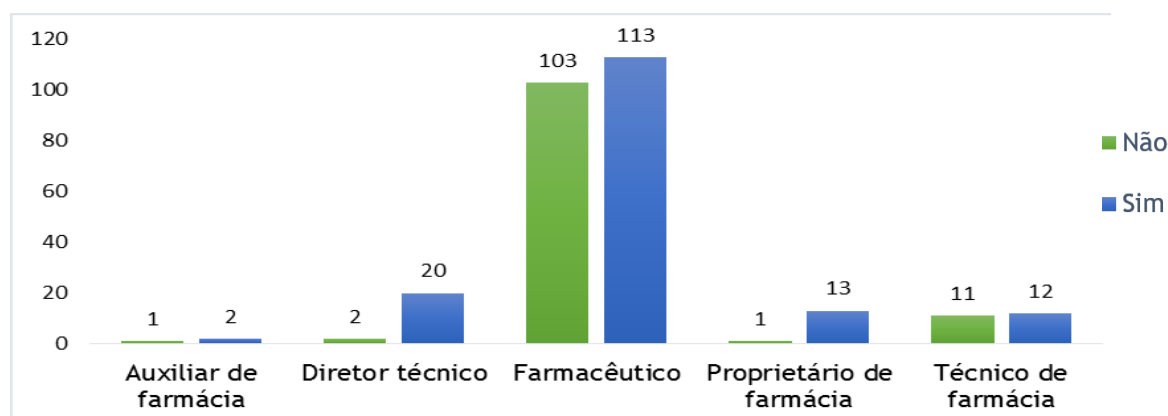


Figura 11. Respostas à pergunta: “Na lei anterior cada proprietário podia apenas ter uma farmácia?”, tendo em conta a profissão (n=278).

Tendo ainda como tema as alterações legislativas de 2007, mais especificamente se houve alterações no quadro legal ligado às IPSS, 184 (66,2%) dos indivíduos responderam que sim e 94 (33,8%) responderam que não. Os resultados que se apresentam, de seguida, dizem respeito às respostas dadas à questão sobre se as IPSS também sofreram alterações legislativas em 2007, considerando a profissão de cada indivíduo (Figura 12).

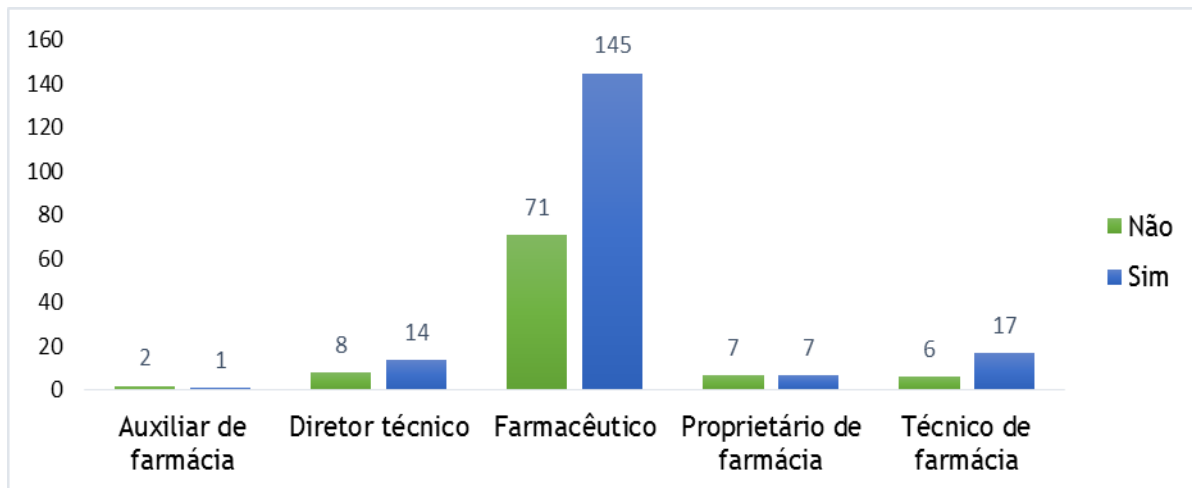


Figura 12. Respostas à pergunta se as IPSS também sofreram alterações legislativas em 2007, tendo em conta a profissão (n=278).

Por forma a obter um panorama geral sobre a opinião dos participantes acerca da introdução do Decreto-Lei n.º 307/2007, foi-lhes perguntado se concordavam ou não com a alteração legislativa da propriedade da farmácia comunitária. De todos os profissionais de saúde, 105 (37,8%) responderam que concordavam enquanto que 173 (62,2%) responderam que não. Assim como com as questões anteriores, também para esta são apresentadas a frequência das respostas em função da profissão que os participantes exercem (Figura 13).

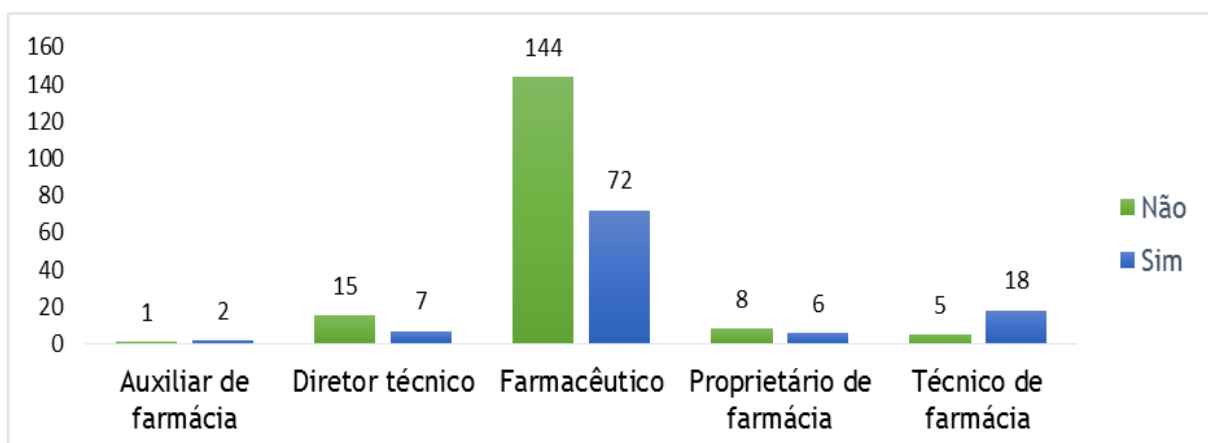


Figura 13. Respostas à pergunta se concordavam com a alteração legislativa da propriedade da farmácia comunitária, tendo em conta a profissão (n=278).

No questionário deste estudo, houve ainda uma pergunta para resposta aberta. O seu objetivo era tentar perceber qual a ou as razões para os participantes não concordarem com a alteração legal da propriedade da farmácia comunitária que ocorreu em 2007. Algumas dessas opiniões encontram-se detalhadas no Anexo IV.

Por último e, tendo em conta que outro dos objetivos deste estudo era obter um panorama acerca da opinião dos participantes no que concerne à homogeneidade da legislação que regula a propriedade da farmácia comunitária dos vários países europeus, foram obtidos os seguintes resultados: para n= 300, 18 (6,0%) concordam que a lei é homogénea na Europa e 282 (94,0%) não concordam (Figura 14).

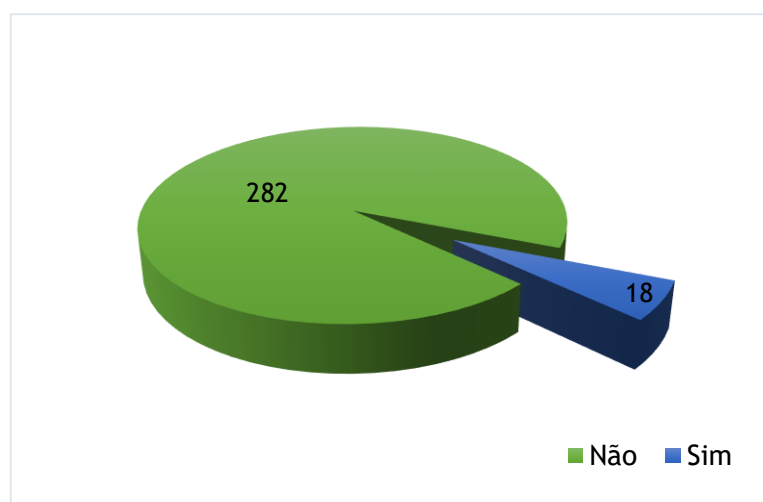


Figura 14. Respostas à pergunta se concordavam que a legislação europeia da farmácia comunitária é homogénea (n=300).

## 1.5. Discussão de resultados

A legislação que regula, entre outros, a propriedade da farmácia comunitária em Portugal, sofreu uma grande reforma no ano de 2007, nomeadamente, com a introdução do Decreto-Lei n.º 307, sendo que até esse ano a direção técnica e a propriedade de uma farmácia tinham carácter vinculativo. As alterações de que se fala são entre outras, o fim da reserva da propriedade da farmácia de oficina apenas a farmacêuticos, a desagregação da propriedade e direção técnica da farmácia, o aumento do limite de farmácias que é permitido possuir e também a alteração do quadro legal no que diz respeito às IPSS que são proprietárias de farmácias comunitárias, sendo que este último caso sofreu algumas reviravoltas discutidas mais à frente.

A transformação legislativa da propriedade da farmácia comunitária ocorrida em 2007 ficou marcada pela contestação e pela divergência de opiniões dos vários setores afetos a esta área.

Tornou-se assim necessário fazer uma reflexão sobre este assunto de forma a avaliar o panorama nacional antes e depois desta alteração legislativa, ou seja, quais os pontos benéficos que advieram e quais as consequências negativas resultaram da introdução do Decreto-Lei n.º 307/2007. Para tal, foi realizado um questionário dirigido aos farmacêuticos e profissionais de saúde que exercem a sua atividade nas farmácias comunitárias, aos seus proprietários assim como aos utentes das farmácias.

Este estudo foi constituído por uma amostra total de 365 participantes, sendo que 290 (79,5%) eram do sexo feminino e 75 (20,5%) eram do sexo masculino. A faixa etária com maior expressão foi a compreendida entre os 18 e os 25 anos que corresponde a 46,3 % da amostra total. A participação de indivíduos mais jovens pode ter-se devido à escolha de divulgação do questionário utilizando uma rede social na internet. De facto, esta escolha pode ter permitido alcançar um maior número de participantes para a nossa amostra, no entanto, indivíduos com idades mais avançadas não são tão propensos a utilizar a internet assim como este tipo de redes sociais [43]. A utilização deste tipo de plataforma para a divulgação do estudo possibilitou ainda cobrir uma maior área geográfica do território português como foi possível constatar através da distribuição da nossa amostra por distrito e por localidade de residência. Os distritos com maior representatividade foram os de Lisboa e do Porto, que corresponderam a 23,3% (n=85) e 12,6% (n=46) da amostra, respetivamente, no entanto, é também de salientar que 9% (n=33) dos participantes residiam na região de Castelo Branco, dos quais 22 (6%) pertenciam à cidade da Covilhã.

Outro tipo de dados que era importante obter a partir do questionário utilizado era a profissão dos participantes. A distribuição da nossa amostra era composta por 14 (3,8%) proprietários de farmácias, 23 (6,3%) diretores técnicos, 231 (63,3%) farmacêuticos, 29 (7,9%) técnicos de farmácia, 3 (0,8%) técnicos auxiliares de farmácia e 65 (17,8%) que considerámos como utentes, logo pode considerar-se que todos os alvos deste estudo foram abrangidos. Como podemos verificar a maior percentagem de participantes neste estudo foram farmacêuticos que pode ser justificado pelas divulgação do questionário em páginas de grupos de farmacêuticos na plataforma Facebook®, no entanto, esta percentagem (63,3%) correspondente a 231 indivíduos, é relativamente pequena em comparação com os farmacêuticos que exercem em Portugal (10980 farmacêuticos) [44]. Todos estes dados são importantes para a obtenção de uma caracterização geral da nossa amostra.

As questões que foram apresentadas de seguida aos participantes estavam relacionadas com o tema deste estudo, começando por abordar a atual legislação farmacêutica em Portugal, mais especificamente, quem poderia ser proprietário de uma farmácia comunitária. A esta questão foram dadas várias opções de escolha sendo que apenas 16,4% (60 participantes) da amostra assinalou as opções corretas, como se pode ver na Figura 5 e no Anexo III que resumiam as respostas múltiplas à questão sobre a propriedade da farmácia comunitária atual.

De facto, a percentagem da amostra que realmente tem conhecimento da legislação atual sobre a propriedade das farmácias comunitárias é bastante baixo, indicando uma certa falta de conhecimento do quadro legal do setor farmacêutico. Quando nos focamos nos participantes com

relação direta à área da farmácia, os resultados tornam-se ainda mais interessantes uma vez que apenas 41 (17,7%) farmacêuticos, 5 (35,7%) proprietários, 10 (43,5%) diretores técnicos e 2 (6,89%) dos técnicos de farmácia selecionaram apenas as opções corretas. A baixa percentagem de respostas certas entre os profissionais de saúde, diretores técnicos e proprietários de farmácia pode dever-se à falta de atualização constante, que deveriam ter em conta, no que concerne à legislação farmacêutica. No que diz respeito à classe farmacêutica, sendo os seus profissionais considerados os especialistas do medicamento, também é verdade que a sua formação académica inclui disciplinas de legislação farmacêutica que, como é de conhecimento geral, está em constante desenvolvimento, sendo necessário, para estes profissionais e para todos os que trabalham na área da farmácia de oficina, tomar conhecimento das alterações da legislação a eles afeta.

Até 2007, além da propriedade da farmácia comunitária ser reservada apenas a farmacêuticos, o seu limite era também de uma farmácia por farmacêutico. Com a introdução do Decreto-Lei n.º 307/2007, esse limite foi alterado para quatro farmácias por pessoa e/ou sociedade comercial. Na questão relacionada com o limite de propriedade, 164 (44,9%) responderam corretamente quatro farmácias. Mesmo com uma percentagem relativamente elevada de respostas corretas, é possível verificar que continua a haver algum desconhecimento da legislação a este respeito, uma vez que apenas 111 (48,0%) farmacêuticos e 9 (31,0%) técnicos de farmácia responderam corretamente e nenhum técnico auxiliar de farmácia respondeu corretamente. Por outro lado, provavelmente por estarem mais ligados à área de gestão farmacêutica, 10 (71,4%) proprietários e 15 (65,2%) diretores técnicos responderam corretamente.

A segunda parte deste estudo compreendia perguntas acerca das alterações legislativas ocorridas em 2007 mas apenas dirigidas aos proprietários (não farmacêuticos), diretores técnicos e profissionais de saúde afetos à farmácia comunitária (amostra parcial de 300 indivíduos). Quando questionados sobre o conhecimento dessas alterações, 278 (92,7%) responderam que sim e 22 (7,3%) responderam que não tiveram conhecimento das alterações. Quando analisamos os dados obtidos tendo em conta a profissão podemos constatar que todos os proprietários e técnicos auxiliares de farmácia tiveram conhecimento das alterações assim como 22 (95,7%) diretores técnicos, 216 (93,5%) farmacêuticos e 23 (79,3%) técnicos de farmácia. Podemos inferir que a percentagem elevada da amostra que estiveram a par das mudanças legislativas que se deram pode dever-se à elevada mediatização a que este assunto esteve e continua a estar sujeito.

A secção seguinte do questionário continha os dados obtidos dos participantes que tiveram conhecimento da alteração legislativa (amostra parcial de 278) e à questão se apenas os farmacêuticos poderiam ser os proprietários de uma farmácia de acordo com a lei anterior a 2007, 256 (92,1%) reponderam sim e 22 (7,9%) reponderam que não. Analisando os dados tendo em conta a profissão, pode verificar-se que em todas as classes a percentagens de respostas corretas foi muito elevada, o que pode ser explicado pelo facto de durante quase toda a existência da legislação respeitante à propriedade da farmácia comunitária, os farmacêuticos eram os únicos que podiam possuir uma farmácia. Além disso, mesmo que o quadro económico atual leve a um aumento do

número de farmácias detidas por grupos e empresas, ainda são muitas as que continuam a ser propriedade de farmacêuticos.

A questão que se seguiu estava relacionada com o limite de propriedade na anterior legislação e à pergunta se cada proprietário, de acordo com a legislação anterior a 2007, apenas podia possuir uma farmácia, 160 (57,6%) responderam sim e 118 (42,4%) responderam não. Explorando estes resultados em termos da profissão dos participantes, podemos afirmar que, em todas as classes, a percentagem dos que responderam corretamente foi bastante elevada. No entanto, torna-se necessário debruçarmo-nos sobre estes resultados, principalmente no que concerne aos farmacêuticos (52,3%) e técnicos de farmácia (52,2%) uma vez que as percentagens correspondentes são mais baixas em relação aos outros profissionais. Estes resultados podem estar relacionados com a faixa etária predominante desta amostra, 18-25 anos, estar associada a estas profissões, sendo que muito provavelmente houve conhecimento da alteração da legislação mas não em específico das áreas que sofreram modificações.

Para terminar esta secção e ainda como assunto as alterações legislativas de 2007, mais especificamente se houve alterações no quadro legislativo ligado às IPSS proprietárias de farmácias comunitárias, 184 (66,2%) dos indivíduos responderam que sim e 94 (33,8%) responderam que não houveram alterações com a introdução do diploma de 2007. Examinando estes resultados numa perspectiva de profissão, 33,3% dos técnicos auxiliares de farmácia, 63,6% dos diretores técnicos, 67,1% dos farmacêuticos, 50,0% dos proprietários e 73,9% dos técnicos de farmácia afirmaram que a lei que regulava as IPSS proprietárias de farmácias de oficina foi alterada pelo Decreto-Lei n.º 307/2007. A percentagem mais heterogénea nesta questão pode estar relacionada principalmente com o desconhecimento geral da população acerca das IPSS e das áreas em que estas estão presentes. De facto, segundo o Decreto-Lei n.º 307/2007, as IPSS proprietárias de farmácias sociais dispunham de um prazo de cinco anos após publicação do diploma para alterarem o seu regime fiscal com o objetivo não deterem maiores benefícios fiscais que os demais proprietários de farmácias. No entanto, com a introdução do Decreto-Lei n.º 172-A/2014 de 14 de novembro, o regime fiscal das IPSS mantém-se pois estas devem obedecer ao “Regime da Normalização Contabilística para as entidades do setor não lucrativo legalmente aplicável”.

Para ultimar esta segunda parte do questionário, foi perguntado aos participantes se concordavam com as alterações que se deram com a introdução do Decreto-Lei n.º 307/2007, dos quais 105 (37,8%) responderam que concordavam enquanto que 173 (62,2%) responderam que não. Com estes resultados, é possível afirmar que grande parte dos participantes não concordam com as alterações da legislação da farmácia de oficina, no entanto, uma percentagem relativamente expressiva são a favor das mudanças que se deram neste setor. Os participantes que não concordam apresentaram algumas razões para justificarem o seu descontentamento como o facto de esta liberalização transformar a farmácia num negócio empresarial como qualquer outro, não visando a

saúde do utente, sendo danosa em termos de competitividade e levando a uma concorrência desleal uma vez que, como demonstrado noutros países, a liberalização da propriedade pode levar a um monopólio de farmácias por grandes grupos; existência da banalização dos alicerces deontológicos e éticos dos farmacêuticos comunitários; degradação das condições de trabalho e do serviço prestado à comunidade; aumento do desemprego e ainda diminuição dos salários dos profissionais qualificados e da qualidade dos serviços prestados.

Para finalizar este estudo, debruçámo-nos sobre a opinião dos participantes no que respeita a homogeneidade da legislação que regula a propriedade da farmácia comunitária dos vários países da Europa, onde apenas 18 (6,00%) acham que a lei é homogénea a nível europeu e 282 (94,00%) não concordam. De facto, a lei que regula a propriedade da farmácia de oficina não é idêntica na Europa nem nos é possível distinguir um padrão que defina melhor as diferenças encontradas em vários Estados-Membros como foi possível constatar através da Tabela 1.

Apesar de se terem obtido resultados significativos para o objetivo deste estudo, as limitações a ele associado podem ter tido um efeito maior do que o esperado. O esboço inicial para a divulgação do questionário, que consistia em utilizar as bases de dados dos profissionais registados nas ordens das suas classes, não foi possível de se concretizar. Assim, embora a distribuição geográfica dos participantes tenha sido bastante satisfatória, a caracterização e o tamanho da nossa amostra pode ter sido afetada por esse fator.

## 1.6. Conclusão

As alterações legislativas que aconteceram com a introdução do Decreto-Lei n.º 307/2007 levaram a uma mudança drástica no panorama nacional no que respeita à propriedade da farmácia comunitária em Portugal. O fim da indivisibilidade da propriedade e da direção técnica da farmácia possibilitou a entrada de grupos económicos, que até então não pertenciam à área da farmácia de oficina, no setor do medicamento. É verdade que a introdução deste diploma teve como pano de fundo o fim do chamado monopólio dos farmacêuticos na propriedade da farmácia, no entanto, as condições económicas desfavoráveis pelas quais o país tem passado ditaram a falência de muitas farmácias de pequena e média dimensão, sem capacidade para equiparar os preços praticados com as que são detidas por grupos. Neste momento podemos estar a atravessar um momento marcante de mudança neste setor, contudo, nem tudo que pode daí advir terá más consequências uma vez que a competitividade pode levar a uma melhoria geral dos serviços prestados nas farmácias comunitárias. Estas terão que ultrapassar as dificuldades aumentando a variedade de serviços que prestam, situação que é já discutida há muito tempo uma vez que os farmacêuticos comunitários nunca quiseram ser considerados como apenas dispensadores de medicamentos. Em vários países da Europa este tipo de legislação existe há muitos anos e, no entanto, a área da farmácia comunitária continua em expansão.

Dada a importância deste tema na atualidade do nosso país, com este projeto de investigação, pretendeu-se avaliar o conhecimento e opinião dos profissionais de saúde, diretores técnicos, proprietários e utentes que frequentam a farmácia comunitária acerca da alteração legislativa que o setor farmacêutico sofreu em 2007 e a legislação atual da propriedade da farmácia de oficina assim como as noções que tinham acerca da homogeneidade da legislação europeia respeitante a esta área. Foi possível concluir que a maioria dos participantes desconhece em geral a legislação que regulava a farmácia comunitária até 2007 assim como o quadro legal atual que rege esta área. No entanto, uma percentagem quase total não concorda com a alteração da legislação, uma vez que, como se pôde ver, nas respostas abertas, a situação económica atual fez esquecer a muitos proprietários que o grande objetivo de uma farmácia comunitária é a saúde e o bem-estar dos utentes e não as questões económicas.

## 1.7. Bibliografia - Capítulo 1

1. Dias, José Pedro Sousa. História da Farmácia em Portugal. Disponível em: [http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid//ofWebStd\\_1/defaultCategoryViewOne.asp?categoryid=1900](http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid//ofWebStd_1/defaultCategoryViewOne.asp?categoryid=1900). [Consultado a 13 dezembro 2015].
2. Rei D.Manuel I, Regimento do Físico-Mor do Reino, 1521. Disponível em: <http://www.cdf.pt/archeevo/viewer?id=1001828>. [Consultado a 13 dezembro 2015].
3. Silva, António Delgado, Coleção oficial de legislação portuguesa, Lisboa: Imprensa Nacional, 1843, p. 239. Disponível em: <https://books.google.pt/books?id=AZIvAQAAAJ&printsec=frontcover&hl=pt-PT#v=onepage&q&f=false>. [Consultado a 13 dezembro 2015].
4. Pita, João Rui. Propriedade de farmácia de oficina em Portugal. Farmácia Portuguesa. 2008, janeiro/fevereiro. N.º173: 32-35. Disponível em: [http://www.anf.pt/images/stories/farmacia\\_portuguesa/fp\\_173.pdf](http://www.anf.pt/images/stories/farmacia_portuguesa/fp_173.pdf). [Consultado a 15 dezembro 2015].
5. Pita, João Rui. A farmácia e o medicamento em Portugal nos últimos 25 anos. Debater a Europa. 2010, janeiro/dezembro. N.º 2/3: 38-43. Disponível em: <https://infoeuropa.euroid.pt/files/database/000046001-000047000/000046665.pdf>. [Consultado a 15 de dezembro de 2015].
6. Decreto-Lei n.º 9431, de 16 de fevereiro, Diário da República, I série. N.º36, de 16 de fevereiro de 1924.
7. Decreto-Lei n.º 13470, de 18 de abril, Diário da República, I série. N.º77, de 18 de abril de 1927.
8. Decreto-Lei n.º 17636, de 21 de novembro, Diário da República, I série. N.º268, de 21 de novembro de 1929.
9. Decreto-Lei n.º 23422, de 29 de dezembro, Diário da República, I série. N.º297, de 21 de dezembro de 1933.
10. Lei n.º 2125, de 20 de março, Diário da República, I série. N.º67, de 20 de março de 1965.
11. Decreto-Lei n.º 48547, de 27 de agosto, Diário da República, I série. N.º202, de 7 de agosto de 1968.
12. Diretiva 123/2006/CE, de 27 de dezembro, Parlamento Europeu e do Conselho. N.º376 de 27 de dezembro de 2006.
13. Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, Diário da República, I série. N.º168, de 31 de agosto de 2007.
14. Constituição da República Portuguesa VII, Assembleia da República, 7ª Revisão constitucional, 2005.
15. Portaria n.º 352/2012, de 30 de outubro, Diário da República, I série. N.º210, de 30 de outubro de 2012.

16. Ordem dos Farmacêuticos. As mudanças em Farmácia Comunitária. ROF. 2007, novembro/dezembro. N.º 80: 7. Disponível em:  
[http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer\\_pt/docs/doc2279.pdf](http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/doc2279.pdf).  
[Consultado a 20 de dezembro de 2015].
17. LUSA (Agência de Notícias de Portugal, S.A.). PSD propõe alterações ao regime jurídico das farmácias, BE fala em "dar rebuçados". 2007, 30 de novembro. Disponível em:  
[http://www.rtp.pt/noticias/pais/psd-propoe-alteracoes-ao-regime-juridico-das-farmacias-be-fala-em-dar-rebucados\\_n53428](http://www.rtp.pt/noticias/pais/psd-propoe-alteracoes-ao-regime-juridico-das-farmacias-be-fala-em-dar-rebucados_n53428). [Consultado a 26 de janeiro de 2016].
18. Ordem dos Farmacêuticos. Diploma aguarda promulgação. ROF. 2007, novembro/dezembro. N.º 76: 18-19. Disponível em:  
[http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer\\_pt/docs/doc2251.pdf](http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/doc2251.pdf).  
[Consultado a 26 de janeiro de 2016].
19. Diretiva 2005/36/CE, de 7 de setembro, Parlamento Europeu e do Conselho. N.º255 de 7 de setembro de 2005.
20. Golman, Judy. European Court Rules that Restriction on Pharmacy Ownership is Justified. Ipureview. 2009, julho. Disponível em:  
<http://www.beauchamps.ie/downloads/European%20Court%20Rules%20that%20Restriction%20on%20Pharmacy%20Ownership%20is%20Justified%20ipu%20jul09.pdf>. [Consultado a 20 de dezembro de 2015].
21. Processos C-171/07 e C-172/07. Acórdão do Tribunal de Justiça (Grande Secção). Apothekerkammer des Saarlandes e outros (C-171/07) e Helga Neumann-Seiwert (C-172/07) contra Saarland e Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales. 2009, 19 de maio.
22. Processo C-531/06. Acórdão do Tribunal de Justiça (Grande Secção). Comissão das Comunidades Europeias contra República italiana, 2009, 19 de maio.
23. Versões consolidadas do Tratado da União Europeia e Tratado que institui a Comunidade Europeia. Jornal Oficial da União Europeia. 2006, 29 de dezembro. N.º321.
24. Hervey, Tamara K., McHale, Jean V. European Union Health Law: Themes and Implications. Cambridge University Press. 2015, 12 de novembro.
25. IAPMEI, Leónidas, Matos & Associados. Sociedade anónima. 2005, 20 de dezembro. Disponível em: <http://www.iapmei.pt/iapmei-art-03.php?id=476>. [Consultado a 21 de dezembro de 2015].
26. Decreto-Lei n.º 109/2014, de 10 de julho, Diário da República, I série. N.º131, de 10 de julho de 2014.
27. Lei n.º 16/2013, de 8 de fevereiro, Diário da República, I série. N.º28, de 8 de fevereiro de 2013.
28. Vogler, S., Arts, D., Habl, C. COMMUNITY PHARMACY IN EUROPE. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen Austrian Health Institute. Viena. 2006, fevereiro.
29. Lluch, M. Are regulations of community pharmacies in Europe questioning our pro-competitive policies?. Eurohealth. Vol 15. N.º 4: 7.

30. Volkerink B, de Bas P, van Gorp N, Philipsen N. Study of regulatory restrictions in the field of pharmacies. ECORYS Nederland BV in cooperation with METRO - University of Maastricht. Rotterdam. 2007.
31. OECD. Regulatory Reform in Ireland: The Role of Competition Policy in Regulatory Reform. Paris. 2001.
32. Ley 14/1986, de 25 de abril. Ley General de Sanidad. BOE. N.º 102, de 29 de abril de 1986.
33. Code de la Santé Publique, 1 Janvier 2016. Partie législative. Legifrance. 2016, 1 de janeiro.
34. ABDA. GERMAN PHARMACIES - FIGURES, DATA, FACTS 2015. ABDA - Federal Union of German Associations of Pharmacists. Berlin. 2015. Jägerstraße 49/50.
35. Steindl, H. The Legal Standards of the Austrian pharmacies. Österreichische Apothekerkammer. Viena. 2006, dezembro.
36. Legge 8 novembre 1991, n. 362: Norme di riordino del settore farmaceutico. G.U. N.º 269 del 16 novembre 1991.
37. ΝΟΜΟΣ 1963/91 ΦΕΚ. ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ (ΙΔΡΥΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ).
38. PHARMACEUTICAL SOCIETY OF IRELAND. RETAIL PHARMACY BUSINESSES (REGISTRATION) RULES. 2008; Pharmacy Act 2007.
39. PGEU (Pharmaceutical Group of the European Union). Pharmacy Ownership and Establishment. Pielikums Nr.2 Pharmacy Ownership and Establishment. Brussels.
40. Apotekforeningen. Pharmacies and Pharmaceuticals in Norway 2008. Oslo. 2008.
41. Loi fédérale sur les médicaments et les dispositifs médicaux- Assemblée fédérale de la Confédération suisse, 2012, 7 de novembro.
42. Philipsen, N., Regulation of and by pharmacists in the Netherlands and Belgium: an economic approach. Maastricht. 2003.
43. Lenhart, Amanda, et al. Social Media & Mobile Internet Use among Teens and Young Adults. Millennials. Pew Internet & American Life Project. 2010.
44. INE, PORDATA. Pessoal de saúde: médicos, dentistas, odontologistas, enfermeiros e farmacêuticos - Portugal. Disponível em:  
<http://www.pordata.pt/Portugal/Pessoal+de+sa%C3%BAde+m%C3%A9dicos++dentistas++odontologistas++enfermeiros++farmac%C3%A9uticos-144>. [Consultado em 26 de janeiro de 2016].

# Capítulo 2 - Estágio em Farmácia Comunitária

## 2.1. Introdução

A área da saúde é cada vez mais considerada uma prioridade na nossa sociedade. Tem sido alvo de constante investimento quer político quer financeiro com o objetivo global de uma sociedade mais saudável com uma maior longevidade.

Enquanto parte integrante do sistema nacional de prestação de cuidados de saúde, a farmácia comunitária possui um papel de extrema importância. Nas farmácias de oficina são prestados serviços de intervenção farmacêutica que incluem a promoção da saúde e prevenção da doença, identificação precoce de suspeitos, vigilância de doentes sob terapêutica, cuidados continuados [1]. Estes objetivos são transversais aos profissionais que trabalham nesta área, como é o caso dos farmacêuticos. A atividade farmacêutica tem como objetivo essencial da sua função o doente, tornando fundamental o responsável e rigoroso desempenho desta atividade, dotada de competência e ética para que os cuidados de saúde que são prestados sejam de elevada qualidade e excelência [2].

A profissão de farmacêutico de oficina é uma atividade que regularmente sofre alterações principalmente no que diz respeito à legislação que a rege. Assim, torna-se primordial que o farmacêutico esteja em constante atualização para que o serviço que presta à comunidade seja o mais correto e enquadrado na legislação.

O farmacêutico, ainda hoje considerado o especialista do medicamento [4], desempenha várias funções vitais para o correto funcionamento de uma farmácia comunitária. Estas funções não se baseiam apenas no seu conhecimento científico e académico, há que possuir também um lado mais humano, generoso e atencioso. Hoje em dia o farmacêutico necessita de ir mais além. Com o aparecimento de novos desafios, que vão desde a cada vez mais recorrente automedicação, à verificação da correta prescrição feita pelo médico e até ao envelhecimento da população, o farmacêutico surge, no meu ponto de vista, como um pilar essencial na promoção da saúde em geral.

Este relatório diz respeito ao estágio curricular que efetuei na Farmácia Sant'Ana (doravante também designada por FSA) no período compreendido entre o dia 31 de agosto de 2015 e 8 de janeiro de 2016.

## **2.2. Organização da farmácia Sant'Ana**

### **2.2.1. Localização e horário de funcionamento**

A FSA situada na Alameda Pêro da Covilhã, freguesia da Boidobra, concelho da Covilhã, encontra-se inserida no centro comercial Covilhã Shopping.

O seu horário de funcionamento encontra-se em conformidade com o artigo 2º da Portaria n.º 277/2012, de 12 de setembro, que define um mínimo de 44h mínimas semanais de funcionamento de uma farmácia [4]. A FSA está aberta ao público das 9h às 22h, sem interrupção para almoço, todos os dias, incluindo fins-de-semana. A noite de serviço permanente é realizada semanalmente, em regime de rotatividade com as sete farmácias que prestam serviço na zona.

A localização da FSA pode ser considerada como uma zona privilegiada devido à sua proximidade com o Hospital Cova da Beira tornando mais cómodo aos doentes aviarem as suas receitas sem ser necessário percorrer grandes distâncias. O seu horário de atendimento alargado pode ser também considerado uma mais-valia para os utentes que necessitam de prestação de serviços fora do horário de comércio dito normal.

### **2.2.2. Recursos Humanos**

Segundo o artigo 23º do Decreto-Lei n.º307/2007, de 31 de agosto, que estabelece o regime jurídico das farmácias de oficina, as farmácias devem dispor de, pelo menos, um diretor técnico e de outro farmacêutico. A alínea 3 deste mesmo artigo refere ainda que os farmacêuticos devem, tendencialmente, constituir a maioria dos trabalhadores da farmácia. No entanto, estes podem ser auxiliados por técnicos de farmácia ou por outro pessoal devidamente habilitado [5].

A equipa de trabalho de uma farmácia comunitária pode ser considerada o motor da mesma. Estes trabalhadores são essenciais no que diz respeito à valorização dos utentes na altura do seu atendimento e, muitas vezes, são eles a razão pela qual os utentes se fidelizam a determinada farmácia.

A FSA possui uma equipa multifacetada caracterizada pelo seu profissionalismo, pela atenção que dispensam a cada utente individualmente, pela boa disposição sempre presente e companheirismo em todas as tarefas que executam. Os recursos humanos da FSA são constituídos por um farmacêutico diretor-técnico, dois farmacêuticos substitutos, dois farmacêuticos, dois técnicos de farmácia, dois técnicos auxiliares de farmácia, um contabilista e uma empregada de limpeza. Esta equipa é também auxiliada nos serviços de administração de injetáveis e tratamento de feridas e ainda consultas de nutrição prestados na farmácia por uma enfermeira e uma

nutricionista, respetivamente. Os recursos humanos da FSA são descritos de seguida de acordo com a função que executam:

Direção técnica: Dra. Paula Bártolo

Farmacêuticos: Dra. Alexandra Abreu, Dr. João Silva, Dra. Carolina Goulão, Dra. Cátia Valente

Técnicos de farmácia: Tiago Matas, Joana Gonçalves

Técnicos auxiliares de farmácia: Rute Valentim, Ana Cláudia Justino

Contabilista: Sr. António Abrantes

Empregada de Limpeza: D. Marilza Moreira

Nutricionista: Ana Cláudia Justino

Enfermeira: Maria José

### **2.2.3. Funções do diretor técnico, seus substitutos e adjuntos**

De acordo com a legislação em vigor, a direção técnica da farmácia é assegurada, em permanência, pelo farmacêutico diretor técnico, neste caso a Dra. Paula Bártolo. No exercício da sua atividade, compete à direção técnica assumir a responsabilidade pela execução de todos os atos farmacêuticos praticados na farmácia assim como assegurar o cumprimento dos princípios e deveres previstos na lei que regula a atividade farmacêutica, mais especificamente:

- Garantir a prestação de esclarecimentos aos utentes sobre a forma de utilização dos medicamentos e condições de conservação dos mesmos;
- Promover o uso racional do medicamento;
- Assegurar que os medicamentos sujeitos a receita médica apenas são dispensados aos utentes que a não apresentem em casos de força maior, desde que devidamente justificados;
- Garantir que os medicamentos e outros produtos são fornecidos em bom estado de conservação;
- Garantir que a farmácia se encontra em condições adequadas higiene e segurança;
- Assegurar que a farmácia dispõe de um aprovisionamento suficiente de medicamentos;
- Zelar para que o pessoal que trabalha na farmácia mantenha, em permanência, o asseio e a higiene;
- Verificar o cumprimento das regras deontológicas da atividade farmacêutica [5].

Na ausência do diretor técnico, as funções e obrigações que lhe competem podem ser atribuídas ao farmacêutico adjunto que está de serviço.

A FSA possui um organigrama que estipula as funções assim como as áreas pelas quais é responsável cada elemento da equipa.

#### **2.2.4. Espaço físico da farmácia**

A FSA cumpre todos os requisitos no que diz respeito ao espaço físico de uma farmácia de oficina presentes na Deliberação n.º 1502/2014, de 3 de julho, assim como nas normas das Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária [6,7].

##### **2.2.4.1. Identificação e espaço exterior da farmácia**

Externamente, a farmácia é facilmente identificável pela presença da placa com a sua identificação e por um sinal verde luminoso em forma de cruz. A FSA possui duas frentes externas que possuem publicidade de produtos farmacêuticos, que vão desde protetores solares a medidores de pressão arterial, e são regularmente mudados de acordo com a época do ano em que nos encontramos. No que respeita à acessibilidade, a entrada para a FSA pode ser feita através de duas portas, uma que dá acesso imediato ao exterior e a outra ao interior do centro comercial. Na frente que possui a porta exterior encontra-se visível a identificação da direção técnica, o horário de funcionamento da farmácia assim como a lista semanal das farmácias que prestam serviço permanente. Uma vez que esta farmácia pertence ao grupo das Farmácias Portuguesas (FP), também se encontra visível um autocolante com essa indicação. Sendo um espaço aberto ao público, também é obrigatória a existência da indicação da proibição da entrada a animais, com as devidas exceções previstas na lei.

##### **2.2.4.2. Espaço interior da farmácia**

A área mínima e as divisões obrigatórias que devem existir numa farmácia de oficina estão regulamentadas pela Deliberação n.º 1502/2014, de 3 de julho. De acordo com a legislação em vigor as farmácias devem, obrigatoriamente, ter uma área útil total mínima de 95 m<sup>2</sup>, devem dispor de uma sala de atendimento ao público com, pelo menos, 50 m<sup>2</sup>, um armazém com, pelo menos, 25 m<sup>2</sup>, um laboratório com, pelo menos, 8 m<sup>2</sup>, instalações sanitárias com, pelo menos, 5 m<sup>2</sup> e por fim um gabinete de atendimento personalizado, exclusivamente para a prestação de serviços de saúde, referido no n.º 2 do artigo 3.º da Portaria n.º 1429/2007, de 2 de novembro, com, pelo menos, 7 m<sup>2</sup>. Segundo o artigo 3º da Deliberação n.º 1502/2014, uma farmácia pode ainda possuir, facultativamente, um gabinete da direção técnica, uma zona de recolhimento ou quarto e uma área técnica de informática e economato [7,8].

Cumprindo os requisitos legais citados acima, a FSA possui dois pisos. No primeiro piso existem as seguintes divisões:

*a) Área de atendimento ao público*

Esta zona é uma área aberta que é constituída por um balcão com quatro postos de atendimento. Na parte posterior deste balcão encontram-se os expositores onde são visíveis medicamentos não sujeitos a receita médica, produtos fitoterapêuticos, medicamentos de uso veterinário, produtos de estomatologia entre outros. A parte inferior destes expositores é constituída por armários onde não estão visíveis as pomadas e certos medicamentos sujeitos a receita médica, supositórios, loções, entre outros. A área de atendimento ao público possui ainda ilhas no meio do espaço e expositores que se encontram encostados às montras, com livre acesso ao público, onde se encontram produtos de higiene e tratamento capilar, higiene corporal e íntima, puericultura, produtos especiais de suplementação e de alimentação para pré e pós-gestantes, grávidas e lactentes, produtos ortopédicos, desinfetantes, produtos de higiene oral e ainda produtos considerados sazonais como por exemplo os protetores solares. Neste espaço existem também bancos onde as pessoas se podem sentar enquanto esperam pelo seu atendimento, uma balança onde é possível ao público determinar a sua pressão arterial, o seu peso e o seu índice de massa corporal (IMC) e um contentor destinado às embalagens de medicamentos que já não utilizados ou que se encontram fora do prazo de validade para posterior reciclagem (VALORMED).

*b) Gabinete de atendimento personalizado*

É neste local que os vários serviços farmacêuticos da FSA são prestados. Este gabinete está devidamente equipado para ser possível efetuar medições de glicémia, triglicéridos, colesterol total, medição da pressão arterial, administração de injetáveis e tratamento de feridas. Uma vez que se trata de um espaço com privacidade, é nele que são efetuadas as consultas de enfermagem e de nutrição e onde são prestados conselhos farmacêuticos a utentes onde a privacidade seja imperativa.

*c) Área de armazenamento e receção de encomendas*

Nesta zona encontra-se o armário principal de armazenamento de medicamentos. Este é constituído por gavetas deslizantes onde os comprimidos e as cápsulas estão dispostos por ordem alfabética do princípio ativo. O armário possui ainda gavetas separadas onde se encontram os psicotrópicos e estupefacientes, contraceptivos orais, gotas orais, saquetas, ampolas, medicamentos injetáveis, sistemas transdérmicos, aerossóis e produtos oftálmicos. Todas as gavetas estão devidamente identificáveis de forma a aumentar a eficácia e a rapidez quer no atendimento ao público quer na arrumação dos medicamentos após a sua receção.

Esta sala dispõe também de um frigorífico onde são armazenados os medicamentos de frio, um telefone/fax e ainda um computador onde estão ligados uma impressora convencional e de códigos de barras e um leitor de código de barras. A principal função deste computador é a receção de encomendas mas, sendo um dos principais terminais informáticos, também são enviados os pedidos

de encomendas, devoluções, regularizações de devoluções, controlo do *stock* de psicotrópicos e estupefacientes semanalmente, controlo da temperatura e humidade em todas as áreas controladas da farmácia entre outros que serão discutidos mais à frente.

#### d) *Laboratório*

O laboratório cumpre os requisitos presentes nas BPF sendo constituído por uma bancada, onde se encontra uma balança de precisão sensível, um lavatório, um exaustor e armários. Nos armários é possível encontrar armazenadas as matérias-primas, material para a embalagem e rotulagem e material de laboratório necessários para a preparação de manipulados. Na bancada também existe água purificada engarrafada para que facilmente seja possível fazer as reconstituições de preparações extemporâneas que quase diariamente é necessário fazer. A estante existente no laboratório possui toda a bibliografia de apoio (Formulário Galénico Português, Farmacopeia Portuguesa e Prontuário Terapêutico) assim como os registos e procedimentos da preparação de manipulados e os registos das saídas de matérias-primas que vão sendo utilizadas.

O segundo piso da FSA é constituído por uma zona de armazenamento secundária onde são colocados os medicamentos que não têm espaço no armário principal e os excedentes dos produtos que se encontram na área de atendimento ao público. A arrumação destes é feita primariamente de acordo com as zonas onde se encontram expostas e secundariamente por ordem alfabética de princípio ativo ou nome comercial. É neste piso que também se encontram os dois escritórios, um destinado à direção técnica e o outro onde são feitas as formações e reuniões da equipa e ainda as instalações sanitárias e o vestiário.

### **2.2.5. Equipamento informático**

O equipamento informático desempenha um papel fundamental para o bom desempenho e funcionamento de uma farmácia de oficina e deverá ser o mais atualizado possível para a correta prestação dos seus serviços. O sistema operativo de todos os computadores da FSA é o Windows 7®. Em termos de *software*, é utilizado o programa SIFARMA 2000®, o sistema HW4 para o controlo da temperatura e humidade, sistema de gravação de imagens das câmaras de segurança e registo de faturação. O *software* SIFARMA 2000® vai sendo atualizado automaticamente e sempre que necessário pela empresa que fornece este programa, a Glintt.

### **2.2.6. Gestão e controlo de qualidade**

A FSA possui já vários procedimentos escritos de forma a facilitar a execução de várias tarefas. Aquando do meu estágio estavam já implementados, por exemplo, procedimentos que diziam respeito às tarefas executadas no laboratório ou o que fazer em caso de algum acidente que

acontecesse dentro da farmácia. Outros procedimentos relativos às boas práticas de dispensa e aconselhamento, receção de encomendas, etc., estavam também a ser concluídos para brevemente serem implementados. O controlo de qualidade da FSA ainda não é certificado externamente, sendo esse um dos objetivos a medio prazo que a direção técnica pretende atingir.

O meu estágio começou pela minha apresentação aos membros da equipa que estavam presentes e, nesse instante, foi notória a sua amabilidade, profissionalismo e a vontade de me ajudarem no que precisasse. Foram-me também apresentadas todas as divisões descritas anteriormente assim como me foi dado conhecimento do modo de funcionamento da farmácia através dos procedimentos de qualidade interna da farmácia. A direção técnica também me disponibilizou os procedimentos ainda não aprovados mas que mais tarde serão implementados.

### 2.3. Informação e Documentação Científica

Numa farmácia de oficina é essencial a existência de biblioteca atualizada e organizada quer seja em suporte de papel ou em suporte informático. Isto permite o esclarecimento de qualquer dúvida que surja ao farmacêutico, cujo principal objetivo é a prestação de um serviço de qualidade, e que fácil e rapidamente seja resolvida. Enquadrados no Decreto-Lei n.º 307/2007 de 31 de agosto, e na Deliberação n.º 414/CD/2007, a Farmacopeia Portuguesa (em formato eletrónico ou papel) e o Prontuário Terapêutico são alguns dos suportes bibliográficos presentes na FSA. Existem também outros apoios bibliográficos como o Simposium Terapêutico, o Formulário Galénico Português, o Código de Ética da Ordem dos Farmacêuticos, o Dicionário de termos médicos e os Estatutos da Ordem dos Farmacêuticos que, embora não obrigatórios, são importantes para o exercício da atividade farmacêutica [5,9]. Os procedimentos operativos internos concebidos pela direção técnica também estão disponíveis para consulta e, além disso, sempre que são publicadas novas circulares do INFARMED, estas são colocadas num local visível a toda a equipa para a sua consulta. Não menos importante é a consulta de informação *online* através do site do INFARMED, OF, Farmácias Portuguesas, ANF e através do próprio SIFARMA 2000® que é utilizada quer para consultar o stock de um determinado medicamentos que existe na farmácia quer para tirar dúvidas acerca da sua posologia, interações, contraindicações ou até mesmo reações adversas.

Ao longo do meu estágio foi necessário utilizar alguns destes apoios bibliográficos como, por exemplo, o Formulário Galénico Português para fazer manipulados ou o SIFARMA 2000 ® aquando do atendimento ao público para verificar o *stock* de um medicamento na farmácia e para tirar dúvidas acerca do melhor aconselhamento a prestar ao utente.

## 2.4. Medicamentos e outros produtos de saúde

O bom desempenho da atividade farmacêutica deve-se em muito ao conhecimento que se adquire sobre todos os medicamentos e produtos que existem na farmácia onde se trabalha. Isso é essencial para se conseguir um melhor e mais eficaz aconselhamento ao utente de acordo com os produtos que existem na farmácia. O meu conhecimento sobre os produtos e medicamentos existentes na FSA foi adquirido através da receção de encomendas e a arrumação das mesmas. Nestas encomendas encontravam-se:

- Medicamentos em geral;
- Psicotrópicos e estupefacientes;
- Medicamentos e produtos farmacêuticos homeopáticos;
- Medicamentos e produtos de uso veterinário;
- Produtos fitoterapêuticos;
- Preparações officinais e magistrais;
- Produtos para alimentação especial e dietética;
- Produtos cosméticos e dermofarmacêuticos;
- Dispositivos médicos.

### 2.4.1. Definições

Certas definições presentes no Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, são úteis ao trabalho de um farmacêutico de oficina embora, normalmente, estas já sejam intrínsecas devido à sua formação académica [10].

- **Medicamento:** “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”;

- **Medicamento genérico:** “todo o 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, com base em estudos de biodisponibilidade apropriados”;

- **Medicamentos essencialmente similares:** “todos os medicamentos com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias ativas, sob a mesma forma farmacêutica e para os quais,

sempre que necessário, foi demonstrada bioequivalência com o medicamento de referência, com base em estudos de biodisponibilidade apropriados”;

- **Medicamento de referência:** “medicamento cuja substância activa foi autorizada e comercializada pela primeira vez com base em documentação completa, incluindo resultados de ensaios químicos, biológicos, farmacêuticos, farmacológicos, toxicológicos e clínicos”;

- **Nome genérico:** “designação pela qual a substância activa de um medicamento é conhecida, que não corresponde a uma DCI aprovada ou recomendada e não é objecto de registo de marca ou de nome”;

- **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 assistidos por essa farmácia ou serviço”;

- **Fórmula magistral:** “qualquer medicamento preparado numa farmácia de oficina ou serviço farmacêutico hospitalar, segundo uma receita médica e destinado a um doente determinado”.

Ainda de acordo com o Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro que regula o regime jurídico do tráfico e consumo de psicotrópicos e estupefacientes, é possível verificar a existência de mais definições:

- **Substância psicotrópica:** “qualquer substância, natural ou sintética, ou qualquer produto natural constante das tabelas I, II, III e V”;

- **Estupefaciente:** “qualquer substância, natural ou sintética, das tabelas I e II” [11].

## 2.5. Aprovisionamento e armazenamento

### 2.5.1. Aprovisionamento

A organização de uma farmácia assim como o seu bom funcionamento, em geral, estão dependentes de um eficiente aprovisionamento e gestão de *stocks*. Esta etapa garante um uso racional dos recursos financeiros tendo em conta o espaço físico existente para o armazenamento de medicamentos assim como a necessidade dos utentes que frequentam a farmácia e as necessidades sazonais de determinados produtos. Após me serem dados a conhecer os

procedimentos efetuados na receção de encomendas, ao longo do meu estágio, foi-me dada essa tarefa que ao início apenas era feita sob supervisão.

## 2.5.2. Gestão de encomendas

Na FSA são efetuadas vários tipos de encomenda sendo as principais as que são geradas automática e diariamente pelo SIFARMA 2000®. Estas encomendas são geradas de acordo com os produtos que são vendidos nesse dia, isto é, na ficha do SIFARMA 2000® de cada produto a direção técnica define um *stock* mínimo e máximo para esse mesmo produto. Quando o valor do *stock* mínimo é atingido, é enviado automaticamente para a encomenda diária o número que embalagens necessárias para se atingir o *stock* máximo desse produto. Esta encomenda é depois revista para que, se necessário, sejam feitas alterações antes de ser enviada ao fornecedor informaticamente. Outro tipo de encomendas que são feitas na FSA são as encomendas instantâneas. Estas são efetuadas, também através do SIFARMA 2000®, pelo farmacêutico ou técnico aquando do atendimento a um utente quando um produto não está disponível na farmácia mas existe uma certa urgência para o utente o receber. As encomendas através de telefone normalmente apenas são efetuadas se algum produto se encontrar esgotado pelo fornecedor indicado na ficha de produto, se um utente pede um produto específico que ainda não tenha sido comercializado na farmácia ou se não for possível fazer uma encomenda ao fornecedor informaticamente através do SIFARMA 2000®. Neste último tipo de encomendas, após a sua receção na farmácia, é necessária a criação de uma encomenda informática que de seguida é rececionada da mesma forma que as anteriores. Existe ainda outro tipo de encomendas que são as que são efetuadas diretamente aos laboratórios. Normalmente, estas fazem-se através dos delegados comerciais apenas quando algum produto se encontra esgotado nos armazenistas habituais ou quando existem vantagens na compra de determinados pacotes de produtos.

Durante o meu estágio, com o auxílio da diretora técnica, efetuei uma encomenda diária, tendo em conta a proposta que o SIFARMA 2000® apresentou e dados estatísticos de entradas e saídas dos produtos. Efetuei ainda algumas encomendas por telefone, uma vez que o sistema informático indicava erro na finalização da encomenda *online*, e encomendas instantâneas durante o atendimento ao balcão. Quando eram feitas encomendas instantâneas, informáticas ou por telefone, era necessário o seu registo através do nome do operador que a efetuou, o nome e código do produto encomendado, o número e qual o fornecedor da encomenda, a hora do pedido e da previsão de chegada da encomenda. Este registo era essencial para que quem rececionava uma encomenda saber se se tratava de uma reserva ou se se tratava de produtos para *stock*.

## 2.5.3. Seleção de fornecedores

A FSA trabalha principalmente com três armazenistas: Plural (fornecedor principal), Alliance Healthcare e COOPROFAR. A seleção do fornecedor é feita tendo em conta diversos critérios como

a proximidade do armazém, o número de entregas diárias, o horário das rotas diárias, a disponibilidade dos produtos assim como condições especiais de compra (bonificações e descontos diretos) e facilidades de pagamento. Através do conhecimento do horário das rotas diárias é possível prever a entrega de produtos encomendados instantaneamente e informar o utente de quando o produto estará disponível. Como já referido, no que diz respeito a compras de determinados produtos como os cosméticos ou os produtos sazonais, a compra destes é feita diretamente ao laboratório que os fornece. Embora este tipo de encomendas diretas normalmente implique a compra de um número elevado de produtos ou um conjunto variado de produtos também permite à farmácia beneficiar de condições de compra que os restantes fornecedores não são capazes de oferecer.

#### **2.5.4. Receção e verificação de encomendas**

A receção e verificação de encomendas é um processo que exige bastante responsabilidade a quem o realiza. Esta fase influencia diretamente a gestão de *stocks* assim como o controlo das validades dos produtos. Uma encomenda vem sempre acompanhada pela respetiva fatura (original e duplicado). O primeiro passo da receção consiste em verificar a correta identificação do fornecedor e, neste caso, dos dados contabilísticos da farmácia. Então o original da fatura é enviado para a contabilidade e o duplicado é utilizado para a verificação da encomenda. No caso de encomendas instantâneas realizadas *online* e encomendas diárias, a sua receção inicia-se através do SIFARMA 2000®, no ícone “Receção de encomendas”. Após ser selecionada a encomenda, é introduzido o número da fatura manualmente ou através de leitura ótica, a data e o valor total indicado na fatura. Estes primeiros passos são seguidos da leitura ótica de cada produto para ser possível fazer uma conferência quantitativa dos produtos recebidos assim como controlo da validade dos mesmos. Se não houver *stock* do produto recebido ou se este possuir um prazo de validade inferior aos que se encontram na farmácia, o prazo de validade é alterado para o que se encontra no produto rececionado. Neste processo também são inseridos os preços de faturação (preço de venda à farmácia-PVF) assim como é conferido o preço impresso na cartonagem (PIC) inscrito na embalagem com o que vem faturado e ainda o preço de venda ao público (PVP). Se o PVP de um produto que a farmácia ainda tenha em *stock*, tiver sido alterado mas o PVP anterior ainda esteja autorizado a ser comercializado, este último é assinalado através de um elástico que envolve a embalagem e um papel com o novo PVP. Se isto acontecer com um produto que a farmácia não tenha em *stock*, o PVP é alterado informaticamente logo aquando da sua receção. As condições da embalagem também são controladas durante este processo, sendo que qualquer produto ou embalagem que não se encontre em condições de ser dispensado ou possua um prazo de validade bastante curto é devolvido ao fornecedor. Por outro lado, se se tratarem de encomendas que tenham sido realizadas por telefone ou diretamente ao laboratório, primeiro é necessário criar manualmente essa mesma encomenda no programa SIFARMA 2000® através do ícone “Gestão de Encomendas”. A encomenda é depois aprovada e a sua receção é feita da mesma forma que a descrita acima. Todos os tipos de encomenda podem conter produtos de frio. Neste caso, estes são os primeiros a serem

rececionados e armazenados mas se tal não for possível são colocados no frigorífico devidamente identificados e à parte dos restantes. Por vezes, as encomendas fazem-se acompanhar não das respetivas faturas mas por guias de remessa. Nestes casos as guias são arquivadas para serem comparadas com a fatura que o fornecedor envia posteriormente à farmácia.

A fase final deste processo consiste na inserção manual dos PVF e confirmação da concordância do PVP de todos os produtos exceto os que são de venda livres. Nesses casos, o PVP é calculado de acordo com a margem de lucro estabelecido pela farmácia para este tipo de produtos e com o IVA a que estão sujeitos (6% ou 23%). A receção de uma encomenda termina com a comparação entre o número de embalagens que foram recebidas pelo operador e o que vem faturado, que devem ser iguais, assim como se verifica a concordância do valor total da fatura que normalmente possui uma margem de erro de acordo com o valor monetário da fatura. Se tudo estiver conforme, o operador que dá entrada da encomenda, o que insere os PVF e confirma os PVP assim como o operador que é responsável pela etiquetagem dos produtos de venda livre assinam o duplicado, os produtos em falta na encomenda são transferidos para o fornecedor previamente selecionado de acordo com as preferências da farmácia e é comunicado ao INFARMED, informaticamente da falta desses mesmos produtos. Se as encomendas possuírem medicamentos psicotrópicos e estupefacientes ou benzodiazepinas é solicitada automaticamente pelo sistema informático a gravação do número da fatura para ser associada à entrada desses medicamentos.

### **2.5.5. Devoluções e reclamações**

A devolução de um produto a um fornecedor pode ser feita em determinadas situações:

- embalagem danificada;
- prazo de validade do produto curto;
- preço de faturação não corresponde ao PVP;
- circulares emitidas pelo INFARMED ou por determinado laboratório referentes a um produto ou lote específico;
- receção de produtos não encomendados;
- produtos encomendados incorretamente.

Nestes casos, através do SIFARMA 2000®, é feita uma nota de devolução onde consta o código do produto a devolver, o número da fatura de origem e o motivo da devolução. Este documento é enviado automaticamente para a Autoridade Tributária (AT) e é impresso em triplicado para ser carimbado e assinado pelo operador. O triplicado é posteriormente arquivado enquanto que o original e o duplicado são enviados ao fornecedor. Se o fornecedor for a Alliance Healthcare, o triplicado apenas é arquivado após o transportador colocar um código identificativo em todas as vias da nota de devolução. A seguir é feita uma análise por parte dos fornecedores e se a devolução for aceite enviam um novo produto ou então emitem uma nota de crédito à farmácia. Caso a devolução não seja aceite, o produto é devolvido novamente à farmácia e faz-se uma quebra de *stock*.

Ao longo do meu estágio foram feitas devoluções que se enquadravam praticamente em todas as situações referidas anteriormente. Desde embalagens danificadas, preços de faturação que não correspondiam ao PVP, produtos encomendados incorretamente ou que não foram encomendados e, uma vez que o final do meu estágio coincidiu com o final do ano legal, devolução de produtos com validade a terminar nos dois primeiros meses de 2016. Outra situação marcante foi a circular recebida para a retirada de produtos que não respeitassem o Regulamento (UE) n.º 1004/2014 da Comissão de 18 de setembro de 2014. Esta situação foi rotulada por “Processo dos Parabenos” e consistia em retirar do mercado os produtos que possuíssem uma quantidade de parabenos, em geral, superior à estipulada pela diretiva europeia [12].

### **2.5.6. Armazenamento**

O procedimento que se segue à entrada das encomendas é o armazenamento dos produtos rececionados nos locais já referidos anteriormente. Os medicamentos são armazenados de acordo com o descrito na alínea c) do ponto 2.2.4.1. e de acordo com o princípio “first-expire, first-out” (FEFO), isto é, a arrumação dos medicamentos é feita para que os que possuem um prazo de validade mais curto sejam os primeiros a serem dispensados. Durante o meu estágio efetuei a arrumação de bastantes medicamentos e, além de ter em conta os pontos referidos acima, também tive em conta um dos procedimentos que a FSA possuía e que consistia em arrumar as embalagens para que o nome e a dosagem do medicamento impresso na embalagem ficasse visível quer nas gavetas quer nas prateleiras do armazém.

Outro tipo de armazenamento que era feito na FSA acontecia quando era rececionado um produto que se encontrava reservado para um determinado utente. Aquando da encomenda instantânea era também emitido um talão de reserva para a farmácia que posteriormente era colocado num saco devidamente selado com o produto em questão. Durante o meu estágio fiz este tipo de armazenamento várias vezes e, em todas elas, foi necessária bastante atenção da minha parte para garantir que o nome e o produto em que tinha sido feita a reserva e era o correto e correspondia ao talão com que seria guardado.

### **2.5.7. Controlo da temperatura e humidade**

O controlo da temperatura e da humidade é um ponto fulcral para manter as devidas condições de armazenamento e garantir a manutenção da estabilidade dos produtos. Este controlo é feito através de monitorizações regulares utilizando os dados obtidos pelos termohigrómetros existentes em várias localizações da farmácia. A informação obtida informaticamente através do programa HW4 deve ser analisada cuidadosamente para que os seguintes parâmetros sejam respeitados:

- a temperatura deve ser inferior a 25°C nas zonas de armazenamento e manter-se entre 2 e 8°C no frigorífico;
- a humidade deve estar compreendida entre 30 e 60% nas zonas de armazenamento e entre 80 e 100% no frigorífico.

Na FSA, a monitorização da temperatura e humidade era feita regularmente e os registos eram arquivados semanalmente. O arquivo era feito também de acordo com a zona a que os registos diziam respeito.

### **2.5.8. Controlo de *stock* e prazos de validade**

Inerente à etapa de aprovisionamento, o controlo de *stock* e dos prazos de validade são dois pontos-chave que asseguram uma maior eficácia no que diz respeito a recursos financeiros e garantem que a dispensa dos produtos aos utentes é feita em segurança. O controlo de *stock* na FSA era feita regularmente e sempre que algum elemento da equipa se deparava com alguma discrepância entre o *stock* virtual e o real. No que diz respeito aos medicamentos psicotrópicos e estupefacientes, este controlo era feito todas as semanas impreterivelmente devido às particularidades de dispensa deste tipo de medicamentos e à regulamentação a que estão sujeitos.

O controlo dos prazos de validade era feita mensalmente através de uma listagem que emitida pelo SIFARMA 2000® e que continha todos os produtos cuja validade terminava nos dois meses seguintes. Com esta lista em mãos, era feita uma contagem física desses produtos e se ainda houvesse alguma embalagem com o prazo de validade a terminar era retirada para posterior devolução ao fornecedor. Este procedimento terminava com a atualização dos prazos de validade mais curtos informaticamente através do SIFARMA 2000®.

Durante o meu estágio também fui responsável por outro procedimento interno no que concerne ao controlo de prazos de validade e que consistiu em colocar elásticos em todas as embalagens cuja validade iria terminar em 2016. Desta forma, os operadores eram alertados para a prioridade da saída dos produtos com validade mais curta.

## **2.6. Atendimento ao público**

O atendimento ao utente é, sem qualquer dúvida, considerado pela sociedade em geral como a imagem de marca de uma farmácia comunitária. Durante o meu estágio estive envolvida nas várias etapas de aprovisionamento e gestão em geral mas também me foi possível, de forma passiva, assistir aos atendimentos realizados por um farmacêutico. Esta primeira fase foi crucial para conseguir fazer uma análise da abordagem e forma mais correta de atendimento aos utentes. Também me foi possível estar a par de quais os procedimentos efetuados pela equipa para mais facilmente detetarem os erros que mais comumente ocorriam. Estou a falar de verificação da

validade e da informação das receitas, erros de prescrição, interações medicamentosas, interpretação de receitas manuais entre outras. Continuando sempre afeta às etapas de aprovisionamento, também me foi possível fazer alguns atendimentos ao utente de forma mais autónoma mas ainda com alguma falta de confiança principalmente no que diz respeito ao aconselhamento de produtos dermofarmacêuticos. Nos casos que me suscitavam dúvidas acerca do melhor aconselhamento que poderia fazer, pude sempre contar com o apoio de toda a equipa da FSA resolver essas situações da melhor forma. Desde o início soube que, sendo uma cara nova na farmácia, teria que ganhar a confiança dos utentes. Assim no dia-a-dia fui transmitindo simpatia, genuinidade e uma postura respeitosa para com todos eles e conclui que estas características são essenciais para que se forme um elo entre o farmacêutico e o utente.

### **2.6.1. Interação Farmacêutico-Utente-Medicamento**

Enquanto profissional de saúde, o farmacêutico deve estar sempre ciente do seu código deontológico aquando do desempenho das suas funções. De acordo com o código deontológico, o farmacêutico deve seguir o princípio geral que refere “o exercício da atividade farmacêutica tem como objetivo essencial a pessoa do doente”. A atividade farmacêutica deve ainda ser o espelho de uma conduta irrepreensível sendo que “a primeira e principal responsabilidade do farmacêutico é para com a saúde e o bem-estar do doente e do cidadão em geral, devendo pôr o bem dos indivíduos à frente dos seus interesses pessoais ou comerciais e promover o direito de acesso a um tratamento com qualidade, eficácia e segurança” assim como o seu desempenho “deve observar a mais rigorosa correção, cumprindo escrupulosamente o seu dever profissional e tendo sempre presente que se encontra ao serviço da saúde pública e dos doentes”. O ato farmacêutico está ainda afeto ao “sigilo profissional relativo a todos os factos de que tenham conhecimento no exercício da sua profissão, com excepção das situações previstas na lei” e esta obrigação “subsiste após a cessação da actividade profissional” [2].

Embora o código deontológico que rege o exercício da atividade farmacêutica contribua para que esta atividade seja mais ética e mais centrada no utente possível, as condições socioeconómicas atuais conseguem exercer uma maior pressão sobre o farmacêutico. A vertente comercial cada vez mais presente nas farmácias comunitárias trazem novos desafios, sobretudo éticos, aos que exercem esta atividade. Cabe ao farmacêutico conseguir conciliar todas estas vertentes que estão inerentes à profissão, adotando uma faceta quase camaleónica, sem nunca esquecer que a sua prioridade se deve sempre centrar no utente.

A ligação entre o farmacêutico e o utente é extremamente importante no que concerne à forma como a informação é transmitida aos doentes, sendo essencial para a correta e segura administração dos medicamentos. Assim, o farmacêutico deve manter sempre uma linguagem e uma postura que se adegue ao nível sociocultural do utente para que seja possível a criação de um elo

de confiança que permita o melhor aconselhamento possível e promova o uso racional do medicamento.

### **2.6.2. Farmacovigilância**

A farmacovigilância é a atividade de saúde pública que tem por objetivo a identificação, quantificação, avaliação e prevenção dos riscos associados ao uso dos medicamentos permitindo o seguimento dos possíveis efeitos adversos com o intuito de melhorar a qualidade e segurança dos medicamentos [6]. O dever de reportar quaisquer efeitos adversos ou reações a medicamentos não diz respeito apenas aos farmacêuticos e outros profissionais de saúde mas sim a toda a população em geral. No entanto, o farmacêutico assume um papel essencial já que se encontra na primeira linha de detecção deste tipo de acontecimentos.

Criado em 1992, o Sistema Nacional de Farmacovigilância (SNF) é coordenado pela Direção de Gestão do Risco de Medicamentos do INFARMED e por quatro Unidades Regionais de Farmacovigilância (URF) que são responsáveis por promover ações de formação junto dos notificadores (profissionais de saúde e utentes) além de processarem e avaliarem as notificações de reações adversas a medicamentos (RAM) que ocorrem nas suas áreas geográficas [9]. Como já referido, não cabe apenas aos profissionais de saúde fazerem as notificações de RAM's. Qualquer pessoa o pode fazer através do formulário do Portal RAM existente na página do INFARMED que posteriormente é submetido ao SNF [6,9].

Durante o estágio que realizei não tive a oportunidade de entrar em contato com os formulários de notificação nem de reportar uma reação adversa, no entanto, através do portal RAM do INFARMED tomei conhecimento dos pontos mais importantes a focar para tornar estas notificações mais eficazes.

### **2.6.3. VALORMED**

A VALORMED, criada em 1999, consiste numa sociedade sem fins lucrativos cuja responsabilidade passa por uma correta gestão dos medicamentos com prazo de validade expirado ou fora de uso assim como as embalagens vazias. O seu principal intuito passa pela consciencialização dos profissionais de saúde e dos utentes no que diz respeito à necessidade de implementação de um sistema autónomo que seja capaz de realizar a recolha e tratamento dos resíduos dos medicamentos de forma segura e com baixa pegada ecológica [13]. Seguindo estas premissas, o farmacêutico deve assumir o compromisso de educar os utentes e incentivá-los a fazerem a correta reciclagem dos medicamentos que já não usam.

A FSA possui um contentor da VALORMED que se encontra na zona de atendimento, disponível para qualquer utente, e que é recolhido pelos armazenistas sempre que atinge a sua

capacidade máxima. O transportador preenche uma ficha com o local de origem e o peso do contentor e devolve o duplicado dessa ficha que fica arquivado na farmácia.

## **2.6.4. Dispensa de medicamentos**

De acordo com o manual das BPF, a dispensa de medicamentos é definida como o ato profissional em que o farmacêutico cede medicamentos ou substâncias medicamentosas aos utentes mediante prescrição médica, em casos de automedicação ou por indicação farmacêutica e deve ser acompanhada de toda a informação indispensável para o correto uso dos medicamentos. Aquando da dispensa de medicamentos o farmacêutico deve sempre avaliar a medicação dispensada, de forma a identificar e resolver problemas relacionados com os medicamentos (PRM), sempre com o intuito de proteger o doente de possíveis resultados negativos associados à medicação (RNM) [6]. Este manual propõe também o procedimento mais indicado a realizar na dispensa de medicamentos:

- 1 - Receção da prescrição e confirmação da sua validade/autenticidade;
- 2 - Avaliação farmacoterapêutica da prescrição, indicação/automedicação pelo farmacêutico;
- 3 - Intervenção para resolver eventual PRM identificado;
- 4 - Entrega do medicamento/produto prescrito, indicado ou em automedicação;
- 5 - Informações clínicas para garantir que o utente recebe e compreende a informação oral e escrita de modo a retirar o máximo benefício do tratamento;
- 6 - Revisão do processo de uso da medicação;
- 7 - Oferta de outros serviços farmacêuticos;
- 8 - Documentação da atividade profissional.

### **2.6.4.1. Dispensa de medicamentos mediante a apresentação de receita médica**

De acordo com o artigo 114º do Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, os medicamentos que apenas podem ser dispensados mediante a apresentação da receita médica são os que [10]:

- a) 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;
- b) 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;
- c) Conttenham substâncias, ou preparações à base dessas substâncias, cuja atividade ou reações adversas seja indispensável aprofundar;
- d) Destinem-se a ser administrados por via parentérica.

Uma receita médica pode, a partir deste ano, apresentar-se em três formas: prescrição eletrónica materializada, prescrição eletrónica desmaterializada ou receita manual. A receita manual continua a poder ser utilizada apenas em determinados casos previstos na lei: falência informática, inadaptação do prescriptor, prescrição ao domicílio ou outras situações até um máximo

de 40 receitas/mês [14]. Atualmente todos os tipos de receita continuam a coexistir mas com a introdução da receita eletrónica desmaterializada ou receita sem papel (RSP) o objetivo é a total desmaterialização da prescrição médica. Uma vez que ainda nos encontramos numa fase muito precoce da introdução da RSP penso que seria interessante aprofundar este assunto. Assim, quer a receita eletrónica materializada quer a RSP continuam a ter que apresentar determinadas características como numeração, identificação do médico prescriptor, local de prescrição, dados do utente, entidade financeira responsável, identificação do medicamento, posologia e duração do tratamento, participações especiais, data da prescrição e validade da prescrição (30 dias ou 6 meses). No que diz respeito às especificidades da receita eletrónica desmaterializada elaborei umas tabelas para serem mais facilmente compreendidas (Tabelas 4 e 5) [15]:

Tabela 4. Especificidades da numeração da receita sem papel.

Receita eletrónica materializada			Receita sem Papel		
Numeração					
Dígito(s)	Representação	Prescrição materializada	Dígito(s)	Representação	Prescrição desmaterializada
1.º	Região de Saúde em que se integra o local da prestação de cuidados	1 - Região Norte 2 - Região Centro 3 - Região de Lisboa e Vale do Tejo 4 - Região do Alentejo 5 - Região do Algarve 6 - Região Autónoma dos Açores 7 - Região Autónoma da Madeira	1.º	Região de Saúde em que se integra o local da prestação de cuidados	1 - Região Norte 2 - Região Centro 3 - Região de Lisboa e Vale do Tejo 4 - Região do Alentejo 5 - Região do Algarve 6 - Região Autónoma dos Açores 7 - Região Autónoma da Madeira
2.º e 3.º	Tipo de receita	01 - Receita não renovável 02 - Receita renovável	2.º e 3.º	Tipo de receita	01
4.º a 6.º	Proveniência - sistema produtor	100	4.º a 6.º	Proveniência - sistema produtor	100
7.º a 17.º	Numeração sequencial da receita	Fornecido pelo Sistema Central	7.º a 17.º	Numeração sequencial da receita	Fornecido pelo Sistema Central
18.º	Via da receita	0 - Receita não renovável 1 - Primeira via da receita renovável 2 - Segunda via da receita renovável 3 - Terceira via da receita renovável	18.º	Via da receita	0
19.º	Check-digit - cf. ISO/IEC 7064, MOD 11-2.		19.º	Check-digit - cf. ISO/IEC 7064, MOD 11-2.	

Tabela 5. Várias especificidades da receita sem papel.

Receita eletrónica materializada	Receita sem Papel
<b>Via da Receita</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Podem ser renováveis, desde que contêm medicamentos destinados a tratamentos de longa duração.</li> <li>- Podem ter até 3 vias.</li> </ul>	Possuem linhas de prescrição e não vias*.
<b>Assinatura do médico prescriptor</b>	
- Obrigatória e manuscrita.	- Assinada digitalmente pelo prescriptor.
<b>Hora de prescrição</b>	
- Não possui.	- Tem o formato: hh:mm.
<b>Tipos de receita materializada</b>	<b>Linhas de Prescrição*</b>
<p><b>RN</b> - prescrição de medicamentos;</p> <p><b>RE</b> - prescrição de psicotrópicos e estupefacientes sujeitos a controlo;</p> <p><b>MM</b> - prescrição de medicamentos manipulados;</p> <p><b>MA</b> - prescrição de medicamentos alergénios destinados a um doente específico;</p> <p><b>UE</b> - prescrição de medicamentos para aquisição noutra Estado-membro;</p> <p><b>MDT</b> - prescrição de produtos dietéticos;</p> <p><b>MDB</b> - prescrição de produtos para autocontrolo da diabetes mellitus;</p> <p><b>CE</b> - prescrição de câmaras expansoras;</p> <p><b>OUT</b> - prescrição de outros produtos (ex. produtos cosméticos, suplementos alimentares, etc.).</p>	<p><b>LN</b> - Linha de prescrição de medicamentos;</p> <p><b>LE</b> - Linha de prescrição de psicotrópicos e estupefacientes sujeitos a controlo;</p> <p><b>LMM</b> - Linha de prescrição de medicamentos manipulados;</p> <p><b>LMA</b> - Linha de prescrição de medicamentos alergénios destinados a um doente específico;</p> <p><b>LMDT</b> - Linha de prescrição de produtos dietéticos;</p> <p><b>LMDB</b> - Linha de prescrição de produtos para autocontrolo da diabetes mellitus;</p> <p><b>LCE</b> - Linha de prescrição de câmaras expansoras;</p> <p><b>LOUT</b> - Linha de prescrição de outros produtos.</p>

No que concerne às linhas de prescrição, estas devem ainda conter determinadas características como tipo de linha, número de linha, validade da linha de prescrição, numeração, identificação do médico prescriptor, local de prescrição, dados do utente, entidade financeira

responsável e identificação do medicamento. Um utente pode dirigir-se a uma farmácia com uma prescrição eletrónica desmaterializada apresentando uma destas opções para se poder fazer a dispensa dos medicamentos:

- Cartão de Cidadão e código de acesso/dispensa;
- Guia de tratamento com o número da receita e código de acesso;
- Receita eletrónica materializada e código de acesso.

Este tipo de prescrição também permite a dispensa parcial, ou seja, o utente pode adquirir medicamentos ou produtos prescritos em diferentes linhas de prescrição da mesma receita desmaterializada (RSP) em farmácias diferentes ou em momentos diferentes na mesma farmácia mas em situações de falência do sistema informático só é possível a dispensa numa única farmácia e de uma única vez. A guia de tratamento, que é imprescindível para a aquisição dos medicamentos, passa a ser fornecida ao doente através de impressão ou através de envio por correio eletrónico ou sms, se for essa a opção do utente [9, 15].

Todos os tipos de prescrição podem apresentar uma validade de 30 dias ou, no caso de receitas eletrónicas materializadas, manuais ou linhas de prescrição referentes a tratamentos continuados, 6 meses [6, 15]. Além disso, os medicamentos devem, sempre que possível, ser prescritos por denominação comum internacional (DCI) da substância ativa, excetuando os casos contemplados na lei [14, 15]:

- Medicamento de marca sem similar ou que não disponha de medicamento genérico similar participado;
- Justificação técnica do prescritor:
  - Alínea a)- Medicamentos com margem ou índice terapêutico estreito (constando na receita a “Exceção a) do n.º 3 do art. 6.º”). Esta exceção é válida para os medicamentos listados pelo INFARMED, assim o farmacêutico apenas pode dispensar o medicamento que consta na receita. Caso o medicamento não esteja presente na lista, a dispensa deve ser feita de acordo com as regras de dispensa por DCI.
  - Alínea b)- Reação adversa prévia (constando na receita a “Exceção b) do n.º 3 do art. 6.º”). Perante esta exceção, o farmacêutico apenas pode dispensar o medicamento mencionado na receita.
  - Alínea c)- Continuidade de tratamento superior a 28 dias (constando na receita a “Exceção c) do n.º 3 do art. 6.º - continuidade de tratamento superior a 28 dias”). Neste caso, o farmacêutico apenas pode dispensar outro medicamento similar ao prescrito se este possuir um preço inferior.

De forma geral, no momento da receção de uma receita eletrónica materializada ou desmaterializada, o farmacêutico deve confirmar a existência dos seguintes elementos, necessários para a validação da prescrição:

- Número da receita;
- Identificação do médico prescritor;
- Dados do utente, nomeadamente, o nome e número de utente do Sistema Nacional de Saúde (SNS), número de beneficiário da entidade financeira responsável (subsistema de saúde, doenças profissionais, migrante) e regime especial de comparticipação (quando consta a letra R aplica-se aos utentes pensionistas e a letra O aos utentes abrangidos por outro regime especial de comparticipação), se aplicável;
- Identificação do medicamento (DCI, dosagem, forma farmacêutica, número de unidades e Código Nacional para a Prescrição Eletrónica de Medicamentos (CNPEM)). Quando alguma das exceções anteriormente mencionadas for aplicável, a prescrição pode ser feita por nome comercial;
- Posologia e duração do tratamento;
- Menção das comparticipações especiais, quando aplicável.
- Número de embalagens, sendo que apenas podem ser prescritos quatro medicamentos distintos num total de quatro embalagens por receita e, por cada medicamento, até ao máximo de duas embalagens, salvaguardando o caso de medicamentos prescritos sob a forma unitária (podem ser prescritas quatro embalagens iguais), no caso de receitas eletrónicas materializadas;
- Data da prescrição (a receita tem de estar dentro da validade, que de acordo com o tipo de prescrição pode ser 30 dias ou 6 meses);
- Assinatura do médico prescritor.

Relativamente às receitas manuais, o processo de validação é em tudo semelhante mas na identificação do médico prescritor, torna-se imprescindível a respetiva vinheta, assim como do local de prescrição (excetuando a prescrição em consultórios). Se se tratar de um utente pensionista abrangido pelo regime especial, a receita deve ainda possuir a vinheta verde no local de prescrição. É sempre obrigatório neste tipo de prescrição a menção da exceção que a motivou, como já referido acima. É ainda importante referir que o prazo de validade máximo é de 30 dias e estas receitas não podem estar rasuradas ou conter caligrafias diferentes.

Todas as farmácias são obrigadas a ter em *stock*, no mínimo, três medicamentos de cada grupo homogéneo de entre os cinco com PVP mais baixo, logo, no ato da dispensa, o utente deve ser informado da existência de medicamentos genéricos similares ao prescrito comparticipados. Quando não existe genéricos do medicamento prescrito, o farmacêutico deve informar o utente sobre o medicamento comercializado mais barato, similar ao prescrito, de forma a possibilitar ao utente que exerça o seu direito de opção se assim o desejar [15].

O processo final da dispensa de medicamentos consiste na verificação, através de leitura ótica, dos produtos dispensados e a impressão no verso da receita, que é dado ao utente para assinar. Simultaneamente o utente deve ser esclarecido oralmente ou por via escrita relativamente às condições de conservação do medicamento, modo de administração, duração do tratamento, possíveis interações e o farmacêutico deve garantir que a embalagem é entregue em condições e dentro do prazo de validade. Após o pagamento é emitida a fatura respetiva com o nome e o número

de contribuinte do utente e as receitas são então recolhidas, carimbadas, datadas e assinadas pelo farmacêutico responsável e agrupadas em lotes com 30 receitas cada para depois serem enviadas à entidade responsável pela participação no fim de cada mês.

#### **2.6.4.2. Medicamentos sujeitos a legislação especial**

De acordo com o n.º 117 do Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, estão sujeitos a receita médica especial os medicamentos que preencham uma das seguintes condições [10]:

- a) Contendam, em dose sujeita a receita médica, uma substância classificada como psicotrópico ou estupefaciente, nos termos da legislação aplicável;
- b) Possam, em caso de utilização anormal, dar origem a riscos importantes de abuso medicamentoso, criar toxicod dependência ou ser utilizados para fins ilegais;
- c) Contendam uma substância que, pela sua novidade ou propriedades, se considere, por precaução, dever ser incluída nas situações previstas na alínea anterior.

As substâncias que estão presentes nos medicamentos psicotrópicos e estupefacientes são listadas nas tabelas I a II anexas ao Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, ou qualquer das substâncias referidas no n.º 1 do artigo 86.º do Decreto-Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro [11,16]. Este tipo de medicamentos devem ser prescritos isoladamente numa receita médica especial. O procedimento de dispensa destes medicamentos efetua-se da mesma forma que para outros tipos de prescrição, no entanto, o sistema informático solicita obrigatoriamente o preenchimento dos seguintes campos:

- Médico prescriptor;
- Número da receita médica;
- Nome do utente a quem foi prescrito o medicamento e a respetiva morada;
- Nome do adquirente do medicamento, morada, número e data de validade do bilhete de identidade/cartão de cidadão e idade.

No final da dispensa, juntamente com a fatura, são emitidos dois talões referentes à venda dos medicamentos psicotrópicos e estupefacientes. É feita uma cópia da receita original onde são anexados os talões emitidos. Até final de 2015, no caso de prescrições manuais, era necessário tirar duas fotocópias da receita, uma das quais era enviada mensalmente ao INFARMED, até ao 8º dia do mês seguinte à dispensa, juntamente com a listagem de saídas de medicamentos das receitas deste tipo e dados dos adquirentes. Neste momento, a listagem das saídas continua a ter que ser enviada mensalmente mas as receitas manuais passam a ser enviadas digitalmente. Todos estes registos, e de acordo com a legislação em vigor, são arquivados na farmácia por um período mínimo de 3 anos.

### **2.6.4.3. Venda suspensa de medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM)**

Durante o meu estágio foi-me possível verificar que a equipa da FSA procedia a vendas suspensas em várias situações:

- o utente possuía uma receita mas não queria aviar todos os medicamentos no momento, isto é, não queria fechar logo a receita. Neste caso, procedia-se à venda suspensa apenas dos medicamentos que o utente levava e o pagamento era feito com comparticipação associada já que a receita ficava em aberto na farmácia até que o utente fosse aviar o resto dos medicamentos ou o prazo de validade da receita terminasse.

- o utente não possuía receita mas necessitava do medicamento. Estes casos aconteciam regularmente com utentes que faziam tratamento continuado, portanto era feita a venda suspensa mas o utente pagava a totalidade do medicamento. Posteriormente, quando entregavam a receita médica, a situação era regularizada e o valor da comparticipação era devolvido ao utente.

### **2.6.4.4. Regimes de comparticipação**

Durante o atendimento ao balcão que efetuei posso considerar que foram poucas as vezes que aviei receitas, no entanto, sendo a maioria delas receitas eletrónicas, a comparticipação era feita automaticamente pelo sistema informático. As maiores dúvidas surgiram com uma receita manual mas com vinheta verde que correspondia ao plano de comparticipação Pensionistas (48) e com uma receita eletrónica que era comparticipada simultaneamente pelo SNS (01) e EDP SAVIDA (AA). Neste último caso, antes da dispensa foi necessário tirar uma cópia à receita original e ao cartão de associado e no sistema informático associar o plano AA. Em qualquer caso, torna-se sempre necessário verificar se é feita a correta comparticipação já que muitas vezes era necessário recorrer-se ao registo manual da receita quando o sistema informático deixava de funcionar. Na zona da Covilhã existe ainda uma comparticipação especial chamada Lanifícios, contudo, este tipo de complementaridade não se faz informaticamente. A receita é aviada, normalmente com a comparticipação do SNS, se for o caso, e no final é tirada uma cópia à receita onde é anexada a fatura para o utente entregar no seu Centro de Saúde e ser reembolsado posteriormente.

### **2.6.5. Automedicação e Indicação Terapêutica**

A automedicação pode ser considerada como a instauração de um tratamento medicamentoso por iniciativa própria do doente, no entanto a utilização de medicamentos não sujeitos a receita médica deve ser feita de forma responsável e que se destine apenas a situações de alívio ou tratamento de problemas de saúde passageiros e sem gravidade. Nestas situações o farmacêutico deve assumir um papel de orientação do utente para o uso racional do medicamento. Para isso torna-se necessário, em primeiro lugar, enquadrar o utente num grupo populacional (crianças, idosos, grávidas) e recolher certas informações como a duração e quais os sintomas, se

tem alguma patologia associada ou se já faz algum tipo de medicação. Com todas estas informações, o farmacêutico deve ser capaz de avaliar corretamente o problema de saúde para fazer o melhor aconselhamento possível. Assim, o Despacho n.º 17690/2007 vem regulamentar quais as situações passíveis de automedicação [6, 17].

Muitos dos utentes que se dirigem à farmácia sabem logo o que querem levar, seja por indicação de algum amigo ou familiar ou devido à publicidade que passa na média. Seja qual for o caso, o farmacêutico tem a responsabilidade de avaliar o estado de saúde do utente e selecionar o MNSRM mais indicado para a situação sem nunca descartar e deixar de promover as medidas não farmacológicas. Em determinados casos, as medidas não farmacológicas são suficientes para resolver um problema de saúde de caráter não grave pois muitas vezes automedicação pode mascarar sintomas, dificultar ou atrasar o diagnóstico de patologias mais sérias. Noutras situações, caso o farmacêutico assim o considere, o utente deve ser encaminhado para o médico mesmo que saia da farmácia sem levar nenhum produto.

O atendimento que fiz durante o estágio foi sem dúvida marcado pelo enorme sentimento de responsabilidade sempre que tinha que fazer um aconselhamento. O grande desafio, que muitas vezes foi superado com a ajuda da equipa da FSA, advinha da grande prática da automedicação e da indicação terapêutica mais correta a fazer. Grande parte das situações com que lidei estavam relacionados com os problemas de saúde sazonais como dores de garganta, afonia, rouquidão, sintomas gripais mas também surgiram casos de picadas de insetos, insónias e ansiedade, tratamento de hemorroidas, dermatites, micoses entre outras. Também fiquei um pouco alarmada com a quantidade de pessoas que se dirigiam à farmácia muitas das vezes sem sequer terem uma guia de tratamento a pedirem para lhes dispensarmos benzodiazepinas. Considero que era um pouco ignorante na forma como melhor aconselhar estes utentes. Era necessário explicar-lhes que se tratava de medicamentos sujeitos a bastante controlo e que provocavam habituação, por isso, apenas em casos muito específicos eles podiam ser dispensados. Uma das formações a que assisti foi a da solução oral Bronchodual®, um produto de venda livre indicado para os dois tipos de tosse uma vez que possui extrato de tomilho que fluidifica a expetoração e extrato de raiz de alteia que diminui a irritação ao bloquear os recetores da tosse. Também está apto para crianças a partir dos 4 anos de idade e diabéticos.

### **2.6.6. Aconselhamento e dispensa de outros produtos de saúde**

Além dos medicamentos em geral, a FSA possui vários produtos de saúde que necessitam também de um profundo conhecimento por parte do farmacêutico para que consiga realizar o aconselhamento mais indicado para cada situação.

### **2.6.6.1. Produtos dermofarmacêuticos, cosmética e higiene**

Segundo o Decreto-Lei nº 189/2008, de 24 de setembro, um produto cosmético é definido como “qualquer substância ou preparação destinada a ser posta em contacto com as diversas partes superficiais do corpo humano, designadamente epiderme, sistemas piloso e capilar, unhas, lábios e órgãos genitais externos, ou com os dentes e as mucosas bucais, com a finalidade de, exclusiva ou principalmente, os limpar, perfumar, modificar o seu aspeto, proteger, manter em bom estado ou de corrigir os odores corporais” [18]. Este decreto regula também diversos outros aspetos relacionados com os produtos cosméticos, que são regidos por uma legislação diferente da dos medicamentos de uso humano.

Durante o meu estágio alguns utentes que se dirigiam à farmácia traziam prescrições médicas para produtos cosméticos ou dermofarmacêuticos que se destinavam ao tratamento de dermatites, afeções tópicas ou problemas ginecológicos. Uma vez que estes tipos de produtos não são comparticipados, a receita era utilizada apenas como um meio indicativo do médico prescritor. Noutros casos, os utentes pretendiam produtos que pudessem ser utilizados como cosméticos ou para o tratamento da dermatite da fralda nos bebés ou úlceras de pressão em idosos acamados.

Uma vez que grande parte dos produtos existentes na FSA se enquadram nesta área, tornou-se evidente que teria que ultrapassar o enorme desafio de conhecer a grande variedade de produtos que existia de forma a conseguir fazer o melhor aconselhamento possível sempre que algum utente o solicitasse. Mesmo com o término do meu estágio, sinto que o meu aconselhamento deste tipo de produtos ainda não é o melhor e será necessário, no meu ponto de vista, fazer formações nesta área.

Na FSA os produtos dermofarmacêuticos, cosméticos e de higiene encontram-se dispostos na área de atendimento divididos em várias categorias: higiene corporal e higiene íntima, puericultura, dermocosmética e higiene capilar sendo que os produtos de dermocosmética são os que existem em maior número e ocupam a maior área. A grande variedade e quantidade destes produtos deve-se em muito à quantidade de marcas que os produzem como é o caso das marcas Avene®, Bioderma®, Eucerin®, Vichy®, La-Roche Posay®, Klorane®, Serum 7®, Isdin® A-Derma®, Uriage® Rogger Gallet®, Mustella®, Lutsine®, Barral® entre outras.

Grande parte dos produtos que dispensei durante o meu estágio foram cremes para pele atópica e pele acneica, cremes anti-rugas, produtos de higiene íntima, pomadas para o tratamento da dermatite da fralda nos bebés e champôs para prevenção e tratamento de piolhos.

### **2.6.6.2. Produtos dietéticos e para alimentação especial**

Em Portugal, tanto os produtos destinados à alimentação especial como os suplementos alimentares são regulados pelo Ministério da Agricultura e do Mar. Segundo o Decreto-Lei nº

216/2008, de 11 de novembro, um alimento dietético é definido como “uma categoria de géneros alimentícios destinados a uma alimentação especial, sujeitos a processamento ou formulação especial, com vista a satisfazer as necessidades nutricionais de pacientes e para consumo sob supervisão médica, destinando -se à alimentação exclusiva ou parcial de pacientes com capacidade limitada, diminuída ou alterada para ingerir, digerir, absorver, metabolizar ou excretar géneros alimentícios correntes ou alguns dos nutrientes neles contidos ou seus metabólicos, ou cujo estado de saúde determina necessidades nutricionais particulares que não géneros alimentícios destinados a uma alimentação especial ou por uma combinação de ambos” [19]. Por outro lado e, de acordo com Decreto-Lei n.º 74/2010, de 21 de junho, os géneros alimentícios destinados a uma alimentação especial podem ser definidos como “os géneros alimentícios que, devido à sua composição especial ou a processos especiais de fabrico, se distinguem claramente dos alimentos de consumo corrente, são adequados ao objetivo nutricional pretendido e comercializados com a indicação e que correspondem a esse objetivo” [20]. Ainda, segundo este decreto, a alimentação especial tem como objetivo a suplementação das necessidades nutricionais especiais de lactentes ou crianças de pouca idade em bom estado de saúde, pessoas cujo processo de assimilação ou cujo metabolismo se encontrem perturbados e pessoas que se encontrem em determinadas condições fisiológicas especiais e que, por esse motivo, podem beneficiar de um suplemento nutritivo [20].

Inseridos nesta categoria, a FSA possui alguma variedade de leites infantis que tentam ir de encontro às diferentes necessidades dos bebés e lactentes:

- Fórmulas especiais, indicado em situações de prematuridade, alergias ou intolerâncias;
- Leites para lactentes, adequados para satisfazer as necessidades nutricionais nas primeiras etapas de vida do bebé;
- Leites de transição, utilizados como um complemento lácteo da alimentação do bebé após os 6 meses de idade.

Existem ainda outros tipos de produtos que se destinam à correção de certas funções fisiológicas como os anti-obstipantes, anti-cólicas, anti-regurgitantes, anti-diarreicos, hipoalergénicos e os que aumentam a sensação de saciedade. Os produtos destinados à alimentação especial existentes na FSA e, que podem ser utilizados na fase de transição para a alimentação sólida dos bebés, são as farinhas lácteas e não lácteas, os sumos e os boiões de fruta, carne ou legumes.

### **2.6.6.3. Fitoterapia e suplementos nutricionais (nutracêuticos)**

A fitoterapia pode ser definida como um método terapêutico que utiliza as plantas, mais concretamente, a parte ativa das plantas, para a preparação de produtos com efeitos terapêuticos [10] e são normalmente destinados ao tratamento de perturbações gastrointestinais, de estados de ansiedade, redução de peso, diminuição da pressão arterial, auxiliar na memória e concentração. A FSA possui bastante variedade deste tipo de produtos, mais concretamente Bioarga®, Bekunis®, Bom Guia®, Arkocápsulas®, Valdispert®, Bioactivo®, Herbis®, Imperial®, Fitos®, entre outros.

Por outro lado, os suplementos alimentares, segundo o Decreto-Lei n.º 136/2003, de 28 de junho, são definidos como “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, estemes ou combinadas, 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” [21]. Os suplementos alimentares existentes na FSA são essencialmente utilizados para melhoria da memória e do cansaço físico e intelectual, emagrecimento, problemas intestinais, problemas ósseos e de articulações e tratamento do cabelo e unhas. Algumas das marcas que existem na FSA são a Ecophane®, Centrum®, Viterra®, Acutil®, Cerebrum®, Atyflor®, Jointcare®, Movendo®, FDC®, entre outras.

#### **2.6.6.4. Medicamentos de Uso Veterinário (MUV)**

Segundo o Decreto-Lei n.º 148/2008, de 29 de julho, entende-se por medicamentos de uso veterinário, “toda a substância, ou associação de substâncias, 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” [22].

A FSA possui alguns MUV's como desparasitantes internos e externos, contraceptivos orais e antibióticos. A dispensa que fiz deste tipo de medicamentos foi em grande parte relativa aos desparasitantes para cães e gatos e terramicina em spray para ovinos, sendo que em todos os casos foi necessário fazer um aconselhamento acerca do tipo e o peso do animal, o modo de administração e as precauções a ter com os medicamentos.

#### **2.6.6.5. Dispositivos médicos**

O Decreto-Lei n.º 145/2009, de 17 de junho, regula os dispositivos médicos e define-os como “qualquer instrumento, aparelho, equipamento, *software*, material ou artigo utilizado isoladamente ou em combinação, incluindo o *software* destinado pelo seu fabricante a ser utilizado especificamente para fins de diagnóstico ou terapêuticos e que seja necessário para o bom funcionamento do dispositivo médico, 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, destinado pelo fabricante a ser utilizado em seres humanos para fins de:

- diagnóstico, prevenção, controlo, tratamento ou atenuação de uma doença;
- diagnóstico, controlo, tratamento, atenuação ou compensação de uma lesão ou de uma deficiência;
- estudo, substituição ou alteração da anatomia ou de um processo fisiológico;

- controlo da concepção” [23].

Podem ser divididos em quatro categorias, tendo em conta a vulnerabilidade do corpo humano e atendendo aos potenciais riscos decorrentes da concepção técnica e do fabrico dos mesmos. Assim, também presentes no anexo V:

- Dispositivos médicos de Classe I: dispositivos de baixo risco;
- Dispositivos médicos de Classe IIa: dispositivos de baixo médio risco;
- Dispositivos médicos de Classe IIb: dispositivos de alto médio risco;
- Dispositivos médicos de Classe III: dispositivos de alto risco.

São vários os dispositivos médicos disponíveis na FSA como, por exemplo, termómetros, produtos ortopédicos, sacos de ostomia, dispositivos destinados à higiene oral, medidores de pressão arterial, testes de gravidez, material de penso e desinfeção das feridas e meias de compressão. Destes, apenas dispensei um teste de gravidez, fazendo as recomendações básicas para a sua utilização, ou seja, enfatizando que o teste deveria ser realizado com a primeira urina da manhã para um resultado mais preciso.

## **2.7. Outros Cuidados de Saúde prestados na FSA**

A nossa sociedade espera cada vez mais que as farmácias comunitárias sejam capazes de oferecer uma ampla gama de serviços além da típica dispensa de medicamentos. Todos esses serviços devem acima de tudo visar o bem-estar da população e a promoção da saúde, focando o desenvolvimento de atividades que chamem a atenção das pessoas e as consciencializem para o objetivo dessas ações.

Na FSA estão disponíveis alguns serviços como a administração de injetáveis e vacinas por uma enfermeira, consulta de nutrição e medição de vários parâmetros bioquímicos como o peso, altura e IMC, pressão arterial e ritmo cardíaco, glicemia, triglicéridos e colesterol total. Excetuando a medição dos parâmetros bioquímicos, todos os outros serviços são realizados no gabinete de atendimento personalizado de forma a colocá-lo mais à vontade mas não deixando de manter a sua privacidade.

### **2.7.1. Glicemia**

A medição da glicemia capilar é um método rápido mas fulcral para o controlo dos doentes diabéticos e para a identificação precoce da doença. Para se obterem resultados mais precisos, o teste devem ser feito em jejum e, caso isso não seja possível, deve inquirir-se o utente sobre o tempo que passou desde a sua última refeição. Entretanto, deve encaminhar-se o utente para o gabinete de atendimento, explicar-lhe como será feito o teste de forma a deixá-lo mais confortável.

O teste em si inicia-se com a utilização de um algodão embebido em álcool para desinfetar o dedo de onde se retirará a amostra. Deve deixar-se o álcool evaporar e só depois se faz a picada na parte lateral do dedo. A amostra de sangue capilar é depois recolhida para a tira de teste que previamente foi inserida no aparelho de glicemia. Este aparelho faz a análise da amostra e indica o valor de açúcar presente no sangue. O valor que for obtido deve ser analisado pelo farmacêutico e, tendo em conta os valores de referência abaixo indicados, pode aconselhar o utente a consultar um médico ou fazer alterações no seu estilo de vida adotando hábitos de alimentação e exercício mais saudáveis. Os valores de glicémia padrão dependem de cada situação em específico e, apesar destes serem atualizados através de circulares normativas da Direção Geral de Saúde, podemos considerar normais os valores de glicémia:

- Glicemia em jejum: inferior a 126 mg/ml
- Glicemia pós prandial: inferior a 140 mg/dl

Segundo a Circular Normativa n.º 09/DGCG, se o valor de glicemia ocasional for igual ou superior a 200 mg/dl é possível fazer o diagnóstico de diabetes [24].

## **2.7.2. Colesterol Total e Triglicéridos**

Os valores de colesterol total e triglicéridos contribuem para o cálculo do risco cardiovascular de cada utente, assim, estes parâmetros devem ser analisados regularmente como forma de prevenção ou de verificação da efetividade dos tratamentos.

Na FSA estes dois parâmetros são determinados em jejum, para garantir resultados mais fiáveis, a partir de uma amostra de sangue capilar que é colocado numa tira específica para cada um dos parâmetros. As tiras podem ser colocadas no mesmo aparelho, Reflotron Plus, que faz a análise da amostra baseando-se no princípio da fotometria de reflectância.

## **2.7.3. Pressão arterial**

A tensão arterial elevada é reconhecida como um dos principais fatores de risco cardiovascular e renal, pode dever-se a predisposições hereditárias ou fatores externos como um inadequado estilo de vida e está normalmente associada a outras comorbilidades. Esta patologia é silenciosa dizendo-se na gíria que esta não se sente, mede-se. A facilidade com que se pode medir a pressão arterial assim como a maior proximidade que existe entre a população e as farmácias comunitárias levam a que o farmacêutico assuma um papel chave na consciencialização das pessoas para o controlo desta patologia.

A medição da pressão arterial é um teste bastante requisitado na FSA e pode ser realizado de duas formas. A primeira, e mais utilizada, realiza-se na balança eletrónica que se encontra na zona de atendimento através da artéria braquial, já a segunda é feita com recurso a um tensiómetro manual no gabinete de atendimento ao utente. Seja qual for o aparelho que se utilize para esta

medição, o farmacêutico deve aconselhar o utente a seguir determinadas recomendações para que os resultados sejam mais fiáveis:

- nos 30 minutos antecedentes, o utente não deve tomar café, fumar ou praticar exercício;
- antes da medição da pressão arterial, o utente deve repousar entre 5 a 10 minutos;
- durante a medição, o utente deve manter-se em silêncio e tranquilo.

Caso este teste se faça no tensiómetro manual, inicialmente devem ser feitas duas medições, uma em cada braço por forma a selecionar o braço de referência, ou seja, aquele em que a pressão arterial é mais elevada. De acordo com a Circular Normativa n.º 2/DGCG da Direção Geral de Saúde, os valores normais de tensão arterial são os seguintes [25]:

CATEGORIA	TENSÃO ARTERIAL SISTÓLICA TAS mmHg		TENSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA TAD mmHg
Normal	120 - 129	e	80 - 84
Normal alto	130 - 139	ou	85 - 89
Hipertensão Estádio 1	140 - 159	ou	90 - 99
Hipertensão Estádio 2	$\geq 160$	ou	$\geq 100$

## 2.8. Preparação de medicamentos

De acordo com o Decreto-Lei n.º 95/2004, de 22 de abril, medicamento manipulado é definido como “qualquer fórmula magistral ou preparado oficial preparado e dispensado sob a responsabilidade de um farmacêutico” [26].

### 2.8.1. Matérias-primas

Tal como a preparação de medicamentos manipulados, também as matérias-primas que são utilizadas se encontram regidas por uma legislação específica que apenas permite a utilização de matérias-primas que não estejam presentes na Deliberação nº 1498/2004, de 29 de dezembro, ou que “constem na Farmacopeia Portuguesa, na Farmacopeia Europeia, nas farmacopeias de outros Estados Partes na Convenção Relativa à Elaboração de Uma Farmacopeia Europeia ou na documentação científica compendial” [26, 27].

Na FSA as matérias-primas que estão presentes devem-se ao tipo de preparações que são mais solicitadas pelos utentes como, por exemplo, o ácido bórico, o xarope comum, a essência de banana, a vaselina e o ácido tartárico.

Seja qual for a matéria-prima é sempre necessário fazer a sua receção de acordo com o procedimento interno da FSA e seguir alguns passos como:

- verificar se o material recebido corresponde ao que foi encomendado;
- verificar a integridade da embalagem e se as condições de conservação foram mantidas no transporte;
- verificar a existência do boletim de análise correspondente;
- tirar uma fotocópia ao boletim de análise e ao rótulo que serão arquivados juntamente com a ficha da matéria-prima onde se registarão as saídas da mesma.

Todas as fichas de matéria-prima são arquivadas em *dossier* próprio, localizado no laboratório de farmacotecnia da FSA, onde constam a denominação da matéria-prima, outras denominações da matéria-prima, a sua localização no armazém, a identificação do fornecedor e origem do mesmo, o número e a data da fatura correspondente, a data da receção, o número de lote, a quantidade recebida, o prazo de validade e o número do boletim de análise correspondente. Todos os registos das matérias-primas devem ser arquivados durante 1 ano em arquivo ativo, e durante 3 anos em arquivo semi-ativo.

De seguida procede-se ao armazenamento das matérias-primas utilizando o princípio FEFO mas se as embalagens da mesma matéria-prima tiverem o mesmo prazo de validade a mais recente coloca-se atrás da mais antiga. São também realizadas verificações periódicas em que são analisadas a validade e integridade das matérias-primas e, se necessária, é feita a respetiva eliminação em segurança, dando quebra do produto simultaneamente.

## **2.8.2. Material de laboratório**

O equipamento mínimo obrigatório num laboratório de uma farmácia de oficina encontra-se listado na Deliberação n.º 1500/2004, de 29 de dezembro, enquadrada nos termos do n.º 2.º da Portaria n.º 594/2004, é o seguinte:

- Alcoómetro;
- Almofarizes de vidro e de porcelana;
- Balança de precisão sensível ao miligrama;
- Banho de água termostaticado;
- Cápsulas de porcelana;
- Copos de várias capacidades;
- Espátulas metálicas e não metálicas;
- Funis de vidro;
- Matrizes de várias capacidades;
- Papel de filtro;
- Papel indicador pH universal;
- Pedra para a preparação de pomadas;
- Pipetas e provetas graduadas de várias capacidades;
- Tamises FPVII, com abertura de malha 180 µm e 355 µm (com fundo e tampa);

- Termómetro (escala mínima até 100°C);
- Vidros de relógio [29].

### **2.8.3. Preparações magistrais e officinais e Controlo de qualidade**

A preparação de formas farmacêuticas não estéreis requerem sempre determinados cuidados aquando da sua manipulação que estão legislados conforme o presente na Portaria nº 594/2004, de 2 de junho [29].

Geralmente, o ciclo da preparação dos manipulados inicia-se pela receita médica, onde o médico prescreve o medicamento manipulado e descreve a técnica de preparação ou então utiliza a expressão “faça segundo a arte” (f.s.a). Neste último caso, o procedimento de preparação do manipulado fica à inteira responsabilidade do farmacêutico que deve utilizar os suportes bibliográficos específicos e definidos por lei para determinar a fórmula mais indicada. Em termos bibliográficos e, nos termos do Decreto-Lei nº 90/2004, de 20 de abril, é aceite para a preparação de preparados officinais “qualquer farmacopeia ou formulário reconhecido em Portugal, nele se incluindo as farmacopeias e formulários oficiais aprovados legalmente ou reconhecidos pelo INFARMED” [30]. Mais especificamente e, como já referido, na Deliberação nº 1504/2004, de 30 de dezembro, o INFARMED vem reconhecer:

- Formulários oficiais dos Estados membros da União Europeia
- United States Pharmacopoea/National Formulary
- Formulário Galénico Português: CETMED, ANF [31].

Antes de se dar início à preparação propriamente dita, é necessário acautelar certas condições como assegurar que as condições ambientais são adequadas, a limpeza da área de preparação e dos equipamentos, a correta rotulagem e validade das matérias-primas e preparação de todos os documentos necessários. Após se ter reunido todo o material e matérias-primas necessários, deve preencher-se a ficha de preparação de manipulados onde, segundo a Portaria nº 594/2004, de 2 de junho, deve estar presente, entre outras, a seguinte informação:

- número de registo interno sequencial que identifique a ordem de preparação e ano;
- data de preparação;
- denominação do medicamento manipulado com indicação da concentração, se aplicável;
- quantidade a preparar;
- identificação alfanumérica do lote;
- fórmula: todas as matérias-primas a usar, quantidades para 100ml ou 100g;
- material e equipamento;
- técnica de preparação;
- ensaios de verificação;

- material de embalagem com indicação do nº de lote e origem;
- cópia do rótulo: nome do doente (no caso de se tratar de uma fórmula magistral); fórmula do medicamento manipulado; número do lote e validade atribuídos ao manipulado; condições de conservação; instruções especiais, indispensáveis para a utilização do medicamento, como, por exemplo, «agite antes de usar», «uso externo» (em fundo vermelho); via de administração; posologia; identificação da farmácia e do farmacêutico diretor técnico;
- prazo de validade e condições de conservação;
- bibliografia [29].

O farmacêutico ou o técnico que prepara o manipulado rubrica cada passo do processo da preparação do manipulado assim como as etapas de limpeza do laboratório e do equipamento e a pesagem das matérias-primas que, posteriormente, devem ser validados pelo farmacêutico responsável. É ainda obrigatória a realização do ensaio das características organolépticas e fazer o registo dos resultados dos controlos efetuados. Todos os registos dos procedimentos operativos utilizados na preparação de manipulados devem ser arquivados durante 1 ano em arquivo ativo, e durante 3 anos em arquivo semi-ativo.

Na FSA a preparação de medicamentos manipulados é feita com bastante regularidade o que me deu a oportunidade de ficar a conhecer todas as etapas e todos os procedimentos necessários deste tipo de preparações. Durante o meu estágio apenas fiz autonomamente uma preparação de uma solução oral de captopril e papéis de esomeprazol mas também assisti à preparação de outros manipulados como uma pomada salicilada a 10%, uma solução de ácido bórico à saturação e uma suspensão oral de trimetopim.

Na preparação da solução oral de captopril segui as boas praticas recomendadas e já referidas anteriormente assim como o procedimento interno de farmacotecnia da FSA. O procedimento utilizado para a preparação da solução oral de captopril, destinada a um utente pediátrico, veio descrito, juntamente com a receita médica, a partir do Hospital Pediátrico de Coimbra. Este não correspondia ao que estava descrito na monografia do FGP, logo foi necessário entrar em contato com o hospital assim como com o INFARMED para garantir que o procedimento utilizado no hospital em Coimbra poderia ser recriado no laboratório da FSA. O procedimento poderia ser utilizado, no entanto, devido à elevada instabilidade da molécula de captopril apenas poderia ser dada uma validade de 7 dias a esta solução. A preparação consistia em pulverizar os comprimidos de captopril e de seguida dissolvê-los em xarope comum. O procedimento era bastante simples mas devido à instabilidade da molécula era preciso ter cuidado acrescido na sua preparação assim como, no final, embrulhar o frasco de vidro em papel de alumínio e armazená-lo no frigorífico.

Para além desta preparação, procedi ainda à reconstituição com água purificada de um antibiótico para uso pediátrico. Como estas preparações extemporâneas apenas têm uma validade de 14 dias após reconstituição foi necessário escrever na embalagem o dia em que foi preparado e

a sua validade. Depois comuniquei à utente que este medicamento deveria ser conservado no frio e devia ser agitado antes de cada utilização.

## 2.8.4. Preço dos medicamentos manipulados

O cálculo do PVP dos medicamentos manipulados por parte das farmácias é tem por base o valor dos honorários da preparação, o valor das matérias-primas e o valor dos materiais de embalagem [32]. No caso da preparação que realizei:

- *Valor das matérias-primas*

[(preço de x comprimidos de Capoten (captopril) s/IVA)+(preço de x ml de xarope de comum s/IVA)]

- *Valor dos honorários*

O cálculo dos honorários tem por base um fator (F), cujo valor é atualizado anualmente e divulgado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE). Os honorários variam também de acordo com as formas farmacêuticas e as quantidades que são preparadas.

- *Valor dos materiais de embalagem*

É calculado através da multiplicação de 1,2 pelo valor de aquisição da embalagem (s/IVA).

- *O PVP resulta da aplicação da fórmula:*

(Valor das matérias-primas + Valor dos honorários + Valor dos materiais de embalagem) x 1,3 acrescido do valor de IVA (neste caso, 6%).

## 2.9. Gestão e contabilidade da farmácia

### 2.9.1. Colaboradores da Farmácia

Cada elemento da equipa da FSA possui uma função específica pela qual é responsável, no entanto a todos cabe a prioridade do atendimento ao público. A atribuição de cada função, feita pela direção técnica, teve em conta a experiência assim como a categoria profissional de cada um e encontra-se esquematizada num organigrama presente na farmácia. A formação contínua é um dos principais aspetos que garantem uma equipa atualizada, informada e motivada sendo uma das preocupações da direção técnica.

## 2.9.2. Faturação e receituário

Mensalmente devem ser fechado os lotes de receitas correspondentes a cada regime de comparticipação que surgiu na farmácia. Assim cada lote corresponde apenas a um organismo e possui 30 receitas que são organizadas por ordem crescente. Após a dispensa de medicamentos comparticipados, o sistema informático emite, conforme o organismo responsável pela comparticipação, um documento de faturação que é impresso no verso da receita médica. Cada receita contém uma numeração específica que corresponde ao número da receita, lote e série, sendo sequencial. No documento de faturação devem estar presentes os seguintes elementos:

- 1) Identificação da farmácia e código ANF; número da fatura;
- 2) Mês e ano;
- 3) Organismo e número de lotes;
- 4) Valor total de PVP;
- 5) Comparticipação dos utentes;
- 6) Comparticipação do Estado; faturação do receituário do Protocolo;
- 7) Data da dispensa, carimbo da farmácia e assinatura do diretor técnico ou legal substituto.

Todas as receitas são conferidas pelos colaboradores da farmácia no próprio dia da dispensa, que devem estar especialmente atentos a certas partes da receita: se os medicamentos prescritos foram os que realmente foram dispensados, se tem a assinatura do médico prescritor e se encontra dentro do prazo de validade e se foi faturada no organismo responsável pela comparticipação correto. A revisão das receitas é confirmada quando são datadas, carimbadas e assinadas pelo farmacêutico responsável. Um verbete é posteriormente impresso por cada lote organizado e completo e possui as seguintes informações:

- Entidade: organismo (código informático, nome e sigla);
- Nome da farmácia, respetivo código ANF e carimbo;
- Mês e ano;
- Código tipo e número sequencial do lote;
- Quantidade de receitas e produtos;
- Valor total do lote correspondente a PVP, preço a pagar pelos utentes e comparticipação do organismo.

No fecho do mês é então emitida uma relação de resumos dos lotes para cada um dos organismos, que tem informações sobre todos os lotes que lhe serão enviados. Este documento é emitido em quadruplicado, carimbado e rubricado pela direção técnica. Os lotes de receitas e a

documentação referentes ao SNS são enviados até ao dia 5 de cada mês para o Centro de Conferência de Faturas da Maia. Os lotes relativos a outras entidades, juntamente com os verbetes, relação resumos de lotes e faturas são enviados à ANF, que posteriormente os encaminha para cada um dos organismos responsáveis. Cada organismo paga as participações à ANF, que paga depois às farmácias, funcionando assim como intermediário entre as farmácias e os organismos com os quais estabeleceu acordos mediante uma percentagem. Se forem detetadas falhas da responsabilidade da farmácia, no cumprimento das exigências estabelecidas pelos organismos, o Serviço de Conferência de Faturas devolve as receitas em situação irregular, acompanhadas da justificação da sua devolução, não pagando assim a participação. Esta só é paga se a situação for regularizada, e as receitas forem novamente enviadas junto com as do mês corrente.

### 2.9.3. Documentos contabilísticos

Certos documentos contabilísticos são essenciais para o bom funcionamento de uma farmácia, como por exemplo:

*Fatura:* é um documento comercial que representa a venda para clientes domiciliados em território nacional. Possui uma listagem de todos os produtos comprados e enviados pelo vendedor, especificando a quantidade de cada um bem como o preço de fatura e o preço de venda ao público quando existente.

*Guia de remessa:* é o documento que acompanha a documentação da carga a ser enviado para o destinatário. Nela estão contidos todos os documentos (p.ex.: seguros) relacionados com a carga a ser transportada. É muitas vezes semelhante a uma fatura mas não possui valor para a realização de faturação.

*Recibo:* papel emitido que tem como objetivo comprovar que foi efetuado um pagamento.

*Nota de devolução:* papel que deve acompanhar o produto a devolver com as características do produto e a razão da devolução. Deve ser enviada ainda uma cópia da nota de devolução para o caso de ocorrer uma inspeção da Autoridade Tributária.

*Nota de crédito:* é um documento comercial emitido por um vendedor a um comprador. Nela estão presentes as quantidades, preços e formas de pagamento acordados entre vendedor e o comprador para produtos cujo comprador não pagou, não recebeu, ou devolveu. Pode também ser emitida no caso de mercadorias danificadas, erros ou reajustes.

*Inventário:* contagem dos produtos disponíveis em *stock* para venda.

*Balancete:* O Balancete de Verificação é uma técnica bastante utilizada pelos responsáveis pela contabilidade para verificar se os lançamentos contábeis realizados no período estão corretos. Este

tem por base o método das partidas dobradas: não há crédito sem débito correspondente. Portanto se de um lado for somado todos os débitos, do outro a soma dos créditos tem que resultar um valor igual. Desse modo é verificado se os lançamentos a débito e a crédito foram realizados corretamente.

A contabilidade deve conter sempre os documentos contabilísticos originais que devem ser guardados durante 3 anos na farmácia.

#### **2.9.4. Obrigações fiscais, preços e princípios gerais**

No Decreto-Lei n.º 112/2011, de 29 de novembro, que regula o “regime de preços dos medicamentos de uso humano sujeitos a receita médica e dos medicamentos não sujeitos a receita médica comparticipados”, fazem-se as seguintes definições:

“a) «Preço de venda ao armazenista» (PVA) o preço máximo para os medicamentos no estágio de produção ou importação;

b) «Preço de venda ao público» (PVP) o preço máximo para os medicamentos no estágio de retalho;

c) «Preços fixados com carácter provisório» os preços que não foram determinados com base no preço do mesmo medicamento ou, caso este não exista, das especialidades farmacêuticas idênticas ou essencialmente similares de pelo menos dois dos três países de referência mencionados no n.º 2 do artigo 6.º;

d) «Regime de preço máximo» a fixação do seu valor na venda ao público, o qual não pode ser ultrapassado;

e) «Preço de referência» o valor sobre o qual incide a comparticipação do Estado no preço dos medicamentos incluídos em cada um dos grupos homogêneos, de acordo com o escalão ou regime de comparticipação que lhes é aplicável;

f) «Grupo homogêneo» é conjunto de medicamentos com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias activas, dosagem e via de administração, com a mesma forma farmacêutica ou com formas farmacêuticas equivalentes, no qual se inclua pelo menos um medicamento genérico existente no mercado, podendo ainda integrar o mesmo grupo homogêneo os medicamentos que, embora não cumprindo aqueles critérios, integrem o mesmo grupo, ou subgrupo, farmacoterapêutico e sejam considerados equivalentes terapêuticos dos demais medicamentos que daquele grupo fazem parte” [33].

Legalmente, a farmácia é obrigada a pagar mensal ou trimestralmente, ao longo do ano, o IVA. Este depende do valor das compras e vendas, de cada mês e não do inventário. Existem 2 tipos de IVA numa farmácia:

IVA a 6% - Medicamentos e outros produtos.

IVA a 23% - outros produtos como alguns suplementos alimentares, dermocosméticos, etc.

Todos os produtos com IVA a 6% entram para as despesas de Imposto de Rendimento de Pessoas Singulares (IRS), no entanto os produtos a 21% só entram, neste caso como despesas de saúde, quando acompanhados pela receita médica correspondente.

O Imposto de Rendimento de Pessoas Coletivas (IRC) é calculado anualmente, após submissão da declaração do rendimento gerado pela farmácia.

## 2.10. Conclusão

O estágio que realizei na Farmácia Sant'Ana, permitiu-me constatar que, holisticamente, a profissão farmacêutica possui duas vertentes fulcrais, a científica/académica e a humana. É possível afirmar que os conhecimentos científicos adquiridos durante a minha formação académica são, sem dúvidas, o pilar para o correto exercício da atividade farmacêutica. No entanto, e como pude verificar em todo o meu estágio, qualquer tarefa que se desempenha numa farmácia de oficina não deve excluir a perspetiva humana, essencial quer para a criação de laços de confiança com os utentes quer para a manutenção de um bom ambiente de trabalho. No final deste estágio, tomei consciência dos deveres que são exigidos aos farmacêuticos principalmente no que concerne à educação social para o uso racional dos medicamentos e promoção da saúde mas também em relação a todos os assuntos relacionados com a gestão de uma farmácia comunitária.

A tarefa mais desafiante com que me deparei, foi sem dúvida o atendimento ao utente. Os primeiros contatos com o público foram marcados pela minha insegurança e nervosismo que com o passar do tempo evoluíram para um maior autonomismo e eficácia na interação utente/farmacêutico. Toda a equipa da FSA contribuiu diariamente para que esta experiência se tornasse interessante e gratificante, um marco na minha vida. Sinto-me mais preparada para enfrentar o mundo profissional real, para encontrar novos desafios e acima de tudo superá-los.

## 2.11. Bibliografia - Capítulo 2

1. ANF. Disponível em: [www.anf.pt](http://www.anf.pt). [Consultado a 10 de novembro de 2015].
2. Ordem dos Farmacêuticos, Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos.
3. Ordem dos Farmacêuticos. Disponível em: [www.ordemfarmaceuticos.pt](http://www.ordemfarmaceuticos.pt). [Consultado a 10 de novembro de 2015].
4. Portaria n.º 277/2012, de 12 de setembro, Diário da República, I série. N.º177, de 12 de setembro de 2012.
5. Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, Diário da República, I série. N.º168, de 31 de agosto de 2007.
6. Santos, H.J., et al. Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária. Ed. 3ª. 2009. Conselho Nacional de Qualidade - Ordem dos Farmacêuticos.
7. Deliberação n.º 1502/2014, de 3 de julho, Diário da República, I série. N.º145, de 3 de julho de 2014.
8. Portaria n.º 1429/2007, de 2 de novembro, Diário da República, I série. N.º 211, de 2 de novembro de 2007.
9. INFARMED. Deliberação n.º 414/CD/2007. Disponível em: [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/ACTOS\\_SUJEITOS\\_A\\_PUBLICACAO\\_NO\\_SITE\\_DO\\_INFARMED/Delib\\_414\\_CD\\_2007.pdf](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/ACTOS_SUJEITOS_A_PUBLICACAO_NO_SITE_DO_INFARMED/Delib_414_CD_2007.pdf). [Consultado a 15 de novembro de 2015].
10. Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, Diário da República, I série. N.º 167, de 30 de agosto de 2006.
11. Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, Diário da República, I-A série. N.º 18, de 22 de janeiro de 1993.
12. Regulamento (UE) n.º 1004/2014 da Comissão. Comissão Europeia. Jornal oficial da União Europeia. 2014, 18 de setembro.
13. VALORMED. Disponível em: [www.valormed.pt](http://www.valormed.pt). [Consultado a 20 de novembro de 2015].
14. Portaria 137-A/2012, de 11 de maio, Decreto-Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro, 1º Suplemento, de 11 de maio de 2012.
15. Normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos de saúde. INFARMED. 2015, 29 de outubro.
16. Decreto-Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro, Diário da República, I-B série. N.º 236, de 12 de outubro de 1994.
17. Despacho n.º 17690/2007, de 10 de agosto, Diário da República, II série. N.º154, de 10 de agosto de 2007.
18. Decreto-Lei n.º 189/2008, de 24 de setembro, Diário da República, I série. N.º185, de 24 de setembro de 2008.

19. Decreto-Lei n.º 216/2008, de 11 de novembro, Diário da República, I série. N.º219, de 11 de novembro de 2008.
20. Decreto-Lei n.º 74/2010, de 21 de junho, Diário da República, I série. N.º118, de 21 de junho de 2010.
21. Decreto-Lei n.º 136/2003, de 28 de junho, Diário da República, I-A série. N.º147, de 28 de junho de 2003.
22. Decreto-Lei n.º 148/2008, de 29 de julho, Diário da República, I série. N.º145, de 29 de julho de 2008.
23. Decreto-Lei n.º 145/2009, de 17 de junho, Diário da República, I série. N.º115, de 17 de junho de 2009.
24. Circular Normativa n.º 09/DGCG. Direção Geral de Saúde. 2002, 4 de julho.
25. Circular Normativa n.º 2/DGCG. Direção Geral de Saúde. 2004, 31 de março.
26. Decreto-Lei n.º 95/2004, de 22 de abril, Diário da República, I-A série. N.º95, de 22 de abril de 2004.
27. Deliberação n.º 1498/2004, de 29 de dezembro, Diário da República, II série. N.º303, de 29 de dezembro de 2004.
28. Deliberação n.º 1500/2004, de 29 de dezembro, Diário da República, II série. N.º303, de 29 de dezembro de 2004.
29. Portaria n.º 594/2004, de 2 de junho, Diário da República, I série. N.º129, de 2 de junho de 2004.
30. Decreto-Lei n.º 90/2004, de 20 de abril, Diário da República, I-A série. N.º93, de 20 de abril de 2004.
31. Deliberação n.º 1504/2004, de 7 de dezembro, Diário da República, II série. N.º304, de 30 de dezembro de 2004.
32. Portaria n.º 769/2004, de 1 de julho, Diário da República, I-B série. N.º153, de 1 de julho de 2004.
33. Decreto-Lei n.º 112/2011, de 29 de novembro, Diário da República, I série. N.º229, de 29 de novembro de 2011.

# ANEXO I

## Propriedade da farmácia comunitária em Portugal

**\*Obrigatório**

**1. Género \***

- Feminino
- Masculino

**2. Idade \***

**3. Distrito \***

**4. Localidade \***

**5. Profissão \***

- Proprietário de farmácia
- Diretor técnico
- Farmacêutico
- Técnico de farmácia
- Auxiliar de farmácia
- Outra

**6. Quem pode ser proprietário de uma farmácia comunitária? \***

- Farmacêutico
- Médico
- Técnico de farmácia
- Grossista
- Empresa de gestão
- IPSS (Instituições Particulares de Solidariedade Social)
- Empresa da indústria farmacêutica

**7. Quantas farmácias pode possuir cada indivíduo? \***

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Quantas quiser

**Se for utente, o seu questionário terminou. Obrigado por participar!**

Por favor passe para a página seguinte, assinale o consentimento informado e envie o formulário.

**Se for profissional de saúde (Diretor técnico, Farmacêutico, Técnico de farmácia, Auxiliar de farmácia), por favor continue o questionário.**

**A Lei da propriedade da farmácia comunitária foi alterada em 2007:**

**8. Teve conhecimento dessas alterações?**

- Sim
- Não

**(Se não conhece as alterações, passe para a pergunta 11)**

**9. Conhece em específico quais as alterações que se deram?**

**9.1. Na lei anterior apenas os farmacêuticos podiam ser proprietários de farmácia?**

- Sim
- Não

**9.2. Na lei anterior cada proprietário poderia apenas ter uma farmácia?**

- Sim
- Não

**9.3. Houve alterações na legislação da propriedade de farmácias pertencentes às IPSS (Instituições Particulares de Solidariedade Social)?**

- Sim
- Não

**10. Concorda com as alterações à propriedade das farmácias introduzida em 2007?**

- Sim
- Não

**Se respondeu Não**

Indique quais as razões para discordar:

**11. Acha que a lei da propriedade da farmácia comunitária é uniforme em toda a Europa?**

- Sim
- Não

**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

Este estudo tem como objetivo analisar as alterações que a legislação portuguesa, que regula a propriedade da farmácia comunitária, sofreu nos últimos anos e, desta forma, possibilitar uma maior consciencialização e conhecimento da legislação em vigor em Portugal. Os dados obtidos a partir deste estudo serão analisados pelos responsáveis científicos do projeto, no entanto, dados de carácter pessoal serão mantidos confidenciais. Os resultados deste estudo serão publicados numa plataforma online e farão parte integrante de uma tese de Mestrado em Ciências Farmacêuticas da Universidade da Beira Interior. Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do projeto e do uso que se pretende dar aos meus dados.

- Autorizo que os dados que forneci sejam utilizados para o atual estudo.



## ANEXO III

Quadro resumo das respostas múltiplas à questão sobre quem pode deter a propriedade da farmácia comunitária atual.

	Frequência	Porcentagem
Empresa da indústria farmacêutica	1	0,27%
Empresa de gestão	5	1,37%
Farmacêutico	79	21,64%
Farmacêutico, Empresa da indústria farmacêutica	2	0,55%
Farmacêutico, Empresa de gestão	8	2,19%
Farmacêutico, Empresa de gestão, IPSS (Instituições Particulares de Solidariedade Social)	3	0,82%
Farmacêutico, Empresa de gestão, IPSS (Instituições Particulares de Solidariedade Social), Empresa da indústria farmacêutica	1	0,27%
Farmacêutico, Grossista, Empresa de gestão	2	0,55%
Farmacêutico, IPSS (Instituições Particulares de Solidariedade Social)	2	0,55%
Farmacêutico, IPSS (Instituições Particulares de Solidariedade Social), Empresa da indústria farmacêutica	1	0,27%
Farmacêutico, Médico, Empresa da indústria farmacêutica	1	0,27%
Farmacêutico, Médico, Empresa de gestão	1	0,27%
Farmacêutico, Médico, Empresa de gestão, Empresa da indústria farmacêutica	1	0,27%
Farmacêutico, Médico, Empresa de gestão, IPSS (Instituições Particulares de Solidariedade Social)	2	0,55%
Farmacêutico, Médico, Grossista, Empresa de gestão	1	0,27%
Farmacêutico, Médico, IPSS (Instituições Particulares de Solidariedade Social)	1	0,27%
Farmacêutico, Médico, Técnico de farmácia	5	1,37%
Farmacêutico, Médico, Técnico de farmácia, Empresa de gestão	8	2,19%
Farmacêutico, Médico, Técnico de farmácia, Empresa de gestão, Empresa da indústria farmacêutica	1	0,27%
Farmacêutico, Médico, Técnico de farmácia, Empresa de gestão, IPSS (Instituições Particulares de Solidariedade Social)	13	3,56%
Farmacêutico, Médico, Técnico de farmácia, Empresa de gestão, IPSS (Instituições Particulares de Solidariedade Social), Empresa da indústria farmacêutica	2	0,55%
Farmacêutico, Médico, Técnico de farmácia, Grossista	2	0,55%
Farmacêutico, Médico, Técnico de farmácia, Grossista, Empresa de gestão	8	2,19%
Farmacêutico, Médico, Técnico de farmácia, Grossista, Empresa de gestão, Empresa da indústria farmacêutica	8	2,19%
Farmacêutico, Médico, Técnico de farmácia, Grossista, Empresa de gestão, IPSS (Instituições Particulares de Solidariedade Social)	5	1,37%
Farmacêutico, Médico, Técnico de farmácia, Grossista, Empresa de gestão, IPSS (Instituições Particulares de Solidariedade Social), Empresa da indústria farmacêutica	32	8,77%
Farmacêutico, Médico, Técnico de farmácia, IPSS (Instituições Particulares de Solidariedade Social)	2	0,55%
Farmacêutico, Técnico de farmácia	14	3,84%
Farmacêutico, Técnico de farmácia, Empresa de gestão	46	12,60%
Farmacêutico, Técnico de farmácia, Empresa de gestão, IPSS (Instituições Particulares de Solidariedade Social)	60	16,44%
Farmacêutico, Técnico de farmácia, Empresa de gestão, IPSS (Instituições Particulares de Solidariedade Social), Empresa da indústria farmacêutica	2	0,55%
Farmacêutico, Técnico de farmácia, Grossista	1	0,27%
Farmacêutico, Técnico de farmácia, Grossista, Empresa de gestão	8	2,19%
Farmacêutico, Técnico de farmácia, Grossista, Empresa de gestão, Empresa da indústria farmacêutica	3	0,82%
Farmacêutico, Técnico de farmácia, Grossista, Empresa de gestão, IPSS (Instituições Particulares de Solidariedade Social)	14	3,84%
Farmacêutico, Técnico de farmácia, Grossista, Empresa de gestão, IPSS (Instituições Particulares de Solidariedade Social), Empresa da indústria farmacêutica	11	3,01%
Farmacêutico, Técnico de farmácia, Grossista, IPSS (Instituições Particulares de Solidariedade Social)	1	0,27%
Farmacêutico, Técnico de farmácia, IPSS (Instituições Particulares de Solidariedade Social)	3	0,82%
IPSS (Instituições Particulares de Solidariedade Social)	2	0,55%
Técnico de farmácia	3	0,82%
Total	365	100%

## Anexo IV

Opiniões dos participantes	
1	Não absolutamente pois penso que devia ser restrita a profissionais de farmácias qualificados farmacêuticos ou técnicos. Nunca a outra sem formação legal na área
2	Unicamente um farmacêutico está habilitado para atuar nos diversos desafios do dia-a-dia da farmácia. Esta liberalização transforma a farmácia num negócio empresarial como qualquer outro, não visando a saúde do utente.
3	Considero que o proprietário da farmácia deve ser alguém com conhecimento profundo na área do medicamento, nomeadamente na sua aquisição e dispensa responsável ao utente. Além disso, os serviços de uma farmácia, além da dispensa do medicamento, devem ser controladas e realizadas à luz da ética da profissão farmacêutica.
4	É minha opinião que estas alterações à lei tratam as farmácias, fundamentalmente, como um espaço comercial e não como o espaço de saúde que simultaneamente também é comercial. Havendo a possibilidade de propriedade de alguém sem conhecimento na área, como um cabeleireiro p.e., a principal preocupação é o "faturar" e não a saúde. Desde logo se criam pressões no ambiente de trabalho para venda, se verifica a venda de produtos incorretamente e todo um conjunto de situações erradas e que, a meu ver, não colocam a promoção de saúde como o fundamental.
5	Uma pessoa singular ou uma empresa proprietária de uma farmácia só vai ter o interesse de lucrar e não o bem-estar da população. Então que com um proprietário farmacêutico já dá a entender aos utentes que não se pretende apenas ganhar dinheiro mas também promover a saúde pública.
6	O proprietário da farmácia deverá ser um farmacêutico. Há que ter consciência ética relativa à profissão, algo que não se verifica nos proprietários não farmacêuticos.
7	A farmácia deve ser conduzida por profissionais que tenham sensibilidade para a área. Advogados não percebem a importância dos cuidados de saúde e do serviço à população.
8	Penso que assim qualquer pessoa seja em nome individual ou colectivo pode gerir um negócio numa área tão diferente como a da saúde, esquecendo-se assim do utente e tornando as farmácias cada vez mais um local de comércio banal
9	Discordo pois a farmácia passou a ser apenas mais uma forma de comércio, esquecendo muitas vezes o utente.

10	A profissão farmacêutica perdeu credibilidade e força na sociedade. Menos oportunidades emprego.
11	Penso que a farmácia de oficina deve de ser propriedade do farmacêutico dado que muito possivelmente este não tentaria alterar o seu conhecimento técnico-científico em função de interesses do próprio.
12	Tornou-se algo aproximado a um negócio com o objectivo de gerar lucro, não tanto um espaço de promoção de saúde
13	Danoso em termos de competitividade para farmácias não pertencentes a grupos
14	Levou ao declínio do sector.
15	Cria um conflito de interesses. Um proprietário não farmacêutico pode não entender a não venda de certos medicamentos e mesmo outros produtos existentes no espaço farmácia.
16	As farmácias continuariam a ter à frente um proprietário farmacêutico o que lhe permitia compreender o meio e acima de tudo, seria mantida a ética profissional, o que não se verifica em muitos locais atualmente.
17	A farmácia passou a ser visto como mais um negócio com interesses económicos que infelizmente, em muitos casos, se sobrepõem aos interesses sociais e de saúde dos utentes.
18	Hoje em dia qualquer um pode ser proprietário... Mesmo uma pessoa que não entenda nada de saúde apenas pense em lucro
19	Grupos económicos, o limite de 4 farmácias por proprietário não é cumprido, utilizando nomes de familiares. Ainda maior probabilidade de as farmácias comunitárias serem vistas como uma loja e não como espaço de saúde. Perca de oportunidades de emprego para farmacêuticos. Más condições de trabalho para alguns
20	Os valores monetários sobrepõem-se aos valores éticos profissionais!!
21	Pois deixou de haver a supervisão farmacêutica em algumas situações e a Farmácia passou a ser vista como negócio
22	O medicamento é um produto com especificidades próprias e únicas e como tal só deve ser vendido em Farmácias. A sua venda não deve em nenhuma circunstância ser submetida a critérios economicistas.
23	Aumento da componente comercial e das pressões exercidas por parte de donos não farmacêuticos; aglomeração do mercado farmacêutico centrado nos grandes grupos; alguma perda de competitividade das farmácias mais pequenas.

24	O facto de qualquer pessoa poder ser proprietário leva a que seja vista apenas como um negócio, não sendo respeitadas questões éticas e científicas, muitas vezes porque as pessoas não têm qualquer conhecimento sobre o assunto.
25	É necessário ter conhecimentos na área de ciências farmacêuticas e, adicionalmente, de gestão e marketing.
26	A propriedade deverá ser mantida em Farmacêuticos, pois tal como mostrado em outros países a liberalização da propriedade apenas leva a um monopólio de farmácia por grandes grupos.
27	Abriu a porta a grupos e indivíduos com mais interesse pelos lucros do que pela saúde da população.
28	Apenas os farmacêuticos deveriam ser detentores da propriedade das farmácias, uma vez que pessoas ou entidades gestoras, que nada têm a ver com a farmácia, têm uma atitude meramente comercial, perdendo-se muitos dos valores éticos, morais e deontológicos associados à profissão farmacêutica.
29	Farmácia deveria ser um local de prestação de serviços e apoio a população não um local de interesse meramente de venda e monopólio local
30	Tornamos a farmácia comunitária um negócio igual a qualquer outro, regido muitas vezes por pessoas que são meramente comerciantes e que apenas pensam em lucros.
31	Deixou de haver o escalonamento do número de farmácias que cada concorrente possuía, pelo que passou a ser injusto o facto de alguém ficar com 3 farmácias e outra pessoa sem nenhuma
32	A razão da minha discordância prende-se exclusivamente com a mudança de paradigma na prestação de serviços farmacêuticos de qualidade para uma perspectiva puramente comercial e de lucro. Penso que as alterações desta lei promove precisamente esta última.
33	A farmácia não é um negócio qualquer. A ética tem que prevalecer. Com um proprietário não farmacêutico podem haver conflitos de interesses.
34	Não trouxe mais valias do ponto de vista da saúde pública, da acessibilidade ao medicamento ou da qualidade do serviço prestado pelas farmácias. A dissociação entre propriedade e direcção técnica permite que a gestão do negócio seja feita por pessoas que não estão sujeitas ao código deontológico da Ordem dos Farmacêuticos.
35	Por acarretar conflitos de interesses venda vs saúde. A propriedade e DT deveriam ser indivisíveis como na anterior lei.
36	Acho que a farmácia deve continuar a exigir farmacêuticos como proprietários, pois se não o fizerem serão os grandes grupos de gestão a gerir as farmácias em Portugal.

37	O limite de 4 farmácias por proprietário não tem racional. A atribuição de alvarás a IPSS é uma violação da lei que limite o número de farmácias à população residente.
38	Por razões de ética na dispensa dos medicamentos aos utentes. Em muitas farmácias os funcionários são forçados a vender medicamentos sujeitos a receita, sem o utente ter a receita. Caso contrário têm o seu emprego em risco
39	Apenas farmacêuticos deveriam ser proprietários das farmácias visto que são eles é que são os profissionais especialistas do medicamento.
40	A propriedade da farmácia deveria pertencer a quem da área e que compreende o mercado e questões farmacêuticas. Claro que os proprietários também deverão especializar-se em gestão e organização, para melhor defenderem a sua propriedade dos ataques a que está sujeito.
41	Perde a essência da farmácia como primeira linha de apoio focada no utente, para focar apenas no lucro a qualquer custo
42	As farmácias tendem a tornar-se áreas de negócio onde o farmacêutico é "empurrado" para vender o que interessa à farmácia. Obviamente que há excepções, em ambos os casos, mas tendencialmente nota-se este cenário.
43	Gerir farmácias com base em números e vendas não chega. Qualidade do serviço farmacêutico decresceu brutalmente.
44	A Farmácia passou a ser vista cada vez mais como um negócio e a parte saúde cada vez mais está a ser esquecida. Os utentes saem claramente prejudicados com esta decisão.
45	Farmácia deveria ser da única propriedade e responsabilidade do Farmacêutico, o único profissional do medicamento devidamente habilitado para o mesmo. Em países como Espanha, nem se põe em questão a retirada da obrigatoriedade de propriedade por parte de um farmacêutico. Cria-se com esta liberdade de propriedade o afastamento do ideal de farmácia virada para o utente a para a saúde para um ideal comercial em que o objetivo único é aumentar as vendas e o lucro.
46	Estão em jogo interesses que em nada beneficiam os serviços que as farmácias prestam aos utentes.
47	A propriedade da Farmácia deveria estar associada ao farmacêutico. Infelizmente temos muitos exemplos do que deu liberalizar a propriedade, na perspectiva do utente, do seu aconselhamento e na cedência do medicamento/produto de saúde mais adequado.

48	<p>A partir do momento em que houve a liberalização da propriedade da farmácia começou a concorrência comercial, passando a ser a prioridade o valor facturado no final do dia em vez do utente e da sua saúde e bem estar!!!</p> <p>É no que dá farmácias serem geridas por pessoas que só vêm o negócio em vez da prestação de um serviço de qualidade por pessoas super qualificadas.</p>
49	<p>Discordo, por defender que deve ser o farmacêutico o profissional de saúde com a devida formação para poder liderar a propriedade de uma farmácia comunitária.</p>
50	<p>Os costureiros tem lojas de moda, os médicos consultórios, os criadores de gado vendem gado, os farmacêuticos vendem fármacos, cada macaco no seu galho, ou vão agora os farmacêuticos abrir um escritório de advogados?</p>
51	<p>Faz das Farmácias um comércio retalhista e não tão centrado no utente como seria de esperar</p>
52	<p>Banalização dos alicerces ideológicos da Farmácia de Oficina.</p>
53	<p>Não considero que seja uma mais valia a liberalização da propriedade da Farmácia, não trouxe mais benefícios nem para os doentes nem para os profissionais farmacêuticos.</p>
54	<p>A possibilidade de ser proprietário de farmácia alguém que não farmacêuticos transforma a farmácia num negócio mais economicista do que num serviço de saúde; são privilegiados os "bons negócios " em vez de bons serviços ou de bons aconselhamentos, o que não se traduz necessariamente num crescimento de negócio sustentado e muito menos em garantia de qualidade ou no aumento do agrado dos utentes face aos serviços prestados.</p>
55	<p>O mercado deve ser liberal e realmente a propriedade da farmácia não pode ser excepção. Na prática o que se verificou é que a maioria das farmácias adquiridas por "não farmacêuticos" perderam parte das características que lhes eram bastante favoráveis enquanto estabelecimentos de saúde. O lado comercial sobrepôs-se ao lado dos cuidados de saúde, o foco passou a estar cada vez mais do lado da rentabilidade e dos lucros, com prejuízo para a atenção genuína aos doentes. Perdeu-se a sensibilidade e bom senso que caracterizavam as farmácias em Portugal. Foi portanto uma medida necessária que acarretou pontos muito negativos. Entendo que globalmente foi negativo.</p>
56	<p>Não se procedeu a liberalização da farmácia mas apenas de propriedade a não farmacêuticos. Aumentou desemprego, diminuiu a qualidade dos serviços. Se legalmente cada proprietário pode ter mais que uma farmácia, enriquecem todos e empobrece o farmacêutico não proprietário pois ficam disponíveis menos postos de trabalho farmacêuticos para além de haver salários deploráveis.</p>
57	<p>Está lei veio aumentar a concorrência desleal entre estabelecimentos, transformando negativamente o negócio e prejudicando em muito a saúde dos utentes.</p>

58	Torna possível que grandes grupos englobem os proprietários de uma única farmácia que com poucas compras não conseguem competir com as condições de redes de farmácias
59	A lei não deveria ter sido alterada, pois defendia de melhor maneira os utentes da farmácia
60	Não concordo, porque, para além, dos farmacêuticos perderem uma área de atuação, essas alterações visam a farmácia cada vez mais como um mero negócio. Dessa forma, as entidades patronais exigem, infelizmente, aos farmacêuticos uma postura mais de "vendedor" do que um profissional de saúde.
61	A propriedade da farmácia pela parte de um não farmacêutico conduz a uma gestão em função dos números, deixando de ver as pessoas: funcionários e utentes. O que se traduz na degradação das condições de trabalho e do serviço prestado à comunidade.
62	Por imperativos éticos e deontológicos, a propriedade da Farmácia deveria estar vedada a qualquer pessoa que não fosse o Farmacêutico.

# Anexo V

## Dispositivos médicos

### Dispositivos Médicos da Classe I:

- *Dispositivos destinados à recolha de fluídos corporais:*
  - sacos coletores de urina
  - sacos para ostomia
  - fraldas e pensos para incontinência.
  
- *Dispositivos destinados à imobilização de partes do corpo e/ou aplicar força ou compressão:*
  - colares cervicais
  - meias de compressão
  - pulsos, meias, joelheiras elásticos para fins médicos.
  
- *Dispositivos utilizados para suporte externo do paciente:*
  - auxiliares de marcha, cadeiras de rodas
  - canadianas, muletas
  - camas de hospital.
  
- *Dispositivos não invasivos:*
  - Estetoscópio
  - Pensos oculares
  - Óculos corretivos, armações.
  
- *Dispositivos destinados a conteúdos temporários ou com função de armazenamento:*
  - Seringas sem agulha
  - Taças e colheres especificamente destinadas à administração de medicamentos.
  
- *Dispositivos invasivos de orifícios do corpo de utilização temporária:*
  - espelhos de mão usados em medicina dentária como auxiliar de diagnóstico
  - luvas de exame
  - irrigadores.
  
- *Dispositivos invasivos utilizados na cavidade oral até à faringe, no canal auditivo até ao tímpano ou na cavidade nasal:*
  - material de penso para hemorragias nasais
  - dentaduras removíveis
  - soluções para irrigação ou lavagem mecânica.

- *Dispositivos não invasivos que contactam com a pele lesada e que são utilizados como barreira mecânica, para compressão ou absorção de exsudados:*

- algodão hidrófilo
- ligaduras.

### **Dispositivos Médicos da Classe IIa:**

- *Dispositivos que se destinam a controlar o microambiente de uma ferida:*

- compressas de gaze hidrófila esterilizadas ou não esterilizadas
- pensos de gaze não impregnados com medicamentos
- material de penso à base de filmes poliméricos
- adesivos oclusivos para uso tópico.

- *Dispositivos invasivos de orifícios do corpo, para utilização a curto prazo:*

- lentes de contacto com fins corretivos
- cateteres urinários
- pessários vaginais/uretrais.

- *Dispositivos ativos com função de medição, como por exemplo:*

- termómetro c/ pilha ou outra fonte de energia associada
- medidores de tensão com fonte de energia associada.

- *Dispositivos invasivos de orifícios do corpo, que se destinam a ser ligados a um dispositivo médico ativo:*

- permutadores de calor e humidade
- irrigadores nasais equipados com motor.

- *Dispositivos invasivos de carácter cirúrgico, destinados a utilização temporária:*

- agulhas das seringas
- lancetas
- luvas cirúrgicas.

- *Dispositivos ativos:*

- Aparelho auditivos.

- *Dispositivos destinados especificamente a serem utilizados na desinfeção de dispositivos médicos.*

### **Dispositivos Médicos da Classe IIb:**

- *Dispositivos que se destinam a ser utilizados principalmente em feridas que tenham fissurado a derme de forma substancial e extensa e onde o processo de cicatrização só se consegue por intervenção secundária:*

- material de penso para feridas ulceradas extensas e crónicas
- material de penso para queimaduras graves que atingem a derme e cobrem uma área extensa
- material de penso para feridas de decúbito graves.

- *Dispositivos que se destinam à administração de medicamentos:*

- canetas de insulina.

- *Dispositivos utilizados na contraceção e/ou prevenção de doenças sexualmente transmissíveis:*

- preservativos masculinos
- diafragmas.

- *Dispositivos destinados especificamente a serem utilizados na desinfeção, limpeza, lavagem ou hidratação das lentes de contacto:*

- soluções de conforto para portadores de lentes de contacto.

### **Dispositivos Médicos da Classe III:**

- *Dispositivos que incorporam uma substância medicamentosa e que constituem um único produto não reutilizável e em que a ação da substância é acessória à do dispositivo:*

- preservativos com espermicida
- pensos com medicamentos.

- *Dispositivos utilizados na contraceção implantáveis ou invasivos de utilização a longo prazo:*

- Dispositivo intra-uterinos, que não libertem progesterónios.

### **Dispositivos médicos para diagnóstico *in vitro*:**

- *Dispositivos destinados a serem utilizados pelo leigo (para autodiagnóstico):*

- teste de gravidez
- equipamento para medição de glicémia
- reagente, tiras-teste para determinação da glicémia, glicosúria e cetonúria.

- *Recipientes para colheita de amostras, esterilizados e não esterilizados:*

- frasco para colheita de urina asséptica
- frasco para colheita de urina, expectoração, etc.