



Universidade do Algarve

Faculdade de Ciências e Tecnologia

Departamento de Química e Farmácia

# **As implicações sócio-económicas das últimas políticas no setor do medicamento nas farmácias portuguesas**

Ana Sofia Ferreira Guerra

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas

2013

**Trabalho efetuado sob a orientação de: Dr. Paulo Jorge Vieira de Almeida  
Gouveia e Mestre Isabel Maria Pires Sebastião Ramalinho**

**As implicações sócio-económicas das últimas políticas no setor do medicamento nas farmácias  
portuguesas**



Universidade do Algarve

Faculdade de Ciências e Tecnologia

Departamento de Química e Farmácia

# **As implicações sócio-económicas das últimas políticas no setor do medicamento nas farmácias portuguesas**

Ana Sofia Ferreira Guerra

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas

2013

**Trabalho efetuado sob a orientação de: Dr. Paulo Jorge Vieira de Almeida  
Gouveia e Mestre Isabel Maria Pires Sebastião Ramalinho**

## **DECLARAÇÃO DE AUTORIA DE TRABALHO**

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Universidade do Algarve, 26 de setembro de 2013

---

© 2013 Ana Sofia Ferreira Guerra.

*A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho, através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.*

## AGRADECIMENTOS

Ao Dr. Paulo Gouveia, Diretor Técnico da Farmácia Pedra Mourinha, e à Professora Isabel Ramalinho, da Faculdade de Ciências e Tecnologias da Universidade do Algarve, pela disponibilidade com que me orientaram ao longo de todo o processo de desenvolvimento desta dissertação; pelos seus conselhos, críticas e sugestões que contribuíram bastante para o enriquecimento deste trabalho.

Ao Centro de Estudos e Avaliação em Saúde (CEFAR) da ANF, à *Health Market Research Lda.*, ao Centro de Informação de Medicamentos (CIM) da Ordem dos Farmacêuticos, ao Centro de Informação de Medicamentos e Produtos de Saúde (CIMI) do INFARMED e à Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), pela pronta disponibilidade com que cederam estudos e outras publicações.

Aos meus familiares e amigos, pelo apoio que me deram ao longo destes últimos cinco anos, em especial aos meus pais, pois sem eles não teria sido possível atingir esta minha meta académica.

## **RESUMO**

A situação nacional atual é de grande instabilidade política e crise económico-financeira grave, com reflexos ao nível das finanças públicas e da política orçamental, sendo isto relevante para o setor da saúde e, portanto, para as farmácias.

A elevada despesa do Estado no setor da saúde tem sido responsável por uma Política do Medicamento que prevê várias medidas de contenção orçamental, que têm tido impacto direto na atividade das farmácias, já que o Estado, sendo o principal cliente das mesmas, é simultaneamente um organismo regulador, estabelecendo preços e margens de medicamentos. Sabendo-se que a remuneração das farmácias é fortemente dependente do medicamento, o sucesso do setor depende fortemente das políticas de alteração dos preços e margens de medicamentos. Como tal, as políticas que têm vindo a ser adotadas nos últimos anos, estão a deixar o setor numa crise económica e financeira sem precedentes.

Neste contexto, foi feito, no presente trabalho, um estudo acerca da despesa em saúde e, também, da despesa com medicamentos; foram analisadas as diferentes medidas adotadas ao longo dos últimos anos no âmbito da Política do Medicamento e as suas implicações nas farmácias; e, por último, foram abordadas possíveis soluções para a sustentabilidade das farmácias portuguesas - das quais se realça a aposta nos Cuidados Farmacêuticos, apresentados como uma solução que pode valorizar as valências farmacêuticas e que pode, simultaneamente, ser utilizada pelo Sistema Nacional de Saúde para reduzir a despesa do Estado no setor da saúde.

**Palavras-chave:** Medicamento; Farmácia; Crise; Despesa; Cuidados Farmacêuticos.

## **ABSTRACT**

The current national situation is of great political instability and severe economic and financial crisis, and reflects in the public finances and political budget, which is relevant to the health sector and consequently to the pharmacies.

The high government expenditure in the health sector has been responsible for a drug policy that provides measures of fiscal restraint, that have had a direct impact in the activity of pharmacies, since the State is simultaneously the most important client and the regulatory body establishing medication prices and profit margins. Knowing that the remuneration of pharmacies is strongly dependent on the medication, the success of this sector depends mainly on politics that alter prices and profit margins. As such, the measures adopted in the last years are leaving the sector in a financial and economic crisis without precedents.

In this setting, this study evaluated health expenditure and expense with medication; measures adopted over the last few years in the scope of drug policies and their impact in pharmacies; and lastly possible solutions to the sustainability of Portuguese pharmacies are presented - of which the Pharmaceutical Care is highlighted, as a solution that may enhance pharmaceutical valences and at the same time be used by the National Health System to reduce health expenditure.

**Keywords:** Medication; Pharmacy; Crisis; Expense; Pharmaceutical Care.

## ÍNDICE REMISSIVO

Introdução.....	1
Metodologia.....	3
1. Política do Medicamento.....	4
1.1. Necessidade da Existência de uma Política do Medicamento em Portugal.....	4
1.1.1. Despesa total com a Saúde .....	5
A. Comparação com outros países da UE.....	7
B. Despesa do Estado com a Saúde .....	8
C. Despesa Privada com a Saúde.....	10
1.1.2. Importância dos Medicamentos para a Despesa Total em Saúde.....	11
A. Comparação com Outros países da UE.....	12
B. Importância dos Medicamentos na Despesa do Estado com a Saúde.....	14
1.2. Objetivos da atual Política do Medicamento em Portugal.....	15
1.3. Medidas Legislativas Aplicadas nos últimos anos .....	17
1.3.1. Alargamento dos Postos de Venda de MNSRM .....	17
1.3.2. Liberalização da Propriedade Das Farmácias Comunitárias .....	20
1.3.3. Alterações nas Margens de Comercialização e nos Preços dos Medicamentos .....	22
1.3.4. Promoção do Uso de Medicamentos Genéricos .....	23
1.3.5. Introdução da Prescrição por DCI .....	26
2. Evolução do Mercado Farmacêutico.....	27
2.1. Evolução do Mercado em Valor .....	27
2.2. Evolução do Mercado em Volume .....	29
2.3. Margens de Lucro .....	30

3.	A Situação Atual das Farmácias.....	32
3.1.	Rentabilidade da Farmácia.....	32
3.2.	Recursos Humanos .....	34
3.3.	Tabela Remuneratória.....	35
3.4.	Relação das Farmácias com o Setor Grossista.....	37
3.5.	Exportação paralela.....	38
4.	Perspetivas Futuras e Possíveis Soluções.....	40
4.1.	A Gestão da Farmácia.....	40
4.1.1.	Recursos Humanos .....	42
4.1.2.	O Mercado e o Meio Envolvente.....	43
4.1.3.	Os Clientes.....	44
A.	O Espaço e o <i>Merchandising</i> como forma de Atrair o Cliente .....	45
4.1.4.	Os Prescritores.....	46
4.1.5.	Os Stocks .....	47
4.1.6.	Os Fornecedores .....	50
4.1.7.	Os Resultados .....	50
4.2.	Organização das Farmácias em Grupos.....	51
4.3.	Diferenciação da Farmácia .....	52
4.4.	Divulgação de Produtos e Serviços .....	52
4.5.	Distribuição de Funções na Equipa .....	54
4.6.	Aspetos a considerar no Futuro .....	54
4.6.1.	Cuidados Farmacêuticos.....	55
	Conclusão .....	59
	Bibliografia.....	60

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Despesa corrente em saúde, em % do PIB, desde o ano 2000 a 2012	5
<b>Figura 2:</b> Despesa corrente em saúde, <i>per capita</i> , desde o ano 2000 a 2012	6
<b>Figura 3:</b> Despesa em saúde, em % do PIB, em vários países da Europa - média dos valores entre os anos 2006 e 2010	7
<b>Figura 4:</b> Despesa em saúde <i>per capita</i> , em dólares, em vários países da Europa - média dos valores entre os anos 2006 e 2010	8
<b>Figura 5:</b> Despesa do Estado em Saúde, de 2000 a 2012, em função do PIB	9
<b>Figura 6:</b> Percentagem de despesa pública e de despesa privada face à despesa total em saúde	10
<b>Figura 7:</b> Despesa total com medicamentos, no mercado do SNS, em Portugal	11
<b>Figura 8:</b> Despesa com medicamentos, <i>per capita</i> , em diferentes países da UE	12
<b>Figura 9:</b> Percentagem da despesa com medicamentos na despesa total em saúde, em diferentes países da UE	13
<b>Figura 10:</b> Encargos do SNS e dos utentes com medicamentos de ambulatório	15
<b>Figura 11:</b> Número de postos de venda de MNSRM em Portugal	18
<b>Figura 12:</b> Quotas de mercado, em volume de vendas de MNSRM, em farmácias e em locais fora das farmácias	19
<b>Figura 13:</b> Evolução do mercado de medicamentos genéricos, em valor e em volume, entre o ano 2005 e 2012	24
<b>Figura 14:</b> Quotas do mercado de medicamentos genéricos, em valor e em volume, em diferentes países europeus no ano de 2006	25
<b>Figura 15:</b> Evolução do Mercado Farmacêutico, em valor	27
<b>Figura 16:</b> Preços médios anuais dos medicamentos vendidos nas farmácias, entre os anos de 2007 e 2012	28
<b>Figura 17:</b> Evolução do Mercado Farmacêutico, em volume	29
<b>Figura 18:</b> Margens de Distribuição na Europa em 2010	31

<b>Figura 19:</b> Estrutura de custos de uma farmácia média em 2012 .....	33
<b>Figura 20:</b> Distribuição dos Farmacêuticos por área de atividade .....	35
<b>Figura 21:</b> Principais países importadores e exportadores .....	39
<b>Figura 22:</b> Barreiras à implementação de Cuidados Farmacêuticos .....	58

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Efeito das diversas medidas adotadas nos objetivos definidos no âmbito da política do medicamento .....	16
<b>Quadro 2:</b> Regimes adotados pelos diferentes países da UE no que respeita à propriedade de farmácia .....	21
<b>Quadro 3:</b> Alterações de preços nos medicamentos e alterações de margens de comercialização, desde o ano de 2005 até 2012 .....	22

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Margens regressivas .....	30
<b>Tabela 2:</b> Comparação do resultado operacional antes das amortizações de uma farmácia média em 2009 e 2012 .....	32
<b>Tabela 3:</b> Remuneração mínima mensal de Farmacêuticos .....	36
<b>Tabela 4:</b> Relação financeira das farmácias com o setor grossista .....	37

## LISTA DE ABREVIATURAS

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ANF	Associação Nacional de Farmácias
APIFARMA	Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica
CCT	Código Coletivo de Trabalho
DCI	Denominação Comum Internacional
DL	Decreto-Lei
EEE	Espaço Económico Europeu
EGA	Associação Europeia dos Medicamentos Genéricos
FIP	Federação Internacional de Farmacêuticos
FSE	Fornecimentos e Serviços Externos
INE	Instituto Nacional de Estatística
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
IVA	Imposto sobre o Valor Acrescentado
MNSRM	Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OF	Ordem dos Farmacêuticos
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PORDATA	Base de dados Portugal Contemporâneo
PVA	Preço de Venda ao Armazenista
PVP	Preço de Venda ao Público
QALY	Anos de vida associados à qualidade de vida
SNS	Sistema Nacional de Saúde
UE	União Europeia

## INTRODUÇÃO

Tendo em conta a crise económico-financeira que o país atravessa, qualquer negócio – independentemente da área a que pertence – corre riscos de subsistência.

O setor das farmácias, em especial, tem passado por tempos bastante conturbados, sendo todos os dias posta em causa a sua sobrevivência. A situação das farmácias em Portugal (à semelhança do que tem acontecido noutros países da Europa como, por exemplo, a Grécia) tem vindo a ser questionada não apenas pelos profissionais do setor, como também por toda a população em geral.

A questão do acesso ao medicamento, por parte da população, pode estar em causa e tem sido alvo de grande preocupação. Reflexo disso foi o resultado da Petição realizada no âmbito da ação de sensibilização ‘Farmácias de Luto’, entregue no dia 13 de outubro de 2012 no Ministério da Saúde, na qual constavam mais de 320 mil assinaturas.

Foi exatamente pela sua atualidade e importância que escolhi este tema. Na minha opinião, a análise da situação das farmácias e a abordagem das suas implicações deve ser feita, não apenas para dar conhecimento da real situação, como também para promover a procura de soluções e possíveis iniciativas que façam com que a atividade do setor farmacêutico adote um rumo diferente do que tem vindo a ser vivido até então.

Como futura farmacêutica, a perspectiva, a médio/longo prazo, para as farmácias portuguesas é algo que me preocupa e a necessidade que vejo em serem adotadas medidas é extrema.

Apesar da farmácia ser um local de prestação de cuidados de saúde, é também um negócio, que implica custos – não apenas custos de produtos, mas também custos com pessoal, custos com equipamento e custos de manutenção - e, como tal, o resultado operacional tem de ser satisfatório.

No entanto, num negócio em que cerca de 75% dos produtos faturados apresenta margens definidas pelo Estado, que devido à contenção orçamental tem vindo a sofrer reduções progressivas, torna-se cada vez mais difícil sobreviver. Por esse motivo, é

preciso encontrar novos caminhos, que levem à imposição de novos serviços que possam ser prestados e que possam contribuir para um aumento do valor obtido pelas farmácias, de forma a compensar as reduzidas margens dos produtos referidos anteriormente. Isto revela a necessidade, cada vez maior, do farmacêutico ter de pensar como gestor e de agir como tal, de forma a encontrar as soluções necessárias.

Note-se que o medicamento é das parcelas em saúde ao qual está associado maiores despesas por parte do Estado. Daí que, devido aos cortes impostos pelo Memorando da Troika no setor da saúde, este setor seja dos mais afetados. As medidas legislativas adotadas têm em vista a redução da despesa do Estado com a saúde. Mas em que medida isso não coloca em causa a estabilidade financeira das farmácias e, consequentemente, o acesso da população ao medicamento?

No presente trabalho apresentam-se as diversas alterações legislativas que deram origem a um desequilíbrio muito grande no setor. Analisam-se também - com base em diversos artigos de opinião, estudos e dados estatísticos - as suas implicações para a farmácia e para a população, fazendo posteriormente uma reflexão prospetiva sobre as perspetivas e possíveis soluções para reverter a situação da farmácia comunitária portuguesa.

Acredito que com a união de todos os profissionais do setor e com a capacidade de receção à mudança a que já todos estamos habituados será possível adotar-se a postura adequada para fazer o setor sobreviver à crise que se impõe!

## METODOLOGIA

A pesquisa de todo o material bibliográfico utilizado para a realização desta dissertação foi realizada entre dezembro de 2012 e junho de 2013.

As principais fontes consultadas consistiram em livros, artigos, revistas e outras publicações da área.

Os valores quantitativos utilizados ao longo do trabalho foram obtidos na base de dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), da Base de Dados de Portugal Contemporâneo (PORDATA), da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) e, ainda da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (INFARMED). Os artigos científicos utilizados foram consultados online através do PubMed e do Google Académico, através de pesquisas que tiveram por base palavras chave como: '*Pharmaceutical Care*' e '*Health System*'.

Foi ainda utilizada informação obtida através de uma comunicação pessoal com o Dr. Paulo Vasconcelos, da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

## **1. POLÍTICA DO MEDICAMENTO**

Segundo a OMS, a Política Nacional do Medicamento funciona como um compromisso para se conseguir alcançar um ou mais objetivos previamente definidos e estabelecidos pelo Governo (1). A Política do Medicamento é um conjunto de normas orientativas, estabelecidas pelo governo para o setor farmacêutico, com o objetivo de coordenar as suas atividades, expressando e priorizando objetivos e identificando as principais estratégias para os alcançar, funcionando, por isso, como um guia de orientação para a ação (1, 2).

A Política do Medicamento surge, então, como resultado da interação de múltiplos fatores, nomeadamente: as estruturas políticas e administrativas; o papel e influência das diferentes partes interessadas; os recursos financeiros; a situação do medicamento no país em questão; outras políticas de saúde e segurança, bem como acordos internacionais (1, 2).

Em Portugal, a Política do Medicamento representa a tentativa governamental de combater os efeitos negativos do uso de medicamentos, bem como o seu uso indevido. O INFARMED, em colaboração com o Ministério da Saúde, participa na formulação da política geral de saúde, nomeadamente no que toca à definição e execução das medidas estabelecidas (3).

### **1.1. NECESSIDADE DA EXISTÊNCIA DE UMA POLÍTICA DO MEDICAMENTO EM PORTUGAL**

Uma Política do Medicamento é necessária por várias razões: não apenas para delinear as metas e objetivos do setor farmacêutico, mas também para identificar as estratégias necessárias e para recordar (de modo formal) os compromissos a médio e a longo prazo de todas as entidades envolvidas.

Em Portugal, para além do anteriormente referido, a Política do Medicamento surge, também, como uma forma de controlar as despesas no setor da saúde, nomeadamente no que respeita à despesa do Estado com os medicamentos. Tendo em conta que o setor da saúde implica despesas bastante significativas, torna-se pertinente,

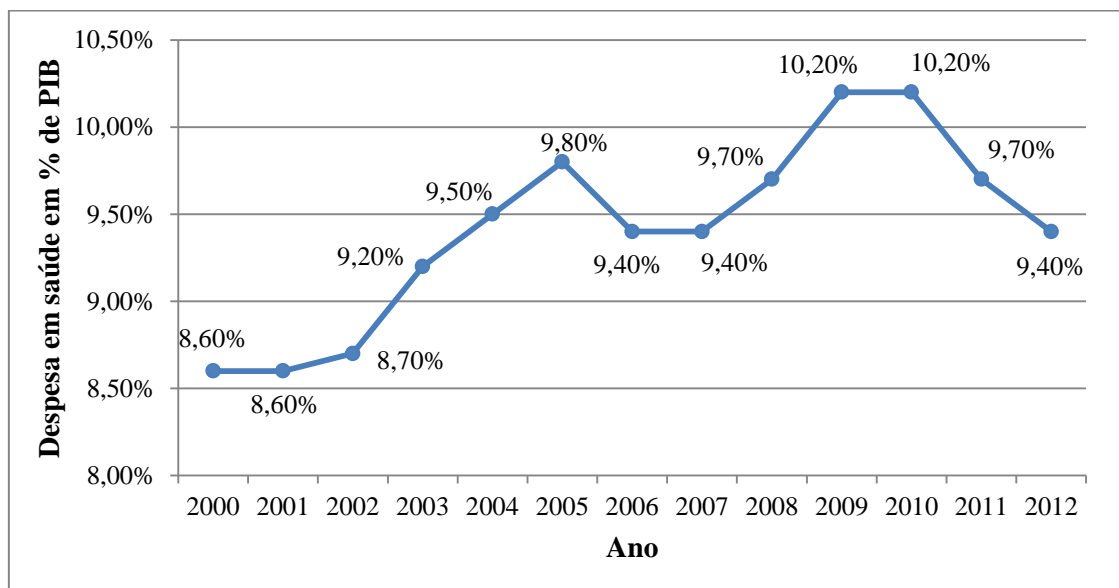
no contexto desta dissertação, fazer uma análise das despesas com a saúde, bem como do peso dos medicamentos nesta despesa.

### 1.1.1. DESPESA TOTAL COM A SAÚDE

Nos últimos anos, à semelhança de outros países desenvolvidos da Europa, conseguiu-se alcançar, em Portugal, uma melhoria significativa na saúde da população.

A melhoria das condições de vida e de trabalho, juntamente com a melhoria do acesso aos cuidados de saúde e aumento da sua qualidade, levou a um aumento da esperança média de vida, a uma diminuição da mortalidade em grupos de faixas etárias menores e a um aumento dos anos de vida ajustados à qualidade de vida (QALY). Estas melhorias foram conseguidas, mas com um custo financeiro elevado associado (4).

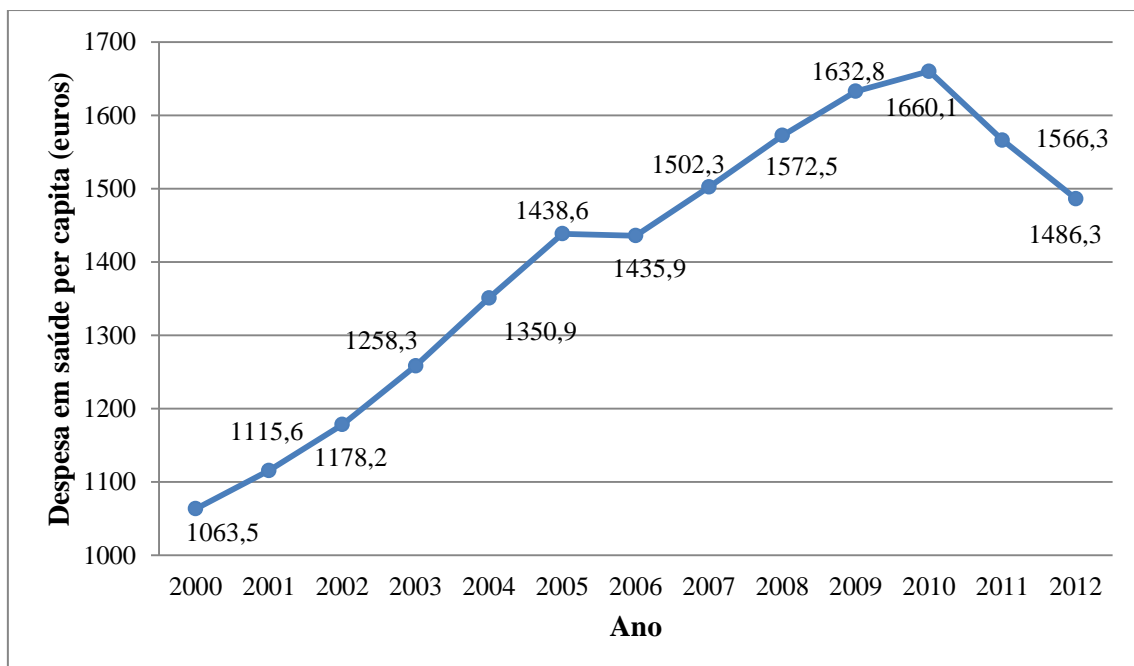
É de realçar que o crescimento das despesas no setor da saúde a um ritmo muito mais acelerado que a economia do país, teve como consequência que as mesmas absorvessem uma maior percentagem do produto interno bruto (PIB) (4), como é possível verificar na *Figura 1*, particularmente até ao ano de 2010, ou seja, até serem implementadas fortes medidas de contenção da despesa.



*Figura 1:* Despesa corrente em saúde, em % do PIB, desde o ano 2000 a 2012. (Adaptado de: PORDATA (5))

Note-se que os valores apresentados para 2011 e para 2012 são valores provisórios e preliminares, respetivamente. Salienta-se o facto da despesa corrente em saúde ter registado um abrandamento no ano de 2006 - em virtude das medidas tomadas, nomeadamente a redução do preço dos medicamentos - que foi contrariado em 2008 por um aumento da despesa – que pode ser justificado por medidas como a comparticipação dos genéricos a 100% para os pensionistas.

Por sua vez, em 2011, verificou-se o decréscimo mais significativo desde o ano de 2000, após o elevado valor registado nos anos de 2009 e 2010. A tendência de abrandamento do ritmo de crescimento da despesa, estimada para o ano de 2011, parece ter-se mantido no ano de 2012; sendo este decréscimo também verificado na despesa em saúde por habitante, para o mesmo período de tempo (*Figura 2*) (6, 7).



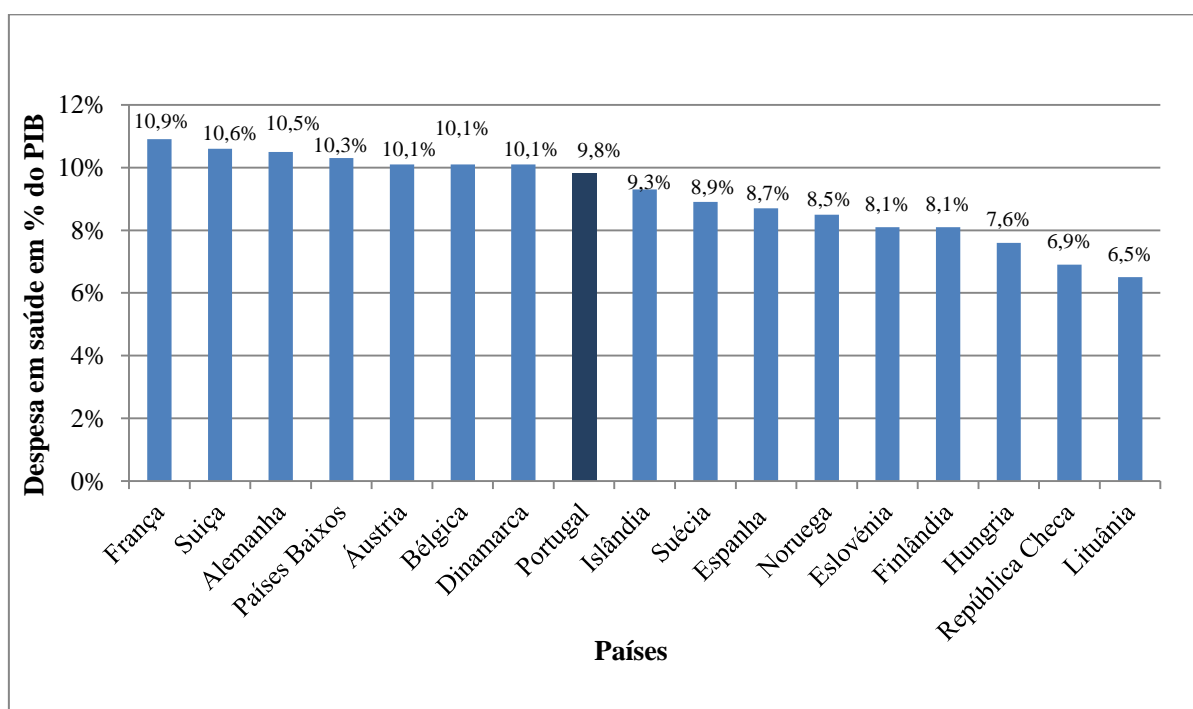
**Figura 2:** Despesa corrente em saúde, *per capita*, desde o ano 2000 a 2012. (Adaptado de: PORDATA (8))

Ao invés do que sucedeu até 2010, em que houve um aumento da despesa superior ao crescimento do PIB, daí em diante a despesa reduziu a um ritmo superior à redução do PIB, o que torna bastante assinalável a redução da despesa conseguida.

### A. COMPARAÇÃO COM OUTROS PAÍSES DA UE

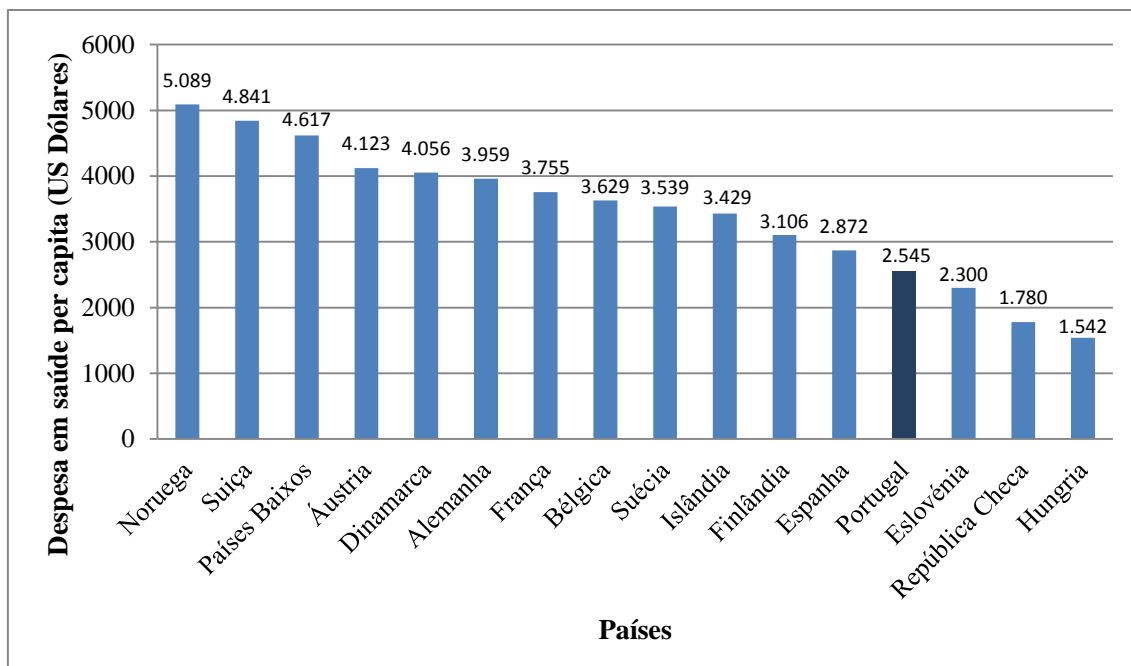
Ao compararmos os dados relativos à despesa em cuidados de saúde em percentagem do PIB em Portugal com os restantes países da União Europeia que disponibilizam dados médios para o período de 2006 a 2010, verificamos que Portugal é o oitavo país com valores mais elevados (*Figura 3*).

Estes dados reforçam o facto de os valores de despesa em saúde serem muito elevados, não apenas no nosso país, como na maioria dos restantes países da União Europeia.



**Figura 3:** Despesa em saúde, em % do PIB, em vários países da Europa - média dos valores entre os anos 2006 e 2010. (Adaptado de: PORDATA (9))

Torna-se também interessante comparar os valores de despesa *per capita*, nos vários países europeus (*Figura 4*). Neste caso, a diferença entre os países em estudo é mais acentuada.



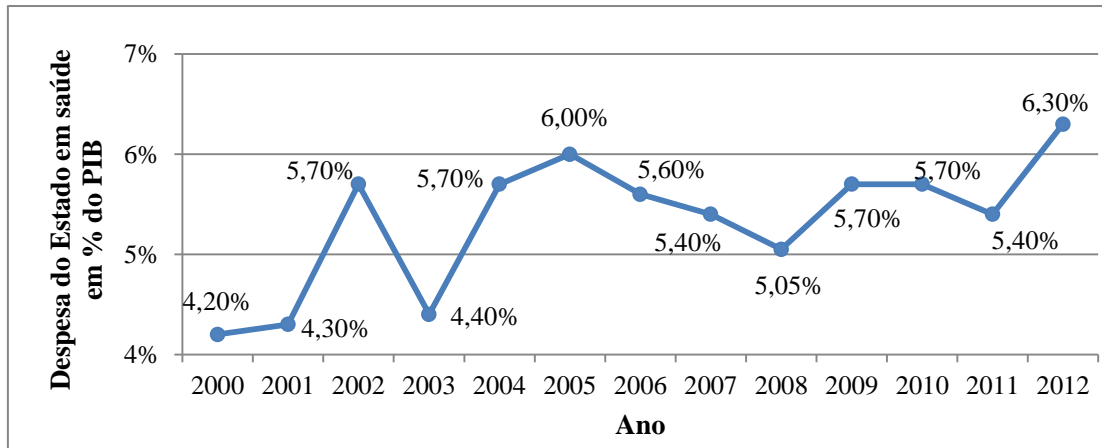
**Figura 4:** Despesa em saúde *per capita*, em dólares, em vários países da Europa - média dos valores entre os anos 2006 e 2010. (Adaptado de: OCDE (10))

Verifica-se que, apesar de Portugal se encontrar a meio do gráfico quando nos referimos à despesa em saúde por percentagem do PIB (*Figura 3*), no caso da despesa em saúde *per capita* é o quarto país com valores mais baixos.

Por sua vez, a Noruega - cujos valores de despesa em saúde por percentagem de PIB são mais reduzidos do que Portugal – apresenta os valores mais elevados de despesa em saúde *per capita* comparativamente com os restantes países estudados.

## B. DESPESA DO ESTADO COM A SAÚDE

Para além dos valores anteriormente apresentados, torna-se importante conhecer a parcela de despesa em saúde atribuída ao Estado. Neste sentido, apresenta-se na *Figura 5* a variação da despesa do Estado em Saúde de 2000 a 2012, em função do PIB.



**Figura 5:** Despesa do Estado em Saúde, de 2000 a 2012, em função do PIB. (Adaptado de: PORDATA (11))

O SNS surgiu no final da década de 70, com o intuito de assegurar o acesso à Saúde a todos os cidadãos, independentemente da sua situação económica e/ou social (12). Foi, por isso, a partir desta década que valores de despesa do Estado em saúde começaram a ser registados, embora com valores muito pequenos (na ordem dos 0,3 em percentagem do PIB). Desde essa altura que estes valores têm vindo a aumentar, sendo que a despesa em Saúde é uma das parcelas mais relevantes quando se fala em despesa do Estado.

No entanto, os valores correspondentes à despesa em saúde são, segundo Paulo Vasconcelos (Conselho Diretivo da ACSS do Ministério da Saúde), impossíveis de ser contabilizados, não se sabendo, nunca, quanto se gasta exatamente. Isto acontece devido aos processos contabilísticos utilizados que, para além, de não contabilizarem ao certo as despesas exatas de um ano, não têm em atenção determinadas situações que afetam ou poderão afetar a contabilização dos gastos em saúde.

Por exemplo, no ano de 2011, houve uma mudança no processo contabilístico, que consistiu num processo extraordinário de regulação de dívidas, pelo que foi contabilizada mais despesa. Neste sentido, podemos afirmar que os dados apresentados na *Figura 5* não refletem a variação efetiva da despesa na sua totalidade, isto porque se refere à execução orçamental e, por essa razão, só conta a despesa quando esta é paga. Por esse motivo, como em 2011 e 2012 foram pagas dívidas à Indústria Farmacêutica, a despesa aparenta ter subido e isso não é a realidade (13).

Esta situação, que não é tida em consideração no cálculo da despesa, comprova como se torna difícil contabilizar, ao certo, a despesa do Estado em Saúde.

### C. DESPESA PRIVADA COM A SAÚDE

Conhecidos os dados existentes para a despesa do Estado com a saúde, é também importante conhecer os dados face à despesa privada – que engloba não só os seguros privados, mas também a despesa privada familiar, sendo, por isso, reflexo dos encargos suportados pelos cidadãos (*Figura 6*).



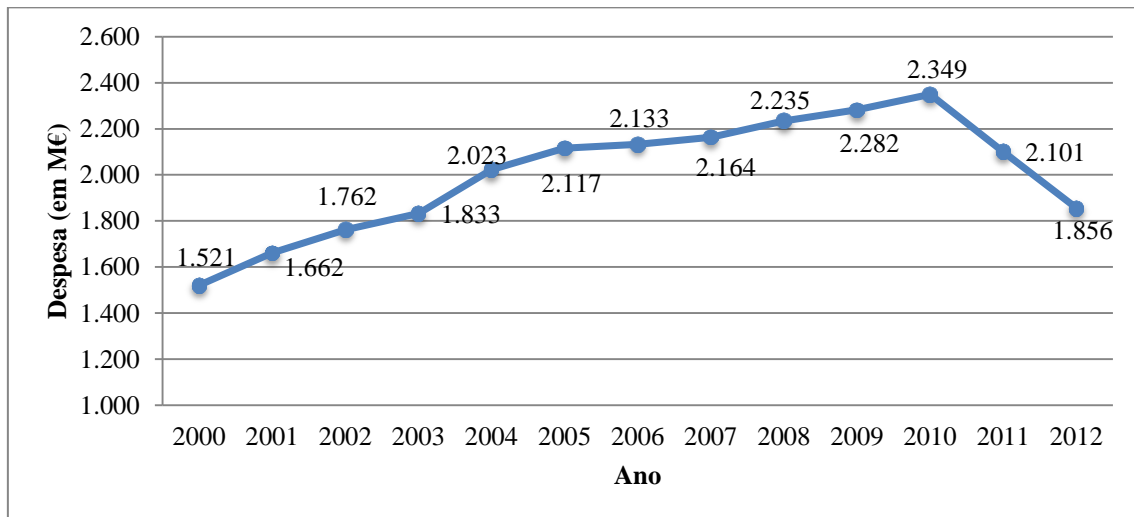
**Figura 6:** Percentagem de despesa pública e de despesa privada face à despesa total em saúde. (Adaptado de: INE (14))

Como se pode ver na *Figura 6*, tem havido um aumento gradual do peso da componente privada da despesa, fazendo transparecer o aumento dos encargos suportados pelos cidadãos, bem como pelos seguros de saúde.

### 1.1.2. IMPORTÂNCIA DOS MEDICAMENTOS PARA A DESPESA TOTAL EM SAÚDE

Um dos principais fatores que tem contribuído significativamente para o aumento da despesa em saúde é o medicamento. Como tal, torna-se importante, no âmbito deste trabalho, entender o peso do medicamento na despesa total em saúde e, mais especificamente, na despesa pública.

A despesa com o medicamento tem acompanhado o crescimento da despesa total em saúde. Na *Figura 7* podemos verificar os valores atribuídos à despesa com medicamentos, no nosso país, nos últimos anos.



**Figura 7:** Despesa total com medicamentos, no mercado do SNS, em Portugal. (Adaptado de: INFARMED (15))

A partir da década de 90 houve um grande aumento da despesa com medicamentos no mercado do SNS (16). A mesma tendeu a estabilizar a partir do ano de 2005; ano a partir do qual começaram a surgir as novas políticas de redução de preços e margens dos medicamentos (*ver secção 1.3.3.*).

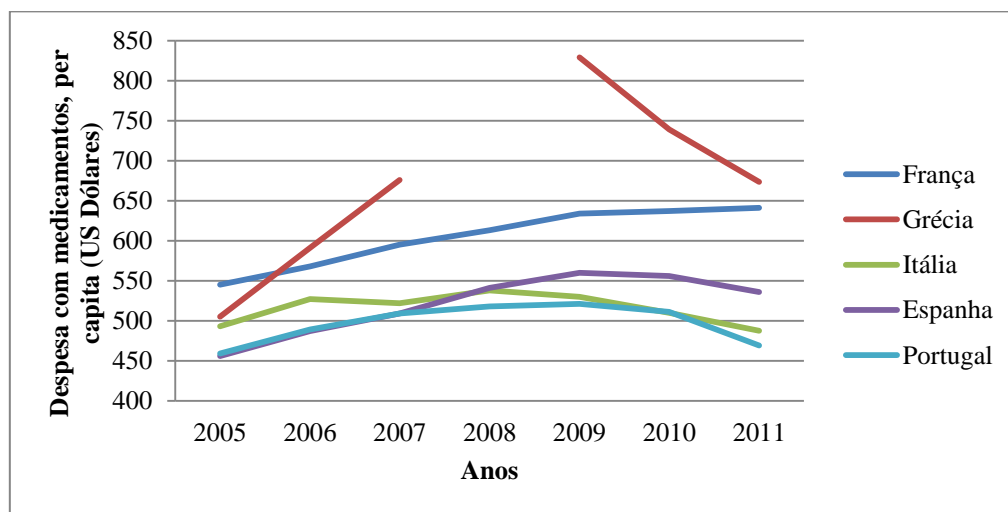
Como é possível observar na *Figura 7*, a despesa sofreu um decréscimo a partir do ano de 2010. Isto pode ser justificado pela entrada da equipa constituída pelo Fundo Monetário Internacional, pelo Banco Central Europeu e pela Comissão Europeia

(Troika) em Portugal, em 2011, e pelas consequentes medidas para redução da despesa implementadas.

### A. COMPARAÇÃO COM OUTROS PAÍSES DA UE

Ao compararmos a evolução da despesa com medicamentos em Portugal com os restantes países de referência, verificamos que os valores apresentados pelo nosso país não são muito diferentes de países como Itália ou Espanha (*Figuras 8 e 9*).

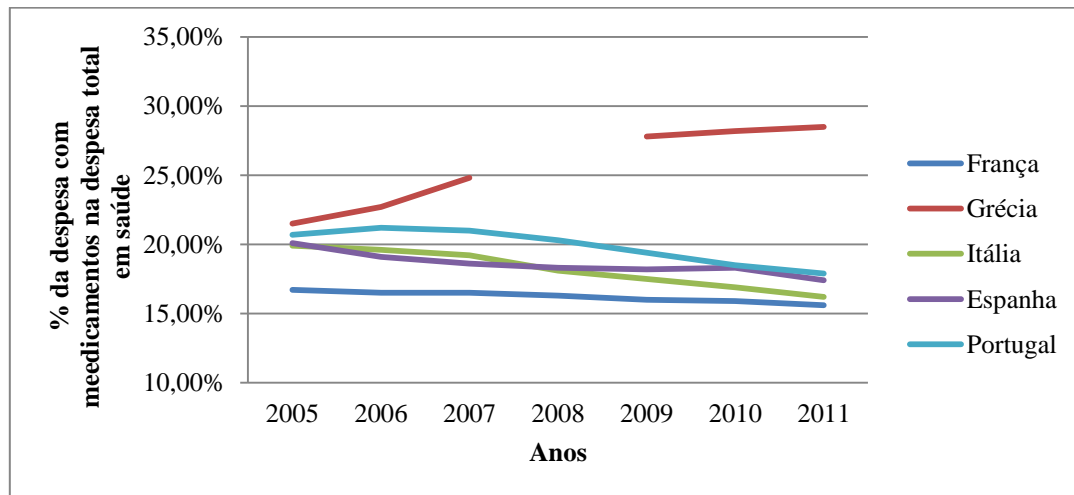
Dos cinco países de referência analisados, a Grécia apresenta valores muito discrepantes face aos restantes. Também França apresenta valores de despesa de medicamentos *per capita* um pouco elevados comparativamente a Portugal, Espanha e Itália.



**Figura 8:** Despesa com medicamentos, *per capita*, em diferentes países da UE. (Adaptado de: OCDE (17))

Portugal, Espanha, Itália e Grécia apresentaram uma redução do valor em 2011 face aos anos anteriores, o que é reflexo da tendência decrescente da despesa com medicamentos nestes mesmos países.

Pelo contrário, França registou um aumento dos valores da despesa. Em 2011 os valores apresentados por este país chegaram perto dos valores da Grécia (que regista, desde 2006, os valores mais elevados dos cinco países em estudo).



**Figura 9:** Percentagem da despesa com medicamentos na despesa total em saúde, em diferentes países da UE. (Adaptado de: OCDE (18))

No que diz respeito à percentagem da despesa com medicamentos na despesa total em saúde, é, mais uma vez, a Grécia que detém os valores mais elevados. No entanto, nesta situação, não tem registado um decréscimo, o que reflete que a despesa com medicamentos tem assumido uma parcela cada vez maior na despesa total em saúde. Nos restantes países, onde Portugal está incluído, os valores são mais reduzidos e têm apresentado tendência decrescente.

Verifica-se que, em todos os países, a despesa com medicamentos corresponde a mais de 15% da despesa total em saúde. Este valor é extremamente significativo, pelo que se compreende a necessidade de controlo da despesa, tendo como um dos principais ‘alvos’ o setor do medicamento.

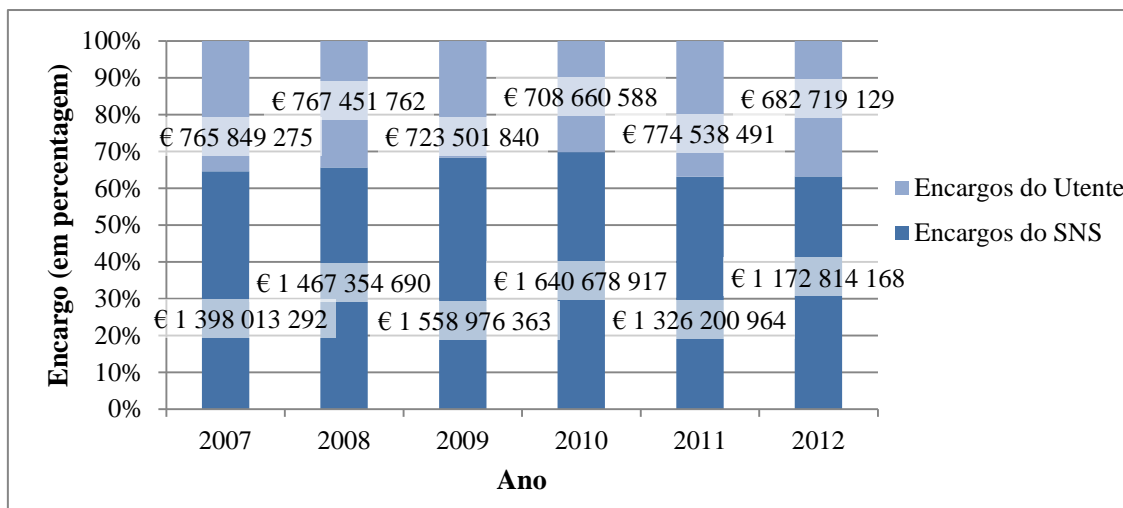
## B. IMPORTÂNCIA DOS MEDICAMENTOS NA DESPESA DO ESTADO COM A SAÚDE

Como já verificámos atrás, o medicamento representa uma parcela bastante significativa da despesa total em saúde. Segundo os dados anteriormente apresentados, a despesa com medicamentos (em ambulatório e hospitalar) correspondeu, no passado ano de 2011, a 17,9% da despesa total em saúde em Portugal (18).

A elevada contribuição para a despesa total do Estado em saúde, associada à séria crise económico-financeira que o nosso país atravessa, fez com que, à semelhança de outros setores, o setor do medicamento fosse alvo de medidas específicas que visam reduzir a despesa pública.

De entre as várias medidas adotadas, é de destacar uma cujo objetivo incide diretamente na redução da comparticipação pelo Estado em medicamentos. Esta medida, imposta pela Troika no Memorando do Entendimento e efetuada através de um acordo entre a Indústria Farmacêutica e diversos Ministérios (entre os quais, o Ministério da Saúde), veio estabelecer que a fatia de comparticipação pelo Estado não poderia ultrapassar 1,25% do PIB no ano de 2012, e 1% em 2013. Caso o valor total de comparticipação ultrapasse o estipulado cabe então à Indústria Farmacêutica reembolsar o valor em excesso (19, 20).

Para terminar é, então, importante analisar a evolução ao longo dos últimos anos dos encargos do SNS e dos encargos do utente, quando nos referimos à dispensa de medicamentos em ambulatório – *Figura 10*.



**Figura 10:** Encargos do SNS e dos utentes com medicamentos de ambulatório. (Adaptado de: INFARMED (21))

Como se pode verificar, os encargos do SNS com medicamentos de ambulatório tem-se mantido entre os 60 e os 70%. No ano de 2011 verificou-se uma diminuição dos encargos do SNS, que acompanhou uma diminuição do valor total de gasto com medicamentos, comparativamente com anos anteriores.

Por sua vez, o valor publicado para 2012 é de cerca de € 1 173 000 000 (menos € 150 milhões do que no ano anterior). Este valor já reflete o impacto do acordo com a Indústria Farmacêutica, bem como as reduções de preços de que o setor tem vindo a ser alvo.

## **1.2. OBJETIVOS DA ATUAL POLÍTICA DO MEDICAMENTO EM PORTUGAL**

Atualmente, em Portugal, a Política do Medicamento institucionalizada assenta nas medidas delineadas no Programa do Governo Constitucional e visa, principalmente:

- Assegurar o acesso ao medicamento (tanto no que diz respeito à disponibilidade geográfica, como à barreira de preço);
- Garantir a segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos;

- Garantir a sustentabilidade do sistema, aumentando a racionalidade e eficiência no que diz respeito à gestão do medicamento (nomeadamente ao nível dos encargos do Estado com os medicamentos);
- Melhorar a prescrição e a dispensa;
- Promover o desenvolvimento do setor farmacêutico (3).

Para alcançar estes diferentes objetivos, está em vigor legislação variada que prevê o alargamento da venda de MNSRM a locais exteriores às farmácias; reduções do preço de venda ao público (PVP), bem como das margens de comercialização para as farmácias; alterações nas comparticipações de medicamentos pelo SNS e promoção dos genéricos (3, 16).

Neste contexto, surge a necessidade de relacionar os objetivos apresentados com o efeito das diversas medidas existentes no âmbito da política do medicamento. E é neste sentido, que o INFARMED divulga o quadro apresentado em seguida (*Quadro 1*).

**Quadro 1:** Efeito das diversas medidas adotadas nos objetivos definidos no âmbito da política do medicamento.

	Assegurar o acesso aos medicamentos	Garantir a sustentabilidade do sistema	Melhorar a prescrição e dispensa	Promover o desenvolvimento do sector farmacêutico
Alargamento dos pontos de venda de MNSRM	★ ★ ★		★	
Redução geral de preços dos medicamentos	★ ★ ★	★ ★ ★	★ ★	↓
Promoção dos medicamentos genéricos	★ ★ ★	★ ★ ★	★ ★	
Revisão do sistema de comparticipação	?	?	?	?
Protocolo entre o Estado e a Indústria Farmacêutica para o controlo do crescimento do mercado do medicamento comparticipado pelo SNS	★	★ ★	★	★
Reforço e melhoria da informação dirigida aos profissionais de saúde		★	★ ★	
Prescrição por DCI		★	★ ★	
Promoção da utilização racional do medicamento	★ ★	★ ★	★ ★ ★	?
Definição de programas de melhoria da qualidade de prescrição		★ ★	★ ★ ★	
Apoio à Investigação e Desenvolvimento da Indústria Farmacêutica		↓		★ ★ ★

Legenda: ★ - efeito favorável; ↓ - efeito desfavorável; ? - efeito ambíguo

Adaptado de: Barros P. P. (16)

O quadro apresentado ilustra bem o papel de cada medida adotada face a cada objetivo.

O objetivo que tem vindo a ser alvo da maioria das medidas governamentais é o que diz respeito a garantir a sustentabilidade do sistema. Isto, passa pela contenção dos encargos do Serviço Nacional de Saúde, como forma de contrariar os elevados gastos no setor do medicamento, quer em ambulatório, quer a nível hospitalar.

É de notar que, dos objetivos apresentados no *Quadro 1*, o que prevê a promoção do setor farmacêutico é aquele ao qual estão associadas menos medidas favoráveis.

### **1.3. MEDIDAS LEGISLATIVAS APLICADAS NOS ÚLTIMOS ANOS**

O setor do medicamento é um dos setores que mais tem sofrido alterações legislativas ao longo dos últimos anos. As medidas legislativas aplicadas têm como finalidade alcançar os objetivos primordiais da Política do Medicamento, mas, principalmente, diminuir a despesa do Estado com os medicamentos.

Neste sentido, no desenvolvimento deste tema, torna-se essencial abordar algumas destas medidas e avaliar, posteriormente, o seu impacto - não apenas nas despesas do Estado com os medicamentos (como temos vindo a analisar até aqui), mas também nas farmácias portuguesas, que adaptam o seu dia-a-dia em função de constantes alterações, tentando responder com a máxima rapidez possível ao conjunto de medidas, aplicadas, muitas vezes, de forma súbita (16).

#### **1.3.1. ALARGAMENTO DOS POSTOS DE VENDA DE MNSRM**

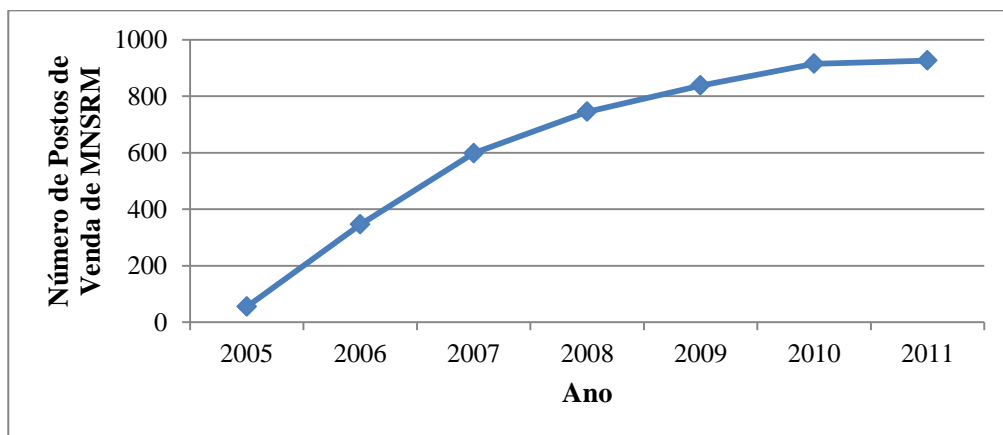
A medida de alargamento dos postos de venda de MNSRM foi adotada no ano de 2005 e pode ser consultada no Decreto-Lei nº 134/2005 de 16 de agosto. A partir desta altura, tornou-se possível, ao utente, a aquisição de MSNRM em locais fora das farmácias (nomeadamente parafarmácias e superfícies comerciais) (22, 23).

Com o intuito de melhorar a acessibilidade do utente ao medicamento, a liberalização da venda de MNSRM afetou as farmácias essencialmente pelo aparecimento de um grande número de locais, que surgiram não apenas como concorrência a nível de localização, mas, também, a nível de preços. Ao aumentar a concorrência no segmento de medicamentos sujeitos a regime de preços livres havia a expectativa que o preço dos mesmos baixasse; no entanto, esse efeito não está comprovado.

Ao analisar esta medida há que realçar o impacto que esta medida teve no mercado do medicamento, não apenas do ponto de vista regulamentar, mas também do ponto de vista político e, principalmente, económico.

É importante começar por fazer uma análise do mercado e do seu funcionamento. É do conhecimento de toda a população em geral que, após a aplicação desta medida, surgiram várias novas empresas que direcionaram a sua atividade para a venda de MNSRM (16). No entanto, em que medida é que essas empresas conseguiram manter a sua atividade e de que forma isso afetou a sustentabilidade das farmácias?

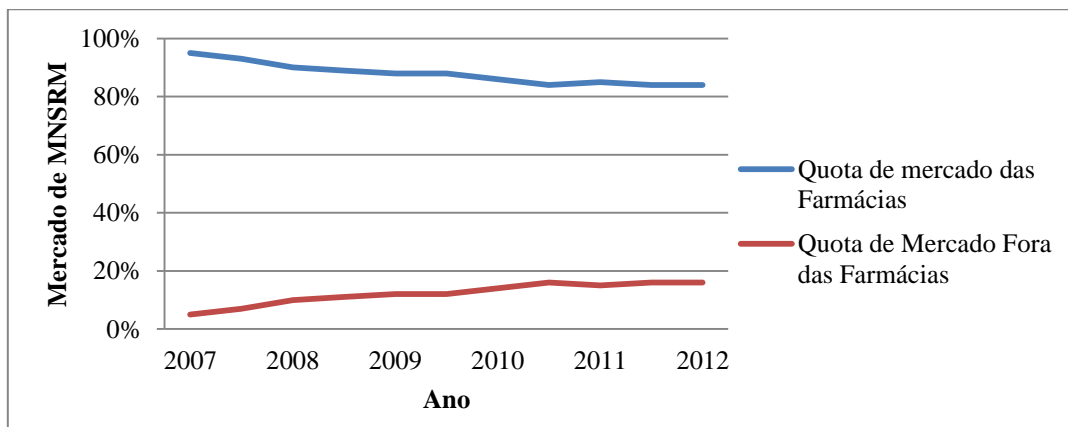
Na *Figura 11* podemos ver a evolução do número de postos de venda de MNSRM. Como seria de esperar, no período após alteração da legislação, ocorreu uma forte expansão do número de locais. É também notório que a taxa de crescimento do número de postos de venda de MNSRM tem vindo a decrescer (verifiquem-se os dados a partir de 2008) após o forte crescimento inicial.



**Figura 11:** Número de postos de venda de MNSRM em Portugal. (Adaptado de: INFARMED (21, 24))

Uma outra questão prende-se com o resultado destes estabelecimentos no número total de farmácias. Este aspeto não é tão facilmente analisável, visto que a abertura de farmácias (ao contrário dos postos de venda de MNSRM) não dependem apenas da vontade do futuro proprietário, estando sujeitas à abertura de concurso e sendo necessário o cumprimento de critérios específicos, nomeadamente no que respeita à distância face a outras farmácias e à capitação. Nos últimos anos, o Governo, em conjunto com o INFARMED, não tem aberto novos concursos para a abertura de novas farmácias, pelo que o número total de farmácias não tem registado evolução (16).

Comparando as vendas de MNSRM em postos de venda e em farmácias verifica-se que, tanto em volume como em valor de vendas, a quota correspondente ao mercado das farmácias tem registado uma tendência decrescente, em contraste com o que se verifica com a quota de mercado fora das farmácias – *Figura 12*.



**Figura 12:** Quotas de mercado, em volume de vendas de MNSRM, em farmácias e em locais fora das farmácias. (Adaptado de: INFARMED (25))

Apesar do efeito da liberalização da venda de MNSRM ser notório no fluxo de vendas das farmácias, as farmácias têm conseguido atenuar este efeito pois continuam a ser o único local de venda de MSR, e, como tal, os utentes aproveitam para adquirir MNSRM quando aviam receitas médicas nas farmácias. No entanto, subsequente à situação económica em que o país se encontra, e tendo em conta que locais de venda como supermercados e parafarmácias de grandes grupos conseguem comunicar fortemente ao consumidor o seu alegado preço mais baixo do que as farmácias em geral,

não é possível calcular de que forma é que, num futuro próximo, a quota do mercado das farmácias será afetada.

### **1.3.2. LIBERALIZAÇÃO DA PROPRIEDADE DAS FARMÁCIAS COMUNITÁRIAS**

A liberalização da propriedade das farmácias foi estabelecida no ano de 2007, pelo Decreto-Lei nº 3017/2007 de 31 de agosto. Este DL veio revogar o anterior DL nº 48547 de 27 de agosto de 1968, estabelecendo um conjunto de normas que devem estar na base de atuação em farmácia comunitária.

Uma das medidas adotadas no Decreto-Lei foi o fim da obrigatoriedade da propriedade ser indissociável da Direção Técnica. A propriedade da farmácia ficou então disponível a qualquer pessoa (singular ou coletiva) desde que não exercesse atividades como grossista, produtor ou prescriptor de medicamentos, não sendo também permitida a unidades de saúde e subsistemas. O DL delimitou, também, um máximo de quatro farmácias por proprietário (26, 27).

Com esta medida, o Governo pretendia promover a separação da direção técnica da gestão da farmácia, de modo a contribuir para que, cada parte, se concentrasse naquilo para que teria mais formação específica e, esta premissa, funcionasse como um estímulo à inovação. No entanto, muitos são os profissionais que associam esta medida à descaracterização da farmácia, isto porque o facto de a propriedade não ser exclusiva de farmacêuticos condicionou, em larga escala, as atitudes comerciais.

Esta é uma medida que gera muita controvérsia e cujas opiniões divergem, sendo várias as justificações fornecidas. Como argumentos utilizados contra a liberalização da propriedade da farmácia é muitas vezes apresentado o facto de (28):

- O regime de exclusividade ser o único que garante a completa defesa da saúde pública e das farmácias como parte do sistema de saúde;
- O regime de exclusividade ter apresentado bons resultados, enquanto que noutros países (como a Noruega ou a Islândia) – onde está em vigor o regime de não exclusividade – os efeitos foram negativos (houve subida dos preços e diminuição do aconselhamento profissional);

- Contribuir para a diminuição do número de farmacêuticos por farmácia.

Em contrapartida, como argumentos a favor da liberalização da propriedade das farmácias são utilizados (28):

- O princípio de igualdade de tratamento de todas as atividades;
- O facto de poder permitir que a atividade das farmácias seja melhorada, tornando-se mais eficiente e competitiva;
- E, ainda, o parecer inicial da Comissão Europeia, favorável ao regime de não exclusividade.

Por fim, torna-se importante comparar o regime em vigor no nosso país com os adotados pelos restantes países da União Europeia (*Quadro 2*). Neste sentido, verificamos que a maioria dos países ainda continua com um regime de exclusividade da propriedade a farmacêuticos.

Apesar da Comissão Europeia ter começado por defender a liberalização da propriedade da farmácia, países como Espanha, Itália, Áustria, França e Alemanha não cederam, alegando que a propriedade exclusiva a farmacêuticos era a melhor forma de defender os interesses dos doentes e da saúde pública; situação que a Comissão Europeia viria a compreender já no ano de 2009, deixando que a propriedade das farmácias pudesse continuar a ser exclusiva a farmacêuticos (29).

**Quadro 2:** Regimes adotados pelos diferentes países da UE no que respeita à propriedade de farmácia (26, 30).



### 1.3.3. ALTERAÇÕES NAS MARGENS DE COMERCIALIZAÇÃO E NOS PREÇOS DOS MEDICAMENTOS

Desde o ano de 2005 que várias alterações têm sido feitas ao preço dos medicamentos e às margens de comercialização dos mesmos. Estas mesmas alterações – listadas no *Quadro 3* – são contempladas na Política do Medicamento, com o intuito de melhorar a acessibilidade ao medicamento por parte do utente, diminuindo os encargos não só para o utente, mas, principalmente, para o Estado.

Esta medida tem gerado muita controvérsia, já que muitas são as farmácias que alegam não conseguir “sobreviver” com os preços e as margens praticados. Estas farmácias acabam por não ter os produtos necessários para o utente, contrariando o objetivo de melhoria da acessibilidade ao medicamento.

**Quadro 3:** Alterações de preços nos medicamentos e alterações de margens de comercialização, desde o ano de 2005 até 2012.

Setembro 2005	<ul style="list-style-type: none"><li>•Redução administrativa de 6% no preço de todos os medicamentos</li><li>•Redução das margens de distribuição (Farmácias e Grossistas) para 26,6%</li></ul>
Fevereiro 2007	<ul style="list-style-type: none"><li>•Redução administrativa de 6% no preço de todos os medicamentos</li><li>•Redução das margens de distribuição (Farmácias e Grossistas) para 25,12%</li></ul>
Setembro 2008	<ul style="list-style-type: none"><li>•Redução administrativa de 30% no preço de todos os medicamentos genéricos</li></ul>
Mai 2010	<ul style="list-style-type: none"><li>•Reposição das margens de distribuição (Farmácias e Grossistas) para 28,0%</li></ul>
Julho 2010	<ul style="list-style-type: none"><li>•Redução média de 7% no preço dos medicamentos de marca</li></ul>
Agosto 2010	<ul style="list-style-type: none"><li>•Redução de 20% a 35% no preço de alguns medicamentos genéricos</li></ul>
Outubro 2010	<ul style="list-style-type: none"><li>•Dedução de 6% no preço de todos os medicamentos</li></ul>
Janeiro 2012	<ul style="list-style-type: none"><li>•Redução das margens da distribuição (Farmácias e Grossistas) para um valor médio de 24,6%</li></ul>
Abril 2012	<ul style="list-style-type: none"><li>•Redução média de 5,6% no preço dos medicamentos de marca</li></ul>
Mai 2012	<ul style="list-style-type: none"><li>•Redução média de 15,3% no preço dos medicamentos genéricos</li></ul>

Adaptado de: ANF (31)

A alteração de preços e margens a que o mercado farmacêutico tem sido exposto teve início no ano de 2005, com a redução de 6% no preço de todos os medicamentos, como forma de diminuir a despesa do Estado. Esta redução, afetou as margens aplicadas por farmácias e distribuidores grossistas, que desceram para 26,6%.

Em 2007, houve novo decréscimo de 6% no preço dos medicamentos e nas margens, que passaram para 25,12%. E, no ano de 2008, como forma de promover o uso de medicamentos genéricos, registou-se uma redução de 30% no preço de medicamentos genéricos.

Mas foi em 2010 que teve início o período de maior instabilidade do mercado farmacêutico, no qual se viriam a registar inúmeras alterações a preços e margens financeiras das farmácias. Em Maio de 2010, as margens subiram para 28%. No entanto, bastaram uns meses para que ocorresse nova descida do preço dos medicamentos de marca e de alguns genéricos. Estas reduções vieram contrariar os possíveis efeitos benéficos que a subida da margem poderia trazer ao setor.

O ano de 2011 ficou marcado pela introdução das margens regressivas (nova forma de cálculo das margens de lucro) que incentivam a venda de medicamentos menos dispendiosos – isto porque, a medicamentos com PVP inferior, está associada uma maior margem.

Novas reduções de preços e margens se seguiram, ao longo do ano de 2012, colocando as farmácias portuguesas numa situação de difícil sustentabilidade (31).

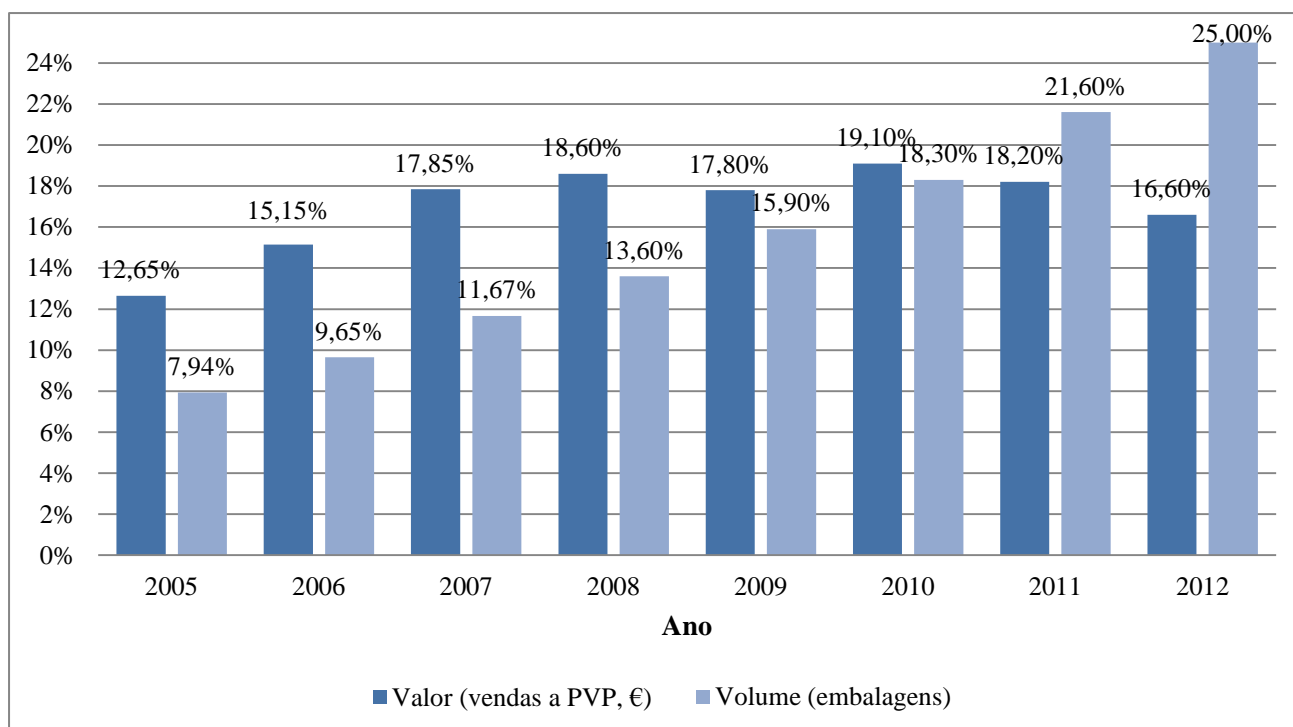
#### **1.3.4. PROMOÇÃO DO USO DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS**

Nos últimos anos, outra das medidas adotadas pelo Governo tem sido o incentivo ao uso de medicamentos genéricos. As vantagens para o Estado, no que toca à utilização deste tipo de medicamentos, prendem-se com a contenção da despesa pública, visto que o preço dos medicamentos genéricos é inferior aos restantes medicamentos de referência. Para o utente, as vantagens são poder usufruir de um medicamento com bioequivalência e qualidade comprovada a um PVP inferior.

Apesar do primeiro diploma a regular o mercado dos medicamentos genéricos ter surgido em 1990 (Decreto-Lei nº 81/90 de 12 de março), este mercado esteve estagnado até ao ano 2000, com quotas de mercado inferiores a 0,5%. Várias são as razões que podem servir como justificação para a estagnação deste mercado até ao ano referido, nomeadamente: oposição da indústria que via este mercado como pouco lucrativo e como ameaça ao mercado dos restantes medicamentos comercializados; oposição da classe médica, que continuou a prescrever medicamentos não genéricos; e, principalmente, pouca pressão sobre a contenção da despesa.

O Programa Integrado de Promoção dos Medicamentos Genéricos – definido pelo Ministério da Saúde através do INFARMED – envolveu várias intervenções e subsequentes alterações legislativas, que estiveram na origem do crescimento do mercado dos medicamentos genéricos a partir do ano 2000 (32).

Na *Figura 13* podemos ver as taxas de crescimento do mercado dos medicamentos genéricos - tanto em valor, como em unidades – no intervalo de tempo entre o ano 2005 e o ano 2012 (15, 33).

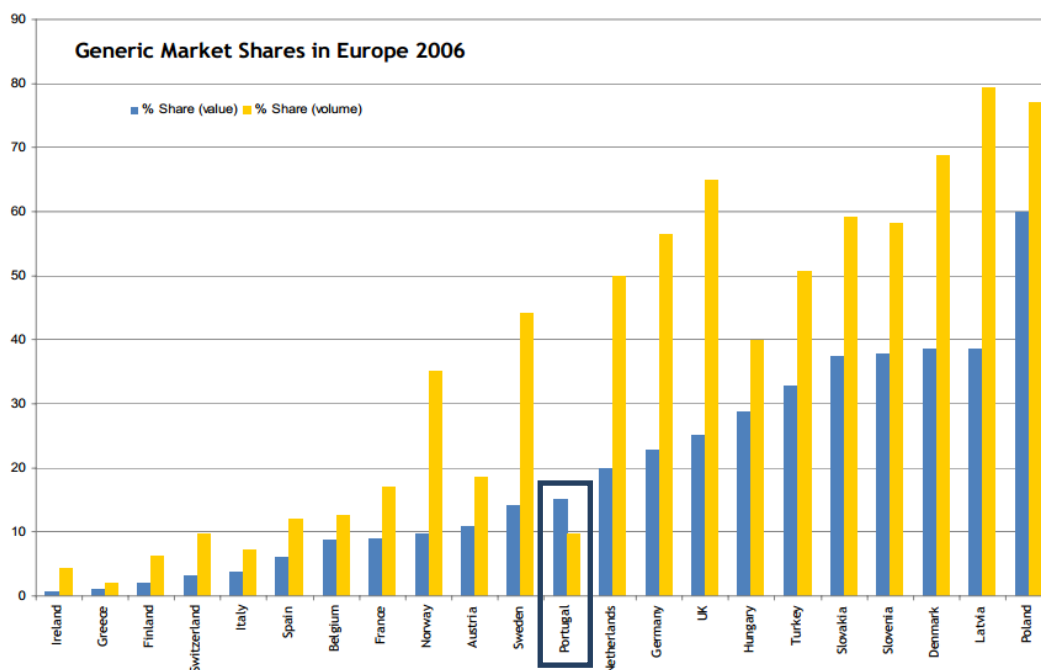


**Figura 13:** Evolução do mercado de medicamentos genéricos, em valor e em volume, entre o ano 2005 e 2012. (Adaptado de: INFARMED (15))

Para além dos dados acerca do valor de vendas e do volume, é também importante conhecer o valor da quota do mercado para os medicamentos genéricos. Este valor, segundo informação apresentada pelo INFARMED, já ultrapassa os 35% no SNS e 28% no mercado total de medicamentos (34).

Se compararmos os valores apresentados por Portugal, em 2006, com os valores de outros países (*Figura 14*), podemos verificar que Portugal se encontrava na 11ª posição entre os 20 países em estudo. Estes dados são divulgados pela Associação Europeia de Medicamentos Genéricos (EGA) e permitem verificar que o mercado em Portugal era diferente do mercado de todos os outros países, já que a quota de mercado em volume se apresentava inferior à quota de mercado em valor (32, 33, 35).

A situação anteriormente referida pode ser justificada pelo facto do preço de referência utilizado ter sido, durante muitos anos, o do medicamento genérico mais caro e isso fez com que o preço dos genéricos fosse, durante esse período, muito alto.



**Figura 14:** Quotas do mercado de medicamentos genéricos, em valor e em volume, em diferentes países europeus no ano de 2006. (Adaptado de: EGA (35))

### **1.3.5. INTRODUÇÃO DA PRESCRIÇÃO POR DCI**

A prescrição por DCI é mais uma das medidas adotadas nos últimos anos no âmbito da Política do Medicamento. Foi na Lei nº 11/2012 de 8 de março – que veio revogar o Decreto-Lei nº 176/2006 de 30 de agosto – e na Portaria nº 137-A/2012 de 11 de maio que foram estabelecidas as novas regras de prescrição e dispensa de medicamentos.

Segundo esta Lei, a prescrição de medicamentos passou a ser, obrigatoriamente, segundo a denominação comum internacional (DCI) da substância ativa, podendo ou não, incluir a denominação comercial (36, 37).

Esta medida, foi apresentada com o objetivo de centrar a prescrição na escolha farmacológica, permitindo a promoção do uso racional dos medicamentos e permitindo ao utente ter um papel mais ativo na gestão do seu tratamento (uma vez que passa a ter direito de opção quando não é indicada qualquer tipo de exceção pelo prescriptor) (38).

## 2. EVOLUÇÃO DO MERCADO FARMACÊUTICO

Em consequência dos elevados valores de despesa anteriormente apresentados, e tendo por base algumas alterações políticas (as mais relevantes já mencionadas), o mercado farmacêutico tem sido bastante afetado.

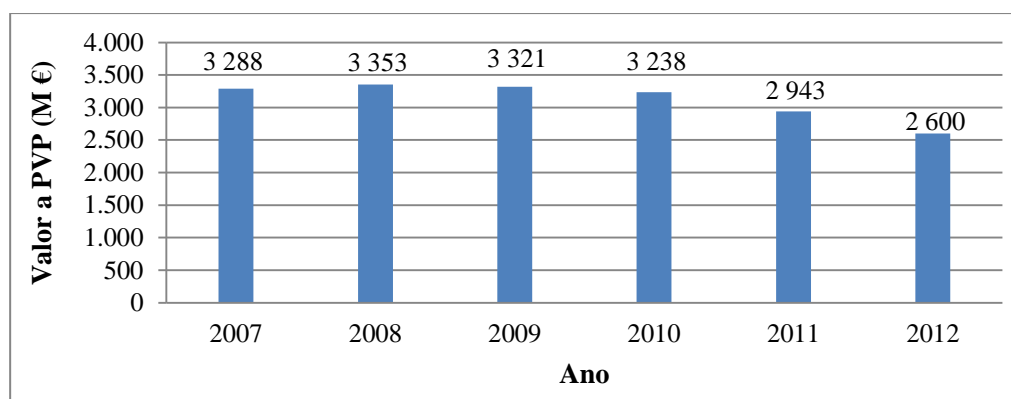
Muitas são as alterações verificadas no mercado do medicamento se compararmos os dados dos últimos anos. Estas alterações têm-se refletido, essencialmente, no valor e no volume de vendas.

### 2.1. EVOLUÇÃO DO MERCADO EM VALOR

O ano de 2009 marcou o início de uma época de contração, em valor, no mercado farmacêutico (15). Os anos de 2011 e 2012 registam os valores mais baixos.

A queda acentuada registada em 2011 pode ser justificada, quer pela legislação que entrou em vigor no último trimestre de 2010 (que estipulou a redução dos preços e a alteração nos regimes de comparticipação, como anteriormente referido), quer pela diminuição notável no consumo, devido à crise económica que o país atravessa.

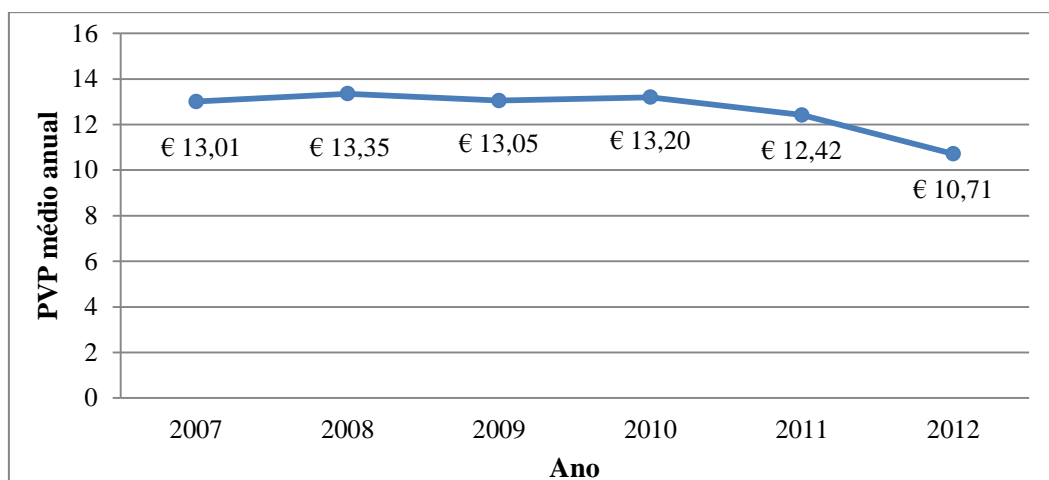
O ano de 2012 foi também marcado pelas constantes descidas dos preços dos medicamentos. Comparativamente com anos anteriores, neste, registou-se uma grande diminuição, em valor, do mercado dos medicamentos (15,39) – como se pode verificar na *Figura 15*.



**Figura 15:** Evolução do Mercado Farmacêutico, em valor. (Adaptado de: INFARMED (15))

Como é possível verificar, o valor de consumo total de medicamentos em 2012 apresentou-se cerca de 11,65% abaixo do valor registado em 2011. Esta descida revelou-se ainda mais acentuada no que respeita aos medicamentos genéricos, cujo decréscimo foi de 18,8% (15, 39).

Na origem desta contração no mercado dos medicamentos esteve, essencialmente, a descida de preços. Na *Figura 16* apresenta-se a variação dos preços médios de venda ao público desde o ano de 2007.



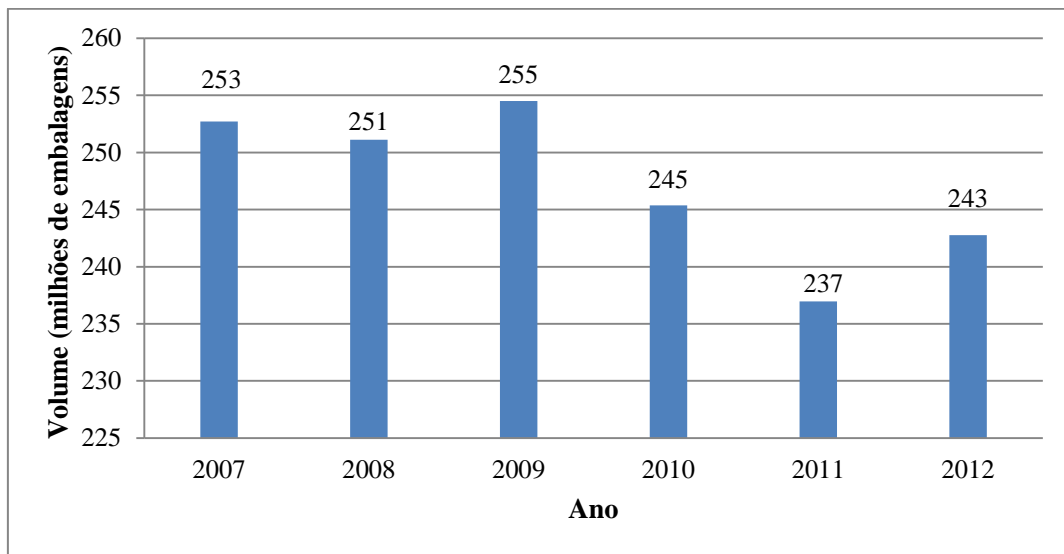
**Figura 16:** Preços médios anuais dos medicamentos vendidos nas farmácias, entre os anos de 2007 e 2012. (Adaptado de: INFARMED (15))

O preço médio anual dos medicamentos vendidos nas farmácias, tem apresentado uma tendência decrescente desde o ano de 2007, sendo esta descida mais acentuada a partir do ano de 2010. Tendo em conta que a atividade das farmácias é remunerada através de uma margem sobre o PVA (valor a partir do qual se obtém o PVP), esta descida traduziu-se numa quebra muito repentina dos proveitos das farmácias.

O Gabinete de Estudos e Projetos do INFARMED, IP, refere, como valor médio para o primeiro semestre de 2013, € 10,22, o que simboliza uma descida de preços na ordem dos 21%, se considerarmos todo o período desde 2007 (15).

## 2.2. EVOLUÇÃO DO MERCADO EM VOLUME

Relativamente à evolução do mercado em volume, o panorama é semelhante ao verificado com a evolução em valor. Em 2010 verificou-se uma grande contração em volume. No entanto, em 2012, ao contrário do que aconteceu em 2010 e 2011, o decréscimo em valor, não foi acompanhado por um decréscimo em volume (15) - *Figura 17*.



*Figura 17:* Evolução do Mercado Farmacêutico, em volume. (Adaptado de: INFARMED (15))

Analisando a *Figura 17* verifica-se que a venda de medicamentos, em volume, cresceu ligeiramente em 2012. Também nesta situação, são os medicamentos genéricos que registam o maior crescimento (19,8%) (15, 39). Este aumento deveu-se, mais uma vez, às medidas políticas adotadas, já apresentadas no capítulo anterior, como é exemplo a promoção do uso de medicamentos genéricos e a prescrição por DCI, como incentivo à redução dos gastos com medicamentos.

### 2.3. MARGENS DE LUCRO

Relativamente às margens de lucro obtidas pelas farmácias também estas apresentam variações ao longo dos últimos anos. São as variações nas margens das farmácias que estão na origem de uma muito acentuada redução do lucro das mesmas, colocando em risco a sua sustentabilidade.

Até dezembro de 2011 a margem legal da farmácia correspondia a 20% e era calculada sobre o PVP sem IVA. A esta margem acrescia a margem legal do armazenista que equivalia a 8%, também sobre o PVP sem IVA. Muitos laboratórios ofereciam, ainda, para pagamentos a 30 dias, 3% de desconto sobre o valor anterior. Isto equivalia a uma margem total de 28% ou 30,2%, consoante se usufruísse ou não do desconto de 3% do laboratório (40).

No entanto, a partir de janeiro de 2012 entrou em vigor um novo método de cálculo das margens, através da aplicação de Margens Regressivas. Segundo as mesmas, a margem das farmácias e dos distribuidores deixou de ser fixa, passando a ser calculada sobre o PVA (40, 41).

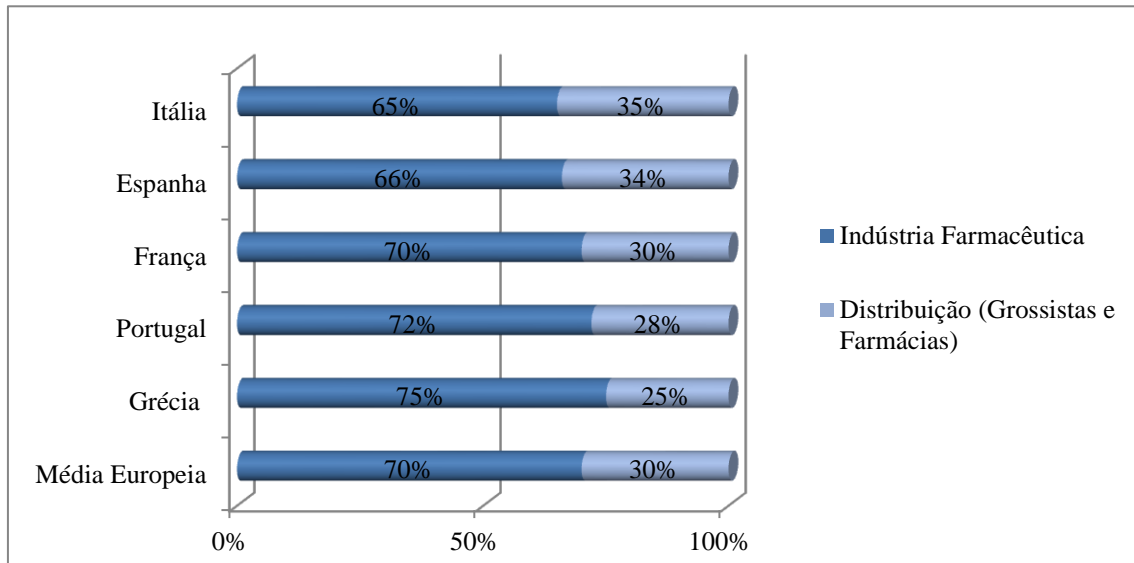
Como se pode verificar na *Tabela 1*, segundo o sistema de margens regressivas agora utilizado, quanto maior o PVA do produto menor a sua margem; sendo que para produtos com um valor de PVA acima dos € 50,00 a margem deixa de ser percentual, passando a ser fixa.

*Tabela 1:* Margens regressivas.

Escalão de PVA	Margem sobre o PVA		Margem sobre o PVP	
	Margem Fixa	Fee	Mínima	Máxima
Até € 5,00	27,9%	-	28,11%	28,11%
De € 5,01 a € 7,00	25,7%	€ 0,11	27,7%	27,93%
De € 7,01 a € 10,00	24,4%	€ 0,20	27,01%	27,46%
De € 10,01 a € 20,00	21,9%	€ 0,45	25,46%	26,68%
De € 20,01 a € 50,00	18,4%	€ 1,15	23,02%	25,01%
Acima de € 50,01	€ 10,35	-	-	23,02%

Adaptado de: Gouveia P. (40)

Comparativamente com outros países, as margens portuguesas, no setor da distribuição (isto é, grossistas e farmácias), em 2011 já eram das mais baixas da Europa, mesmo quando comparadas a países com sistemas considerados mais eficientes do ponto de vista económico, como é o caso do Reino Unido ou da Noruega (42) – *Figura 18*.



**Figura 18:** Margens de Distribuição na Europa em 2010. (Adaptado de: Ordem dos Farmacêuticos (43))

De facto, a redução dos preços nos medicamentos tem afetado toda a cadeia do medicamento, sendo que a distribuição grossista e as farmácias têm sido os setores mais penalizados – diretamente através da redução das margens de comercialização e, indiretamente, em consequência das reduções administrativas e voluntárias dos preços (estas últimas por opção das indústrias farmacêuticas) (44).

### 3. A SITUAÇÃO ATUAL DAS FARMÁCIAS

Após a análise anteriormente feita acerca das alterações efetuadas na Política do Medicamento e as suas consequências no mercado do medicamento, torna-se importante descrever o período difícil que as farmácias e os farmacêuticos atravessam, enquadrado no panorama de crise nacional que Portugal atravessa.

#### 3.1. RENTABILIDADE DA FARMÁCIA

A redução cumulativa do volume de negócios, associada à redução de margens e de preços dos medicamentos, leva a que a rentabilidade das vendas seja negativa. Esta situação coloca as farmácias com sérias dificuldades no que toca à capacidade de suporte da sua estrutura de custos (45).

Analisemos a situação de uma “farmácia média”, apresentada pela ANF no Workshop “Gerir a farmácia em tempo de crise”, em 2011 (45) – *Tabela 2*.

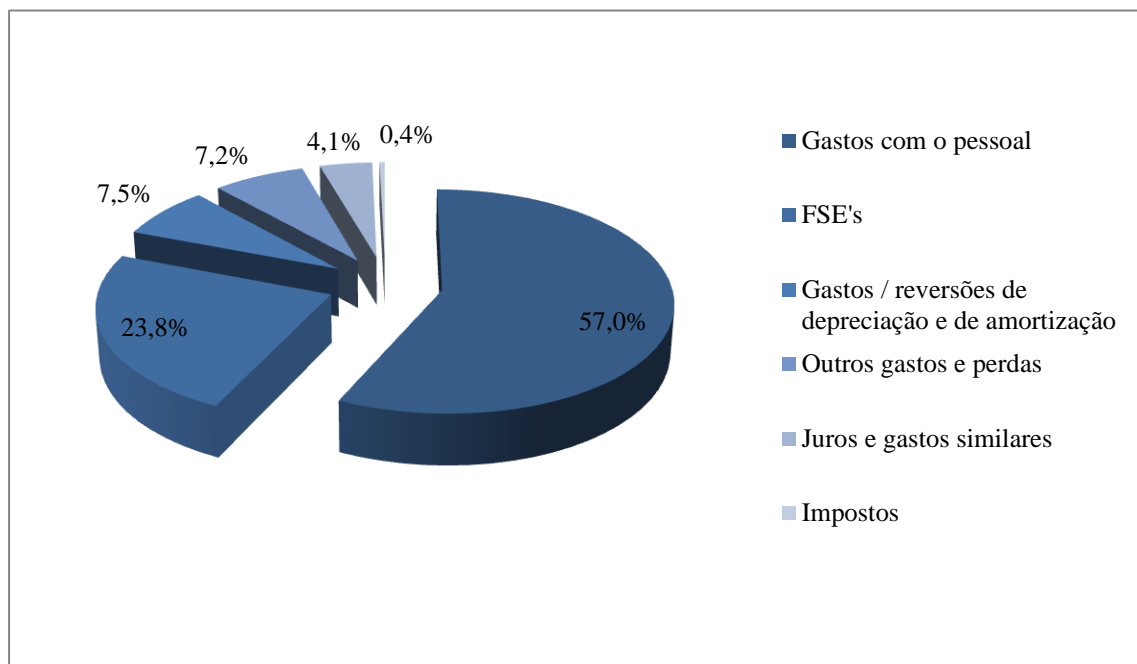
**Tabela 2:** Comparação do resultado operacional antes das amortizações de uma farmácia média em 2009 e 2012.

	EM 2009		EM 2012	
	VALOR	% DAS VENDAS	VALOR	% DAS VENDAS
<b>VENDAS</b>	€ 1 253 187	---	€ 1 034 151	---
<b>CUSTO DAS VENDAS</b>	€ 924 485	---	€ 796 297	---
<b>MARGEM BRUTA</b>	+ € 328 702	26,2%	+ € 237 854	23,0%
<b>PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS E OUTROS PROVEITOS</b>	+ € 2 406	0,2%	+ € 2 406	0,2%
<b>CUSTOS OPERACIONAIS</b>				
Pessoal	- € 163 664	-13,1%	- € 163 664	- 15,8%
FSE's	- € 69 833	-5,6%	- € 74 108	-7,2%
Impostos e outros custos	- € 10 788	-0,9%	- € 11 449	-1,1%
<b>RESULTADO OPERACIONAL ANTES DAS AMORTIZAÇÕES</b>	+ € 86 823	6,9%	- € 8 961	<b>-0,9%</b>

Adaptado de: ANF (45)

Verifica-se que, em 2012, há um decréscimo no valor de vendas – em concordância com a redução dos PVP's e com o decréscimo de vendas em volume - e que, associado às reduções de margens de comercialização, há uma variação na margem bruta da farmácia correspondente a cerca de 91 mil euros (face ao ano de 2009). Esta situação, associada ao aumento dos custos com impostos e com fornecimentos e serviços externos, leva a que o resultado operacional antes das amortizações (isto é, o valor disponível para o pagamento de juros, impostos, investimentos, amortização de capital e remuneração de sócios/acionistas) seja negativo – com uma variação de cerca de 96 mil euros face a 2009.

A margem de lucro das farmácias, bem como a sua estrutura de custos tem sofrido grandes alterações nos últimos anos, dificultando a sua gestão. Os custos com pessoal e os custos relativos a fornecimentos e serviços externos são as parcelas que representam a maioria dos custos totais (45) – *Figura 19*.



**Figura 19:** Estrutura de custos de uma farmácia média em 2012. (Adaptado de: ANF

(45))

Tendo em conta esta estrutura de custos, bem como a margem com que a farmácia pode trabalhar, torna-se bastante difícil arcar com os seus compromissos financeiros e investir na continuidade do negócio (45).

### **3.2. RECURSOS HUMANOS**

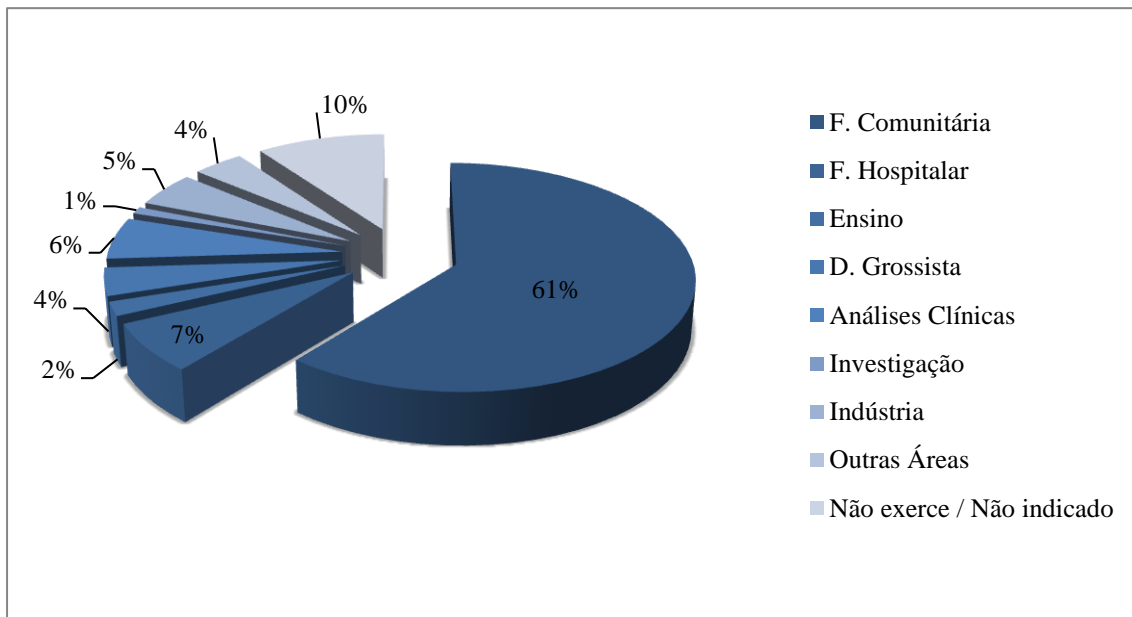
Como pudemos verificar, os recursos humanos representam a principal parcela na estrutura de custos de uma farmácia.

Entre os anos de 2000 a 2010 a massa laboral ligada ao setor farmacêutico cresceu 40,96% (46). A acompanhar este aumento, também o número de profissionais que exerce a sua atividade em farmácia comunitária tem aumentado, sendo que de 2000 a 2010 foi registado um aumento de 45,38% (47).

Este aumento pode ser justificado, em primeira análise, pelo grande aumento de vagas e abertura de novos cursos de Ciências Farmacêuticas, bem como pela crescente notoriedade da profissão a nível social.

No entanto, associado a este aumento, nomeadamente no setor da farmácia comunitária, pode também estar a aposta dos proprietários em colaboradores com uma melhor qualificação profissional, que permite diferenciar a farmácia, bem como os serviços prestados.

Analisando as diferentes saídas profissionais, é a farmácia comunitária o ramo que detém maior número de farmacêuticos (46), como é possível verificar na *Figura 20*.



**Figura 20:** Distribuição dos Farmacêuticos por área de atividade. (Adaptado de: Ordem dos Farmacêuticos, 2012 (46))

É também de referir que os farmacêuticos jovens - isto é, com idade inferior a 35 anos - constituem a maioria dos profissionais (cerca de 40% do total de farmacêuticos). Ainda no que respeita a esta faixa etária, 64% dos profissionais exercem a sua profissão no âmbito da farmácia comunitária (48).

### **3.3. TABELA REMUNERATÓRIA**

A par das alterações já referidas, no setor farmacêutico, também a tabela remuneratória, estabelecida pelo Código Coletivo de Trabalho (CCT), sofreu grandes alterações no último ano, fazendo com que o farmacêutico contratado aufera um salário não tão discrepante daquele que é recebido pelo técnico de farmácia – *Tabela 3*.

**Tabela 3:** Remuneração mínima mensal de Farmacêuticos.

Categoria	Remuneração Mínima Mensal	
	Farmacêuticos	
	Tabela A (aplicada a contratos realizados até entrada em vigor do novo CCT)	Tabela B (aplicada a contratos realizados após entrada em vigor do novo CCT)
Diretor Técnico	€ 1.975,35	€ 1.975,35
Farmacêutico Grau I	€ 1.690,29	€ 1.521,26
Farmacêutico Grau II	€ 1.554,65	€ 1.399,19
Farmacêutico Grau III	€ 1.398,14	€ 1.258,33
Farmacêutico Grau IV	€ 1.314,67	€ 1.183,20
Farmacêutico Grau V	-----	€ 1.000,00

Adaptado de: Boletim do Trabalho e do Emprego (49)

Foi criada uma nova tabela salarial para farmacêuticos com contratos celebrados após a entrada em vigor do novo CCT (denominada Tabela B). Nesta tabela, para além de ter sido introduzida uma sexta categoria, houve redução em todos os salários das restantes categorias, com exceção da remuneração do Diretor Técnico (49).

Este fator poderia servir como estímulo à contratação de farmacêuticos (em vez de outros profissionais) por parte dos proprietários de farmácias que procurassem melhorar o seu serviço, distinguindo-o pela diferença e competência. No entanto, a realidade é bem diferente, já que desde o ano de 2011, os jovens farmacêuticos recém-formados têm tido cada vez mais dificuldade em encontrar trabalho (50), conseguindo-o, muitas vezes, após vários meses de procura, com salários ainda mais reduzidos do que os anteriormente apresentados e com condições contratuais muito pouco atrativas.

Poucos são os atuais contratos que ultrapassam seis meses de trabalho, e, regra geral, prevalecem os estágios profissionais, participados, em parte, pelo Estado.

### 3.4. RELAÇÃO DAS FARMÁCIAS COM O SETOR GROSSISTA

Se as queixas dos profissionais se prendem com questões remuneratórias e de acesso ao emprego, as queixas dos utentes relacionam-se com a dificuldade no acesso ao medicamento.

Associado à crise económico-financeira, muitas são as farmácias endividadas, com fornecimentos suspensos por parte dos fornecedores (*Tabela 4*) e em situação de insolvência eminente. Estas farmácias estão impossibilitadas de exercer os seus serviços dentro da normalidade e de ceder ao utente os medicamentos que este necessita (31, 51).

**Tabela 4:** Relação financeira das farmácias com o setor grossista.

	Dezembro 2009	Dezembro 2010	Dezembro 2011	Dezembro 2012
Nº de farmácias com fornecimentos suspensos	255	450	795	1593
Nº de processos judiciais em curso para regularização de dívidas	121	186	297	621
Nº de farmácias com acordos de regularização de dívidas	179	462	561	633
Montante global da dívida (processos judiciais e acordos de regularização)	€ 120 775 589	€ 166 138 508	€ 196 828 006	€ 290 235 595

Adaptado de: ANF (31)

No final do ano de 2012, cerca de 1600 farmácias apresentavam os seus fornecimentos suspensos. Destas, 313 ficaram com os seus fornecimentos suspensos no último semestre de 2012 – praticamente o mesmo número que em todo o ano de 2011 (31).

Relativamente ao montante da dívida litigiosa (isto é, a dívida resultante dos processos judiciais e de acordos de regularização), esta ultrapassava, no final do ano de 2012, 290 milhões de euros. A este montante acresce, ainda, cerca de 40 milhões de euros correspondentes a pagamentos em atraso, em fase pré-litigiosa (31).

Também a quantidade de farmácias com ações de insolvência e penhora dificulta, em larga escala, o acesso da população portuguesa aos medicamentos. Segundo dados recentes da ANF, no primeiro trimestre de 2013, registaram-se 279 farmácias (10% do total das farmácias) com ações de insolvência e penhora – sendo que 78 destas farmácias estariam com processos de insolvência e 201 com processos de penhora (mais 21,9% e 14,2%, respetivamente, do que no final de 2012) (52).

Estes números são, de facto, assustadores e parecem aumentar drasticamente a cada mês que passa. A sustentabilidade das farmácias e o acesso por parte dos utentes ao medicamento estão, sem dúvida, comprometidos e, por essa razão, exigem-se novas e diferentes estratégias que permitam à farmácia enfrentar o mercado e as suas constantes alterações.

### **3.5. EXPORTAÇÃO PARALELA**

Para além da relação das farmácias com os armazenistas, a exportação paralela é um outro fator que influencia a escassez de medicamentos nas farmácias.

Mas o que se entende, de facto, por exportação paralela? Exportação paralela é, segundo a *European Association of Euro-Pharmaceutical Companies*, a distribuição paralela de produtos farmacêuticos comprados por distribuidores, no Espaço Económico Europeu (EEE), a um país onde estes produtos são comercializados a um preço inferior, para serem vendidos num outro país onde o preço de comercialização é superior (53).

Esta situação, apesar de sempre ter existido, tem vindo a aumentar bastante nos últimos três anos. Este aumento substancial é justificado pela diferença de preços praticada nos países recetores dos produtos alvo de exportação, nos quais o preço dos medicamentos atinge muitas vezes o dobro do preço praticado em Portugal (54).

Associado à grande redução de preços sentida em Portugal nos últimos anos, houve um grande aumento deste negócio que, apesar de não ser ilegal se não comprometer o abastecimento do mercado nacional, tem vindo a ser apontado como uma das principais causas para as falhas de medicamentos nas farmácias portuguesas.

A diferença de preços praticada no Sul da Europa, onde os preços são bastante mais reduzidos, face aos países do Norte, faz com que surjam como principais exportadores países como a Espanha, Grécia, Itália e Portugal, e como importadores a Alemanha, Dinamarca, Reino Unido e Holanda – como é possível verificar na *Figura 21* (55).



**Figura 21:** Principais países importadores e exportadores  
(Adaptado de: Deloitte Consulters, S.A. (55))

Note-se que a principal entidade que beneficia com a exportação paralela são, sem qualquer dúvida, os armazenistas. Estes, conseguem margens altíssimas podendo ser seis vezes superiores se comparadas às obtidas no mercado nacional. De facto, apesar da exportação paralela corresponder, segundo um estudo realizado pela Deloitte Consulters S.A., a 3,5% do total de vendas dos armazenistas, gera cerca de 20,2% da margem obtida pelos mesmos (55).

Este não é um negócio que interesse à indústria farmacêutica, visto que condiciona o abastecimento nos países importadores. Como tal, também a indústria limita a quantidade de produto que coloca no mercado nacional e, por isso, este fica comprometido por duas principais razões: por um lado porque há exportação e, por outro, porque a quantidade de produtos postos à disposição pela indústria é limitado.

#### **4. PERSPETIVAS FUTURAS E POSSÍVEIS SOLUÇÕES**

Desde 2005 que as farmácias portuguesas sofrem com um conjunto de alterações que põem diariamente em questão a sua sustentabilidade (56).

As farmácias estão numa fase em que se veem obrigadas a redirecionar a sua atividade, abrindo novas portas a novos serviços e produtos, com o intuito de aumentar os seus lucros para continuarem a desenvolver as suas funções.

A perspetiva para farmácias que baseiem a sua atividade unicamente na dispensa de medicamentos não é animadora. Com resultados operacionais negativos, as farmácias não conseguem sobreviver e, por essa razão, torna-se necessário (e quase que obrigatório para a sobrevivência das farmácias) a introdução de novos serviços e produtos, com maiores margens de lucro, associada a novas formas de gestão e *marketing* que permitam, de alguma forma, criar uma nova imagem da farmácia e dos produtos que esta coloca à disposição dos utentes / clientes.

São os clientes que podem dar aos proprietários o que estes precisam para manter as farmácias abertas com um valor operacional satisfatório. Hoje em dia, os consumidores estão cada vez mais informados e exigentes, e, como tal, é necessário oferecer as soluções adequadas, através de serviços diferenciados que possam ser uma mais-valia para a farmácia (56).

##### **4.1. A GESTÃO DA FARMÁCIA**

Hoje em dia torna-se cada vez mais difícil encontrar um negócio estável e mantê-lo. As farmácias tornam-se um excelente exemplo para o anteriormente referido. Com uma lista enorme de alterações legislativas, que tende a aumentar todos os meses, é importante adotar um método de reflexão prospetiva que permita às farmácias criarem um plano de gestão adequado que permita sobreviver à crise que o setor atravessa.

Neste sentido, as decisões de gestão devem ser tomadas a longo prazo, pensando sempre nos benefícios que poderá trazer no futuro e não no imediato.

É de referir que as mudanças devem ocorrer sempre por necessidade, com base numa justificação racional. Caso contrário poderá estar a ser alvo de mudança algo que não há necessidade de ser alterado e que poderá trazer prejuízos.

Mas afinal, em que se baseia o processo de gestão de uma farmácia?

Entenda-se Gestão como o processo para se conseguir obter resultados com o esforço dos outros, através de quatro principais processos: planeamento, organização, direção e controlo (57).

Na fase de planeamento deve determinar-se, antecipadamente, o que deve ser feito e como fazê-lo. Este plano deve ficar registado e deve ser conhecido por todos os colaboradores, de forma a funcionar como um guia de ação.

Posteriormente, surge a fase da organização, na qual deve ficar explícita a distribuição das funções para cumprir os objetivos do plano. Para além de “quem faz o quê” é importante nesta fase ficar definido ‘quando’.

A direção fica a cargo do indivíduo responsável pela implementação do plano de gestão e diz respeito à coordenação dos recursos, de forma a garantir que as funções distribuídas sejam executadas. Para isso são necessárias características como: capacidade de liderança, de comunicação e de motivação.

Também a fase de controlo é responsabilidade do gestor. Por muito bem estabelecido que esteja o plano e por muito bem controlados que estejam os recursos humanos na execução das suas tarefas, surgem sempre perturbações que têm de ser controladas. Assim, o gestor tem de ser capaz de tomar as decisões necessárias para corrigir os desvios que ocorrerem, bem como encontrar soluções para evitá-los no futuro (58, 59).

A farmácia deve, então, ser vista como uma empresa e, como tal, deve seguir criteriosas metodologias de gestão.

Cada vez mais, o farmacêutico tem de assumir o papel de gestor, principalmente quando este é o proprietário ou diretor técnico da farmácia. A capacidade de gestão varia de indivíduo para indivíduo, mas há conhecimentos que podem sempre ser

adquiridos por quem tenha gosto e/ou necessite de exercer papel de “gestor” de uma farmácia.

As práticas de gestão numa farmácia devem ter, principalmente, em consideração: os recursos humanos, o mercado e meio envolvente, os clientes, os *stocks* e os fornecedores, sendo que, posteriormente, devem ser avaliados os resultados de todos os processos.

#### 4.1.1. RECURSOS HUMANOS

O mais importante para que as farmácias possam prestar um bom serviço aos seus utentes e possam diferenciar-se, face às restantes farmácias, são os seus recursos humanos.

Associados às técnicas, ferramentas e meios tecnológicos, os colaboradores vão ser a imagem da farmácia. São eles que dão a cara todos os dias e é deles que dependem as vendas em volume, bem como a qualidade dos serviços prestados e do atendimento (60).

Numa primeira fase – fase de recrutamento de colaboradores – deve ser muito bem definido o perfil do colaborador que se procura, de acordo com as necessidades da farmácia. Todos os colaboradores devem ser confiantes no seu trabalho e devem ter a convicção de que serão uma mais-valia. As capacidades de comunicação, o facto de criar empatia, ser assertivo e inteligente também são características que devem ser levadas em linha de conta para a formação de uma boa equipa de trabalho (57, 61).

Cabe ao diretor técnico a liderança de toda a equipa, que, apesar das diferentes funções, deve trabalhar para atingir os mesmos objetivos.

Tendo em conta a dificuldade, cada vez mais acrescida, em encontrar colocação no mercado laboral, espera-se que o colaborador sinta um incentivo, apenas pelo simples facto de ter um trabalho. No entanto, as más condições salariais, associadas ao grande número de horas de trabalho pode ser contraproducente. Daí que seja importante

que o proprietário estabeleça um regime de avaliação para o alcance de objetivos e consequente atribuição de incentivos (57, 60).

Isto vai resultar num benefício para ambos os lados, caso os objetivos sejam atingidos. Por um lado, ao estimular o desenvolvimento individual do colaborador, bem como de toda a equipa, a atividade da farmácia sofre um incremento, de acordo com os objetivos previamente definidos (como seja, por exemplo, o aumento do número de vendas, o aumento do valor médio por venda, ou mesmo a redução de *stock* que estaria em excesso). Por outro lado, o colaborador, com a obtenção de resultados na farmácia, será recompensado por isso. Este incentivo vai ser visto pelo colaborador como reconhecimento do seu trabalho e esforço, funcionando também como motivação para continuar.

É também importante promover a formação contínua de toda a equipa, de modo a desenvolver competências específicas importantes para um melhor trabalho no dia-a-dia. Só a formação vai permitir que a diferenciação de serviços face a outros locais seja relevante (57).

#### **4.1.2. O MERCADO E O MEIO ENVOLVENTE**

Relativamente ao mercado, as práticas de gestão passam por conseguir avaliar a concorrência e conseguir atuar de forma a sobressair.

Com as alterações legislativas efetuadas, a concorrência deixou de ser unicamente a farmácia “das redondezas” e passou a ser, também, os pontos de venda de MNSRM, alguns dos quais localizados em grandes superfícies.

Desta forma, a antiga diferenciação entre farmácias, que passava apenas pela distância e pelos serviços prestados, passou a ter também em conta o preço realizado e/ou descontos, bem como a sua publicitação através dos mais diversos meios (televisão, *Internet*, cartazes, etc.). Grandes cadeias, como por exemplo a *Well's* (parafarmácia associada ao grupo detentor das cadeias Modelo-Continente), conseguiram adotar uma boa estratégia de *marketing*, atraindo clientes das farmácias independentemente da distância.

De forma a avaliar a concorrência, e sempre salvaguardando a conduta ética farmacêutica, deve analisar-se com alguma regularidade, nas farmácias e para-farmácias das proximidades, o preço de alguns medicamentos cujo preço é definido pela farmácia, de suplementos alimentares e produtos de dermocosmética, que sirvam de referência para o consumidor. Esta atitude vai contribuir para que se compreenda se de facto há necessidade de adotar uma outra postura face às margens praticadas e a possíveis promoções / campanhas.

Para além da situação anteriormente referida é importante conhecer os espaços concorrentes, não só ao nível de organização e horários, mas também ao nível de postura comercial – conhecer nomeadamente, os produtos que mais vendem e o tipo de campanhas que realizam e com as quais colaboram (57).

#### **4.1.3. OS CLIENTES**

A grande maioria dos clientes das farmácias portuguesas são indivíduos acima dos 45 anos. Geralmente, a procura da farmácia, aumenta com a idade, à medida que também aumentam a incidência de patologias crónicas que implicam medicação continuada (57).

No entanto, apesar das alterações no sistema de participações, o Estado continua a ser o principal cliente das farmácias, sendo responsável por 50% do valor das vendas a crédito (57).

É uma grande vantagem para o farmacêutico e para o técnico atender diretamente o cliente final, pois isto permite conhecer as suas necessidades e exigências, de forma a poder sempre recomendar os produtos adaptados a cada indivíduo, fazendo um aconselhamento individualizado e personalizado que permite alcançar as perspetivas do cliente, bem como os interesses da empresa.

Ao fazer com que um cliente saia satisfeito – tanto com os produtos, como com o atendimento / aconselhamento – estamos a garantir o regresso desse mesmo cliente, bem como, da divulgação do espaço a amigos e conhecidos e, conseqüentemente, angariação de novos clientes.

## A. O ESPAÇO E O *MERCHANDISING* COMO FORMA DE ATRAIR O CLIENTE

O *Merchandising* é uma técnica de *marketing* utilizada para permitir que se consiga - aos olhos do cliente - oferecer um bom produto, no local e momento certos, a um bom preço. É uma técnica de comunicação comercial muito complexa que envolve muito trabalho logístico para o seu aperfeiçoamento (61).

É necessário ter em conta a logística do ponto de venda e dos produtos (relativamente à localização dos postos de atendimento, distribuição dos produtos nos lineares e disposição de todo o espaço da farmácia), a gestão do fluxo de utentes (tendo em atenção que o tempo de espera é tempo que o cliente utiliza para ver e avaliar produtos expostos) e a comunicação (não apenas durante o atendimento, mas toda a informação e publicidade que pode ser encontrada na farmácia).

Podem distinguir-se dois tipos de *Merchandising*: o *Merchandising* de Sedução e o *Merchandising* de Gestão (57, 62).

O *Merchandising* de sedução tem como objetivo criar um ambiente e distribuição de produtos que seja apelativo e favoreça a compra.

Por sua vez, o *Merchandising* de gestão implica a tomada de decisões para tornar o espaço mais rentável. Neste subtipo de *Merchandising* deve refletir-se acerca do espaço total da farmácia e de que forma pode este ser utilizado em favor das vendas. Há que ter em conta os clientes, o mercado e a concorrência, de modo a otimizar o espaço em função das possíveis vendas e também do *stock*.

O espaço da farmácia é um dos aspetos mais relevantes para os clientes que a frequentam. É importante perceber quais são os pontos mais eficazes para criar expectativa e interesse no cliente, potenciando a imagem da farmácia e evitando a distribuição de produtos e material informativo de forma desordenada (61, 62).

Na farmácia existe o que podemos chamar de zonas frias e zonas quentes. Zonas frias, são aquelas zonas cuja passagem do utente não é tão habitual, isto é, cuja passagem no percurso entrada – balcão não acontece, caso não seja forçada. Nestas zonas, devem colocar-se: produtos que os clientes usem habitualmente (e que, por essa

razão, levem a uma visita forçada a esses lineares), produtos que impliquem alguma privacidade, ou, ainda, produtos alvo de campanhas ou exposições sazonais. Dentro destes produtos podemos referir os produtos de higiene do bebé ou de higiene íntima.

Zonas quentes são aquelas zonas que se localizam junto à entrada e acompanham todo o percurso do cliente até ao balcão e que, por essa razão, devem albergar todos os produtos que não sejam procurados especificamente pelo cliente, mas cuja venda tenha especial interesse para a farmácia (como por exemplo, produtos de dermocosmética, produtos com fins dietéticos e produtos de fitoterapia) (61, 62).

Esta disposição do espaço da farmácia, apesar das instruções teóricas vastamente estudadas, tem de ser adaptada a cada farmácia, de acordo com o seu espaço, com o mercado e com as necessidades e interesses do público-alvo.

Num estudo efetuado no Porto, por um aluno de Mestrado em Ciências Farmacêuticas, o mesmo chegou à conclusão de que, independentemente do motivo que leva o utente à farmácia, 20% adquire um produto ou serviço suplementar e que, a razão para essa aquisição se deve, na maioria dos casos (50%), à forma como o produto estava exposto (63). Isto reflete a extrema importância do *marketing* - e, especialmente, do *Merchandising* - na farmácia.

#### **4.1.4. OS PRESCRITORES**

O contacto com os prescritores é extremamente importante. Uma boa relação com os médicos da zona vai permitir que qualquer incompreensão ou problema com alguma prescrição seja facilitado. Para além disso, vai permitir um acompanhamento duplo da evolução da terapêutica, com registo e partilha de informação entre ambas as partes (médico e farmácia). Isto vai ser benéfico não apenas para a farmácia e seus colaboradores - que adquirem uma boa imagem perante o médico - mas também, e principalmente, para o utente.

Numa outra perspetiva, conhecer os médicos e o tipo de prescrição facilita a adaptação de produtos e *stocks* por parte da farmácia.

Para além de uma boa relação com os médicos prescritores das proximidades, é também importante uma boa relação com todos os outros profissionais que possam ser uma porta para novos clientes. É o caso de profissionais que possam aconselhar produtos que não necessitam de prescrição (produtos de ortopedia, de dermocosmética ou mesmo produtos veterinários) e que encaminhem o cliente para a farmácia. Estes profissionais podem ser médicos veterinários, ortopedistas ou dermatologistas, mas também cabeleireiros ou esteticistas podem verificar a necessidade dos seus clientes em obterem um acompanhamento técnico mais específico.

#### 4.1.5. OS STOCKS

Atualmente, os *stocks* das farmácias estão cada vez mais reduzidos e restritos ao que é de facto essencial de acordo com as vendas. No entanto, isto acontece de forma forçada, devido às condições económico-financeiras, e não como uma medida de uma política de gestão.

Os *stocks* são um dos aspetos mais importantes a considerar quando falamos de uma farmácia, já que sem os *stocks* adequados a probabilidade de não ter os produtos necessários para satisfazer o utente aumenta. No entanto, num universo em que existem milhares de produtos é muito complicado conseguir ter os *stocks* desejáveis.

É de referir que os erros de *stock* são uma das principais causas para que não se consiga ter um controlo exato das vendas e, principalmente, do custo de todos os produtos que estão em *stock* (64).

Em primeiro lugar, é preciso fazer uma referência ao controlo de *stocks* no que diz respeito às compras. As compras devem ser feitas tendo por base as vendas dos últimos meses. Um cálculo médio do valor mensal relativamente às vendas de cada produto fará com que esse produto seja comprado nas quantidades certas, para que não fique em *stock* durante um tempo exageradamente grande. Atualizar os *stocks* mínimos e máximos (isto é, o valor mínimo e máximo de embalagens a ter na farmácia de um

dado produto) de acordo com esses mesmos valores de vendas é uma forma de controlar eventuais alterações nos padrões de consumo, evitando compras diárias que não estão de acordo com a saída de produtos.

Na farmácia, 75% da faturação corresponde apenas a 10% dos produtos em *stock*. Estes produtos são os considerados indispensáveis pois correspondem às necessidades base do cliente. No entanto, os restantes produtos – produtos mais específicos - são igualmente importantes, tanto pelo facto de contribuírem para a diferenciação da farmácia, como pelo custo de *stock* que lhes está inerente. Por essa razão, estes produtos que contribuem apenas para uma pequena parcela na faturação devem ser valorizados e controlados – não só porque, por norma, são alvo de um grande investimento, mas também porque são artigos com uma maior margem de lucro associada (57).

Um outro aspeto a ter em conta quando se fala nos *stocks* diz respeito à gestão dos mesmos, como forma de evitar as habituais diferenças entre os *stocks* físicos e os *stocks* informáticos.

Uma medida adotada por algumas farmácias com situação económico-financeira favorável para tal é a instalação de robots que permitem a dispensa automática de medicamentos, após registo informático. No entanto, a grande maioria das farmácias não tem condições para fazer esse investimento, pelo que é relevante serem referidas algumas medidas que podem contribuir para uma redução significativa dos fatores que estão na origem dos principais erros de *stock*.

Comecemos pela regra de ouro, que deve estar na base da dispensa por parte de qualquer colaborador da farmácia: “Nenhum produto entra ou sai da farmácia sem registo informático” (64). Ao ter esta regra em consideração a tarefa de gestão de *stocks* fica bastante facilitada.

Salientam-se, também, os diferentes fatores que conduzem a erros de *stock*, nomeadamente: erros no que diz respeito à entrada de encomendas, erros de marcação com etiquetas, erros na submissão das vendas, erros nas transferências e empréstimos

entre farmácias, erros nas devoluções e nas quebras e, ainda, erros de vendas a clientes internos.

Analisemos em pormenor cada uma das situações anteriormente mencionadas. A entrada de encomendas assume importância extrema no que diz respeito à fase inicial de controlo dos *stocks* numa farmácia. De forma a minimizar os erros nesta fase do processo é importante, em primeiro lugar, verificar se o valor da fatura iguala o valor da guia de entrada. O SIFARMA, programa utilizado na maioria das farmácias portuguesas, tem esta funcionalidade ativa através de um sistema de cores que alerta o operador responsável pela entrada quando o valor da guia não é igual ao introduzido. É importante, ainda, ter em atenção para que o preço de custo cobrado seja igual ao introduzido na entrada, de forma a que a margem dos produtos cujo preço não é regulado pelo Estado seja corretamente calculada de acordo com os valores previamente definidos pela farmácia.

Devem ser estabelecidos procedimentos quanto a produtos faturados mas não enviados, à semelhança de produtos enviados incorretamente, danificados ou com preços errados. Por exemplo, pode dar-se entrada de todos os produtos faturados, procedendo-se posteriormente à devolução dos produtos não enviados ou enviados incorretamente através de uma nota de devolução. Este sistema vai resultar num equilíbrio do *stock*, sem erros no que respeita aos *stocks* dos outros produtos da fatura.

Relativamente à marcação de produtos com etiquetas é importante ter a máxima atenção, sendo que esta tarefa deve, sempre que possível, ser supervisionada, de forma a que não ocorram erros de troca de etiquetas que levam a erros de venda e de inventário.

Uma outra situação que está na origem da grande maioria dos erros de *stock* relaciona-se com as vendas. O facto de a venda se tornar numa tarefa mecânica, faz com que, muitas vezes, o operador que a realiza não verifique se tudo o que vai dispensar está registado no computador. Esta situação leva a discrepâncias tanto no *stock* como na faturação. A probabilidade disto acontecer aumenta com a quantidade de produtos.

Os empréstimos e trocas entre farmácias são outro dos aspetos a considerar. Todas estas situações devem ser corretamente registadas, de forma a que não haja perda de informação. Estas situações podem ser entendidas como um crédito cedido por uma entidade a outra, sendo regularizado através de uma devolução a crédito (64).

Os produtos sujeitos a devoluções e quebras devem ser sujeitos a um controlo e registo específicos, especialmente porque estas situações demoram algum tempo até serem resolvidas e podem, por isso, representar grandes problemas de controlo de inventário.

Por último, apesar da confiança no quadro de colaboradores ser fundamental, é importante que se adotem medidas que estabeleçam regras relativamente às vendas a clientes internos (64).

#### **4.1.6. OS FORNECEDORES**

É com os fornecedores que se consegue negociar de forma a conseguir condições de compra mais favoráveis. Cada vez mais, este diálogo com os fornecedores assume um papel fundamental para a gestão da farmácia.

Com uma enorme quantidade de fornecedores e distribuidores há que conhecer as diferentes condições de compra, de forma a optar pelo que se revela mais rentável para a farmácia. Neste campo, a palavra-chave é negociação (57).

É do conhecimento geral que a compra em grandes quantidades traz benefício nas condições de compra. Esta é uma vantagem para aquelas farmácias que funcionam em grupo e que fazem as compras como se fossem uma só, conseguindo muito bons preços de custo (65).

#### **4.1.7. OS RESULTADOS**

Os resultados têm que ser avaliados. Este é o último passo na atividade de gestão, mas é também um dos mais importantes. É necessário controlar diversos aspetos, como: a faturação, o receituário (nomeadamente o valor das participações), o inventário e as margens obtidas. É importante comparar esses valores com valores prévios e fazer uma análise histórica que permita entender o motivo das diferenças, caso estas existam.

Com base na análise de resultados efetuada é importante avaliar se os objetivos estabelecidos previamente foram atingidos, proceder à sua redefinição e delinear estratégias para os alcançar (57).

#### **4.2. ORGANIZAÇÃO DAS FARMÁCIAS EM GRUPOS**

Como forma de suportar melhor as condições atuais do mercado, a reunião de farmácias em grupos torna-se, cada vez mais, uma solução adotada por várias farmácias portuguesas.

Antes de ingressar num grupo de farmácias há que avaliar, de antemão, as possíveis vantagens e desvantagens dos mesmos.

Grandes grupos de gestão, como por exemplo o grupo Holon, agregam várias farmácias, conseguindo condições de compra especialmente favoráveis – muito difíceis de atingir a título individual. Esta é a vantagem primordial que leva ao ingresso de muitas farmácias em grupos de compra. É uma forma de reduzir o *stock* e, conseqüentemente, os elevados valores monetários que lhe estão associados (65).

Para além da vantagem relativamente às compras, a união de várias farmácias traz também vantagens no que diz respeito ao investimento numa imagem única e num plano de *marketing* e de gestão comum, que transmite aos utentes confiança. No fundo, farmácias do mesmo grupo são vistas quase como que uma marca única, na qual, independentemente da sua localização geográfica, os profissionais são vistos como uma equipa comum, que aprova os mesmos produtos e serviços, tornando-os credíveis.

No entanto, a entrada nestes grupos deve ser bem calculada, não devendo ser feita de forma precipitada. Como tal, devem ser analisadas as suas possíveis desvantagens, entre as quais: a perda de autonomia, embora que parcial, no que toca à opção de compra e ao investimento em determinados programas e serviços (que acaba por ser comum a todas as farmácias do grupo); o possível custo de ingresso no grupo, bem como a quota anual ou mensal associada; e, ainda, o custo de armazenagem, pago ao armazenista, para que os produtos comprados em grande quantidade fiquem guardados e sejam dispensados consoante as necessidades (40).

Em suma, os custos associados ao grupo a ingressar devem ser avaliados, de forma a perceber se, na realidade em questão, haverá de facto benefícios económicos.

#### **4.3. DIFERENCIAÇÃO DA FARMÁCIA**

A farmácia tem cada vez mais a necessidade de se tornar competitiva. Para tal, é necessário adotar mecanismos de diferenciação e flexibilidade.

Neste sentido é necessário conhecer o meio concorrencial envolvente, de forma a entender o universo de clientes e as suas necessidades. O mercado será então direcionado para os clientes e suas necessidades, sendo adotados serviços cada vez mais específicos. A seleção destes serviços deve ser feita de maneira a que a modernização da farmácia não coloque em causa a habitual imagem da farmácia tradicional, assegurando uma imagem de segurança e credibilidade que expressa eficiência (57).

Quando os clientes visitam a farmácia à procura de um dado produto, podem sempre ser atraídos por um produto a um preço mais baixo – alvo, por exemplo, de uma promoção ou desconto – ou mesmo por um produto que se distinga dos restantes pelas suas características. É neste sentido que a farmácia deve procurar diferenciar-se, conseguindo oferecer aos seus utentes produtos diversos, que vão diretos às suas necessidades, mas que possam estimular, de certa forma, a compra por impulso. É nesta situação que a farmácia consegue relacionar a sua missão social, isto é, a sua missão enquanto local de prestação de cuidados de saúde, com a vocação empresarial que é, cada vez mais, necessária para a sua sobrevivência.

#### **4.4. DIVULGAÇÃO DE PRODUTOS E SERVIÇOS**

Na conjuntura atual, torna-se cada vez mais importante conseguir garantir um vasto leque de clientes habituais, bem como o contacto com os mesmos.

A comunicação com os utentes assume um papel preponderante nas vendas, não só pelo facto de se dar a conhecer produtos e serviços a clientes habituais, mas também

por apresentar esses mesmos serviços / produtos a novos clientes ou clientes não fidelizados que podem vir a ganhar interesse no divulgado e tornarem-se potenciais clientes habituais.

Existem várias formas de contacto possíveis. Hoje em dia, com o acesso facilitado às redes sociais e à *Internet* em geral, encontram-se muitas formas interessantes de contactar regularmente os clientes, quer seja através de uma plataforma, de um *site*, de *e-mail* ou contacto por telemóvel.

Um outro aspeto importante a considerar é a realização de inquéritos aos clientes. Estes inquéritos podem ser realizados na própria farmácia, após o atendimento, e são fundamentais para conhecer as expectativas dos consumidores e as suas necessidades. Quando se procede à realização destes inquéritos é muito importante ter em consideração o grupo etário, o género, o nível de escolaridade e a profissão dos utentes inquiridos, de forma a que a amostra utilizada reflita o universo de utentes que frequentam a farmácia (66).

Estes inquéritos vão contribuir para que o proprietário conheça o que o cliente mais valoriza nos colaboradores, na farmácia e no meio envolvente. Por exemplo, num inquérito de satisfação realizado em diferentes farmácias no distrito da Guarda, observou-se que os fatores mais tidos em consideração pelos utentes das farmácias em estudo são: a limpeza, a organização, a variedade nos produtos e serviços, e a relação profissional e pessoal com os colaboradores da farmácia. Entre os aspetos a serem desenvolvidos ou melhorados foram indicados: por um lado, a diferenciação das áreas de espera com espaços destinados a crianças e áreas abertas à circulação de utentes e, por outro, a utilização de novas tecnologias para informar os utentes acerca da mais variada informação sobre produtos e serviços (66). A partir das informações que um ou mais proprietários – consoante a dimensão do estudo - obtêm dos inquéritos, estes vão poder direcionar a sua atividade de acordo com as expectativas do utente.

#### **4.5. DISTRIBUIÇÃO DE FUNÇÕES NA EQUIPA**

Se antigamente as funções em farmácia comunitária assentavam, principalmente, na manipulação, e esta era competência de técnicos e de farmacêuticos, hoje em dia, com a necessidade de diferenciação e de satisfação das tão diferentes necessidades dos utentes, existem na farmácia várias valências que ditam a necessidade de distribuição de funções entre todos os membros que constituem a equipa (62).

As equipas de uma farmácia média, são constituídas em média por sete pessoas (56). Apesar de não poder ser considerada uma equipa muito ampla necessita de um quadro com funções muito bem estabelecidas. Cada colaborador deve ser, então destacado para uma tarefa, com a qual deve estar perfeitamente identificado e à vontade.

Hipólito de Aguiar propõe, na sua publicação “Boas Práticas de Gestão na Farmácia”, a implementação de secções comerciais. Isto é, a divisão de tarefas (que à partida seriam destinadas apenas a uma pessoa da direção) por todos os colaboradores, tendo em conta a sua divisão por áreas. Por exemplo, diferentes colaboradores ficariam encarregues pela área comercial (que diria respeito à compra e venda de produtos), área financeira, recursos humanos (não só relacionado com a gestão e recrutamento de pessoal, mas também pela sua formação contínua) e área logística (no que respeita à prestação de serviços) (57). Ao efetuar esta divisão de tarefas a responsabilidade de cada colaborador vai ser estimulada, aumentando as suas competências e permitindo, à direção, responsabilizar cada colaborador pelo trabalho efetuado. O trabalho de *back office* tem tendência a ser cada vez maior, pelo que a divisão de tarefas é uma vantagem no que toca à garantia de cobertura de todo o trabalho na farmácia.

#### **4.6. ASPETOS A CONSIDERAR NO FUTURO**

De acordo com o panorama atual que as farmácias portuguesas atravessam, muitos são os profissionais de saúde que colocam em questão a sobrevivência à crise económico-financeira que se atravessa.

O setor farmacêutico é uma área formada por profissionais com uma excelente formação, cada vez mais adaptados à mudança e a aceitar novos desafios, daí que seja possível a farmácia vingar, não nos termos que atualmente atua, mas sim caso se adotem novas condições de subsistência.

Tendo em conta as mudanças que o setor já atravessou, nomeadamente a nível legislativo, alterações no funcionamento não podem já ser consideradas uma novidade e, por essa razão, novas soluções não serão consideradas estranhas pelos colaboradores.

Sendo o farmacêutico o colaborador que mais pode garantir a diferenciação dos serviços prestados na farmácia, uma questão que tem vindo a ser colocada prende-se com a remuneração do ato farmacêutico. De facto, com a redução tão significativa do preço dos medicamentos, o valor obtido correspondente à margem não produz os resultados necessários para a sobrevivência do setor (67).

A remuneração do ato farmacêutico é, sim, uma proposta a ser levada em linha de conta, sendo importante tanto para a viabilidade da farmácia, como para o reconhecimento do trabalho do farmacêutico.

Outras propostas passam por apostar no desenvolvimento de novos ramos dentro da farmácia, nomeadamente serviços de saúde e bem-estar, enquadrados na promoção da saúde. Esta proposta passa por prestar a informação adequada através de campanhas e de aconselhamento diferenciado – o que já acontece em muitas farmácias através de serviços especializados, por exemplo de nutrição, podologia e fisioterapia. Estas ações, consoante o acordo feito com o profissional de saúde, pode trazer – ou não – lucro imediato à farmácia, ao mesmo tempo que atrai potenciais clientes, não só de produtos específicos aconselhados pelo profissional, mas também de outros produtos que fixem a atenção do cliente.

#### **4.6.1. CUIDADOS FARMACÊUTICOS**

Algumas das soluções anteriormente referidas têm sido tentadas por várias farmácias, e algumas com sucesso. No entanto, a tentativa de aumento das vendas de

forma rápida, nem sempre é bem calculada, não trazendo à farmácia os benefícios esperados.

O futuro da farmácia portuguesa deve ter por base a aposta em valências realmente farmacêuticas, pois só essas distinguem o farmacêutico como profissional, sendo únicas e impossíveis de copiar por qualquer outro profissional.

É nesse sentido que são sugeridas sessões de Cuidados Farmacêuticos.

O conceito de Cuidados Farmacêuticos tem vindo a ser alvo de muitas dúvidas e questões desde 1990. Nesse ano, Helper e Strands definiram Cuidados Farmacêuticos como o fornecimento responsável da terapêutica medicamentosa, de forma a alcançar os objetivos definidos para verificar uma melhoria da qualidade de vida dos pacientes (68).

A tradução da definição anterior levou a muitas discrepâncias entre vários países. No entanto, o principal objetivo da ação é universal: melhorar a qualidade de vida dos pacientes a quem se destina (69, 70) através de várias ações, nomeadamente:

- Contribuir para o uso racional do medicamento;
- Procurar alcançar a efetividade máxima dos tratamentos farmacológicos;
- Minimizar os riscos associados ao uso dos medicamentos, melhorando a segurança da terapêutica (71).

Adotando medidas como atividades educacionais, ações de promoção da saúde e seguimento farmacoterapêutico, os Cuidados Farmacêuticos são úteis tanto para o doente, que na maior parte das vezes é polimedicado e não tem acompanhamento médico frequente, como para o médico que, se existir uma boa relação entre a farmácia e o mesmo, pode ter acesso aos dados do acompanhamento e ter uma melhor ideia dos resultados; e, claro, para a própria farmácia, que para além de fidelizar clientes, melhora a adesão à terapêutica, controla reações adversas e interações medicamentosas, e, ainda, pode lucrar com o ato em si.

De facto, os Cuidados Farmacêuticos têm sido considerados em vários estudos como a solução para que o farmacêutico possa exercer a sua função enquanto profissional de saúde, trazendo benefícios para o mesmo, para o utente e, também, para o Sistema de Saúde (72).

A ideia do farmacêutico como parte integrante do SNS é algo que deve ser estudado, de forma a avaliar os benefícios para todas as partes envolvidas. Se os Cuidados Farmacêuticos fossem contemplados no SNS – e remunerados como tal – abria-se uma nova oportunidade de sobrevivência para as farmácias.

Apesar de, à partida, se considerar um gasto extra para o Estado, a verdade é que muitas seriam as despesas controladas com a adesão a este Programa.

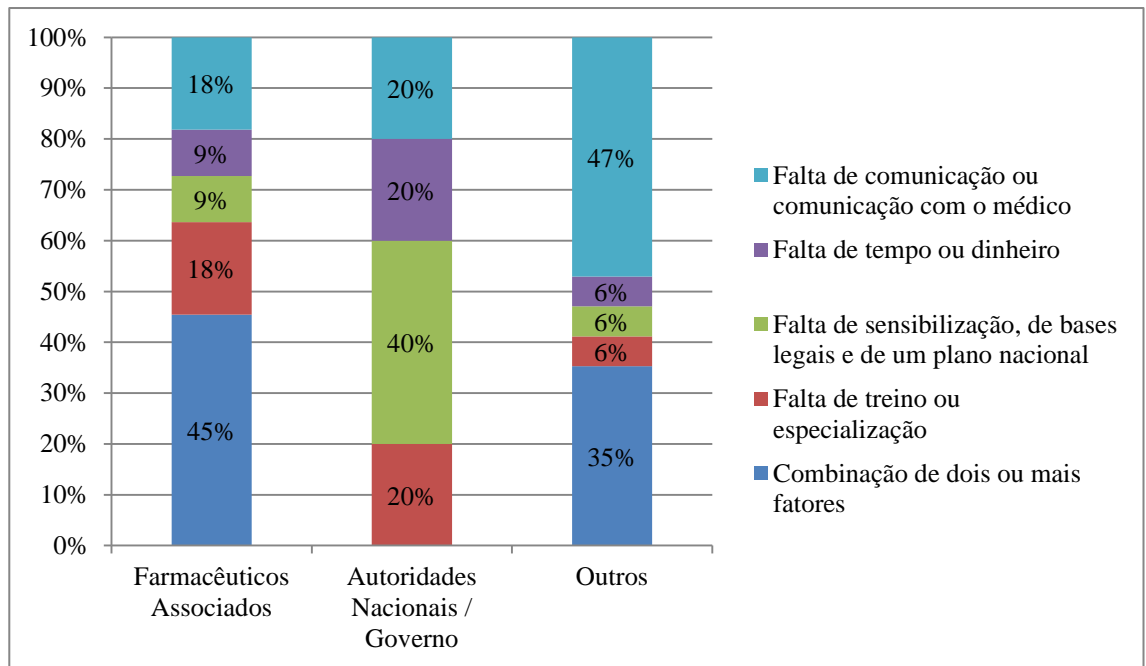
Vários estudos têm sido realizados com o intuito de perceber a mais valia da integração dos Cuidados Farmacêuticos nos Sistemas Nacionais de Saúde. Um estudo realizado em 210 farmácias comunitárias da Austrália demonstrou que a intervenção farmacêutica poderia contribuir para uma alteração no número de visitas ao médico (geral e especialista), no número diário de admissões hospitalares e, ainda, na despesa total em saúde (72).

Também no Reino Unido (onde os erros de medicação eram uma das principais preocupações para o Sistema de Saúde) foram introduzidas visitas regulares por farmacêuticos que, através de sessões de cuidados farmacêuticos, conseguiram reduzir os erros de medicação existentes (72).

No entanto, apesar dos estudos anteriores comprovarem a importância dos Cuidados Farmacêuticos como parte integrante do Sistema de Saúde, está também comprovado que a aplicação dos mesmos ainda é limitada na maioria dos países europeus (73).

Segundo um outro estudo, realizado pela FIP, as principais barreiras à implementação dos Cuidados Farmacêuticos variam de acordo com o profissional inquirido, como é possível verificar na *Figura 22*.

**As implicações sócio-económicas das últimas políticas no setor do medicamento nas farmácias portuguesas**



**Figura 22:** Barreiras à implementação de Cuidados Farmacêuticos (Adaptado de: FIP (74))

De facto, todos os fatores enumerados contribuem para o aumento da dificuldade da implementação, em grande escala, dos Cuidados Farmacêuticos nos vários países da Europa. No entanto, está claramente demonstrado o valor e importância dos Cuidados Farmacêuticos, pelo que deveria ser colocada como alternativa para a sustentabilidade do setor farmacêutico a sua incorporação nas Políticas de Saúde, mais especificamente no Sistema de Saúde (74).

## CONCLUSÃO

Após a realização deste trabalho foi possível verificar a importância que o medicamento tem para a despesa do Estado em saúde, bem como a necessidade do Estado em executar políticas orçamentais que impliquem uma redução dos custos no setor do medicamento.

No entanto, se é verdade que a redução de custos é necessária, também é verdade que o setor farmacêutico está a sentir de forma muito negativa essas mesmas medidas de contenção de custos e que com a situação que está a viver neste momento não conseguirá subsistir.

Constata-se que os resultados operacionais que as farmácias obtêm na atualidade não garantem os valores necessários para cobrir os custos de funcionamento a ela inerentes.

A necessidade de adotar medidas que contribuam para reverter a situação atual das farmácias impõe-se como urgente. Os profissionais do setor têm que encarar a mudança de uma outra forma, aderindo a novas formas de atuar no espaço da farmácia e aceitando novos serviços e produtos como forma de solucionar o problema que se coloca. Novas formas de obter lucro têm de ser adotadas.

No entanto, a negociação com as entidades governamentais de forma a que novas medidas políticas – vantajosas tanto para o setor farmacêutico, como para o Sistema de Saúde em geral – sejam adotadas é, também, fundamental. A necessidade de integrar as farmácias e o farmacêutico no SNS é cada vez maior e mais importante, já que, para além de um grande benefício para as farmácias portuguesas, aparenta também ser bastante benéfico para o sistema de saúde e para o Estado, no que toca a contenção da despesa.

A farmácia é um espaço de saúde. O espaço de saúde mais perto do utente e o primeiro local ao qual este recorre quando necessita. É importante manter a imagem de confiança que tem existido desde sempre nas farmácias portuguesas.

## **BIBLIOGRAFIA**

- (1) World Health Organization. *How to develop and implement a national drug policy*. 2ª Edição. Geneva: OMS; 2001.
- (2) World Health Organization. *How to develop and implement a national drug policy*. WHO Policy Perspectives on Medicines. 2003; 6: 1 – 6.
- (3) Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde. *Política do Medicamento*. [Web page] Lisboa: INFARMED; 2006 [atualizado em 2013; consultado em fevereiro de 2013]; Disponível em: <http://www.infarmed.pt>.
- (4) Organisation for Economic Co-operation and Development. *Health at a Glance: Europe 2012*. Paris: OCDE; 2012.
- (5) Base de Dados Portugal Contemporâneo. *Despesa corrente em cuidados de saúde em % do PIB em Portugal*. [Web page] Lisboa: PORDATA; 2012 [atualizado em 2013; consultado em março de 2013]; Disponível em: <http://www.pordata.pt>.
- (6) Instituto Nacional de Estatística. *A despesa corrente em saúde continuou a abrandar em 2006, tal como no ano anterior, estimando-se que em 2007 tenha registado alguma aceleração*. Conta Satélite da Saúde – Destaques. 8 de dezembro de 2008.
- (7) Instituto Nacional de Estatística. *A despesa corrente em saúde, em 2011, diminuiu*. Conta Satélite da Saúde – destaques. 27 de junho de 2012.
- (8) Base de Dados Portugal Contemporâneo. *Despesa corrente em cuidados de saúde per capita em Portugal*. [Web page] Lisboa: PORDATA; 2012 [atualizado em 2013; consultado em março de 2013]; Disponível em: <http://www.pordata.pt>.

- (9) Base de Dados Portugal Contemporâneo. *Despesa em cuidados de saúde em % do PIB na Europa*. [Web page] Lisboa: PORDATA; 2012 [atualizado em 2013; consultado em março de 2013]; Disponível em: <http://www.pordata.pt>.
- (10) Organisation for Economic Co-operation and Development. *Total expenditure in health per capita*. [Web page] Paris: OCDE; 2013 [atualizado em 2013; consultado em julho de 2013] Disponível em: <http://www.oecd-ilibrary.org>.
- (11) Base de Dados Portugal Contemporâneo. *Despesa do Estado em saúde: execução orçamental em % do PIB*. [Web page] Lisboa: PORDATA; 2012 [atualizado em 2013; consultado em março de 2013]; Disponível em: <http://www.pordata.pt>.
- (12) Portal da Saúde. *História do Serviço Nacional de Saúde*. [Web page] Lisboa: Ministério da Saúde; 2010 [consultado em fevereiro de 2013]; Disponível em: <http://www.min-saude.pt>.
- (13) Portaria nº 474/2007. Diário da República, 2ª série – nº 126. 1 de julho de 2010; p. 35867 – 35871.
- (14) Instituto Nacional de Estatística. *Conta Satélite da Saúde – Despesa corrente em saúde por agente financiador*. [Web page] Lisboa: INE; 2012 [atualizado em 2013; consultado em junho de 2013]; Disponível em: <http://www.ine.pt>.
- (15) Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde. *Análise do Mercado de Medicamentos em Ambulatório*. [Web page] Lisboa: INFARMED; 2013 [atualizado em 2013; consultado em maio de 2013]; Disponível em: <http://www.infarmed.pt>.
- (16) Barros, P. P.; Nunes, L. C.. *10 anos de Política do Medicamento em Portugal*. Lisboa; 2011.

- (17) Organisation for Economic Co-operation and Development. *Pharmaceutical expenditure per capita*. [Web page] Paris: OCDE; 2013 [atualizado em 2013; consultado em julho de 2013] Disponível em: <http://www.oecd-ilibrary.org>.
- (18) Organisation for Economic Co-operation and Development. *Pharmaceutical expenditure as a percentage of total expenditure on health*. [Web page] Paris: OCDE; 2013 [atualizado em 2013; consultado em julho de 2013] Disponível em: <http://www.oecd-ilibrary.org>.
- (19) *Memorandum of Understanding on Specific Economic Policy Conditionality*. 7<sup>a</sup> Revisão. maio de 2013.
- (20) Portal da Saúde. *Acordo entre os Ministérios da Saúde, da Economia e do Emprego e das finanças e a Indústria Farmacêutica*. [Web page] Lisboa: Ministério da Saúde; 2012 [consultado em junho de 2013]; Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt>.
- (21) Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde. *Estatística do Medicamento 2011*. Lisboa: INFARMED; 2011.
- (22) Decreto-Lei nº 134/2005. Diário da República, I série - A – nº 156. 16 de agosto de 2005; p. 4763 – 4765.
- (23) Casanova, M. A.. *Medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) – Requisitos regulamentares e análise da evolução do mercado* [dissertação]. Lisboa: Colégio da Especialidade de Assuntos Regulamentares da Ordem dos Farmacêuticos; 2011.
- (24) Autoridade Nacional dos Medicamentos e Produtos de Saúde. *Estatística do Medicamento 2008*. Lisboa: INFARMED; 2008.

- (25) Autoridade Nacional dos Medicamentos e Produtos de Saúde. *Venda de medicamentos não sujeitos a receita médica fora das farmácias*. [Web page] Lisboa: INFARMED; 2012 [atualizado em 2013; consultado em junho de 2013]; Disponível em: <http://www.infarmed.pt>.
- (26) Decreto-Lei nº 307/2007. Diário da República, 1ª série – nº 168. 31 de agosto de 2007; p. 6083 – 6091.
- (27) *As mudanças em Farmácia Comunitária*. Revista da Ordem dos Farmacêuticos. 2007; 80: 6-10.
- (28) Barros, P. P.. *Propriedade das Farmácias: mitos e argumentos*. [Web page] Lisboa: Pedro Pita Barros; 2007 [consultado em abril de 2013]; Disponível em: <http://ppbarros.fe.unl.pt>.
- (29) Alves, C. M.. *Novo Regime Jurídico das Farmácias portuguesas de oficina* [dissertação]. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa; 2010.
- (30) Mossialos, E.; Mrazek, M; Walley, T.. *Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity, and quality*. Inglaterra: McGraw-Hill International; 2004.
- (31) Associação Nacional das Farmácias. *Farmácias: Ruptura no acesso da população aos medicamentos*. Lisboa: ANF; 2013
- (32) Autoridade Nacional dos Medicamentos e Produtos de Saúde. *Avaliação do Programa Integrado de Promoção de Medicamentos Genéricos*. [Web page] Lisboa: INFARMED; 2007 [atualizado em 2013; consultado em abril de 2013]; Disponível em: <http://www.infarmed.pt>.
- (33) Maria, V.. *A importância dos medicamentos genéricos*. Cadernos de Economia. 2007; 80: 52-58.

- (34) Autoridade Nacional dos Medicamentos e Produtos de Saúde. *Quota de mercado de genéricos*. [Web page] Lisboa: INFARMED; 2013 [atualizado em 2013; consultado em abril de 2013]; Disponível em: <http://www.infarmed.pt>.
- (35) European Generic Medicines Association. *Generic Medicines in Europe*. [Web page] Bélgica: EGA; 2007 [consultado em junho de 2013]; Disponível em: <http://www.egagenerics.com>.
- (36) Lei nº 11/2012. Diário da República, 1ª série – nº 49. 8 de março de 2012; p. 978 – 979
- (37) Portaria nº 137-A/2012. Diário da República, 1ª série – nº 92. 11 de maio de 2012; p. 2478-(2) – 2478-(7).
- (38) Administração Central do Sistema de Saúde. *Normas técnicas relativas à prescrição de medicamentos e produtos de saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde; 2012.
- (39) Health Market Research. *Evolução do mercado (sell out)*. Lisboa: hmR; 2013.
- (40) Gouveia, P.. *Novas margens da farmácia em 2012 – um novo paradigma de gestão*. Portimão; 2012
- (41) Decreto-Lei nº 112/2011. Diário da República, 1ª série – nº 229. 29 de novembro de 2011; p. 5104 – 5109.
- (42) Queirós, S. I.. *Aspectos económicos do sector das farmácias: Uma análise da evolução dos últimos 5 anos*. Minho: Universidade do Minho; 2011.
- (43) Queirós, S. I.. *Aspectos económicos do sector das farmácias*. Revista da Ordem dos Farmacêuticos. 2012; 102: 29.

- (44) *Preço dos medicamentos em queda*. Revista da Ordem dos Farmacêuticos. 2012; 102: 11-14.
- (45) Associação Nacional das Farmácias. *Gerir a farmácia em tempo de crise*. Lisboa: ANF; 2011.
- (46) Ordem dos Farmacêuticos. *Envelhecimento e Rejuvenescimento: Caracterização da População Farmacêutica*. Lisboa: Observatório da Empregabilidade da OF; 2012.
- (47) Aguiar, A. H.. *Farmacêuticos 2020 – Os desafios da próxima década*. 1ª edição. Lisboa: Hollyfar; 2012.
- (48) Ordem dos Farmacêuticos. *Os Farmacêuticos Jovens*. Lisboa: Observatório da Empregabilidade da OF; 2012.
- (49) Boletim do Trabalho e Emprego nº 23. 22 de junho de 2012; p. 2154 – 2164.
- (50) Ribeiro, G. B.; Almeida, J. R.. *Sete casos de profissionais qualificados candidatos à emigração*. Público; 2012.
- (51) Carvalho, M. S.. *A gestão em farmácia comunitária: Metodologias para otimizar a rentabilidade da farmácia*. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias; 2013.
- (52) Associação Nacional das Farmácias. *Aumento drástico das dificuldades de acesso da população aos medicamentos*. [Web page] Lisboa: ANF; 2013 [consultado em junho de 2013]; Disponível em: <http://www.anf.pt>.
- (53) European Association of Euro-Pharmaceutical Companies. *Parallel Distribution*. [Web page] Bruxelas: EAEP; 2013 [consultado em maio de 2013]; Disponível em: <http://www.eaepc.org>.

- (54) Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica. *Exportação paralela é uma das principais causas de faltas de medicamentos em Portugal*. [Web page] Lisboa: APIFARMA; 2012 [consultado em maio de 2013]; Disponível em: <http://www.apifarma.pt>.
- (55) Deloitte Consulters, S.A.. *Caracterização e valorização do (des)abastecimento do mercado farmacêutico nacional*. Lisboa: APIFARMA; 2012.
- (56) Antão, A.; Grenha, C. M.. *Avaliação Económica e Financeira do Sector das Farmácias*. Aveiro: Universidade de Aveiro; 2012.
- (57) Aguiar, A. H.. *Boas Práticas de Gestão na Farmácia – Guia de ação para tempos modernos*. 2ª edição. Lisboa: Hollyfar; 2012.
- (58) Kerzner, H.. *Project Management: a systems approach to planning, scheduling and controlling*. 10ª Edição. Nova Iorque: John Wiley & Sons, Inc; 2009.
- (59) Desselle, S. P.; Zgarrick, D. P.. *Pharmacy Management: Essentials for All Practice Settings*. 2ª Edição. Nova Iorque: McGraw-Hill; 2009.
- (60) Almeida, F.. *Equipa de Farmácia*. Lisboa: RHManagement.
- (61) Sequeira, C.. *O novo paradigma da Farmácia em Portugal e os actuais desafios colocados à sua Gestão* [dissertação]. Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2011.
- (62) Celeste, P.. *Merchandising na farmácia: um desafio diferenciador e permanente*. Farmácia Distribuição. 2012; 240.
- (63) Craveiro, B.. *Estratégias de marketing e merchandising aplicadas à Farmácia de oficina: estudo de um caso prático* [dissertação]. Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2010.

- (64) Cunha, L.. *A gestão de stocks em farmácia comunitária*. [Web page] Lisboa: Netfarma; 2012 [consultado em maio de 2013]; Disponível em: <http://farmacia.netfarma.pt>.
- (65) *Grupos de farmácias: sinergias para enfrentar as incertezas do futuro*. Farmácia Distribuição. 2013; 252.
- (66) Fernandes, M.. *Estudo sobre a satisfação dos utentes com os serviços de Farmácia Comunitária* [dissertação]. Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2012.
- (67) Santos, A. S.. *Farmácias querem ser pagas por ato farmacêutico*. Jornal Expresso. 12 de julho de 2012.
- (68) Hepler, C. D.; Strand, L. M.. *Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care*. American Journal of Hospital Pharmacy. 1990; 47: 533 – 542.
- (69) Van Mil, J. W.; Llimós, F. F.. *What is 'pharmaceutical care' in 2013?*. International Journal of Clinical Pharmacy. 2013; 35: 1 – 2.
- (70) Van Mil, J. W.; Schulz, M.. *A review of pharmaceutical care in community pharmacy in Europe*. Harvard Health Policy Review. 2006; 7: 155 – 165.
- (71) Llimós, F. F.; Dáder, M. J.. *Seguimiento farmacoterapéutico*. Aula de la farmácia. 2004; 16 – 26.
- (72) European Directorate for the Quality of Medicines and HealthCare. *Pharmaceutical Care – Policies and Practices for a Safer, More Responsible and Cost-effective Health System*. França: Council of Europe; 2012.
- (73) Hughes, C. M.; et al. *Provision of pharmaceutical care by community pharmacists: a comparison across Europe*. Pharmacy World and Science. 2010; 32: 472 – 487.

- (74) Besançon, L.. *Pharmaceutical care: Summary of a survey from the Council of Europe*. Países Baixos: International Pharmaceutical Federation.