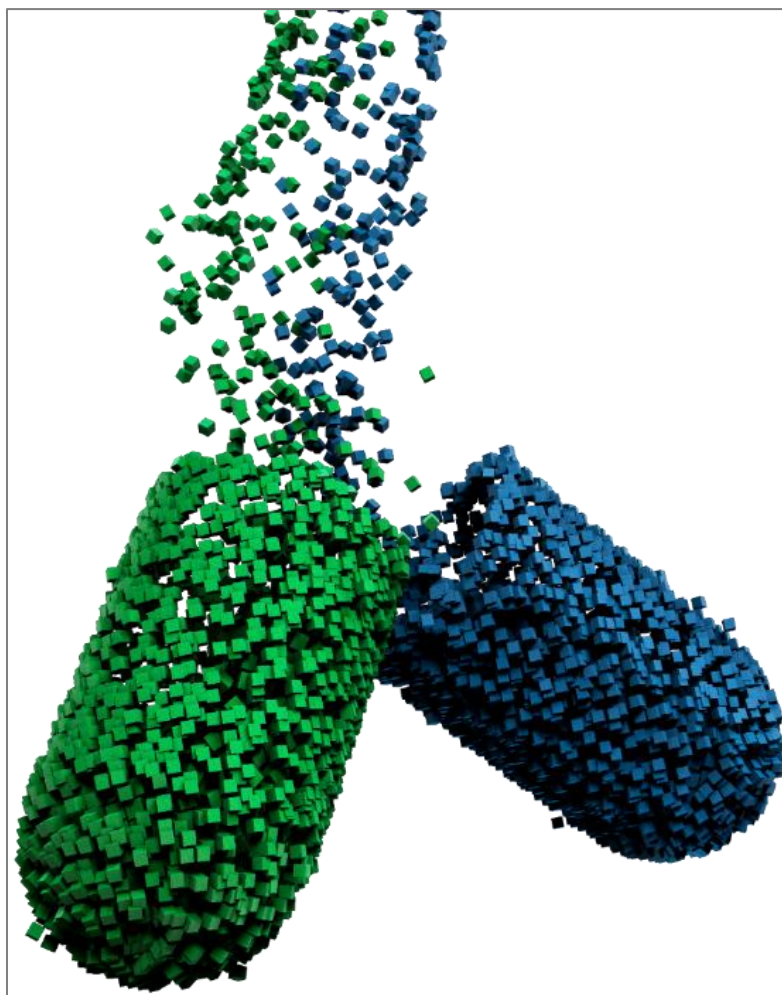


Top Farmácia Comunitária 2026

Questionário para Participação



Questionário dirigido aos Diretores Técnicos de Farmácia Comunitária

Preparado pela IQVIA Portugal

Março 2026

Disclaimer

Obrigado pelo seu interesse na participação do Top Farmácia Comunitária. Na impossibilidade de o Diretor Técnico responder a este questionário, são aceites respostas por parte do Proprietário da Farmácia.

Poderá consultar o regulamento aqui: [Regulamento de participação no Top Farmácia Comunitária](#)

Para além da informação que partilhámos ao convidá-lo para participar, este formulário contém uma nota de privacidade que explica como a IQVIA Medical Radar AB e/ou as afiliadas do grupo ("IQVIA" / "nós", "nosso", "nos") irão processar os seus dados pessoais para efeitos do Estudo mencionado, assim como um formulário de declaração de consentimento para nos dar o seu consentimento para esse processamento, se assim o pretender.

Se optar por participar, terá de ler cuidadosamente as seguintes informações e dar o seu consentimento no final deste formulário. A concessão do seu consentimento é voluntária e pode ser revogada a qualquer momento sem qualquer efeito prejudicial para si. Não sofrerá qualquer prejuízo caso opte por não participar.

Tem o direito de recusar responder a perguntas ou a suspender a sua participação em qualquer momento, incluindo no final do mesmo. Para mais informações acerca dos seus direitos, consulte a secção abaixo, intitulada "Nota de Privacidade de Dados".

Clique [aqui](#) para ler na íntegra os termos e condições de participação.

Para poder participar neste inquérito, é necessário aceitar todos os Termos e Condições mencionados acima, privacidade de dados e Acordo de Confidencialidade. A Política de Privacidade da IQVIA contém mais informações sobre o tratamento dos dados pessoais efetuado por nós e está disponível em <https://www.iqvia.com/about-us/privacy/privacy-policy>.

A sua participação no Top Farmácia Comunitária pressupõe o acesso, por parte da IQVIA, a dados respeitantes ao funcionamento da Farmácia. Esses dados poderão ser fornecidos à IQVIA por ordens profissionais, associações ou por outras entidades com as quais a Farmácia partilhe dados regularmente, para cumprimento de obrigações legais, regulatórias ou contratuais.

A Farmácia autoriza expressamente esse acesso, conferindo à IQVIA legitimidade para solicitar às referidas entidades e delas receber diretamente os dados em causa.

A IQVIA informará a Farmácia sobre a identidade de cada uma das entidades fornecedoras de dados, sempre que tal passe a ocorrer.

Indique, por favor, se aceita ou não as nossas condições:

- SIM**, desejo participar e confirmo o meu consentimento para a recolha, armazenamento e uso dos meus dados pessoais, conforme descrito acima.
- NÃO**, não desejo participar neste estudo.

Antes de passar ao inquérito principal, iremos primeiro efetuar algumas perguntas de seleção para assegurar que pode participar neste inquérito.

Bloco 0: Critérios de inclusão/ Caracterização da Farmácia

1. Qual a sua função na farmácia?
 - a) *Sou o/a Proprietário(a) da Farmácia*
 - b) *Sou o/a Diretor(a) técnico da Farmácia*
 - c) *Tenho outra função*

2. Por favor, indique o nome e o código Infarmed da farmácia a que pertence:
 - 2.1. Nome da farmácia:
 - 2.2. Código Infarmed da farmácia:

3. Pertence a algum grupo de Farmácias?
 - a) *Sim*
 - b) *Não*
 - 3.1. *[Se 3a]* A que grupo de farmácia pertence?

4. Qual o número de horas semanais da sua farmácia (exceto dias de serviço)?
 - a) *Até 40 horas*
 - b) *Entre 41 e 50 horas*
 - c) *Entre 51 e 60 horas*
 - d) *Entre 61 e 70 horas*
 - e) *Mais de 70 horas*

5. Quantos clientes **distintos** recorreram à sua farmácia nos **últimos 12 meses**?
___ clientes distintos nos últimos 12 meses

Bloco 1: Recursos Humanos

6. Quantos colaboradores trabalham atualmente na sua farmácia?
- 6.1. Quantos colaboradores foram contratados nos últimos 12 meses?
 - 6.2. Quantos colaboradores saíram da farmácia nos últimos 12 meses?
 - 6.3. Qual é o tempo médio de permanência (em anos) dos colaboradores atualmente ao serviço? [____] anos
 - 6.4. Quantos dos colaboradores atuais estão na farmácia há menos de 2 anos?
 - 6.5. Quantos dos colaboradores atuais são farmacêuticos?
 - 6.6. Quantos dos colaboradores atuais que são farmacêuticos têm especialização em farmácia comunitária?

7. Qual o número de estagiários (estágios curriculares) que aceita anualmente na sua farmácia?

8. Existe um Plano Anual de Formação?

- a) Sim
- b) Não

9. Qual o tempo médio de formação anual por colaborador? [____] horas

10. Qual o número médio de créditos de formação (Ordem dos Farmacêuticos) por farmacêutico na sua farmácia **durante os últimos 12 meses?**

11. As formações são realizadas por iniciativa da farmácia ou do colaborador?

Iniciativa da Farmácia	Iniciativa Equitativa	Iniciativa do Colaborador
0% 100%	50% 50%	100% 0%

12. As formações decorrem em horário laboral ou pós-laboral?

Horário Laboral	Horário Equitativo	Horário Pós-Laboral
0% 100%	50% 50%	100% 0%

13. O custo da formação é suportado pela farmácia?

Suportado pela Farmácia	Suporte Equitativo	Suportado pelo Colaborador
0% 100%	50% 50%	100% 0%

14. Existe uma avaliação da eficácia das formações, de modo a aferir o seu impacto real na melhoria do desempenho profissional?

- a) Sim. Como? ____
- b) Não.

Bloco 2: Dispensa e recomendação de MSRM, MNSRM e Produtos de Saúde

15. Tendo em conta as vendas da sua farmácia dos **últimos 12 meses**, por favor indique:
- 15.1. Quantas unidades de **MSRM** foram vendidas?
 - 15.2. Quantas unidades de **MNSRM** foram vendidas?
 - 15.3. Quantas unidades de **MNSRM-EF; de venda exclusiva em farmácia** foram vendidas?
 - 15.4. Quantas unidades de **produtos de saúde** foram vendidas?
16. Quantas ações de produtos/marcas (e.g. workshop sobre um tema, banca temporária de marcas, presença de conselheira, etc.) estima que são realizadas anualmente na sua farmácia?
- 16.1. [__] ações de MNSRM
 - 16.2. [__] ações de Produtos de Saúde
 - 16.3. Qual o número médio de utentes que participam ativamente por ação?
17. A sua farmácia está registada no Infarmed para a Dispensa em Proximidade (alternativa à dispensa presencial nos Serviços Farmacêuticos Hospitalares (SFH) da unidade hospitalar)?
- a. Sim
 - b. Não
- 17.1. [Se 17a] Quantos colaboradores farmacêuticos possuem formação obrigatória em dispensa de medicamentos hospitalares em proximidade?
- 17.2. [Se 17a] Quantos doentes participam atualmente no programa de Dispensa em Proximidade na sua farmácia?
18. A farmácia faz a preparação de medicamentos manipulados?
- a. Sim
 - b. Não
- 18.1. [Se 18a] Qual o n.º de medicamentos manipulados preparados e/ou dispensados, durante os **últimos 12 meses**?
19. A farmácia conta com a existência de um espaço físico alocado à área animal?
- a. Sim
 - b. Não

Bloco 3: Prevenção

20. A sua farmácia disponibiliza serviços de testes de medição de parâmetros bioquímicos?

- a. *Sim*
- b. *Não*

20.1. [Se 20a] Quais os testes e medições de parâmetros bioquímicos que são disponibilizados na sua farmácia?

- a. *Avaliação do peso do bebé*
- b. *Medição da creatinina*
- c. *Medição da saturação de oxigénio*
- d. *Medição da tensão arterial*
- e. *Medição de ácido úrico*
- f. *Medição de colesterol total, HDL e/ou LDL*
- g. *Medição de glicose no sangue*
- h. *Medição de Hemoglobina*
- i. *Medição de triglicédeos*
- j. *Medição do GPT (transaminase glutâmica-pirúvica)*
- k. *Medição do PSA*
- l. *Medição peso, altura e índice de massa corporal*
- m. *Teste da Proteína C reativa*
- n. *Teste de Gravidez*
- o. *Teste de infeção urinária*
- p. *Teste HIV*
- q. *Teste Hepatite B*
- r. *Teste hepatite C*
- s. *Outro. Por favor, especifique: _____*

20.2. [Se 20a] Quantos estima serem os testes e medições de parâmetros bioquímicos feitos **anualmente** na sua farmácia?

[____] *número total de testes e medições de parâmetros bioquímicos feitos **anualmente** na farmácia*

21. Quantas unidades de **vacinas** foram vendidas na sua farmácia durante os **últimos 12 meses**?

22. Quantas unidades de **medicamentos injetáveis** foram vendidas na sua farmácia durante os **últimos 12 meses**?

23. A sua farmácia disponibiliza o serviço de administração de vacinas?

- a. *Sim*
- b. *Não*

24. A sua farmácia disponibiliza o serviço de administração de injetáveis?

- a. *Sim*
- b. *Não*

- 24.1.** [Se 23a ou 24a] Quantos são os serviços de administração de vacinas e/ou injetáveis feitos **anualmente** na sua farmácia?
[___] número total de serviços de vacinação e injetáveis feitos **anualmente** na farmácia
- 24.2.** [Se 23a ou 24a] Quantos farmacêuticos têm a competência farmacêutica de administração de vacinas e/ou medicamentos injetáveis na sua farmácia?
[___] número de farmacêuticos com a competência farmacêutica de administração de vacinas e/ou medicamentos injetáveis na farmácia
- 24.3.** [Se 23a ou 24a] A sua farmácia já compartilhou a competência farmacêutica em administração de vacinas e/ou medicamentos injetáveis a algum farmacêutico?
- Sim
 - Não
- 25.** A sua farmácia disponibiliza o serviço de MAPA (monitorização ambulatorial da pressão arterial) e/ou Holter 24h (eletrocardiograma contínuo Holter)?
- Sim
 - Não
- 26.** A sua farmácia realiza sessões de rastreio?
- Sim
 - Não
- 26.1.** [Se 26a] Quantas sessões de rastreio realiza a sua farmácia **anualmente**?
[___] sessões de rastreio realizadas **anualmente**
- 26.2.** [Se 26a] Distribua percentualmente as entidades promotoras das sessões de rastreio. A soma deverá totalizar 100%:
- Iniciativa da própria farmácia ___ %
 - Entidades externas privadas, como por exemplo, laboratórios farmacêuticos; ou entidades externas públicas, como as autarquias ___ %
 - Outras ___ %
- 26.3.** [Se 26a] Distribua percentualmente os tipos de rastreio realizados. A soma deverá totalizar 100%:
- Cancro colorretal ___ %
 - VIH ___ %
 - E. Coli ___ %
 - Outro ___ % Quais? _____
- 27.** A farmácia registou a ocorrência de eventos adversos **nos últimos 12 meses**?
- Sim
 - Não
- 27.1.** [Se 27 = a] Indique a percentagem de eventos adversos que foram resolvidos após a revisão terapêutica: [___] %

Bloco 4: Acompanhamento ao doente

28. Quantas situações clínicas ligeiras são tratadas na sua farmácia, em média, **anualmente**? [____]

28.1. [Se 28 > 0] a farmácia segue protocolos estruturados para avaliação clínica do utente?

- a. Sim
- b. Não

28.2. [Se 28 > 0] É efetuado o registo das intervenções realizadas (por exemplo, no sistema informático)?

- a. Sim
- b. Não

28.3. [Se 28 > 0] Que percentagem dos utentes acompanhados teve evolução monitorizada através de contacto telefónico (com vista a eventual ajuste terapêutico ou encaminhamento)? [____] %

29. A sua farmácia disponibiliza o serviço de revisão de medicação e/ou acompanhamento em consulta farmacêutica?

- a. Sim
- b. Não

29.1. [Se 29 = a] Qual o carácter do serviço de revisão de medicação e/ou acompanhamento em consulta farmacêutica?

- a. Pago
- b. Gratuito

29.2. [Se 29 = a] Quantos serviços de revisão de medicação e/ou acompanhamento fármaco-terapêutico são realizados, em média, anualmente? [_____]

29.3. [Se 29 = a] Distribua percentualmente a origem das solitações, A soma deverá totalizar 100%:

- a. Médico ____ %
- b. Doente/familiar ____ %
- c. Proposta da própria farmácia ____ %

29.4. Relativamente aos últimos 12 meses, quantos ajustes terapêuticos/notas terapêuticas foram enviadas ao médico assistente? _____

29.4.1. [Se 29.4 > 0] Destas intervenções realizadas, qual a percentagem que culminou num seguimento clínico bem-sucedido? [____] %

29.5. Relativamente aos últimos 12 meses, existe avaliação da eficácia global/taxa de sucesso dessas intervenções? (monitorização da evolução clínica/verificação de parâmetros químicos/bioquímicos antes e após a revisão farmacoterapêutica)?

- a. Sim
- b. Não

- 29.5.1. [Se 29.5 = a] Para que percentagem dos utentes foi realizada esta avaliação de eficácia? [____] %
30. A sua farmácia disponibiliza o serviço de preparação individualizada da medicação?
- Sim
 - Não
- 30.1. [Se 30 = a] Quantos utentes usufruem do serviço de preparação individualizada da medicação, em média, anualmente? [_____]
- 30.2. [Se 30 = a] Qual o carácter do serviço?
- Pago
 - Gratuito
- 30.3. [Se 30 = a] Distribua percentualmente a origem das solitações, A soma deverá totalizar 100%:
- Médico ____ %
 - Doente/familiar ____ %
 - Proposta da própria farmácia ____ %
- 30.4. A farmácia tem protocolos estabelecidos com Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) ou lares de 3ª idade, entre outros, para fornecimento do serviço de PIM?
- Sim
 - Não
31. A sua farmácia disponibiliza o serviço de entrega ao domicílio?
- Sim
 - Não
- 31.1. [Se 31 = a] Quantas entregas são feitas, em média, **anualmente**? [____]
32. A sua farmácia disponibiliza algum destes serviços?
- Consulta de nutrição
 - Consulta de podologia
 - Outro. Por favor, especifique: _____
 - Nenhum serviço de consultas na farmácias
- 32.1. [Se 31 =/ d] Que percentagem dos utentes usufruem de cada um dos seguintes serviços?
- [_____] % utentes em consulta de nutrição
 - [_____] % utentes em consulta de podologia
 - [_____] % utentes noutras consultas

Bloco 5: Saúde Pública

33. Qual o número estimado de iniciativas de Saúde Pública e educação para a saúde realizadas anualmente na sua farmácia? (ex: workshops, campanhas de sensibilização, etc.) [____]
- 33.1. [Se 33 > 0] Qual o número estimado de utentes que participa ativamente nas iniciativas de Saúde Pública referidas, anualmente? [____]
34. A sua farmácia participa em programas de RRMD - Redução de Riscos e Minimização de Danos (ex: Programa de troca de seringas)?
- Sim. Qual o nº de kits trocados durante os **últimos 12 meses?** ____
 - Não
35. A sua farmácia participa no programa de reciclagem de medicamentos da Valormed?
- Sim. Qual o nº de contentores de resíduos recolhidos durante os **últimos 12 meses?** ____
 - Não
36. A farmácia participa no programa “Seringas só no Agulhão”, atualmente o único projeto nacional destinado à recolha de resíduos corto-perfurantes de classe IV, provenientes da administração domiciliária de medicamentos injetáveis?
- Sim. Qual o nº de contentores recolhidos durante os **últimos 12 meses?** ____
 - Não
37. Qual o número de parcerias com instituições relevantes (ex: autarquias, ERPI's, escolas, lares, universidades) que faz anualmente para promoção de literacia em saúde? [____]
- 37.1. [Se 37 > 0] Por favor, refira o nome das instituições relevantes (ex: escolas, lares, universidades) com quem faz parcerias para a promoção de literacia em saúde? (max 3) [_____]

FIM DO QUESTIONÁRIO