



Mestrado em Marketing

SERVIÇOS FARMACÊUTICOS:

A perspectiva dos Farmacêuticos Comunitários

Por Célia Iria Alves da Silva

Orientador: Professor Doutor João F. Proença

Co-orientador: Professor Doutor Pedro Campos

Porto, Junho de 2011

Nota Biográfica

Célia Alves da Silva, nasce no ano de 1978, em Vimioso, onde vive até aos 15 anos de idade. Frequenta o liceu em Vila Real e em 1996, na sequência do seu ingresso na Faculdade, vem para o Porto, cidade onde reside até à data.

É licenciada em Ciências Farmacêuticas pela Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto (2002), Pós-graduada em Saúde Comunitária (2005) pela mesma Universidade e Mestranda em Marketing na Faculdade de Economia da Universidade do Porto. Frequentou os Cursos de Pós-graduação em Marketing (2008), em Fisiologia (2007) e de Economia e Gestão para Farmacêuticos (2006) da Cofanor, organizados em parceria com a Universidade do Porto.

Iniciou carreira profissional na área das Análises Clínicas, como gestora de clientes da empresa *ATOM Biosystems*, passou pela Indústria Farmacêutica, enquanto Directora Técnica da *Medicamed* e exerce funções no sector da Distribuição Farmacêutica, há 7 anos. É Coordenadora de Novos Projectos na COFANOR, desde 2002, e paralelamente, é regente da Unidade Curricular de Marketing e Saúde, das Licenciaturas de Farmácia e Marketing Farmacêutico no Instituto Politécnico de Saúde do Norte.

Agradecimentos

À Direcção da COFANOR...

Ao Professor Doutor João Proença...

Ao Professor Doutor Pedro Campos...

Ao Dr. João Paulo Carneiro...

À Ordem dos Farmacêuticos...

À Farmácia Distribuição...

Ao Pi...

À família...

Ao Ricardo...

Aos amigos ...

Aos amigos dos amigos...

E, principalmente, a todos os que colaboraram neste estudo...

... MUITO OBRIGADA!

Resumo

A investigação desenvolve-se pelo cruzamento de duas áreas, o Marketing de Serviços e a Farmácia. Centra-se na análise da prestação de serviços em farmácia comunitária, segundo a perspectiva dos farmacêuticos. Da revisão bibliográfica resulta uma forte interligação entre estas duas áreas, a profissão farmacêutica revela estar, incontestavelmente, voltada para o serviço. Contudo, apesar de, teoricamente, a prática de serviços se ter tornado uma condição dominante, são escassos os estudos que reflectem a realidade das farmácias portuguesas.

É objectivo desta investigação, que decorre em todo o território nacional, determinar o grau de implementação dos serviços farmacêuticos na farmácia portuguesa, investigar quais os factores que incentivam a sua prestação e avaliar a aceitabilidade da introdução de novos serviços.

Do trabalho empírico e subsequente análise efectuada, resulta ser elevada a implementação de serviços farmacêuticos e uma assinalável propensão dos farmacêuticos portugueses para a prestação de serviços. Há equidade no acesso aos serviços farmacêuticos em todo o país. Contudo, nota-se ser baixo o investimento financeiro efectuado pelas farmácias para a sua prestação e moderada a opinião dos farmacêuticos, relativamente à implementação de novos e diferentes serviços nas farmácias.

O estudo permite a identificação de 5 factores que incentivam os farmacêuticos à prestação de serviços: a Diferenciação pelo serviço, a Venda de produtos, a Contribuição do serviço, a Valorização do serviço e a Valorização profissional. A idade dos farmacêuticos afecta a forma como se encara a diferenciação e a contribuição através do serviço. Os farmacêuticos mais jovens valorizam a prestação de serviços pela diferenciação, pela contribuição que estes conferem ao farmacêutico, à farmácia e outras entidades e ainda pela valorização profissional. Estes três factores são também encarados de forma diferente de acordo com a função que cada farmacêutico desempenha na farmácia. Por último, a perspectiva dos farmacêuticos sobre a diferenciação e a contribuição do serviço, diverge de acordo com as suas habilitações.

Abstract

This research was developed by crossing two areas, Service Marketing and the Pharmacy. The analysis is focused on the rendering of services in communitarian pharmacy, according the perspective of the pharmacists. A strong connection between these two areas is shown in the bibliographic revision, and the pharmaceutical work reveals being more and more turned into service. However, despite of, theoretically, the practice of services having become a dominant condition, few are the studies that reflect the reality of the Portuguese pharmacies.

The purpose of this research, that occurs nationwide, is to determine the degree of implementation of pharmaceutical services in the Portuguese pharmacy, to investigate which are the factors that encourage their render and evaluate the acceptance in introducing new services.

From the empiric work and subsequent analysis results a high degree of pharmaceutical services implementation and a considerable tendency of the Portuguese pharmacists for the rendering of services. There is parity in the access to pharmaceutical services nationwide. However, we can tell that the financial investment made by the pharmacies for the rendering is low, and the opinion of the pharmacists about the implementation of new and different services is moderate.

The study allows the identification of 5 factors that encourage the pharmacists to render services: Differentiation by the service, Selling of products, Contribution of service, Appreciation of service and Professional appreciation. The age of the pharmacists affects the way the differentiation and the contribution is seen. The youngest pharmacists appreciate the rendering of services by differentiation, by their contribution for the pharmacy and also for their professional appreciation. These three factors are also faced differently according to the work that each pharmacist does in the pharmacy. Finally, the perspective of the pharmacists about the differentiation and the contribution of the service differs according their qualifications.

Índice Geral

	Pág.
Nota Biográfica	iii
Agradecimentos	iv
Resumo	v
<i>Abstract</i>	vi
Índice Geral	vii
Índice de Quadros	xi
Índice de Figuras	xii
Abreviaturas	xiii

Introdução	15
-------------------	-----------

Parte I - Enquadramento Teórico

Capítulo I

FARMÁCIA E ACTIVIDADE FARMACÊUTICA EM PORTUGAL

1. Introdução	17
2. Farmácia e Farmacêutico de Oficina	17
3. Sector da Farmácia em Portugal	18
3.1. Número e Distribuição Geográfica das Farmácias	20
3.2. Colaboradores da Farmácia	23
3.3. Novas Formas de Concorrência	28
4. O Sector em Números	29

Capítulo II

PRODUTOS, SERVIÇOS E OFERTA DE SERVIÇOS

1. Introdução	32
2. Produtos e Serviços	32
2.1. Definição de Serviços	32
2.2. Distinção entre Produtos e Serviços	34
3. O Papel do Produto na Oferta do Serviço	36
3.1. <i>Service-Dominant Logic of Marketing</i>	37
3.2. Sistemas de Produto-Serviço	39
3.2.1. <i>Product-Service Systems</i>	40
3.2.2. <i>Product-Service-Organisation</i>	42

Capítulo III

OFERTA DE SERVIÇOS EM FARMÁCIA COMUNITÁRIA

1. Introdução	44
2. Serviços Farmacêuticos	45
2.1. Cuidados Farmacêuticos	47
2.1.1. O que são?	48
2.1.2. Importância da sua Implementação	49
3. Impacto Económico dos Serviços Farmacêuticos	52

Parte II - Estudo Empírico

Capítulo IV

DEFINIÇÃO DO PROBLEMA E METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

1. Introdução	54
2. Problema da Pesquisa	54
2.1. Identificação do Problema	54
2.2. Objectivos do Estudo e Questões	56
3. Metodologia de Investigação	57
3.1. Método de Estudo	58
3.1.1. O Questionário	59
3.1.2. Universo de Investigação	62
3.1.3. Recolha de Dados	63
3.2. Variáveis de Investigação	64
3.3. CATPCA	67

Capítulo V

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1. Introdução	71
2. Caracterização da Amostra	71
3. Apresentação dos Resultados às Questões Formuladas	75
3.1. Implementação dos serviços	75
3.2. Factores que incentivam a prestação de serviços	77
3.3. Aceitabilidade de novos serviços	79
3.4. Relação entre a implementação de serviços farmacêuticos e as características demográficas da farmácia	81
3.5. Relação entre a aceitabilidade de novos serviços e as características sócio-demográficas dos respondentes	82

3.6. Relação existente entre os factores que incentivam a prestação de serviços e as características individuais dos respondentes	85
3.7. Relação existente entre os factores que incentivam a prestação de serviços e a implementação dos serviços	88
4. Discussão dos Resultados	89

Capítulo VI

CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

1. Introdução	93
2. Conclusões	93
3. Implicações do Estudo	94
4. Limitações do Estudo e Propostas de Investigação Futura	97

Bibliografia

Anexos

Índice de Quadros

	Pág.
Quadro 1 – Comparação do sector da farmácia em Portugal com países Europeus	20
Quadro 2 – Número e percentagem de farmácias por distrito e por Região Autónoma	21
Quadro 3 – Mercado total de medicamentos	31
Quadro 4 – Enquadramento dos MNSRM no mercado ambulatorio de medicamentos	31
Quadro 5 – Variáveis de estudo	65
Quadro 6 – Variáveis de estudo extraídas pela análise CATPCA	69
Quadro 7 – Estatística das Idades	72
Quadro 8 – Habilitações Académicas	72
Quadro 9 – Funções	73
Quadro 10 – Taxa de resposta por distrito e por Região Autónoma	74
Quadro 11 – Implementação dos serviços farmacêuticos em Portugal	75
Quadro 12 – Implementação dos serviços investigados	76
Quadro 13 – Análise da aceitabilidade de novos serviços	79
Quadro 14 – Análise descritiva da aceitabilidade de novos serviços	80
Quadro 15 – Aceitabilidade de novos serviços e idade	83
Quadro 16 – Aceitabilidade e função	84
Quadro 17 – Kruskal-Wallis aceitabilidade e função	84
Quadro 18 – Aceitabilidade e habilitações	85
Quadro 19 – Normalidade dos factores que incentivam a prestação de serviços	86
Quadro 20 – Kruskal-Wallis componentes principais e função	87
Quadro 21 – Kruskal-Wallis componentes principais e habilitações	88
Quadro 22 – Mann-Whitney componentes principais e implementação dos serviços	89

Índice de Figuras

	Pág.
Fig. 1 – Capitação por farmácia em Portugal e em alguns países europeus	22
Fig. 2 – Evolução do número de farmácias	23
Fig. 3 – Farmacêuticos por área de actividade	24
Fig. 4 – Farmacêuticos comunitários por género	24
Fig. 5 – Farmacêuticos comunitários por grupo etário	25
Fig. 6 – Evolução do número de farmacêuticos comunitários	26
Fig. 7 – Número de farmacêuticos e farmácias, por distrito em Portugal Continental	27
Fig. 8 – Evolução do número de locais de venda de medicamentos	28
Fig. 9 – Mercado ambulatorio de medicamentos, em Portugal	30
Fig. 10 – Evolução do conceito de <i>Product-Service System</i>	40
Fig. 11 – Triângulo <i>Product-Service-Organisation</i>	42
Fig. 12 – Histograma das idades	72
Fig. 13 – Histograma de exercício profissional	73

Abreviaturas

ACP – Análise das Componentes Principais

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AdC – Autoridade da Concorrência

AESGP – *Association of the European Self-Medication Industry*

AF – Análise Factorial

ANF – Associação Nacional das Farmácias

ANOVA – *Analysis of Variance*

APIFARMA – Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CATPCA – *CATegorical Principal Components Analysis*

CEFAR – Centro de Estudos e Avaliação em Saúde

Cit. – Citado por

COFV – *Colegio Oficial de Farmacêuticos de Valência*

EU – *European Union*

EUA – Estados Unidos da América

FEFE – *Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles*

G-DL – *Good-Dominant logic*

HTA – Hipertensão Arterial

IMS – *International Medical Services*

INE – Instituto Nacional de Estatística

INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.

MNSRM – Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

MSRM – Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

OF – Ordem dos Farmacêuticos

OMS – Organização Mundial de Saúde

PA – Pressão Arterial

PGEU – *Pharmaceutical Group of the European Union*

PIB – Produto Interno Bruto

PNV – Plano Nacional de Vacinação

PRM – Problemas Relacionados com Medicamentos

PSO – *Product-Service-Organisation*

PSS – *Product-Service Systems*

PVP – Preço de Venda ao Público

RAM – Reacções Adversas Medicamentosas

S-DL – *Service-Dominant Logic of Marketing*

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPAW – *Predictive Analytics Software*

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

SRASM – Secretaria Regional dos Assuntos Sociais da Madeira

SREA – Serviço Regional de Estatística dos Açores

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UE – União Europeia

Vid. – Veja, ver

WHO – *World Health Organisation*

Introdução

- **Interesse do estudo**

A selecção do tema a investigar - Serviços Farmacêuticos - que permite a conciliação de duas áreas de estudo, o Marketing e as Ciências Farmacêuticas, baseia-se sobretudo na constatação de que, apesar dos serviços se terem tornado numa prática dominante em todo o mundo e serem fornecidos por rotina nas farmácias portuguesas, continuam a ser um conceito “estranho” para a maioria dos utentes e para alguns farmacêuticos. Contudo, se os farmacêuticos desejam tornar-se num componente com maior importância para o sistema integrado de cuidados de saúde, têm que reconhecer como sua a responsabilidade da prestação de serviços – os Serviços Farmacêuticos. A Portaria n.º 1429/2007, de 2 de Novembro de 2007, que traduz genericamente os serviços farmacêuticos de promoção da saúde e do bem-estar dos utentes que podem ser prestados nas farmácias portuguesas, reconhece que “as farmácias foram evoluindo na prestação de serviços de saúde e, de meros locais de venda de medicamentos, (...), transformaram-se em importantes espaços de saúde, reconhecidos pelos utentes”. Por isso, a profissão farmacêutica em Portugal vê através desta Portaria a prestação de serviços oficialmente reconhecida e o seu âmbito de actuação alargado.

Assim, é do interesse geral do sector farmacêutico e deste estudo em particular, saber se cada farmacêutico, em exercício em farmácia comunitária, decide aceitar ou não a responsabilidade em adoptar os serviços farmacêuticos como missão, pois desta decisão dependerá um futuro mais ou menos promissor para a sua profissão. É a opinião da própria profissão farmacêutica, sobre esta matéria, que o presente estudo reflectirá.

- **Estrutura do trabalho**

O trabalho está estruturado em duas partes, Parte I e Parte II.

A Parte I é dedicada ao enquadramento teórico do estudo, onde se expõe a revisão bibliográfica que serve de base à elaboração das questões que são analisadas.

A revisão da literatura está dividida em três capítulos. No Capítulo I, apresenta-se o sector da farmácia e a sua interligação com a profissão farmacêutica. No Capítulo II faz-se uma abordagem teórica da evolução histórica dos conceitos de produto, serviço e da sua actual junção, para a oferta de um produto-serviço. O Capítulo III apresenta os serviços, especificamente, praticados nas farmácias, os Serviços Farmacêuticos.

A Parte II, repartida também em três capítulos, é dedicada ao estudo empírico. O Capítulo IV relata o problema estudado e a metodologia seguida no trabalho empírico. No Capítulo V discutem-se os resultados pela análise de cada uma das questões formuladas. O Capítulo VI fecha o trabalho em forma de conclusão e com uma breve dedução das eventuais implicações deste estudo para a gestão. Neste último capítulo faz-se ainda referência às limitações da investigação.

CAPÍTULO I

FARMÁCIA E ACTIVIDADE FARMACÊUTICA EM PORTUGAL

1. Introdução

Farmácia e actividade farmacêutica são dois conceitos indissociáveis (OF, 2006). Ao falar-se de actividade farmacêutica, se bem que profissionalmente a profissão farmacêutica é bastante abrangente, a ligação directa que comumente se faz é à farmácia e ao medicamento (AdC, 2005).

Para se falar sobre farmácia comunitária é obrigatório o conhecimento da sua realidade, a explanação do seu funcionamento e organização e evolução. Assim, neste capítulo faz-se uma breve descrição do sector da farmácia em Portugal.

2. Farmácia e Farmacêutico de Oficina

São múltiplas as indicações normativas nacionais e internacionais relativas ao exercício da actividade farmacêutica e ao ensino de Farmácia, enquanto pressuposto técnico-científico habilitante para o exercício da actividade farmacêutica e para a prática dos actos que são considerados da sua responsabilidade própria e específica (OF, 2006).

A prática e o exercício profissional no sector da farmácia estão patentes no Acto Farmacêutico (Anexo I), descrito no Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos. Com a última alteração constante no Decreto-Lei n.º 288/2001, de 10 de Novembro, o Acto Farmacêutico assume, não só o carácter de uma directiva técnica, mas principalmente, uma noção jurídica (OF, 2006). A distribuição ao público de medicamentos é um Acto Farmacêutico reservado por lei (pelo direito comunitário e nacional) aos farmacêuticos, sendo exercido na farmácia de oficina ou farmácia comunitária. Adicionalmente, o Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de Agosto, que celebra o regime jurídico das farmácias

de oficina, estabelece que às farmácias cabe uma importante actuação no âmbito da saúde e do interesse público, e que, é aos farmacêuticos que compete assegurar essa função, designadamente, pela promoção do uso racional do medicamento, pelo dever de colaboração na educação para a saúde e na farmacovigilância e pela garantia da qualidade e melhoria contínua dos serviços prestados aos utentes. Evidencia-se assim, em termos jurídicos, o que intuitivamente se constata na prática, o princípio da incidibilidade entre a actividade da farmácia e a profissão farmacêutica (OF, 2006).

Os referidos diplomas concedem assim aos farmacêuticos, o direito exclusivo de dispensar medicamentos ao público, definem e disciplinam o exercício da actividade farmacêutica e por último, delimitam o que se considera ser o núcleo essencial do Acto Farmacêutico: a preparação, conservação e a dispensa de medicamentos ao público (OF, 2006). A estas actividades exercidas na farmácia, que corroboram que a actividade do farmacêutico é essencialmente dedicada ao medicamento, desde a sua origem até à dispensa ao público, estão obrigatoriamente adicionados todos os aspectos relacionados com a segurança e eficácia da sua administração. Este último apontamento é particularmente importante para se poder extrair o conteúdo essencial do Acto Farmacêutico e o que ele inclui, *prima facie* (OF, 2006).

As diferentes dimensões referidas da actividade farmacêutica, fazem parte integrante daquilo a que a doutrina designa por identidade de uma certa profissão, o conjunto de formações e qualificações que, por experiência, ciência e tradição definem a profissão de Farmacêutico¹ (OF, 2006).

3. Sector da Farmácia em Portugal

Um estudo do INFARMED, datado de 1998 citado num recente parecer jurídico da OF (2006), concluiu que em termos de acesso, “o sector das farmácias, em geral, funciona bem e presta um serviço de qualidade às populações”.

¹ Consideram-se Farmacêuticos todos os licenciados em Ciências Farmacêuticas inscritos na Ordem dos Farmacêuticos (Decreto-Lei n.º 288/2001, de 10 de Novembro).

Em Portugal, à semelhança do que acontece na generalidade dos países europeus, o sector da farmácia é regulamentado por legislação específica. Esta regulamentação assenta no entendimento de que a actividade das farmácias cai no domínio do interesse público, constituindo-se como parte integrante do sistema de saúde, nomeadamente das políticas do medicamento e de saúde pública. Também, tal como na maioria dos países europeus, a farmácia em Portugal, assume-se hoje, como um espaço de saúde moderno, proporcional à população que serve, com qualidade no serviço e disponível para que cerca de 350.000 cidadãos possam contactar diariamente com um farmacêutico (OF, 2005). A presença constante e permanente de um farmacêutico na farmácia, garante que todo o utente tenha acesso não só ao medicamento, mas também ao aconselhamento em saúde, por um profissional competente, 24 horas por dia, 7 dias por semana (OF, 2005).

As farmácias comunitárias em Portugal só podem funcionar mediante obtenção de uma autorização de funcionamento titulada por alvará emitido pela entidade pública competente, o INFARMED. Nenhuma farmácia pode laborar sem um farmacêutico responsável que efectiva e permanentemente assuma e exerça a direcção técnica, sendo da sua responsabilidade a execução de todos os actos farmacêuticos praticados na farmácia (Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de Agosto). A iniciativa de instalação de uma farmácia não cabe ao comum dos cidadãos, mas ao Ministério da Saúde, através das Administrações Regionais de Saúde ou ao próprio INFARMED. A autorização de abertura de uma farmácia e a respectiva emissão do alvará de exploração é da responsabilidade do INFARMED. De salientar, que a legislação actual não impede a instalação de novas farmácias, o que a Lei impede é a instalação de novas farmácias em locais onde elas já existem.

A propriedade das farmácias, que saiu recentemente da mão exclusiva dos farmacêuticos, é agora livre, com a limitação máxima de 4 estabelecimentos por cidadão (Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de Agosto). O Quadro 1 retrata resumidamente o sector da farmácia em Portugal comparativamente com outros países Europeus.

Quadro 1 – Comparação do sector da farmácia em Portugal com países Europeus

Forma de exercício	França	Áustria	Bélgica	Alemanha	R. Checa	Luxemburgo	Malta	G. Bretanha	Itália	Grécia	Polónia	Hungria	Finlândia	Países Baixos	Dinamarca	Suécia	Portugal	Irlanda	Espanha
Titularidade única da propriedade	S	S	N	S	N	S	N	N	S	S	S	N	S	N	S	N	N	N	S
Multi-propriedade de farmácias	S	S	N	S	S	N	S	N	S	S	S	S	N	S	N	N	S	S	N
São permitidas cadeias	N	N	S	N	S	N	N	S	S	S	S	S	N	S	N	N	N	S	N
Um farmacêutico pode ter várias farmácias	N	N	S	S	S	N	S	S	N	N	S	S	N	S	S	N	S	N	S
Obrigatória a presença do farmacêutico	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S
Existe planificação geográfica	S	S	S	N	N	S	S	N	S	S	N	N	S	N	S	N	S	N	S
Trabalhadores farmacêuticos e não farmacêuticos	S	S	S	S	S	N	S	S	N	S	N	S	S	S	N	S	S	S	S
Os médicos são dispensadores	N	S	S	N	S	N	N	S	S	N	N	N	S	S	N	N	N	S	N
Farmacêutico substituto	S	N	S	S	N	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S
Farmácias estatais públicas	N	N	N	N	S	S	S	N	S	N	S	S	N	N	N	S	N	N	N
Venda de medicamentos via internet	N	N	S	S	N	N	S	S	S	N	N	S	N	S	S	S	S	N	N
Programas de Cuidados Farmacêuticos	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S

Fonte: Adaptado de COFV e FEFE (2007)

3.1. Número e Distribuição Geográfica das Farmácias

Os farmacêuticos comunitários e os estabelecimentos onde exercem a sua actividade, as farmácias de oficina, são encarados como elementos-chave na prestação de cuidados de saúde quer pelos governos, quer pelos mais variados organismos (OF, 2007a). Esta é a razão preponderante para que a actividade das farmácias, no que respeita à distribuição geográfica, seja fortemente regulamentada, pois assim, garante-se a instalação com demografia ajustada, salvaguardando-se a cobertura homogénea do território. As farmácias distribuem-se pelo país de acordo com a distribuição da população. Instalam-

se tendo em conta o interesse público e não de acordo com o interesse particular dos seus proprietários (ANF, 2007). A instalação de farmácias é condicionada por critérios de captação e de distância quer entre farmácias, quer entre farmácias e estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde.

Existem 2817 farmácias em Portugal, 2707 em Portugal Continental (INFARMED, 2010a), 63 na Região Autónoma da Madeira (SRASM, 2010) e 47 na Região Autónoma dos Açores (SREA, 2009). A sua distribuição por distrito e Região Autónoma encontra-se no Quadro 2. Embora exista pelo menos uma farmácia por concelho, aproximadamente 40% das farmácias do país, estão instaladas nos distritos de Lisboa e do Porto.

Quadro 2 – Número e percentagem de farmácias por distrito e por Região Autónoma

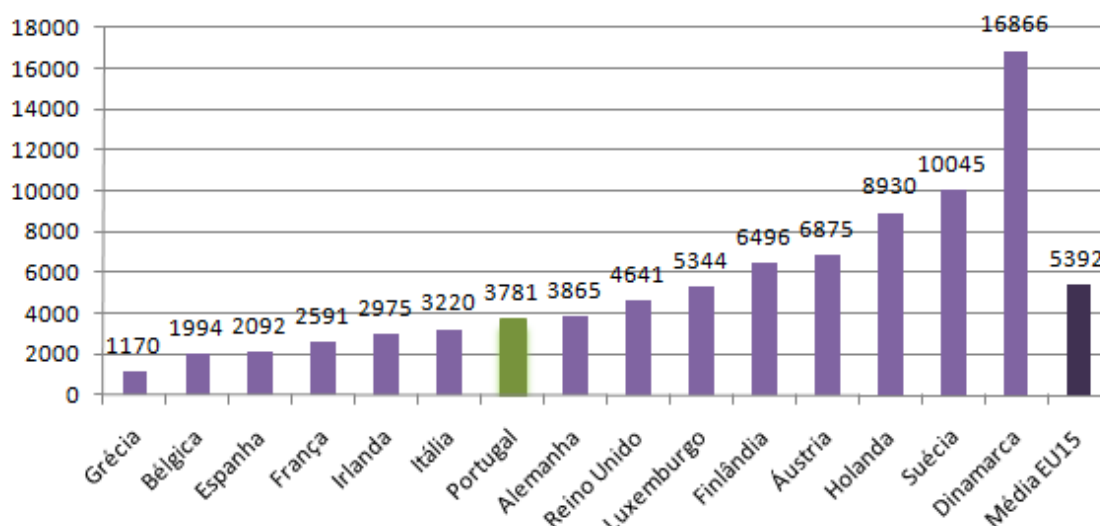
DISTRITO	Nº Farmácias	Percentagem
AVEIRO	185	6,6%
BEJA	51	1,8%
BRAGA	180	6,4%
BRAGANCA	40	1,4%
CASTELO BRANCO	60	2,1%
COIMBRA	145	5,1%
EVORA	57	2,0%
FARO	110	3,9%
GUARDA	54	1,9%
LEIRIA	125	4,4%
LISBOA	656	23,3%
PORTALEGRE	45	1,6%
PORTO	424	15,1%
SANTAREM	145	5,1%
SETUBAL	194	6,9%
VIANA DO CASTELO	63	2,2%
VILA REAL	67	2,4%
ISEU	106	3,8%
REG. AUTÓNOMA DOS AÇORES	47	1,7%
REG. AUTÓNOMA DA MADEIRA	63	2,2%

Fonte: INFARMED (2010a), SRASM (2010) E SREA (2009)

O número de habitantes por farmácia em Portugal é cerca de 3.800. A capitação portuguesa, tendencialmente decrescente, é bastante inferior à média Europeia, 5392, ver Fig.1.

Se tivermos ainda em consideração, os 274 postos de medicamentos actualmente existentes em território português, a capitação desce de 3.781 para 3.452 habitantes por farmácia/posto farmacêutico (ANF, 2007).

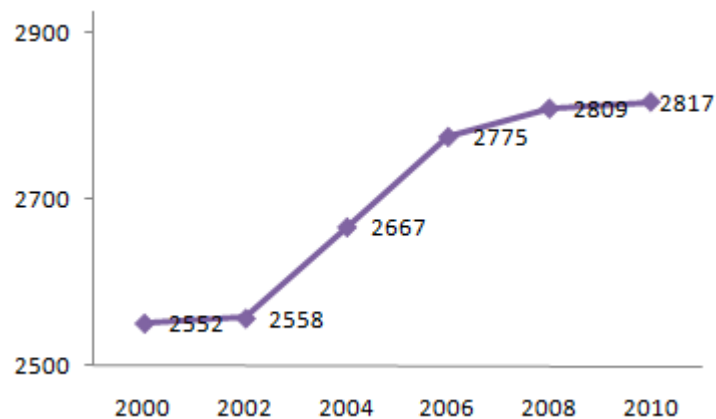
Fig. 1 – Capitação por farmácia em Portugal e em alguns países europeus



Fonte: Dados do PGEU, citados pela ANF (2007)

A concentração de farmácias nos centros urbanos é controlada graças a critérios claros de submissão à capitação demográfica e organização administrativa do país. Através de medidas legislativas, fica assegurada a cobertura farmacêutica da população (OF, 2006) e promove-se uma distribuição homogênea por todo o território nacional. Neste sentido, em 1999 o Estado Português estabeleceu condições para a abertura de mais de 204 farmácias e criou um programa especial de transferência de farmácias dentro do mesmo distrito, tendente a melhorar a cobertura farmacêutica por concelho. Como se pode verificar na Fig. 2, o número de farmácias em Portugal cresceu significativamente após esse período, passando de 2552 em 2000, para 2817 em 2010.

Fig. 2 – Evolução do número de farmácias



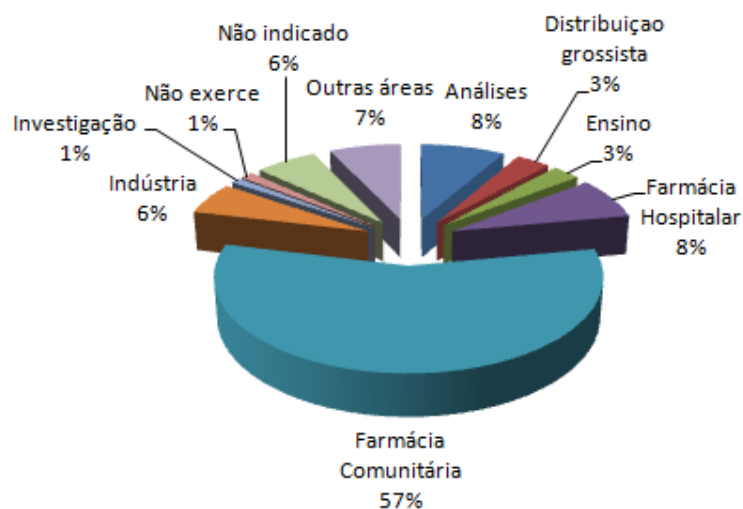
Fonte: ANF (2008b) e INFARMED (2010a)

3.2. Colaboradores da Farmácia

Sendo a farmácia um espaço de saúde, é natural que as condicionantes à sua actividade sejam orientadas para a satisfação das expectativas da população que serve. Assim, os profissionais da farmácia encontram a sua profissão fortemente regulamentada quanto à prática profissional e até mesmo quanto à obrigatoriedade de actualização profissional contínua (OF, 2006). Para poderem exercer a sua actividade, os Farmacêuticos, ou seja, os Licenciados em Ciências Farmacêuticas, inscritos na Ordem dos Farmacêuticos e detentores de Carteira Profissional emitida por esta entidade, apresentam obrigatoriamente, em cada quinquénio, evidência de actualização profissional, nomeadamente em actividades formativas, como forma de garantir a continuidade do exercício da sua profissão, através da revalidação da Carteira Profissional.

A prática de Actos Farmacêuticos, reservada a Farmacêuticos, norteia-se por princípios de salvaguarda da saúde do doente e pela observância dos princípios de saúde pública (OF, 2006). O actual modelo de farmácia e toda a legislação inerente quer à farmácia quer ao exercício profissional do farmacêutico comunitário, faz com que estas duas entidades sejam indivisíveis, uma vez que o farmacêutico só tem esta designação se inserido numa farmácia de oficina (OF, 2005). É em farmácia comunitária que a maioria dos farmacêuticos, 57% exerce a sua actividade profissional, como se pode ver na Fig.3.

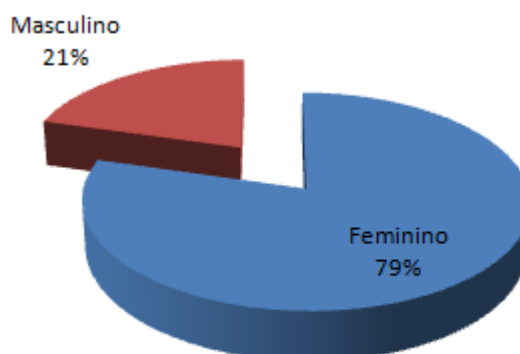
Fig. 3 – Farmacêuticos por área de actividade



Fonte: OF (2010)

Existem 7269 farmacêuticos de oficina espalhados pelas 2817 farmácias existentes no país, entre os quais, 79% são mulheres (OF, 2010), ver Fig. 4.

Fig. 4 – Farmacêuticos comunitários por género

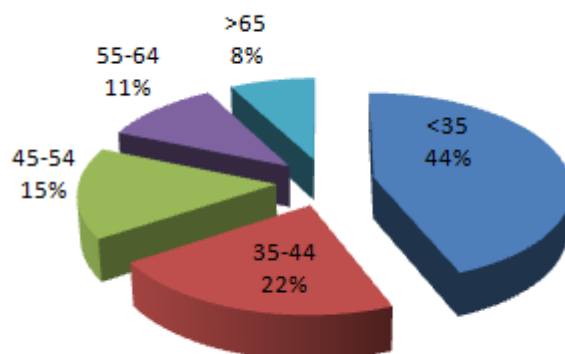


Fonte: OF (2010)

Segundo um estudo da Associação Nacional das Farmácias, realizado em colaboração com a Ordem dos Farmacêuticos, apresentado no final de 2008, em dez anos, o número de farmacêuticos subiu 60% e a idade média destes baixou para os 40 anos. A maioria

dos farmacêuticos comunitários (66%), como consta na Fig. 5, tem idade inferior a 44 anos. O decréscimo da média das idades verificou-se quer nos farmacêuticos proprietários de farmácia, quer nos restantes farmacêuticos que integram os quadros (CEFAR, 2008).

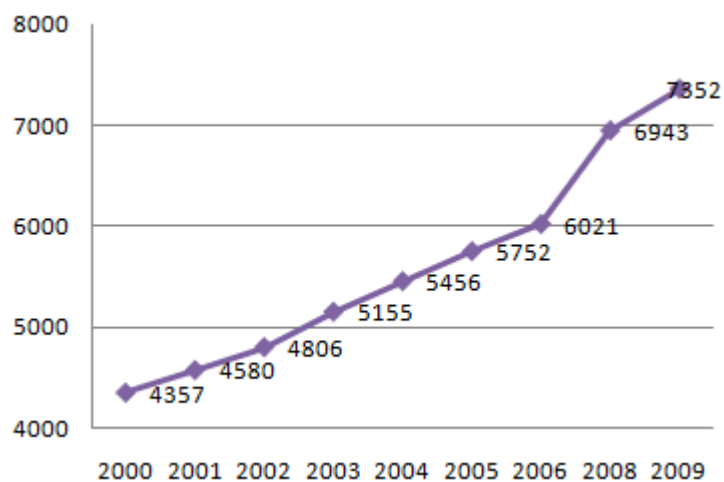
Fig. 5 – Farmacêuticos comunitários por grupo etário



Fonte: OF (2009)

Ainda de acordo com o referido estudo, na última década, foram contratados para trabalhar em farmácia de oficina, 2995 farmacêuticos, o que em média aritmética representa a entrada no mercado de cerca de 300 novos profissionais, por ano. O maior ingresso destes novos profissionais registou-se entre os anos de 2007 e 2008, como está patente na Fig. 6, na sequência da entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de Agosto, que determina a obrigatoriedade da presença, no mínimo, de dois farmacêuticos, por farmácia. No final de 2008 era de 2,32 a média nacional de farmacêuticos por farmácia (CEFAR, 2008).

Fig. 6 – Evolução do número de farmacêuticos comunitários

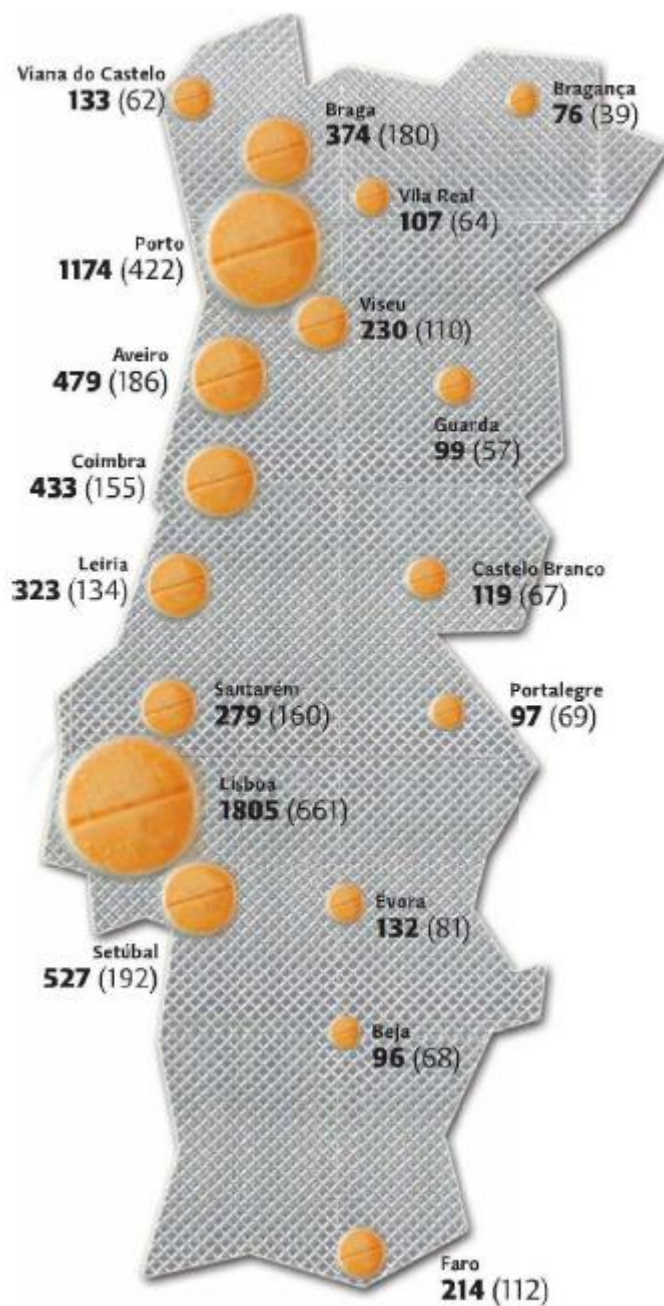


Fonte: ANF (2008b) e OF (2010)

Nos últimos cinco anos, a farmácia portuguesa melhorou extraordinariamente a qualidade dos recursos humanos, tendo o número de colaboradores das farmácias portuguesas um registo de 3,5% de taxa de crescimento média anual (CEFAR, 2008). Cada farmácia emprega em média 5,7 colaboradores, que por norma, são na maioria farmacêuticos (CEFAR, 2008). Cada farmácia, tem pelo menos um director técnico e outro farmacêutico, que por sua vez, podem ser coadjuvados por técnicos de farmácia ou por pessoal devidamente habilitado (Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de Agosto).

Se bem que em termos nacionais, existe um rácio deveras positivo de farmacêuticos por farmácia, metade dos distritos (nove) permanece abaixo da meta de dois farmacêuticos: Beja, Bragança, Castelo Branco, Évora, Faro, Guarda, Portalegre, Santarém e Vila Real (CEFAR, 2008). Com 1805 farmacêuticos e 661 farmácias, Lisboa era, em 2008, o distrito melhor posicionado neste rácio, apresentando 3,22 farmacêuticos por farmácia, ver Fig. 7. À capital seguem-se as cidades de Coimbra, com 2,79 e Porto, com 2,78. De notar, que curiosamente são estas as três cidades que concentram as instituições que conferem grau em Ciências Farmacêuticas.

Fig. 7 – Número de farmacêuticos e farmácias (entre parêntesis),
por distrito em Portugal Continental.



Fonte: ANF

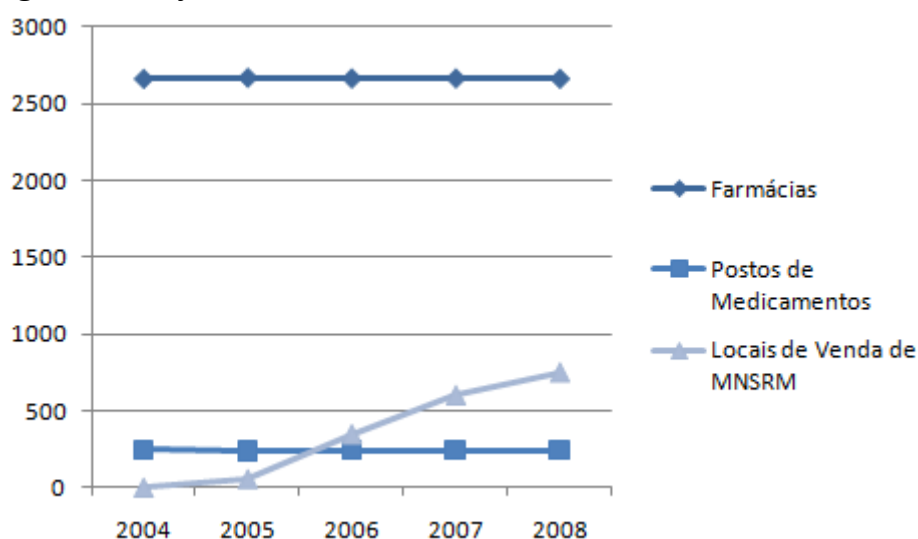
Elaboração: Carlos Esteves (*in* Jornal Expresso, de 5/9/2009)

3.3. Novas Formas de Concorrência

Em Maio de 2006 o Governo e a ANF estabelecem um acordo “Compromisso com a Saúde”, que segundo o Portal do Governo dá origem à liberalização da propriedade da farmácia, à melhoria da acessibilidade aos medicamentos e à preservação da qualidade da assistência farmacêutica (Relatório Primavera, 2007).

A distribuição de medicamentos ao público enquanto prática do Acto Farmacêutico, exercia-se até esta data, em exclusivo por farmacêuticos, nas farmácias. A farmácia comunitária delimitava assim o âmbito do exercício desta actividade. O Decreto-Lei n.º 134/2005, de 16 de Agosto, criou a possibilidade dos Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM) serem comercializados fora das farmácias em locais previamente registados no INFARMED para o efeito (INFARMED, 2009). A introdução deste novo regime, vem permitir que a distribuição ao público de medicamentos que não necessitam de receita médica, possa ser feita fora das farmácias, por farmacêuticos ou técnicos de farmácia ou sob a supervisão de um destes dois profissionais (OF, 2006). Com aumento significativo em número nos últimos anos, ver Fig. 8, são 839 os locais de venda de MNSRM, distribuídos actualmente por 32 localidades de Portugal Continental (INFARMED, 2010b). O maior volume de vendas de MNSRM nestes espaços ocorreu nos grandes centros populacionais, distritos de Lisboa, Porto e Setúbal (INFARMED, 2009).

Fig. 8 – Evolução do número de locais de venda de medicamentos



Fonte: INFARMED (2008)

A existência de locais de venda de MNSRM, em termos de exercício profissional, alarga o âmbito de actuação do Acto Farmacêutico, na medida em que passa a existir um espaço, para além da farmácia de oficina, onde é possível praticá-lo (OF, 2006). Mas, introduz-se no sector uma nova forma de concorrência, que se concretiza na distribuição ao público de uma certa categoria de medicamentos, MNSRM. Realce-se que até há cerca de 5 anos atrás, a venda de qualquer medicamento, sujeito ou não a receita médica, estava confinada à farmácia de oficina. A esta alteração legislativa que retirou o exclusivo dos medicamentos aos farmacêuticos e às farmácias, seguiu-se uma outra, Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de Agosto, que veio alargar, como contra partida o campo de acção dos farmacêuticos e das farmácias, nomeadamente pela permissão de implementação de um novo leque de serviços farmacêuticos.

Em saúde é imperioso que a concorrência seja estimulada no sentido de se traduzir em mais-valias, beneficiando quer o Estado, quer o utente (OF, 2006). Na sequência da entrada em vigor das medidas legislativas acima citadas, que introduzem no mercado do medicamento novos espaços concorrentes e a permissão de prestação de mais serviços, as farmácias, pese embora, mantenham como *core business*, a sua actividade de cedência de medicamentos e aconselhamento sobre a sua correcta utilização, alargam o seu campo de acção não só a outros produtos de saúde e de bem-estar, como também à oferta de novos serviços em que se incluem, por exemplo, testes laboratoriais e administração de vacinas não incluídas no PNV. Todavia, verifica-se que nas farmácias portuguesas, a concorrência se processa por estímulos sempre focalizados no ponto crítico e essencial, a qualidade do serviço prestado ao utente (OF, 2006).

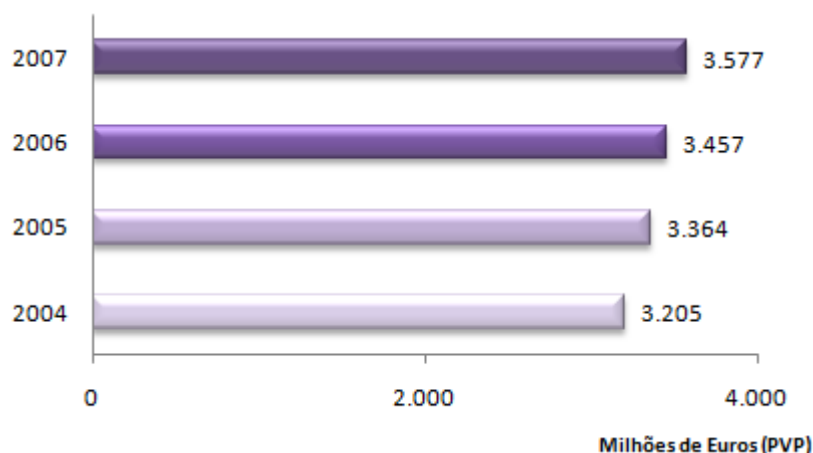
4. O Sector em Números

O mercado da farmácia e do medicamento, de enorme importância para a saúde pública, assume também importância significativa em termos económicos (AdC, 2005). O sector da saúde tem vindo a assumir relevância crescente na economia dos países desenvolvidos, Portugal não é excepção e apresenta-se como um dos países da Europa

que mais gasta em medicamentos, quer em percentagem das suas despesas de saúde, quer em percentagem do PIB (AdC, 2005).

Dados macroeconómicos do estudo estatístico do medicamento anunciam que o encargo do SNS com medicamentos é de 1.467 Milhões de Euros, que o encargo do SNS com medicamentos no orçamento do SNS é de 10,3% e que o encargo do SNS com os medicamentos no PIB é de 0,88% (INFARMED, 2008). De acordo com dados da AESGP citados pela APIFARMA (2008), o mercado ambulatorio de medicamentos, composto por MSRM e MNSRM, em 2007 na UE registou o valor de 175.733 Milhões de Euros, calculado de acordo com o Preço de Venda ao Público (PVP). Em Portugal, o mercado ambulatorio de medicamentos regista uma evolução crescente ao longo do tempo, atingindo em 2007, como se pode ver na Fig. 9, o valor de 3.577 Milhões de Euros (APIFARMA, 2008).

Fig. 9 – Mercado ambulatorio de medicamentos, em Portugal



Fonte: APIFARMA (2008)

Do montante acima referido (3.577 Milhões de Euros), 3.338 Milhões de Euros correspondem a MSRM e 239 Milhões de Euros pertencem a MNSRM, como mostra o Quadro 3. De acordo com estes dados, o mercado ambulatorio ocupa cerca de 80% do mercado total dos medicamentos e 93% do mercado ambulatorio restringe-se às vendas em farmácia de oficina, pois as especialidades farmacêuticas de receita médica obrigatória continuam a ser de venda exclusiva em farmácia.

Quadro 3 – Mercado total de medicamentos

	2003	2004	2005	2006	2007
Mercado total (1+2)	3.548	3.898	4.164	4.359	4.507
1) Mercado ambulatorio (a+b)	2.932	3.205	3.363	3.456	3.577
a) MSRM	2.710	2.980	3.111	3.213	3.338
b) MNSRM	222	224	252	242	239
2) Mercado hospitalar	615	693	800	902	930

Unidade: Milhões de €

Fonte: Adaptado de APIFARMA (2008), dados do IMS

É necessário assinalar, que embora mais de 90% do volume de negócio das farmácias seja assegurada por medicamentos (AdC, 2005), no caso particular dos MSRM, que representam cerca de 80% do volume de vendas, o seu consumo não é definido pela farmácia, pois é o médico, que enquanto prescritor, define a sua procura (OF, 2007a).

As farmácias encontram-se legalmente limitadas à possibilidade de diversificação dos produtos que vendem (AdC, 2005). São sobretudo os MSRM que determinam a facturação das farmácias de oficina, que atinge uma média anual de 1,2 Milhões de Euros (AdC, 2005). O restante valor, advém de outros produtos e serviços, nomeadamente dos MNSRM, cujo valor no mercado ambulatorio se aproxima de 6%, repartidos entre farmácias, 90% e locais de venda de MNSRM, 10% (INFARMED, 2009), ver Quadro 4. O volume de vendas de MNSRM fora das farmácias, 11%, é pouco significativo quando comparado com o volume de MNSRM vendidos nas farmácias 89% e ainda menos relevante se se tiver em conta que o volume deste mercado é de 15% do mercado ambulatorio total (INFARMED, 2009).

Quadro 4 – Enquadramento dos MNSRM no mercado ambulatorio de medicamentos

	Embalagens Milhões Unid.	Valor PVP Milhões €	Representatividade (%)	
			Volume	Valor
Mercado total de ambulatorio	255	3.371	-	-
MNSRM	38	189	15%	6%
Farmácias	34	171	89%	90%
Fora das farmácias	4	18	11%	10%

Fonte: INFARMED (2009)

CAPÍTULO II

PRODUTOS, SERVIÇOS E OFERTA DE SERVIÇOS

1. Introdução

É extenso o debate sobre a dicotomia produto-serviço e volumosa a literatura que se debruça na distinção destes dois conceitos. O papel que representam as partes - produto e serviço - no todo - oferta - é uma matéria que vem sendo investigada há já vários anos. O ressurgimento do interesse no estudo sobre a autonomia dos serviços, prende-se à introdução de novos conceitos oriundos de depoimentos, sobretudo das áreas do marketing e da gestão de operações. Contudo, não é nova a ideia de que não é preciso comprar um produto, para obter o seu benefício. A importância da ligação produto-serviço assume um carácter consensual, no entanto, a forma como estas duas entidades se combinam está ainda em discussão na academia. Para respeitar o mais possível estas duas entidades, descrevem-se brevemente neste capítulo, os conceitos de produto e serviço.

2. Produtos e Serviços

2.1. Definição de Serviços

Têm inspiração na economia clássica, as primeiras tentativas de definição do conceito de serviço, que recorrendo a critérios técnicos para a sua fundamentação, o definem como produto imaterial (Say, 1803), que perece no exacto momento da sua produção (Smith, 1776; Marshall, 1890) e, como tal, não pode ser armazenado e transportado (Stanback, 1980), ou seja, é co-produzido. Centralizada na natureza intangível e na noção de co-produção do serviço, a abordagem inicial da disciplina de gestão de marketing descreve o serviço por oposição ao produto.

Com a actividade económica centrada no produto, o serviço foi frequentemente descrito pela negação, ou seja, por aquilo que o produto não é (Araújo e Spring, 2006; Rathmell, 1966; Vargo e Lusch, 2004a), ou pelo que lhe falta (Grönroos, 2000) ou ainda pelo que lhe adiciona valor (Araújo e Spring, 2006; Edvardsson, Gustafsson e Ross, 2005; Vargo e Lusch, 2004a). O serviço aparece como sendo um tipo especial de produto (Proença e Ferreira, 2009).

Para a interrupção da “facciosa” e “castrante” tendência do recurso às diferenças do conceito económico de produto, para definir o de serviço (Grönroos, 1994b; Norman e Ramirez, 1993; Schlesinger e Heskett, 1991; Rust, 1998; Vargo e Lusch, 2004a), Peter Hill (1977) e Gadrey (2000), tiveram um papel preponderante (Araújo e Spring, 2006). De acordo com estes autores, o serviço pode ser definido pela alteração material de bens ou pessoas (Hill, 1977 e 1999), ou pela mudança de estado numa realidade (Delaunay e Gadrey, 1987 e Gadrey, 2000), que se desenvolve à volta de uma transacção entre duas ou mais unidades económicas (Hill, 1977 e 1999), com acordo prévio dos intervenientes, sem contudo resultar na produção de algo que circule na economia de forma independente (Delaunay e Gadrey, 1987 e Gadrey, 2000). Esta definição, afasta-se das noções de perecibilidade, imaterialidade, da inaptidão do serviço para entrar em *stock* (Gadrey, 2000) e também da incapacidade de separação física, entre produção e actividade de troca (Araújo e Spring, 2006). Em contraposição, Fisk *et al* (1993), sublinha que a peculiaridade dos serviços assenta nas suas quatro características fundamentais: intangibilidade, heterogeneidade, inseparabilidade e perecibilidade (IHIP).

Apesar da natureza e das características dos serviços serem frequentemente referidas na literatura, como ponto de partida para a sua definição, não lhe servem de esteio, pois a sua veracidade e aplicabilidade têm sido, recentemente, postas em causa (Lovelock e Gummesson, 2004; Vargo e Lusch, 2004a,b). Vários autores (Edvardsson *et al*, 2005; Araújo e Spring, 2006; Côrrea *et al*, 2007), argumentam que essas características já não são suficientes para descrever os serviços. Por isso, não há nos dias de hoje, consenso relativamente à definição de serviço, apesar das definições mais tradicionais conceptualizarem os serviços como acções, processos e desempenhos (Barry, 1980; Lovelock, 1991; Zeithaml e Bitner, 2000), que requerem a interacção dos prestadores do

serviço, com os seus consumidores e que se apresentam como soluções para os problemas destes últimos (Grönroos, 2000). Baseando-se, entre outros, no velho aforismo de Levitt (1972) “*everybody is in services*” e na visão abrangente e positiva de Grönroos (2000), Vargo e Lusch (2004a) acreditam que é maior que a dos produtos, a universalidade dos serviços e assim sendo, propõem uma definição, que apesar de ser compatível com as definições tradicionais, é mais abrangente e capta melhor a função fundamental de todas as empresas (Araújo e Spring, 2006). O serviço “é visto como a aplicação de competências especializadas (conhecimentos e capacidades) através de acções, processos e desempenhos para benefício da própria (*self-service*), ou de outra entidade” (Vargo e Lusch, 2004a).

2.2. Distinção entre Produtos e Serviços

Com início na economia clássica, a distinção entre produtos e serviços, tem uma longa história no marketing e na gestão. Tendo como ponto de partida a produção de riqueza, Adam Smith (1776) distingue os dois conceitos, com base na associação entre trabalho produtivo e improdutivo. Actividades essenciais, como advocacia e medicina, eram consideradas improdutivas, por não serem tangíveis. Say (1803), que emprega pela primeira vez o termo de imaterialidade, introduz o conceito da simultaneidade dos serviços: o acto de dar um conselho - produção - e o acto de ouvir - consumo - são simultâneos. Contrariando a ideia de trabalho improdutivo de Smith, amplia o conceito de produto ao *output*, a que chamou produto imaterial. A proposta de divisão de produtos em materiais e imateriais (Say, 1803), é corroborada por Nassau Senior (1863). Genericamente, depois de Say, com a adopção da noção de produtos imateriais, o que se considerava trabalho produtivo *versus* improdutivo, passou a designar-se por bens *versus* serviços (Marshall, 1890), vistos estes últimos como um tipo particular de produtos - produtos intangíveis.

Hicks (1942), explica que produzir não significa obter algo material. Serviços nos quais não podemos tocar, produzidos por médicos, advogados, professores, etc., são todos eles resultado de produção, sendo tudo o que é produzido e consumido, de dois tipos: bens e serviços - bens materiais e serviços imateriais (Hicks, 1942).

Verifica-se nesta breve retrospectiva, até meados do Séc. XIX, que os produtos tendem a ser classificados como objectos materiais, e os serviços, por exclusão, tornam-se produtos imateriais. A esta entidade *não-visível* e *não-existente* economicamente, são atribuídas qualidades de não enquadramento na definição da entidade tangível e material (Proença, 2005).

Na área do marketing, é patente o foco no produto tangível e material, aparecendo o serviço como uma actividade adicional, invisível e que lhe acrescenta valor. Se bem que a maioria dos produtos são objectos materiais, existem entidades com todas as características económicas de produtos (*outputs* intangíveis, resultantes do uso de sabedoria, conhecimento e informação) que não o são (Hill, 1999). Estas entidades, ao serem tratadas como serviços, não só tornam obscura a sua natureza económica, como também tornam confusas as verdadeiras características dos serviços. Baseado nestes argumentos, Hill (1999) propõe uma nova taxionomia - bens tangíveis e intangíveis e serviços - que apesar de não ter vingado, teve o grande mérito de conseguir distanciar-se do obstinado recurso às características distintivas, para definição de serviços.

Mesmo assim, é constante ainda hoje, a invocação na literatura das quatro características fundamentais dos serviços - intangibilidade, heterogeneidade, imaterialidade e perecibilidade - ilustradas por Fisk *et al* (1993). Estas características, que mais uma vez se aproxima do conceito de serviço, em contra-ponto com o de produto, ajudaram o marketing de serviços a autonomizar-se e foram consensualmente aceites e utilizadas, para distinguir estes dois conceitos.

A literatura baseia-se também da diferença na natureza do processo de produção dos serviços, pois enquanto o produto é produzido e posteriormente consumido, o consumo do serviço é feito durante o processo da sua concepção (Grönroos, 2000). Esta noção de simultaneidade levanta algumas questões importantes. Não raras vezes, os consumidores solicitam produtos customizados, intervindo activamente no processo de produção. Ao invés, a existência crescente de serviços com interacção mínima ou mesmo nula, entre cliente e entidade fornecedora, como são exemplo, novas formas de aluguer, a assinatura de jornais académicos e a compra de música on-line, entre outros (Spring e Araújo, 2009), fragiliza o argumento da distinção entre produto e serviço pela natureza do processo de produção.

Para muitas conceptualizações de marketing, os serviços continuam a ser tratados como uma unidade de saída com alguma deficiência, expressa nas suas características fundamentais, IHIP. Praticamente em paralelo, diferentes autores, como por exemplo Lovelock e Gummesson (2004) e Vargo e Lusch (2004a,b) criticam veementemente a sustentabilidade dos atributos essenciais dos serviços e consideram que este paradigma não tem solidez teórica suficiente, por serem inúmeras as suas excepções.

Em resumo, tanto a distinção fundamentada nas quatro características idiossincráticas de serviços, tal como a hipótese da distinção pela natureza do processo de provisão do serviço, não são sustentáveis. Contribuições recentes (Gebauer, 2008; Vargo e Lusch, 2004, 2008), tentam contornar esta velha dificuldade, desafiando a passagem de uma lógica baseada em produtos para uma lógica centrada em serviços (Proença e Ferreira, 2009). O foco do marketing, deveria estar na provisão do serviço, onde os produtos são meros mecanismos ou aplicações acidentais, que ajudam no processo de provisão (Vargo e Lusch, 2004a,b).

3. O Papel do Produto na Oferta do Serviço

Mais importante que a distinção e individualização dos conceitos de produto e serviço, é a forma como se podem conjugar (Spring e Araújo, 2009). As combinações de produto-serviço, ou até mesmo a habilidade com que se substituem mutuamente, podem constituir a pedra filosofal do marketing, para dar resposta a certos tipos de procura. A forma como produto e serviço se combinam, traz grandes implicações, não só para o Marketing, mas também para outras áreas, nomeadamente a Gestão de Operações (Spring e Araújo, 2009). Especificamente na área do marketing, Vargo e Lusch, (2004a, b e 2008a, b), Lusch *et al* (2006, 2007) e Michel *et al* (2008), propuseram a célebre “*Service Dominant Logic*”, pensamento filosófico generalizado, cuja aplicação não se confina à gestão ou ao marketing, mas a todo o mercado e sociedade em geral.

O papel dos produtos e serviços na oferta de benefícios ao consumidor, é um assunto actual e de grande interesse de estudo (Spring e Araújo, 2009), que reactivou a análise

dos serviços *per se* (Sampson e Froehle, 2006), sendo disso exemplo as emergentes noções de “*servatization*” (Vandermerwe e Rada, 1988) e *Product-service systems* (Goedkoop *et al*, 1999).

É numa perspectiva de aplicação generalizada, que as teorias do papel do produto na oferta (*SD-logic* e *PSS*) são exploradas no presente trabalho. Crê-se que a farmácia de oficina caminha no sentido da exacerbação da oferta articulada produto-serviço e não na mera transacção de produtos ou serviços.

3.1. Service-Dominant Logic of Marketing

Não é nova a ideia de soberania dos serviços, são várias as referências na literatura que sugerem a aproximação a uma teoria similar, “os serviços são trocados por serviços” (Bastiat, 1964), “todos estamos nos serviços” Levitt (1972), “todo o negócio é um negócio de serviços” Grönroos (2000). Autores como Penrose (1959), Kotler (1977), Gummesson (1995), Grönroos (2000), Hakansson e Prencert (2004), corroboram a ideia da primazia do serviço, mesmo aquando da comercialização de bens tangíveis. Outros (Chesbroug e Rosenbloom, 2002; Oliva e Kallenger, 2003; Campbell-Kelly e Garcia-Swartz, 2007; Grönroos, 2007; Reitnartz e Ulaga, 2008), acreditam na deslocação do espectro contínuo produto-serviço, no sentido dos serviços, por força da própria complexidade da indústria de produção (Proença e Ferreira, 2009). Adicionalmente, a substituição de um paradigma de troca por um paradigma relacional, tem vindo a ser descrito por vários autores, Hakanson e Snehota (1995), Holbrook (1999, 2006), Hunt (2000), Arnould e Thompson (2005), Arnould *et al* (2006), Grönroos (2006), Gummesson (2006), Venkatesh *et al* (2006), em diversas lógicas e teorias, que mesmo com declaradas limitações, ultrapassáveis pela definição de “serviço” da *Service-Dominant Logic of Marketing – S-DL* (Vargo e Lusch, 2004a), podem ser consideradas como alternativas a esta filosofia e também, fonte de importantes contributos para a *S-DL*, nomeadamente no que se refere à sua difusão, enquanto teoria (Vargo e Lusch, 2008b).

O que se tornou conhecido por “*Service-Dominant Logic of Marketing*”, não é mais que a explanação de um pensamento de marketing, que cresceu através da identificação de

uma série de lógicas fragmentadas, que partilhavam uma tese comum: a tentativa de resposta a uma lógica concertada, a *Good-Dominant logic* - *G-DL* (Vargo e Lusch, 2008b). Apesar de outros autores (Hunt, 2000; Normann, 2001; Zuboff e Maxmin, 2002; Keith, 1960; Levitt, 1960; Shostack, 1977; Webster, 1992), não se referirem à *G-DL*, através do uso desta expressão, reconhecem a sua existência e inadequação. Independentemente da designação, esta lógica é centrada em unidades de saída - produtos - tangíveis (bens) e intangíveis (serviços), como protótipo da comercialização. Por seu turno, serviço na *S-DL*, aplica-se a todas as ofertas de marketing, tangíveis ou não (Vargo e Lusch, 2004a). Para a *Service-Dominant Logic* de Vargo e Lusch (2004a,b), “serviço” e “bens” não são diferentes tipos de *outputs* comercializáveis, mas antes, filosofias rivais sobre todo o processo de criação de valor, comercialização e troca (Vargo e Lusch, 2008b). O termo “*serviço*”, escrito propositadamente no singular, distingue-se de “*serviços*” (termo conceptualizado como sendo um tipo especial de *output* – produto intangível) e reflecte o *processo* de utilização de recursos para benefício da própria, ou de outra entidade (Vargo e Lusch, 2004b, 2006, *itálico no original*). “*Serviço*”, apesar de trazer alguma bagagem da teoria centrada em produtos, afasta-se da conotação de unidades de saída e de bens materiais (como tem implícito o termo no plural – *serviços*) e é o termo que melhor serve o propósito da *S-DL* (Vargo e Lusch, 2004a, 2008b).

A *Service-Dominant Logic* foi construída numa base racional, assente na ideia de que a troca é um processo de partilha de benefícios, entre o consumidor e o fornecedor do serviço, que todas as entidades trocam serviço por serviço e que organizações, dinheiro, bens e redes de contacto, são meros intermediários neste processo (Vargo e Lusch, 2004a e 2008a). O conceito de serviço é visto como um processo de co-criação de valor, o que redefine o papel do consumidor. O consumidor é endógeno ao processo de criação de valor, é sempre um *co-criador de valor* (Vargo e Lusch, 2006, *itálico no original*). Neste sentido, a *S-DL* defende que as empresas podem apresentar apenas propostas de valor e adverte que a missão da empresa deve ter como preocupação fundamental, a adaptação e a aplicação dos seus recursos às necessidades e desejos individuais dos clientes (Vargo e Lusch, 2004a, 2006).

Os fundamentos teóricos da *Service-Dominant Logic* sugerem que “todas as economias, são economias de serviços” e a hipótese de que “todos os negócios, são negócios de serviços” libertam o pensamento de marketing para uma nova e imaginativa forma de inovação (Vargo e Lusch, 2008a). A *S-DL* não tem que ser uma teoria de aplicação apenas à gestão ou ao *marketing* (Vargo e Lusch, 2006, *italico no original*), é uma condição que constitui a base de um pensamento generalizado, a partir do qual se pode desenvolver uma teoria geral, não só com aplicabilidade ao mercado, mas também, a todas as entidades que de alguma forma efectuam trocas entre si: indivíduos, famílias, empresas, nações, sociedades, etc., pois na *S-DL*, o importante é o processo de troca entre as partes, e não a mera transacção de *outputs*, tangíveis ou intangíveis (Vargo e Lusch, 2008b).

3.2. Sistemas de Produto-Serviço

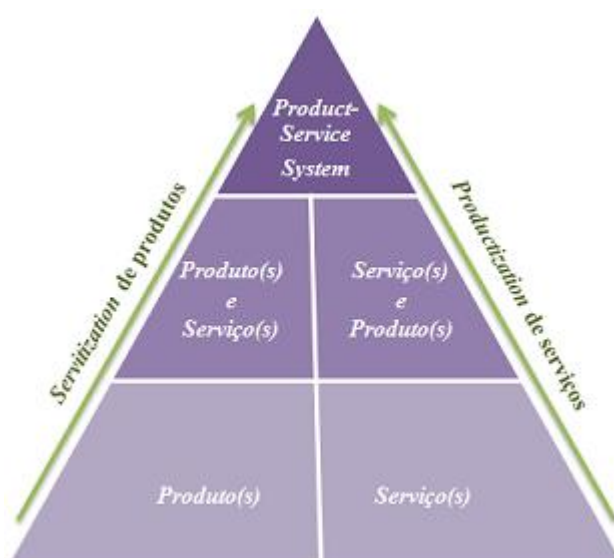
É cada vez mais visível a ruptura da linha limite entre produtos e serviços (Wise e Baumgartner, 1999; Corrêa *et al*, 2007; Ward e Graves, 2007; Nelly, 2007). Na economia desenvolvida as indústrias têm de se mover no sentido da oferta de serviços e soluções entregues através dos seus produtos (Baines *et al*, 2007), a *servitization* é inevitável (Vandermerwe e Rada, 1988).

Com origem numa perspectiva ecológica do sector industrial, o Sistema de Produto-Serviço, centra-se na ideia de que não se transaccionam bens, mas sim desempenhos (Stahel, 1998). Este sistema, afigura-se como uma combinação integrada (Baines *et al*, 2007), que concebida como um conjunto de produtos e serviços (Mont, 2004; Spring e Araújo, 2009), é capaz de ir ao encontro das necessidades dos clientes (Goedkoop *et al*, 1999; Mont, 2004). É um sistema inovador, que desloca o foco das empresas no desenho e venda de produtos, para o desenho e venda conjunta de produtos e serviços, que agrupados, irão satisfazer pedidos específicos do cliente (Manzini e Vezolli, 2002).

3.2.1. *Product-Service Systems*

O conceito de *Product-Service System (PSS)* vem questionar o actual formato da entrega de valor dos produtos aos clientes, pois exemplos demonstram, que é possível gerar lucro sem vender um produto material, mas apenas, fornecendo o valor de uso dos produtos (Mont, 2004). Verifica-se uma tendência crescente na *servitization* dos produtos e *productization* dos serviços, ver Fig. 10, sendo que, a convergência desta propensão é considerar produto e serviço como oferta única (Baines *et al*, 2007).

Fig. 10 – Evolução do conceito de *Product-Service System*



Fonte: Adaptado de Baines *et al* (2007)

O conceito de *PSS*, referido inicialmente na literatura como um caso especial de *servitization* (Pawar, Beltagui e Riedel, 2009) e cuja ênfase é colocada na venda do uso e não na venda do produto, apresenta-se como uma proposta de mercado que estende a tradicional função do produto por incorporação de serviços adicionais (Baines *et al*, 2007). A primeira definição de *PSS* foi avançada por Goedkoop *et al* (1999) e é essa, que com ligeiras adaptações ainda perdura. *PSS* é um sistema de produtos, serviços, redes de agentes e estruturas de suporte, que tentam ser mais competitivos, satisfazer melhor as necessidades dos clientes e contribuir para um menor impacto ambiental, que

os modelos de negócio tradicionais (Goedkoop *et al* 1999). Esta definição, ilustra os elementos chave do PSS: Produto - bem tangível produzido para ser vendido, com capacidade de preencher as necessidades do seu usuário; Serviço - actividade realizada para outros com valor económico, muitas vezes executada numa base comercial; Sistema - conjunto de elementos, incluindo as relações (Baines *et al*, 2007).

A implementação do PSS é um processo muito mais complexo do que o actual sistema de distribuição de um produto isolado, além disso, o estabelecimento do seu preço torna-se complicado, não só pela in experiência neste campo, mas também por ser difícil o cálculo do valor dos serviços oferecidos no agrupamento total (Baines *et al*, 2007). Empresas de vários tipos, incluindo o retalho e a distribuição de serviços, são mais rentáveis quando apresentam soluções combinadas (Baines *et al*, 2007; Cook *et al*, 2006; Goedkoop *et al*, 1999; Manzini e Verzzoli, 2002; Mont, 2004; Morelli, 2002). Contudo, o PSS demonstra ser ainda um conceito imaturo (Mont, 2004), que imputa riscos às empresas, pois não está completamente implementado (Baines *et al*, 2007). Um PSS de sucesso implica o envolvimento do cliente e por vezes, mudanças na estrutura organizacional (Baines *et al*, 2007). A relação estabelecida entre a empresa e o consumidor é um ponto-chave no desenho do PSS, que deve ser elaborado e entregue caso a caso, mesmo que isso implique as empresas alterarem infra-estruturas para se adaptarem a este novo envolvimento com os clientes (Baines *et al*, 2007).

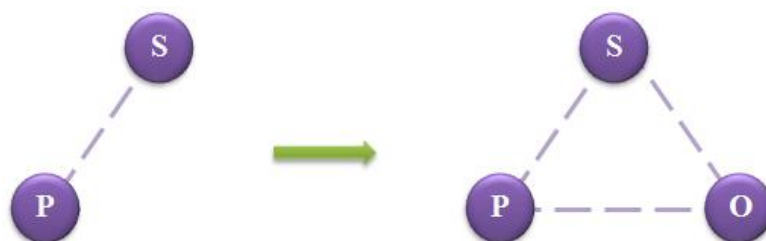
Clientes e empresa chegam a acordo quanto à oferta de uma mistura customizada de serviços, onde o fornecedor é o proprietário dos produtos e o consumidor paga apenas pela obtenção dos resultados acordados (Baines *et al*, 2007). As soluções PSS satisfazem as necessidades dos clientes pela combinação produto-serviço, através do aumento dos componentes dos serviços e promovem a diferenciação pela oferta de valor em uso que é cedido ao consumidor (Baines *et al*, 2007). A vantagem competitiva é ganha, como de resto noutros modelos de negócio, através de serviços difíceis de copiar e na facilidade de comunicação de uma informação sobre o pacote produto-serviço.

3.2.2. *Product-Service-Organisation*

As correntes que defendem a transição da oferta de produtos e serviços para a oferta integrada produto-serviço, diferem substancialmente nos pilares em que assentam, mas todas se baseiam na natureza da produção (*PSS*, soluções integradas ou experiências) e pouca atenção têm dispensado às implicações destas novas unidades de saída na organização (Pawar, Beltagui e Riedel, 2009). Os benefícios, tanto financeiros como ambientais, foram identificados, mas há uma lacuna nas conjecturas operacionais: não é claro o processo promotor da transição (Pawar, Beltagui e Riedel, 2009).

Desenvolver um *PSS* impõe muitas vezes competências, recursos e capacidades que ultrapassam a empresa isoladamente e que exigem a colaboração de outras entidades, estendendo-se assim a implementação do *PSS* a todos os parceiros (Pawar, Beltagui e Riedel, 2009). A terminologia *Product-Service-Organisation (PSO)* expande o conceito de *PSS*, integrando em simultâneo os conceitos de produto, serviço e organização. A organização deve ser considerada conjuntamente com a combinação produto-serviço, integrando-se estes três elementos no Triângulo *PSO* (Pawar, Beltagui e Riedel, 2009), representado na Fig. 11.

Fig. 11 – Triângulo *Product-Service-Organisation*



Fonte: Adaptado de Pawar, Beltagui e Riedel (2009)

O objectivo do *PSO* é a criação de valor, o que é um propósito problemático, porque valor é um conceito relativo (Pawar, Beltagui e Riedel, 2009), pois pode referir-se a valor monetário adicionado por um produto - valor de troca - (Smith, 1776), a valor de utilidade para um cliente - valor de uso - (Vargo e Lusch, 2004a) ou a valor fornecido

pelo uso de produtos, sem o requisito da sua posse - *PSS* - (Baines *et al*, 2007). Estes conceitos herdados da literatura fornecem a base para o *PSO*, cuja diferença principal do desenvolvimento de produtos tradicional é a complexidade do elemento de serviço, que exige a ampliação da complexidade da organização (Pawar, Beltagui e Riedel, 2009).

No *PSO*, o valor é gerado conhecendo o valor exigido por fornecedores, clientes e usuários finais dos produtos, e assim sendo, é mais eficazmente entregue por redes de colaboração entre empresas, integrando os produtos e serviços oferecidos a criação do valor procurado pelos clientes (Pawar, Beltagui e Riedel, 2009). O *PSO* é portanto um processo interactivo, que pretende o desenvolvimento do *PSS* por incorporação de considerações organizacionais. Em suma, a criação de valor exige o desenho simultâneo de produtos, serviços e organização - Triângulo *PSO* (Pawar, Beltagui e Riedel, 2009).

CAPÍTULO III

OFERTA DE SERVIÇOS EM FARMÁCIA COMUNITÁRIA

1. Introdução

A farmácia comunitária entrou no século XX desempenhando o típico papel da botica – preparação e venda de produtos medicamentosos (Hepler e Strand, 1990). A condição fundamental que se impunha era a obrigação de assegurar que os medicamentos que vendia eram puros, inalteráveis e preparados “*segundo a arte*”. Como obrigação secundária tinha o aconselhamento aos utentes, aquando da venda de medicamentos. Contudo, com o desenvolvimento da indústria farmacêutica e a consequente passagem do poder de prescrição para os médicos, o farmacêutico perde o seu tradicional e imperioso papel de preparação de medicamentos. A farmácia de oficina, assim designada precisamente pelo ofício da manipulação, deixa de ser o local de referência para a produção de medicamentos.

Com a queda da função de boticário, o farmacêutico perde identidade e legitimidade profissional. Em meados do Séc. XX a farmácia de oficina, apoiando-se no que já se fazia em ambiente hospitalar - farmácia clínica - vê-se forçada a desenvolver novas competências sociais para vingar (Hepler e Strand, 1990). A introdução de serviços farmacêuticos contribui para a reaproximação da farmácia ao utente. Contudo, o medicamento, à semelhança do que se verificava na época da manipulação, continua a ser o foco do farmacêutico e não o utente individualmente. Hepler e Strand (1990) indo de encontro à ideia proferida por Cipolle (1986) “os fármacos não têm doses, os pacientes têm doses” defendem que a prática farmacêutica deve recuperar aquilo que perdeu durante anos - a clara ênfase no utente. Alegam que a farmácia clínica não é suficiente para definir a missão da farmácia comunitária e que os conhecimentos e capacidades clínicas dos farmacêuticos não chegam para maximizar a eficiência dos serviços farmacêuticos.

Impõe-se então a introdução de uma nova prática, que na opinião de Hepler (1996) deve ser o ponto de partida para o maior serviço público que a profissão farmacêutica pode oferecer e que, adicionalmente, vem definir o novo benefício da actividade farmacêutica: a aplicação de conhecimentos científicos em prol do utente.

O que teve início numa prática filosófica leva ao processo de transformação, de introdução lenta (Farris *et al*, 1999; Dunlop e Shaw, 2002), da actividade farmacêutica, que transfere o foco no produto (dispensa de medicamentos) para o utente (Berenguer *et al*, 2004; Posey, 2003). Esta transformação está na génese da mudança do conceito da profissão farmacêutica, que de uma perspectiva baseada em bens, com operações comerciais, passa para uma profissão essencialmente clínica exercida na farmácia de oficina (Berenguer *et al*, 2004).

Apesar dos seus efeitos se começarem agora a fazer sentir, não é nova a defesa da implementação da referida prática centrada no utente. Brodie (1980) faz a descrição da evolução da profissão farmacêutica durante o Séc. XX, de uma prática orientada ao produto para uma prática orientada ao utente, antevendo a necessidade da farmácia comunitária se focalizar na prestação de serviços.

2. Serviços Farmacêuticos

De acordo com a Portaria n.º 1429/2007, de 2 de Novembro de 2007, que vem concretizar os serviços que as farmácias de oficina podem prestar aos utentes, “as farmácias foram evoluindo na prestação de serviços de saúde e, de meros locais de venda de medicamentos, bem como da produção de medicamentos manipulados para uso humano e veterinário, transformaram-se em importantes espaços de saúde, reconhecidos pelos utentes”. Esta Portaria que traduz genericamente os serviços farmacêuticos prestados nos dias de hoje nas farmácias portuguesas, dá força à ideia que neste trabalho se defende e que está também patente nos Estatutos da Ordem dos Farmacêuticos (DL n.º 288/2001) – o Farmacêutico “é um prestador de serviços, que no exercício da actividade farmacêutica, tem como objectivo essencial a pessoa do doente”.

Contudo, o papel do farmacêutico comunitário, ou farmacêutico de oficina, nem sempre foi, *nem é*, assim tão linear. As suas funções têm sofrido constantes alterações ao longo do tempo (Hepler, 1996) e profissionalmente em Portugal, quer os farmacêuticos comunitários quer a farmácia de oficina são alvo de percepções e representações muito variadas e até mesmo contraditórias (Cavaco, Sousa Dias e Bates, 2005).

Apesar da falta de clareza relativamente à intervenção farmacêutica junto da população em geral, é nítido o elevado grau de satisfação dos utentes com os serviços farmacêuticos. Uma análise recente da literatura (Panvelkar, Saini e Armour, 2009) sobre a identificação e a avaliação da satisfação dos utentes com os vários serviços prestados pelos farmacêuticos em contexto de farmácia comunitária, revela um elevado nível de satisfação, na maioria dos estudos revistos, para todos os tipos de serviço. Isto não significa porém, que na realidade da farmácia comunitária de hoje, não exista a necessidade de implementar mais e melhores serviços.

Com suporte legal na Portaria n.º 1429/2007, de 2 de Novembro de 2007, que define os serviços farmacêuticos de promoção da saúde e do bem-estar dos utentes, que podem ser prestados pelas farmácias, a profissão farmacêutica, vê a prática dos serviços oficialmente reconhecida e o seu âmbito de actuação alargado aos seguintes itens:

- a) Apoio domiciliário;
- b) Administração de primeiros socorros;
- c) Administração de medicamentos;
- d) Utilização de meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica;
- e) Administração de vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação;
- f) Programas de Cuidados Farmacêuticos;
- g) Campanhas de informação;
- h) Colaboração em programas de educação para a saúde.

Para efeitos de estudo são considerados serviços farmacêuticos não só os serviços descritos na Portaria n.º 1429/2007, de 2 de Novembro de 2007, mas também as actividades profissionais descritas no Acto Farmacêutico (Anexo I), praticadas em contexto de farmácia de oficina. Esta compreensão de serviços farmacêuticos vai de encontro à definição da intervenção farmacêutica proposta por Walter (2000, p. 340):

“a aplicação de conhecimentos, capacidades e recursos farmacêuticos à ciência e à arte de prevenção da doença, prolongamento da vida, promoção, protecção e melhoria da saúde de todos através de esforços organizados da sociedade”.

Esta definição, embora não cite explicitamente, não descarta a gestão do medicamento e os cuidados farmacêuticos, mas alarga a esfera de actuação da farmácia comunitária. Abrange uma série de actividades, reconhece implicitamente a necessidade e a importância de trabalhar com utentes, público e outros organismos, ou seja, atravessa barreiras profissionais e não profissionais (Walter, 2000).

2.1. Cuidados Farmacêuticos

Os serviços farmacêuticos mais explorados e referenciados na literatura são os cuidados farmacêuticos. São cerca de 1000 os artigos sobre a oferta de cuidados farmacêuticos em farmácia comunitária, contabilizados até ao fim de 2003, no MEDLINE (Farris *et al*, 2005). Os cuidados farmacêuticos são, dentro da oferta da farmácia comunitária, os serviços melhor implementados nos dias de hoje. Instituem a resposta à crescente procura por melhores e mais serviços nas farmácias e à necessidade da melhoria da qualidade na sua prestação (WHO, 1994).

Apesar dos serviços farmacêuticos não se poderem, obviamente, restringir aos cuidados farmacêuticos, pela importância que estes assumem na oferta de serviços em farmácia comunitária, é incontornável a sua individualização e abordagem autónoma, pois os cuidados farmacêuticos personificam todos os outros serviços farmacêuticos.

2.1.1. O que são?

Cuidados farmacêuticos são uma prática profissional que tem início nos Estados Unidos nos anos 80 (Brodie, 1980) e que, decorrida aproximadamente uma década, se estende à Europa (Herborg *et al*, 2001). É hoje uma prática de rotina, aceite por centenas de farmacêuticos em todo o mundo (Berenguer *et al*, 2004; Dunlop and Shaw, 2002). Os seus princípios fundamentais provêm do conceito das *Good Pharmacy Practice* (Berenguer *et al*, 2004) e têm como objectivo fundamental a optimização do propósito terapêutico, pela promoção do correcto uso do medicamento. Deste movimento de racionalização da terapêutica saem beneficiados não só o utente, pela obtenção do resultado terapêutico, como também a sociedade em geral (Berenguer *et al*, 2004) pela redução da morbilidade e mortalidade (Hepler, 1996) e pela diminuição dos custos de saúde e absentismo (Garrett e Martin, 2003).

A primeira definição de cuidados farmacêuticos foi avançada por Hepler e Strand (1990), que os descrevem como a cedência responsável de terapêutica medicamentosa cujo grande objectivo é a obtenção dos resultados terapêuticos desejados (Hepler, 1996) e secundariamente a melhoria da qualidade de vida do utente (Hepler e Strand, 1990; Hepler, 1996). Assim sendo, o farmacêutico é um elemento fundamental na obtenção dos resultados desejados, que de acordo com os mesmos autores, são:

1. Cura da doença;
2. Eliminação ou redução de sintomas de doença;
3. Diminuição ou atraso do progresso de uma doença;
4. Prevenção da doença ou dos seus sintomas.

Esta definição obriga o farmacêutico a responsabilizar-se por três funções primordiais a favor do utente: identificar, prevenir e resolver problemas actuais ou futuros, relacionados com medicamentos (PRM). Desta forma o farmacêutico é considerado um fornecedor, que ultrapassa o seu simples papel de dispensador de medicamentos,

promovendo o aconselhamento terapêutico e prestando, sempre que necessário, serviços individualizados (Herborg *et al*, 2001).

Com a prática dos cuidados farmacêuticos o farmacêutico não se limita à dispensa do medicamento prescrito, mas antes, à monitorização e gestão da terapêutica, o que permite ao utente a obtenção do sucesso terapêutico e o alcance dos resultados pretendidos (Hepler, 1996).

Ajudar os doentes a perceber e a seguir as terapêuticas é não só uma forma de assegurar melhor saúde, como também, de garantir o futuro da profissão (Gans, 2009). Os cuidados farmacêuticos são uma prática que enaltece a profissão, mas que não se restringe a ela, ou seja, os cuidados farmacêuticos implicam o envolvimento do utente - o sucesso dos seus resultados está dependente do trabalho conjunto entre farmacêutico e utente (Hepler, 1996). São um processo colaborativo que visa prevenir, identificar e resolver problemas relacionados com saúde e medicamentos (Berenguer *et al*, 2004).

2.1.2. Importância da sua Implementação

Nos dias que correm não é suficiente a dispensa correcta do medicamento. A dispensa dos medicamentos é apenas uma das partes que pode assegurar resultados terapêuticos positivos (Gans, 2009). A prática de cuidados centrados no utente, direccionados para o bem-estar social bem como a oferta de serviços cada vez mais sofisticados, faz com que o farmacêutico assuma um incontestável papel na Saúde Pública, quer pela redução da morbilidade e mortalidade, quer na educação e promoção da Saúde (Strand *et al*, 1991; Hepler e Strand, 1990). Os farmacêuticos comunitários ocupam uma posição única (Gans, 2009) que lhes permite oferecer um valioso leque de serviços (Etamad e Hay, 2003), não só porque a farmácia é o estabelecimento de saúde ao qual os utentes mais recorrem (U.S Bureau of Healyh Professions, 1996), mas também porque o farmacêutico é o último profissional de saúde a contactar com o utente antes da toma de medicamentos (Cranor *et al*, 2003a). Têm pois, um importante papel na promoção da adesão à terapêutica. A adesão à terapêutica cresce consideravelmente com a proximidade da relação que o farmacêutico consegue manter com o utente (Tomechko *et al*, 1995). Adicionalmente o farmacêutico controla a eficácia da farmacoterapia

através da monitorização de parâmetros como a pressão arterial, níveis de colesterol e glicose no sangue, entre outros, o que lhe permite a detecção precoce de reacções adversas medicamentosas (RAM) e o reajuste terapêutico, juntamente com o clínico, sempre que necessário (Etamad e Hay, 2003).

Vários estudos (Fernández-Lillmós e Faus, 2002; Weinberger *et al*, 2002a; Hatoum e Akhras, 1993; Hepler, 1988) efectuados nos últimos anos comprovam o considerável aumento do sucesso terapêutico aquando da cooperação e participação efectiva dos farmacêuticos junto de utentes medicados. Este êxito reflecte-se sobretudo em doentes crónicos com hipertensão (Ragot *et al*, 2005; Garção e Cabrita, 2002; Enlund *et al*, 2001), diabetes (Simoens *et al*, 2005; Cranor *et al*, 2003a,b; Segal, 1997), dislipidémias (Bluml *et al*, 2000), asma (Costa *et al*, 2004; Raynor, 2004; Herborg, 2001a,b; Narhi *et al*, 2000), doenças cardiovasculares (Alvarez de Toledo *et al*, 2001), etc, e em populações com elevado risco de sofrer RAM, como por exemplo idosos polimedicados (Bernsten *et al*, 2001).

O objectivo da terapêutica medicamentosa é sempre melhorar a qualidade de vida dos utentes (Hepler, 1996). À medida que os medicamentos se tornam mais complexos, maior a necessidade da sua supervisão (WHO, 1994). Mesmo com os conhecimentos científicos da actualidade são inúmeros os casos de insucesso terapêutico e de RAM que poderiam ser prevenidos e evitados pelo recurso a um sistema de assistência farmacêutica organizado, eficaz e devidamente implementado. Problemas relacionados com medicamentos (PRM) são frequentemente apontados como causa de morbilidade, admissões hospitalares e mortalidade (Peterson *et al*, 2009). Estas condições, que resultam em sofrimento, perda de produtividade e aumento de custos para o SNS, constituem um grave problema de saúde pública que urge ser tratado. Mais de metade dos casos de morbilidade relacionada com medicamentos são evitáveis (Peterson *et al*, 2009; Guerreiro *et al*, 2007).

São várias as referências bibliográficas que indicam estimativas da incidência de PRM tanto na comunidade como em doentes hospitalizados. Apreciações efectuadas por peritos (Rupp, DeYoung, Schondelmeyer, 1992; Rupp, 1992) em 89 farmácias comunitárias da América do Norte, revelam 28,3% de erros de prescrição, que na ausência de intervenção farmacêutica, poderiam ter causado graves danos aos doentes.

O estudo de Winterstein *et al* (2002) mostra que 7,1% das admissões hospitalares são resultado de PRM e que as admissões hospitalares devidas a morbilidade evitável relacionada com medicamentos, em países industrializados, são comparáveis às hospitalizações por cancro e enfarte de miocárdio. Nos Estados Unidos, estima-se que as RAM podem constituir a 4ª causa de morte após as doenças cardiovasculares, cancro e AVC (Lazarrou, Pomeraz e Corey, 1998). Na Europa, as RAM são apontadas não só como uma das causas frequentes de hospitalização (Vervloet e Durham, 1999) como também um factor de grande incidência em doentes hospitalizados (Pirmohamed *et al*, 1998; Dormann e Muth-Selbach, 2000). Em doentes idosos e polimedicados verifica-se que os cuidados farmacêuticos favorecem a adesão à terapêutica e diminuem significativamente o número de PRM (Anderson, Brodin e Nilsson, 2002).

Pode de certa forma alegar-se que os cuidados farmacêuticos vêm, em parte, dar resposta às falhas da tradicional dispensa de medicamentos. Mas os cuidados farmacêuticos traduzem sobretudo o modo como profissionais de saúde e utentes devem organizar, relacionar e integrar o seu trabalho com o objectivo último de alcançar o resultado pretendido (Hepler, 1996) – a eficácia terapêutica. A grande diferença entre os cuidados farmacêuticos e o processo de dispensa tradicional está no uso de um novo sistema de pensamento centrado no utente. A segurança e eficácia da terapêutica medicamentosa requerem um sistema de terapêutica medicamentosa direccionada ao utente e à sua qualidade de vida. Uma RAM que no sistema simples não é detectada com a prática dos cuidados farmacêuticos pode ser prevenida. Intervenções ao nível da prevenção, detecção e resolução de PRM, nas quais os farmacêuticos estão frequentemente envolvidos no decurso da sua actividade, representam incomensuráveis ganhos para a saúde como também um elevado valor económico (Peterson *et al*, 2009). Alguns estudos sugerem que o farmacêutico pode melhorar potencialmente alguns aspectos da qualidade de vida dos seus utentes (Volume *et al*, 2001).

3. Impacto Económico dos Serviços Farmacêuticos

Apesar de ser genericamente aceite que os serviços prestados pelos farmacêuticos potenciam o valor dos medicamentos na sociedade, pela diminuição da morbilidade e mortalidade (Berenguer *et al*, 2004), é reconhecida a existência de barreiras (Plumridge e Wojnar-Horton 1998) para a determinação do valor desta prática.

Apesar das barreiras metodológicas, várias pesquisas relevantes provam a importante redução de custos associada à prática dos serviços farmacêuticos (Berenguer *et al*, 2004). Estudos efectuados estimam que o valor potencial da intervenção farmacêutica é de US\$2,32 por prescrição (Rupp, De Young e Schondelmeyer, 1992), que a intervenção farmacêutica e subsequente redução de custos valem US\$3,47, por prescrição (Dobie e Rascatti, 1994) e que, aproximadamente US\$800.000 foram poupados, por 878 intervenções farmacêuticas que evitaram a hospitalização e a visita ao médico (Miller e Ortmeier, 1995).

Adversidades medicamentosas foram quantificadas economicamente (Johnson e Bootman, 1997) acima dos US\$76 mil milhões anuais, estes cálculos não incluíam custos indirectos relacionados com absentismo ou morte (Schumock, 2000). Os custos estimados da intervenção farmacêutica são de US\$427.193 por ano, por farmácia (Fincham, 1997). Um estudo levado a cabo em Asheville, em doentes com diabetes, demonstra que os serviços farmacêuticos estão na base da diminuição dos custos médicos directos de US\$1.872 para US\$1.200 por paciente por ano, comparada com o valor basal. Adicionalmente o declínio no absentismo conduz a um aumento estimado de US\$18.000 na produtividade anual (Cranor *et al*, 2003b). Mais recentemente um estudo (Locca *et al*, 2009) que avaliou o processo de implementação e o impacto económico de um serviço inovador de gestão da terapêutica, durante 4 anos em 42 lares (2214 idosos residentes) na Suíça, revela que o custo anual em medicamentos por idoso diminuiu 16,4% entre 2002 e 2005 devido ao acompanhamento farmacêutico.

Todas as pesquisas efectuadas neste âmbito referem a existência de grande redução dos custos totais com saúde e quantidade de hospitalizações através do fornecimento de serviços farmacêuticos. Os serviços farmacêuticos contribuem para a obtenção dos resultados terapêuticos, isso é uma certeza (Hepler e Strand, 1990), mas começa

também a ser indiscutível a sua importância na obtenção de outro tipo de benefícios. Pela dificuldade em quantificar esses benefícios, o seu valor e volume não são normalmente conhecidos. Até agora, em Portugal, também não o eram, mas um estudo recente (Gouveia e Machado, 2008) vem revelar informação que importa referir. O grande objectivo do estudo era estimar o volume dos serviços farmacêuticos prestados em farmácia comunitária. Os principais serviços focados foram o aconselhamento de medicamentos, sujeitos ou não a receita médica e a avaliação e interpretação de testes realizados (tensão arterial, colesterol e medição do nível de açúcar no sangue). As conclusões apresentadas neste estudo adiantam, que em Portugal, se praticam anualmente 38,8 milhões de actos farmacêuticos em contexto da farmácia comunitária. O custo destes serviços que, na sua grande maioria, não são cobrados aos utentes, é de 54 milhões de euros, o equivalente a cerca de 20% dos resultados brutos das farmácias. Outro objectivo, era estimar o valor que os utentes atribuíam a esses mesmos serviços. Como não existe um preço estipulado para os serviços farmacêuticos, os investigadores avaliaram, pelo método do *Choice experiments*, o valor atribuído pelos utentes, em termos de percepção do bem-estar alcançado, em 76,5 milhões de euros (Gouveia e Machado, 2008).

Capítulo IV

DEFINIÇÃO DO PROBLEMA E METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

1. Introdução

Neste capítulo, estruturalmente dividido em duas partes, apresenta-se em primeiro lugar uma breve exposição teórica que possibilita identificar o problema da pesquisa, os objectivos do estudo e as questões formuladas, para efeitos de análise. Seguidamente, descrevem-se os métodos utilizados no trabalho empírico para recolha e análise dos dados.

2. Problema da Pesquisa

2.1. Identificação do Problema

Anualmente nas farmácias portuguesas, praticam-se 38,8 milhões de actos farmacêuticos, na sua maioria, actos de aconselhamento e de avaliação, não pagos directamente. Nestes actos consomem-se 2,8 milhões de horas de trabalho dos quadros das farmácias (Gouveia e Machado, 2008).

Estes números justificam por si só o legítimo enquadramento da actividade farmacêutica no sector dos serviços. No entanto, apesar dos serviços farmacêuticos se terem tornado, nos dias de hoje, numa prática dominante em todo o mundo, continuam a ser um conceito estranho para a maioria dos utentes e, muito provavelmente, a própria profissão farmacêutica constitui a principal barreira à sua evolução (Berenguer *et al*, 2004).

Os serviços farmacêuticos são fornecidos por rotina na farmácia comunitária. Este e o facto de ser na farmácia, com a qualidade que lhe é inerente, que os utentes estão habituados a serem atendidos, podem ser apontados como uma das principais razões

pelas quais os serviços farmacêuticos não gozam, nos dias que de hoje, da real importância que lhes é devida. Secundariamente, mas não menos importante, para a diminuta visibilidade da prestação de serviços nas farmácias, aponta-se o facto desta prática poder não ser ainda efectuada em escala suficientemente alargada e de forma identificativa nas farmácias (Posey, 2003). Mas mais importante e limitador que estes pontos, é a lenta consciencialização dos farmacêuticos comunitários, de que a sua prática profissional transitou da orientação a produtos para orientação a serviços, centrados no utente (Hepler e Strand, 1990). Este não é, aliás, um problema exclusivo da farmácia. Muitas empresas de produtos o que dispensam são serviços, contudo ainda não se aperceberam disso (Reinartz e Ulaga, 2008). Apesar da sua necessidade, a maioria das vezes os serviços farmacêuticos, não são reconhecidos pelos utentes e outros pagadores, bem como por outros profissionais de saúde (Bernsten *et al*, 2009).

O fenómeno ao qual se assiste hoje, não é a emergência súbita do serviço, mas antes, a explosão da capacidade de separar, transportar e trocar informação, na ausência física dos bens e das pessoas envolvidas numa destas combinações. Mesmo que esta mudança de percepção possa efectivamente criar novas oportunidades na prestação dos serviços, não tem qualquer influência na natureza do que é comercializado - o *serviço* (Vargo e Lusch, 2008b).

São várias as barreiras impeditivas à implementação de serviços que constam na literatura. Gerações de farmacêuticos com mais idade reconhecem não possuir os conhecimentos necessários para a gestão da terapêutica e mantêm-se fiéis ao seu papel tradicional de dispensadores de medicamentos (Berenguer *et al*, 2004). Conteúdos académicos desajustados, a falta de solicitação de serviços por parte dos utentes e a falta de pagamento de serviços que já são prestados, o facto de os farmacêuticos não estarem dispostos à introdução de novos serviços, a incerteza quanto ao futuro da profissão (Gastelurrutia *et al*, 2007), os baixos incentivos financeiros, o tempo diário requerido (Bell *et al*, 1998; Gastelurrutia *et al*, 2007) e a baixa expectativa dos utentes face à profissão farmacêutica (Bell *et al*, 1998), são algumas das forças bloqueadoras dos serviços, identificadas por farmacêuticos. A estrutura física da farmácia comunitária, muito orientada para os processos de distribuição e venda de produtos (Gastelurrutia *et al*, 2007), foi também uma das barreiras apontadas. A implementação de determinados

serviços exige um certo grau de privacidade conseguido normalmente por “zonas de serviços personalizados” (Bell *et al*, 1998; Gastelurrutia *et al*, 2007). Se o farmacêutico conseguir a diminuição da maioria dessas barreiras, a farmácia pode vir a ocupar uma posição privilegiada no sistema de saúde (Ahlquist, Javanmardian e Kaura, 2010).

A implementação dos serviços tem sido difícil, independentemente do modelo de farmácia de cada país e a sua situação sócio-económica (Gastelurrutia *et al*, 2007). O serviço farmacêutico é prestado para o benefício directo do utente (Gastelurrutia *et al*, 2007) e se os farmacêuticos desejam tornar-se num componente vital para um sistema integrado de cuidados de saúde centrados no utente (Knapa, 1992) têm de aceitar e reconhecer a responsabilidade no fornecimento desse serviço. Se os farmacêuticos pretendem desempenhar um papel activo em questão de cuidados de saúde no futuro, deverão começar a trabalhar hoje (Knapa, 1992).

A descrição do interesse deste levantamento sobrepõe-se à descrição do interesse da existência de uma filosofia S-DL descrita pelos seus autores: o interesse da análise desta filosofia, não se prende com a abrupta substituição dos produtos pelos serviços, nas actividades económicas, mas à constatação de que é inadequado o sistema de classificação baseado em produtos e que a sua incapacidade para capturar e explicar as mudanças económicas da actualidade, se tornou mais evidente (Vargo e Lusch, 2008b).

Nas farmácias há procura do serviço, o que é preciso é identificar essa procura, conhecer as expectativas, adicionar incentivos e, se necessário, alterar o modelo de negócio (Gans, 2009).

2.2. Objectivos do Estudo e Questões

Os objectivos desta investigação são determinar o grau de implementação dos serviços farmacêuticos oferecidos na farmácia portuguesa, investigar quais os factores que incentivam a sua prestação e avaliar a aceitabilidade da introdução de novos serviços.

Para a verificação destes objectivos foi recolhida informação através de questionário (Anexo II), dirigido aos farmacêuticos portugueses e elaboradas questões de investigação, algumas das quais, estão retratadas directamente no referido questionário.

Questões de investigação:

- Questão 1: Qual o grau de implementação dos serviços farmacêuticos na farmácia portuguesa?
- Questão 2: Quais os factores que incentivam a prestação de serviços por parte dos farmacêuticos comunitários?
- Questão 3: Qual a aceitabilidade para a introdução de novos serviços na farmácia?
- Questão 4: Qual a relação entre a implementação de serviços farmacêuticos e as características demográficas da farmácia?
- Questão 5: Qual a relação entre a aceitabilidade de novos serviços e as características sócio-demográficas dos respondentes.
- Questão 6*: Que relação existe entre os factores que incentivam a prestação de serviços e as características individuais dos respondentes?
- Questão 7*: Que relação existe entre os factores que incentivam a prestação de serviços e a implementação dos serviços?

3. Metodologia de Investigação

Nesta secção expõem-se os métodos de investigação utilizados e a população em que o estudo incidiu. Descrevem-se os critérios seguidos para a recolha dos dados e apresentam-se as variáveis da investigação.

* Questões incluídas após análise exploratória dos dados através do método descrito no ponto 3.1.

3.1. Método de estudo

O método utilizado para obtenção dos dados foi o questionário. O questionário é um dos instrumentos de notação mais utilizados para a obtenção de informações acerca de uma população (Saunders *et al*, 2003; Giglione e Matalon, 1997). Esta opção possibilita a recolha de uma quantidade significativa de informação sobre uma amostra retirada de uma população de dimensão considerável (Saunders *et al*, 2003), permitindo medir atitudes, convicções, conhecimentos e comportamentos e também, a determinação de relações entre as variáveis (Bowling, 1997).

Numa investigação feita por questionário, com variáveis medidas directamente por perguntas do mesmo, deve ter-se especial atenção à sua redacção, para que a leitura dos dados obtidos, seja inequívoca (Hill e Hill, 2008). Todas as decisões tomadas na elaboração do questionário desta investigação foram copiosamente ponderadas para afectar o menos possível as características dos resultados, e consequentemente, a confiança nos dados obtidos. Apesar de reconhecidamente não ser possível a eliminação completa de todas as contrariedades, a realização de um estudo preliminar pode contribuir, no mínimo, para as minorar.

Assim, a investigação principal foi precedida por um pré-teste realizado numa amostra de conveniência, composta por 45 farmacêuticos a exercer em farmácias comunitárias, exactamente com as mesmas características da população sobre a qual recaiu o estudo final. Dos 45 questionários-teste enviados, recepcionaram-se 25 casos², no período temporal de 15 dias (prazo estipulado para a recolha dos testes). Aos respondentes foi solicitada a indicação, no próprio questionário, dos principais problemas encontrados no seu preenchimento, bem como problemas de formulação e incorrecção das perguntas e sugestões de melhoria. Após análise dos resultados por métodos estatísticos e examinadas as dificuldades sentidas, o questionário-teste sofreu algumas alterações, dando lugar ao questionário final da investigação (Anexo II).

² “Casos” da investigação são os respondentes ao questionário (Hill e Hill, 2008), ou seja, são cada um dos farmacêuticos comunitários que fez chegar a sua resposta.

3.1.1. O Questionário

As primeiras impressões causadas por um questionário nos respondentes são muito importantes, pois são determinantes de uma atitude favorável à resposta. A decisão quanto ao preenchimento do questionário baseia-se, essencialmente, em dois aspectos: o tamanho e o *layout* (Hill e Hill, 2008). O questionário utilizado é curto, preenchido em apenas 15 minutos³. Por aumentar a possibilidade de resposta de todos os potenciais respondentes foi prestada particular atenção ao *layout*. A primeira página do questionário contém elementos ilustrativos do tema abordado como forma de atracção e identificação por parte dos respondentes. Nessa página figuram também a identificação da autora e respectivos contactos, bem como os logótipos das instituições que apoiam o estudo, com o intuito de criar aproximação. Todos os questionários foram impressos a cores e, por uma questão de clareza, as perguntas e as diferentes secções estão separadas por diferentes cores ou tonalidades. A interpretação e a leitura saem também facilitadas pelo tamanho de letra e espaçamentos utilizados.

O questionário foi anónimo, contendo essa anotação, bem como a da garantia de confidencialidade das respostas no cabeçalho, para não sair afectada a veracidade das respostas dadas. Embora o anonimato não elimine totalmente a tendência de respostas socialmente desejáveis, pode ajudar a minorá-la (Hill e Hill, 2008).

Como o questionário lida com temas diferentes, é útil agrupar as perguntas por secções (Hill e Hill, 2008). A sua divisão foi efectuada em quatro secções: Secção A, Secção B, Secção C e Secção D.

A primeira secção dos questionários, normalmente é composta por perguntas que nos permitem descrever os casos (Hill e Hill, 2008). No questionário, a primeira secção é a Secção A - Caracterização do(a) Farmacêutico(a) Comunitário(a) – que faculta a caracterização sócio-demográfica dos respondentes.

O questionário assenta sobretudo em perguntas fechadas, que obrigam à escolha entre respostas alternativas fornecidas pelo autor (Hill e Hill, 2008). Contudo, nas perguntas 2

³ Indicação de tempo máximo obtida no estudo preliminar.

e 4 da Secção A solicita-se uma resposta quantitativa aberta, porque a resposta produzida dá uma medida da variável numa escala de medida de rácio, que é uma escala mais forte e mais flexível do que outros tipos de escala (Hill e Hill, 2008). Apesar de haver vantagens e desvantagens na utilização de cada um dos tipos de perguntas, abertas e fechadas, a inclusão no questionário de perguntas abertas foi apenas efectuada quando a sua utilização é justificadamente mais vantajosa, como no caso das referidas perguntas 2 e 4 e ainda no caso da pergunta 6 da secção B. Optou-se pelo uso maioritário de perguntas fechadas, por ser mais fácil a aplicação de análises estatísticas, porque muitas vezes possibilita a análise mais sofisticada de dados e porque permite a obtenção de informação quantitativa (Hill e Hill, 2008).

A Secção B - Caracterização da Farmácia onde trabalha - permite o enquadramento geográfico do local de trabalho dos respondentes, saber se é propriedade ou não de farmacêuticos, qual o nível de implementação dos serviços farmacêuticos, que serviços farmacêuticos registam o maior grau de implementação e que investimentos financeiros foram feitos, nos últimos 5 anos, para a sua prestação.

Como referido anteriormente, a pergunta número 6 da Secção B (ver Anexo II), é uma pergunta aberta, ou seja, é o próprio respondente que escreve a resposta por palavras suas (Hill e Hill, 2008). A pergunta 9, desta secção, é uma pergunta fechada pelas razões já invocadas. Contudo, para o recurso a pergunta fechada acresce ainda o facto de nesta pergunta ser solicitada uma modalidade de resposta cujo valor exacto pode ser sensível (Hill e Hill, 2008). Ainda nesta mesma pergunta inclui-se a opção de resposta “não sei”, por se considerar que nem todos os respondentes têm conhecimentos suficientes para responder com segurança. As alternativas de respostas à pergunta 9 foram construídas baseadas em informação fornecida por duas entidades idóneas que indicaram a média de valores inerentes a possíveis investimentos na área dos serviços farmacêuticos.

Com a Secção C – Caracterização da oferta em Farmácia Comunitária – identificam-se os factores que incentivam os farmacêuticos à prestação de serviços. Quando se

pergunta uma opinião ou atitude, o investigador, tendo em conta a teoria disponível, o conhecimento de estudos sobre o tema e também o senso comum e a intuição, deve seleccionar os itens que medem a variável latente (Hill e Hill, 2008). A cada variável devem estar associados 4 ou 6 itens, redigidos sob a forma de pergunta fechada, preferencialmente com cinco respostas alternativas, sendo usual o uso de afirmações em vez de perguntas, com escalas de resposta (Hill e Hill, 2008) conforme o quadro abaixo:

Discordo totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

Com alteração da designação de “Indeciso” do grau de concordância 3, para “não concordo, nem discordo”, esta é a escala utilizada no questionário. É uma escala ordinal do tipo Likert⁴, com direcção positiva, ou seja, ao valor mais elevado do item corresponde o maior grau de concordância.

As perguntas estão escritas de forma neutra, não convidando a uma resposta só positiva ou a uma resposta só negativa (Hill e Hill, 2008). Da mesma forma, a escala utilizada permite todos os tipos de resposta, positiva (concordo), negativa (discordo) e neutra (não concordo, nem discordo).

Por último, e tendo em conta que o processo de investigação não é só um processo de aplicação de conhecimento mas também um processo de criatividade controlada (Hill e Hill, 2008), a Secção D - Aceitabilidade de novos serviços – tem o objectivo de retirar informações sobre a implementação de serviços inovadores, pouco comuns nas farmácias comunitárias portuguesas. Apresenta-se sob a forma de pergunta fechada, composta por 24 itens, com sugestões de novos serviços, o que permite saber que serviços têm possibilidade de serem implementados no futuro. Nesta pergunta inclui-se também a opção de resposta “não sei”, por se considerar razoável admitir, que parte dos respondentes terão dificuldade em definir uma postura.

⁴ Este tipo de escala foi desenvolvido por Rensis Likert em 1932.

3.1.2. Universo de Investigação

Como se refere anteriormente, o método que se utilizou para a recolha dos dados foi o questionário, após análise e validação efectuados por estudo preliminar.

Os dados são informação na forma de observações, ou medidas dos valores de uma ou mais variáveis normalmente fornecidos por um conjunto de entidades, que em ciências sociais, se designam normalmente por “casos” de investigação (Hill e Hill, 2008). Por seu turno, População ou Universo⁵ designa o conjunto total dos casos sobre os quais se pretende tirar conclusões, que de acordo com Hill e Hill (2008), convém distinguir em dois tipos:

Universo alvo - formado pelo número total dos casos.

Universo inquirido - formado pelo número total dos casos que, *na prática*, estão disponíveis para a amostragem e sobre os quais o investigador quer tirar conclusões (Hill e Hill, 2008, *itálico no original*).

No presente estudo, o Universo alvo é composto por todos os farmacêuticos comunitários, em exercício em farmácia comunitária em Portugal Continental e Ilhas, ou seja, 7269 casos, que se referem ao número de farmacêuticos com indicação de exercício profissional em farmácia comunitária⁶, perante a Ordem dos Farmacêuticos.

Numa investigação académica é aconselhável trabalhar sobre um universo mais pequeno e mais simples, não só porque evita complicações associadas à utilização de métodos de amostragem, mas também porque nem o tempo nem os recursos que os alunos dispõem são adequados para fazer investigação em grande escala (Hill e Hill, 2008). Pela dificuldade que representa, na presente investigação, trabalhar com o Universo alvo, o estudo recai sobre o Universo inquirido.

⁵ Do ponto de vista estatístico, uma População ou Universo é o conjunto de valores de uma variável sobre a qual pretendemos tirar conclusões (Hill e Hill, 2008).

⁶ Para o exercício da profissão de Farmacêutico, em farmácia comunitária é obrigatória a inscrição na Ordem dos Farmacêuticos.

O Universo inquirido, definido como o número total dos casos que, em termos práticos, se encontram disponíveis, é na presente investigação constituído por todas as farmácias comunitárias em Portugal Continental e Ilhas onde exercem oficialmente funções, todos os farmacêuticos comunitários: 2817 Farmácias Comunitárias⁷.

3.1.3. Recolha de Dados

O questionário enviado para todas as farmácias de Portugal Continental e Ilhas com a edição de Janeiro/Fevereiro de 2010 da revista Farmácia Distribuição⁸, fez-se acompanhar de um artigo explicativo do estudo e de incentivo à participação (Anexo III) porque os respondentes gostam de saber um pouco sobre o investigador, a natureza e os objectivos da investigação (Hill e Hill, 2008). No questionário reforçou-se a proficuidade da participação e indicou-se o tempo médio de resposta.

Como forma de potenciação da participação, juntamente com o questionário foi incluído na revista Farmácia Distribuição um envelope RSF. Foi solicitado aos respondentes que enviassem o questionário, via envelope RSF ou fax. - “Devolva, por favor, o questionário preenchido através do envelope RSF ou **fax n.º 226 104 917**”.

Perante a possibilidade da existência de mais que uma resposta por farmácia (pois em cada farmácia, por norma, há mais que um farmacêutico), sugeriu-se a cópia do questionário, o que permitiria aumentar o número de repostas - “Para mais que uma resposta, pode fazer cópia deste questionário”.

Os questionários foram preenchidos pelo respondente isoladamente, sem qualquer tipo de ajuda por parte do autor. Não devendo haver intermediário, colocou-se uma nota na página de rosto: “Destina-se apenas a Farmacêuticos Comunitários em exercício em Farmácia Comunitária”.

⁷ 2707 farmácias em Portugal Continental (INFARMED, 2010), 63 na Região Autónoma da Madeira (SRASM, 2010) e 47 na Região Autónoma dos Açores (SREA, 2009).

⁸ A revista Farmácia Distribuição é uma revista profissional dirigida à Farmácia Comunitária. Tem uma tiragem de 6.000 exemplares, assegurando a cobertura de todas as farmácias do Continente e Regiões Autónomas.

Para assegurar a franqueza das respostas o questionário foi anónimo e essa indicação foi claramente fornecida na primeira página do questionário através da frase - “Questionário anónimo, não se identifique, por favor.” A confidencialidade das respostas foi também assegurada pela utilização dos envelopes RSF, por meio do qual o respondente deveria devolver por correio o questionário ao autor.

Todas as Farmácias Comunitárias a nível Nacional receberam um questionário, ou seja, foram enviados 2817 questionários. Destes, recepcionaram-se 499 casos, o que representa cerca de 18% do Universo inquirido.

3.2. Variáveis de Investigação

Nesta secção, apresenta-se em primeiro lugar, a lista das variáveis em estudo e respectivas escalas de medida, cuja representação se esquematiza no Quadro 5. Em seguida faz-se a descrição do método aplicado à Secção C do questionário para redução da complexidade dos dados e consequente extracção de variáveis.

Quadro 5 - Variáveis de estudo

Dimensão	Variável	Escala de medida	Gama de valores	Questão	Item
Caracterização do(a) Farmacêutico(a) Comunitário	Sexo	Nominal	1-2	1.	
	Idade	Rácio	[23;100]	2.	
	Função	Nominal	1-3	3.	
	Experiência profissional	Rácio	[0;100]	4.	
	Habilitações académicas	Nominal	1-5	5.	
Caracterização da Farmácia	Localização	Nominal	1-18	6. I)	
	Propriedade	Nominal	1-2	7.	
Nível de implementação de serviços farmacêuticos	Implementação de serviços farmacêuticos	Nominal	1-2	8.	Apoio domiciliário
					Administração primeiros socorros
					Administração de medicamentos
					Utilização de meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica
					Administração de vacinas não incluídas no PNV
					Programas de Cuidados Farmacêuticos
					Campanhas de informação, promoção e educação para a Saúde
					Colaboração em programas de educação para a saúde
					Interpretação e avaliação de prescrições médicas
					Aconselhamento terapêutico e promoção do correcto uso do medicamento
					Acompanhamento e monitorização da terapêutica
					Dispensa de medicamentos e outros produtos de saúde
					Valormed, troca seringas e outras recolhas
					Programa da metadona
					Farmacovigilância
	Investimentos financeiros para a prestação de serviços	Ordinal	1-6	9.	

Quadro 5 - Variáveis de estudo (cont.)

Dimensão	Variável	Escala de medida	Gama de valores	Questão	Item
Atitude face à oferta de novos serviços	Aceitabilidade de novos serviços	Nominal	1-3	11.	Música ambiente
					Espaços aromatizados de acordo com os produtos (p.ex.: na puericultura, aroma a bebé)
					Quiosque com informações sobre saúde
					Consultas médicas por vídeo-conferência
					<i>Payshop</i> (pagamento de água, luz, telefone...)
					Acompanhamento farmacêutico especializado (p.ex.: acompanhamento da mulher menopausica, do homem com disfunção erétil...)
					Organização d e turismo saudável
					<i>Personal Health Adviser</i>
					Gabinete de medicina alternativa
					Tertúlias e <i>workshops</i> temáticos
					Café e <i>snack-bar</i>
					Sistema de iluminação de acordo com a sazonalidade dos produtos
					Sala de espera confortável (sofás, Tv...)
					Roupa específica para atopia e outros problemas de pele
					Zona de alimentação saudável
					Livros de promoção e educação para a saúde
					Livros, CD's e DVD's de auto-ajuda
					Gestão da terapêutica em polimedicados (gestão e administração de medicamentos, em casa dos utentes ou em instituições)
					Marcação de consultas e exames médicos
					Águas e bebidas vitaminadas e energéticas
					Quiosque com jornais e revistas
					Equipamentos de <i>fitness</i>
					Gabinete de massagens e relaxamento
					Alertas personalizados (pe: sms para doente com HTA sobre necessidade de medição da PA)

3.3. CATPCA

A Secção C do questionário, pergunta n.º 10 (Vid. Anexo II), foi sujeita a tratamento estatístico para obtenção das variáveis que identificam os factores que incentivam os farmacêuticos comunitários à prestação de serviços. A análise destes dados efectuou-se através da aplicação do método da Análise de Componentes Principais (ACP), pela *CATegorical Principal Components Analysis* (CATPCA).

A Análise de Componentes Principais (ACP) é uma técnica de análise exploratória multivariada, geralmente encarada como um método de redução da complexidade dos dados, que transforma um conjunto de variáveis correlacionadas num conjunto menor de variáveis independentes, as “componentes principais” (Maroco, 2007). Estas componentes podem depois ser usadas como índices ou indicadores que resumem a informação disponível nas variáveis originais e, adicionalmente, podem ser utilizadas em análises posteriores, nomeadamente, em técnicas estatísticas que exigem que as variáveis sob estudo sejam independentes (Maroco, 2007). Contudo, a ACP só pode ser aplicada a variáveis quantitativas (Maroco, 2007), e neste estudo, à semelhança de outros estudos das ciências sociais, as variáveis em análise são quase todas qualitativas. Pelo mesmo motivo, não se recorre à Análise Factorial (AF), porque a AF só pode ser aplicada no caso das variáveis medidas serem quantitativas (Maroco, 2007). Mesmo assim, estudos empíricos e de simulação admitem que se pode usar a AF em escalas de tipo-Likert de 5 a 7 pontos ordinais, desde de que se verifique simetria da função de distribuição, o que não ocorre no presente estudo. Para contornar a impossibilidade do uso de variáveis qualitativas em estudos do tipo-ACP, o SPSS⁹ implementou um procedimento genericamente designado por *Optimal Scaling*, que atribui valores numéricos às categorias de cada uma das variáveis qualitativas e os valores resultantes, são depois estandardizados e usados na CATPCA (Maroco, 2007).

Procedeu-se então à análise CATPCA por selecção da opção *Categorical Principal Components* e eliminação de todos os sujeitos com *missing values*¹⁰, 104 casos

⁹ O software SPSS, após aquisição pela IBM, passou também a ser designado por PASW ou IBM SPSS.

¹⁰ O SPSS interpreta como *missing* as variáveis qualitativas que apresentam um valor inferior a 1, assim, as variáveis devem ser sempre codificadas por forma a assumirem um valor superior ou igual a 1 (Maroco, 2007). Havendo *missing values*, este facto pode determinar a eliminação de sujeitos da análise.

eliminados no total. Para normalização¹¹ das componentes (opção do SPSS, *Normalization Method*) foram vários os métodos experimentados, pois para além do método tradicional de normalização das componentes (*Variable Principal*), o SPSS, permite normalizar as componentes de acordo com os seguintes métodos: *Object Principal*, *Symmetrical*, *Independent* e *Custom* (Maroco, 2007). Como pode não existir uma única solução óptima, sendo necessário fazer várias tentativas antes que os resultados do *Optimal Scaling* façam sentido (Maroco, 2007), foram despidadas todas as hipóteses relativamente à normalização. Facilmente se seleccionaram dois dos métodos de normalização:

- *Variable Principal* – método que optimiza a associação entre variáveis e com grande utilidade quando o objectivo principal da análise é perceber a estrutura correlacional das variáveis (Maroco, 2007).
- *Symmetrical* – método adequado para estudar a relação entre variáveis e sujeitos.

Estes dois métodos foram aplicados na análise, não só para a normalização das variáveis, mas também para confirmar o número de componentes extraídas. Ambos os métodos se aplicaram para obtenção de 4, 5 e 6 componentes. O resultado mais satisfatório foi conseguido com o método *Symmetrical*, para 5 componentes (Anexo IV). A indicação do número de componentes extraídas foi efectuada aquando do pré-teste e confirmada na investigação principal, pelo método do coeficiente de *Alpha de Cronbach* e pela observação da inclinação da recta do *Scree plot* das componentes extraídas (Anexo V). O *Alpha de Cronbach* é uma medida de fiabilidade, que varia entre 0 e 1 e é tanto melhor quanto maior for o seu valor (Maroco, 2007), de modo que, este coeficiente foi também utilizado para averiguação da fiabilidade da escala utilizada na pergunta n.º 10. As 5 componentes extraídas apresentam um valor do *Alpha de Cronbach* superior a 0,7, o que indica que todas elas apresentam um bom valor de fiabilidade.

Após transformação das variáveis originais e determinação do número de componentes extraídas, a interpretação do significado das componentes é determinada a partir das

¹¹ Normalização é um método de transformação que permite o estabelecimento de correlações entre variáveis.

correlações (*component loadings*) de cada variável com as novas componentes (Maroco, 2007). Cada dimensão é definida pelo conjunto resultante do agrupamento das variáveis originais que apresentam maior *component loading* em valor absoluto, como se representa no Anexo VI. A interpretação do significado de cada componente depende, obviamente, da sensibilidade do analista, contudo, é aceitável que a sua interpretação não seja de todo possível (Maroco, 2007).

Constam no Quadro 6, as 5 componentes extraídas e os itens que as determinam. A designação atribuída a cada uma dessas componentes será apresentada, por uma questão de estruturação do presente capítulo, na análise dos resultados.

Quadro 6 – Variáveis de estudo extraídas pela análise CATPCA

Variável	Item
Componente 1	10.07 O aconselhamento terapêutico valoriza a profissão farmacêutica
	10.14 Aquando da dispensa de um medicamento, presto um serviço
	10.15 O estado beneficia com a prestação de serviços na farmácia
	10.17 São necessários conhecimentos e capacidades específicas para a prestação de serviços
	10.18 A sala de atendimento personalizado é necessária para a prestação de certos serviços
	10.22 Mudar as práticas de farmácia comunitária passa pela maior prestação de serviços
	10.23 Os utentes beneficiam com a prática de serviços
	10.27 Ajudar os utentes é uma das principais funções do farmacêutico
	10.28 A prestação de serviços é importante para a valorização profissional
	10.31 A prestação de serviços farmacêuticos diferencia as farmácias
	10.32 A prestação de serviços promove a fidelização de utentes
	10.33 A monitorização da terapêutica e a avaliação da prescrição evita erros médicos
	10.35 A prestação de serviços na farmácia, diferencia-a de outros espaços de saúde
	10.37 Ganham-se utentes com a prestação de serviços
	10.38 O aspecto mais importante da implementação de serviços é o bem-estar do utente
	10.42 É responsabilidade do farmacêutico promover a saúde pública pela prestação de serviços
	10.44 A actividade do farmacêutico tem uma grande orientação ao utente
	10.50 A farmácia tem potencial para a implementação de novos e mais serviços

Quadro 6 – Variáveis de estudo extraídas pela análise CATPCA (cont.)

Variável	Item
Componente 2	10.02 A actividade farmacêutica baseia-se na venda de medicamentos e outros produtos de saúde
	10.04 A dispensa de medicamentos é um acto de venda puro
	10.05 O aconselhamento farmacêutico é um serviço que tem acoplado um medicamento ou outro produto de saúde
	10.06 O aconselhamento terapêutico contribui para o retorno financeiro da farmácia
	10.12 O principal papel do farmacêutico é a venda de medicamentos e outros produtos de saúde
	10.13 Aquando da dispensa de um medicamento, vendo um produto
	10.24 Os serviços farmacêuticos são providenciados apenas quando são economicamente viáveis
	10.25 A prestação de serviços é feita apenas se solicitada
	10.29 É importante conhecer o retorno financeiro dos serviços, antes de implementá-los
	10.36 A prática de serviços depende, completamente, do gestor/proprietário da farmácia
	10.41 A mais-valia que a farmácia oferece aos seus utentes, é obtida pela venda de medicamentos
	10.47 Independentemente dos serviços, a farmácia enquadra-se no sector do retalho
Componente 3	10.09 Os serviços farmacêuticos contribuem para a diminuição da despesa pública de saúde
	10.10 O Acto Farmacêutico pode ser cobrado directamente ao utente
	10.16 Os serviços farmacêuticos são sustentáveis se sujeitos a remuneração
	10.21 Os serviços são prestados porque é isso que os utentes esperam de nós
	10.26 A relação que se estabelece com os utentes é a mais-valia da profissão
	10.43 Os serviços farmacêuticos estão bem implementados nas farmácias portuguesas
	10.45 A actividade do farmacêutico tem uma grande orientação ao medicamento e outros produtos
	10.46 A actividade do farmacêutico tem uma grande orientação ao serviço
Componente 4	10.48 Os serviços farmacêuticos enquadram a profissão farmacêutica no sector dos serviços
	10.30 O farmacêutico dá um contributo importante para a saúde pública
	10.39 A prestação de serviços é mais importante que o medicamento, por si só, na actividade diária da profissão farmacêutica
	10.40 A mais-valia que a farmácia oferece aos seus utentes, é obtida pela prestação de serviços
	10.08 A prestação de serviços farmacêuticos prejudica financeiramente a farmácia
	10.49 A sobrevivência do farmacêutico comunitário, enquanto profissional de saúde, está dependente do grau de implementação de serviços
Componente 5	10.01 O papel do farmacêutico comunitário é muito abrangente
	10.03 A actividade farmacêutica baseia-se na prestação de serviços
	10.11 O farmacêutico é um prestador de serviços de saúde
	10.19 Os serviços farmacêuticos são prestados exclusivamente por farmacêuticos
	10.20 O número de farmacêuticos por farmácia influencia a qualidade do serviço prestado
	10.34 Os serviços farmacêuticos diferenciam o farmacêutico de outros profissionais da farmácia

Fonte: Adaptado do *Output* do SPSS

CAPÍTULO V

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1. Introdução

Neste capítulo é analisada e discutida a informação recolhida através do estudo empírico efectuado.

Foram recolhidos 499 casos, o que representa uma taxa de resposta de 18%. Dos casos recepcionados, 476 foram considerados válidos para investigação. Para análise estatística dos resultados recorreu-se ao programa informático SPSS (*PASW Statistics*, Versão 18).

2. Caracterização da Amostra

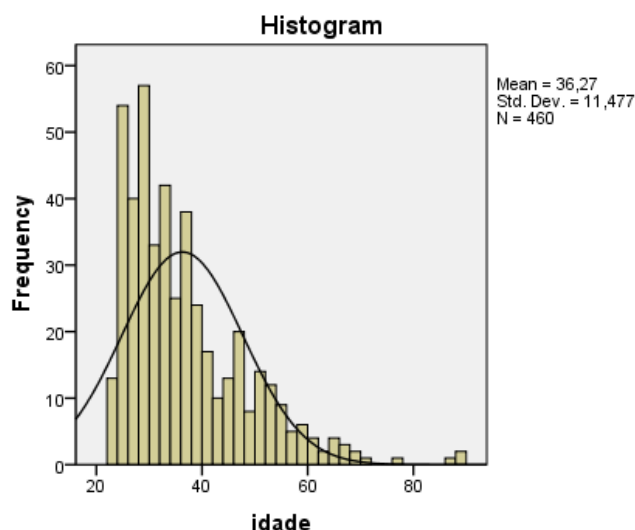
A caracterização da amostra resulta da análise da primeira e segunda secção do questionário, Secção A – “Caracterização do(a) Farmacêutico(a) Comunitário(a)”, que recolhe dados sobre a caracterização sócio-demográfica dos respondentes, e Secção B – “Caracterização da Farmácia onde trabalha” que recolhe dados sobre o local de trabalho dos farmacêuticos respondentes.

As idades dos respondentes, representadas no Quadro 7 e na Fig. 12, estão compreendidas entre os 23 e os 88 anos e a média das idades é de 36 anos. A maioria dos respondentes, 52%, tem idades compreendidas entre os 23 e 33 anos e os 29 anos são a idade que aparece com maior frequência na amostra.

Quadro 7 – Estatística das Idades

Statistics - idade		
N	Valid	460
	Missing	16
Mean		36,27
Median		33
Mode		29
Std. Deviation		11,477
Variance		131,73
Minimum		23
Maximum		88

Fonte: Output SPSS

Fig. 12 – Histograma das Idades

Fonte: Output SPSS

Relativamente ao género, as mulheres são a maioria. A distribuição obtida sobrepõe-se aos dados relativos à profissão farmacêutica apontada pela Ordem dos Farmacêuticos, 79% de mulheres e 21% de homens.

A habilitação mínima exigida para o exercício da profissão farmacêutica é a licenciatura, mesmo assim, os dados obtidos, ver Quadro 8, mostram que 24% dos respondentes são detentores de Mestrado e 7% de Pós-graduações não conferentes de grau académico.

Quadro 8 – Habilitações Académicas

	Habilitações Académicas						
	Licenciado		Mestre		Pós-graduado		Total
Género	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº
Feminino	255	69%	92	25%	23	6%	371
Masculino	70	69%	20	20%	11	11%	101
Total	326	68%	112	24%	34	7%	476

Fonte: Adaptado do Output do SPSS

As funções¹² exercidas encontram-se repartidas, como se verifica no Quadro 9, entre Direcção Técnica, 43,3%, Farmacêutico Substituto, 30% e Farmacêutico, 25,8%.

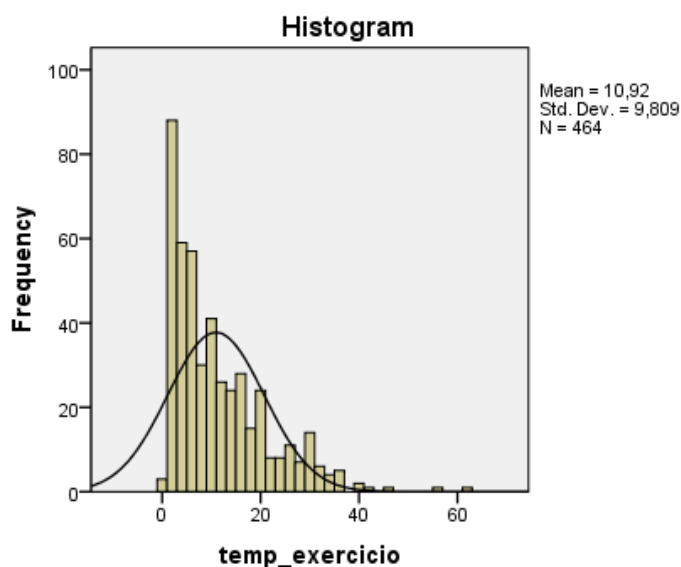
Quadro 9 – Funções

	Função			
	Frequência	Porcentagem	Percent Validada	Percent Acumulada
Valid	4	0,80	0,80	0,80
Director Técnico	206	43,3	43,3	44,1
Farmacêutico	123	25,8	25,8	70,0
Farm_Substituto	143	30,0	30,0	100,0
Total	476	100,0	100,0	

Fonte: Adaptado do *Output* do SPSS

Os farmacêuticos que compõem a amostra exercem funções em farmácia de oficina, em média, há 11 anos. 51,1% dos respondentes trabalha em farmácia há 8 anos ou menos e 90,5% há 25 anos ou menos, *vid* Fig. 13.

Fig. 13 – Histograma de exercício profissional



Fonte: *Output* SPSS

¹² De acordo com a OF, em farmácia de oficina, tendo em conta o grau de responsabilidade, o farmacêutico exerce uma das três funções, Director Técnico, Farmacêutico Substituto ou Farmacêutico.

A Amostra é constituída por 88,2% de farmácias com propriedade de farmacêuticos e 11,8% de não farmacêuticos. Relativamente ao investimento financeiro efectuado nos últimos 5 anos pelas farmácias com o objectivo de promover os serviços farmacêuticos, 41,1% dos respondentes desconhece esse valor, 28,8% refere que a farmácia onde se insere fez um investimento inferior a 5.000€ e 26,3% diz ter havido um investimento entre 5.000€ e 50.000€.

O maior número de respostas obtidas é de farmacêuticos a laborar nos distritos do Porto, Lisboa e Braga. Os distritos de Lisboa e do Porto são os distritos com maior número de farmácias, seguidos de Aveiro e Braga, como se pode verificar no Quadro 10. Contudo, tendo em conta o número de farmácias por distrito, verifica-se que a maior taxa de resposta neste estudo tem registo nos distritos de Vila Real (34%), Portalegre (29%) e Porto (27%). Lisboa, apesar de estar entre os distritos com maior número de questionários remetidos e de concentrar mais de 23% das farmácias de todo o território português, é o distrito com menor taxa de resposta, 6%, seguida da Guarda, 7% e de Santarém, 8%.

Quadro 10 – Taxa de resposta por distrito e por Região Autónoma

DISTRITO	Nº de Farmácias/Distrito	Nº de casos recebidos	Taxa de resposta no distrito
AVEIRO	185	32	17%
BEJA	51	11	22%
BRAGA	180	41	23%
BRAGANCA	40	10	25%
CASTELO BRANCO	60	13	22%
COIMBRA	145	35	24%
EVORA	57	9	16%
FARO	110	16	15%
GUARDA	54	4	7%
LEIRIA	125	16	13%
LISBOA	656	42	6%
PORTALEGRE	45	13	29%
PORTO	424	114	27%
SANTAREM	145	12	8%
SETUBAL	194	20	10%
VIANA DO CASTELO	63	16	25%
VILA REAL	67	23	34%
VISEU	106	21	20%
REG. AUTÓNOMA DOS AÇORES	47	7	15%
REG. AUTÓNOMA DA MADEIRA	63	11	17%

Fonte: Adaptado do *Output* do SPSS

3. Apresentação dos Resultados às Questões Formuladas

Nesta secção dá-se resposta às questões formuladas no capítulo anterior, que por sua vez estão na base do alcance dos objectivos traçados para o presente estudo.

3.1. Questão 1 - Implementação dos serviços

A investigação mostra que 93% das farmácias portuguesas tem serviços farmacêuticos implementados. A implementação dos serviços é muito semelhante em todos os distritos de Portugal Continental e Ilhas, variando entre os 75% na Guarda e os 100% nos distritos de Bragança, Castelo Branco, Coimbra, Faro, Santarém e na Região Autónoma dos Açores, como mostra o Quadro 11.

Quadro 11 – Implementação dos Serviços Farmacêuticos em Portugal

Distrito	Implementação de Serviços		Total	Grau de Implementação de serviços
	Não	Sim		
Aveiro	1	31	32	97%
Beja	2	9	11	82%
Braga	4	37	41	90%
Bragança	0	10	10	100%
Castelo Branco	0	13	13	100%
Coimbra	0	35	35	100%
Évora	1	8	9	89%
Faro	0	16	16	100%
Guarda	1	3	4	75%
Leiria	2	14	16	88%
Lisboa	4	37	42	88%
Portalegre	2	11	13	85%
Porto	5	108	114	95%
R. A. Açores	0	7	7	100%
R. A. Madeira	2	9	11	82%
Santarém	0	12	12	100%
Setúbal	1	19	20	95%
Viana do Castelo	1	15	16	94%
Vila Real	1	22	23	96%
Viseu	1	20	21	95%
Total	29	442	476	93%

Fonte: Adaptado do *Output* do SPSS

Dos serviços investigados, o que regista menor implementação, com apenas 11%, é o Programa da Metadona. No extremo oposto com uma percentagem de 91% está a Valormed, programa de seringas e outras recolhas, seguido dos serviços de Aconselhamento terapêutico e promoção do correcto uso do medicamento, com 85% e Dispensa de medicamentos e outros produtos de saúde, com 82% de percentagem de implementação. Além dos serviços apresentados no questionário e referidos no Quadro 12, 12% dos respondentes indicam a prática de outros serviços, de onde se destacam, pelo número de referências listadas, os serviços de Nutrição, Rastreio e/ou CheckSaúde e Podologia.

Quadro 12 – Implementação dos serviços investigados

Serviços Farmacêuticos investigados	Percentagem de implementação
Programas de Cuidados Farmacêuticos	46%
Administração primeiros socorros	36%
Administração de medicamentos	45%
Utilização de meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica	62%
Dispensa de medicamentos e outros produtos de saúde	82%
Administração de vacinas não incluídas no PNV	73%
Campanhas de informação, promoção e educação para a Saúde	79%
Colaboração em programas de educação para a saúde	66%
Farmacovigilância	60%
Valormed, troca seringas e outras recolhas	91%
Programa da metadona	11%
Apoio domiciliário	23%
Aconselhamento terapêutico e promoção do correcto uso do medicamento	85%
Interpretação e avaliação de prescrições médicas	74%
Acompanhamento e monitorização da terapêutica	53%
Outros	12%

Fonte: Adaptado do *Output* do SPSS

3.2. Questão 2 - Factores que incentivam a prestação de serviços

Para responder a esta questão tratou-se estatisticamente a Secção C do questionário, de acordo com o que foi descrito no capítulo anterior e que sucintamente se passa a descrever. A complexidade dos dados da Secção C do questionário foi reduzida, por aplicação do método da Análise das Componentes Principais, pela CATPCA, com selecção da opção *Categorical Principal Components*, eliminação de todos os sujeitos com *missing values* e aplicação do método de normalização *Symmetrical*. Esta análise foi efectuada no pré-teste e repetida depois com os resultados finais da investigação. O número de componentes extraídas foi indicado pelo método do coeficiente de *Alpha de Cronbach*, pelo *Scree plot* das componentes extraídas e pela aplicação repetida do método de normalização das variáveis, até se chegar a um resultado satisfatório, quer no pré-teste, quer na totalidade dos casos da investigação principal. Cada componente extraída é estatisticamente determinada a partir das correlações (*component loadings*) de cada variável com as novas componentes (Maroco, 2007) e definida pelo conjunto resultante do agrupamento das variáveis originais que apresentam maior *component loading* em valor absoluto (Anexo VI). Contudo, esta determinação estatística é destituída de valor se não for passível de interpretação, o que nem sempre é possível (Maroco, 2007). Mesmo assim, a componente extraída deve ser interpretada tendo em conta as variáveis originais que estatisticamente a determinam, mas a interpretação do significado de cada componente depende, sobretudo, da sensibilidade de quem a analisa (Maroco, 2007).

Apresentam-se abaixo as designações atribuídas a cada uma das 5 componentes extraídas e respectivas fundamentações.

- **Componente 1: Diferenciação pelo serviço**

A 1ª componente reúne 18 itens, indicativos todos eles, da importância que tem para a farmácia, a prestação de serviços. Estes itens enaltecem o serviço, em detrimento do produto, p.ex.: “Aquando da dispensa de um produto, presto um serviço” e anunciam as mais-valias inerentes à sua prestação: “Ganham-se utentes com a prestação de serviços”; “A prestação de serviços na farmácia, diferencia-a de outros

espaços de saúde”. A análise conjunta dos itens da Componente 1, indicia que em farmácia comunitária, através da prestação de serviços farmacêuticos, se pode conseguir a diferenciação.

- **Componente 2: Venda de produtos**

A 2ª componente, embora contenha alguns itens pouco relevantes para a sua interpretação, a grande maioria dos 12 itens agrupados leva a crer que nas farmácias, o que efectivamente se valoriza é a oferta de produtos, figurando os serviços como perfeitamente dispensáveis, p.ex.: “A dispensa de medicamentos é um acto de venda puro”; “A mais-valia que a farmácia oferece aos seus utentes, é obtida pela venda de medicamentos”; “Independentemente dos serviços, a farmácia enquadra-se no sector do retalho”.

- **Componente 3: Contribuição do serviço**

Esta é a componente que suscita maior dificuldade de interpretação. Contudo, 5 dos seus 8 itens têm implícito que a prestação de serviços traz alguma forma de contribuição, para a farmácia: “O Acto Farmacêutico pode ser cobrado directamente ao utente”, para o farmacêutico: “A relação que se estabelece com os utentes é a mais-valia da profissão”, ou mesmo para entidades externas: “Os serviços farmacêuticos contribuem para a diminuição da despesa pública de saúde”.

- **Componente 4: Valorização do serviço**

Nesta componente está bem patente a primazia do serviço e o valor acrescentado que a sua prestação confere não só à farmácia: “A mais-valia que a farmácia oferece aos seus utentes, é obtida pela prestação de serviços”, mas também, ao farmacêutico, p.ex.: “A sobrevivência do farmacêutico comunitário, enquanto profissional de saúde, está dependente do grau de implementação de serviços”.

- **Componente 5: Valorização profissional**

A 5ª e última componente reúne os itens que traduzem a valorização do farmacêutico, enquanto profissional de saúde, em virtude da prestação de serviços, p.ex.: “Os serviços farmacêuticos diferenciam o farmacêutico de outros profissionais da farmácia”; “O farmacêutico é um prestador de serviços de saúde”; “O número de farmacêuticos por farmácia influencia a qualidade do serviço prestado”.

Estas 5 componentes, Diferenciação pelo serviço, Venda de produtos, Contribuição do serviço, Valorização do serviço e Valorização profissional, definem os factores que incentivam a prestação de serviços na farmácia comunitária pelos farmacêuticos comunitários.

3.3. Questão 3 - Aceitabilidade de novos serviços

Para verificação desta questão não existe nenhuma variável directamente observável, pelo que, para lhe dar resposta, é codificada uma nova variável quantitativa “aceitabilidade de novos serviços”, sob a forma de *score* de 0 a 24 (número máximo de taxa de aceitabilidade, pois o que se propõem são 24 novos serviços). Esta variável resulta da soma de respostas positivas (Sim=1) e negativas (Não=0), com exclusão de todos os casos com pelo menos uma resposta “Não sabe”, à pergunta n.º 11 do questionário (Anexo II). Assim e devido a esta exclusão, a variável “aceitabilidade de novos serviços” é analisada apenas para 103 casos. A análise estatística desta nova variável, patente no Quadro 13, demonstra ser 11 a média da aceitabilidade de novos serviços.

Quadro 13 – Análise da aceitabilidade de novos serviços

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Aceitabilidade	103	,00	23,00	11,0000	5,24498
Valid N (listwise)	103				

Fonte: Output do SPSS

Apesar da conclusão que se pode retirar desta análise, um grau de aceitabilidade não muito elevado por parte dos farmacêuticos comunitários, considera-se interessante a observação mais pormenorizada dos resultados oriundos da pergunta n.º 11. O Quadro 14 mostra, para cada um dos novos serviços apresentados aos respondentes, as percentagens de resposta positivas (Sim), negativas (Não) e neutras (Não Sabe), à sua introdução na farmácia. Foram retiradas da análise as respostas ausentes.

Quadro 14 – Análise descritiva da aceitabilidade de novos serviços

Serviço	Não	Não sabe	Sim
Música ambiente	8%	6%	83%
Espaços aromatizados de acordo com os produtos	27%	23%	46%
Quiosque com informações sobre saúde	13%	12%	71%
Consultas médicas por vídeo-conferência	49%	28%	20%
Payshop	79%	10%	7%
Acompanhamento farmacêutico especializado	5%	8%	85%
Organização de turismo saudável	53%	27%	16%
Personal Health Adviser	25%	27%	43%
Gabinete de medicina alternativa	25%	27%	43%
Tertúlias e <i>workshops</i> temáticos	23%	20%	53%
Café e snack-bar	80%	11%	5%
Sistema de iluminação de acordo com a sazonalidade dos produtos	21%	19%	57%
Sala de espera confortável	31%	19%	47%
Roupa específica para atopia e outros problemas de pele	21%	19%	57%
Zona de alimentação saudável	31%	20%	46%
Livros de promoção e educação p/ a saúde	28%	19%	50%
Livros, CD's e DVD's de auto-ajuda	43%	22%	31%
Gestão da terapêutica em polimedicados	4%	9%	85%
Marcação de consultas e exames médicos	37%	17%	44%
Águas e bebidas vitaminadas e energéticas	58%	19%	20%
Quiosque com jornais e revistas	83%	10%	3%
Equipamentos de <i>fitness</i>	73%	17%	7%
Gabinete de massagens e relaxamento	37%	22%	38%
Alertas personalizados	12%	15%	70%

Fonte: Adaptado do *Output* do SPSS

Dos novos serviços propostos aos respondentes, os que, curiosamente, têm maior aceitação, são aqueles que mais se aproximam da prática diária da farmácia comunitária, os serviços de Gestão da terapêutica em polimedicados, Acompanhamento farmacêutico especializado, Quiosque com informações sobre saúde e Alertas personalizados. Da mesma forma, os serviços que registam menor aceitação são aqueles que mais de distanciam do contexto actual da farmácia, Quiosque com jornais e revistas, Café e snack-bar e o serviço de *Payshop*.

Opiniões menos extremadas e equitativamente repartidas entre respostas positivas e negativas, suscitam os serviços de Zona de alimentação saudável, Livros, CD's e DVD's de auto-ajuda e Sala de espera confortável. Estes serviços, apesar de se afastarem um pouco mais da prática actual e de ainda não estarem implementados nas farmácias portuguesas, são serviços bastantes inovadores, mas que, contribuem para o conforto e bem-estar dos utentes, daí a decisão de aceitá-los ou não estar tão repartida.

3.4. Questão 4 - Relação entre a implementação de serviços farmacêuticos e as características demográficas da farmácia

Para testar a existência de relações de dependência entre as variáveis usa-se o teste de independência do Qui-Quadrado, que permite saber se duas ou mais populações são independentes relativamente a uma dada característica (Maroco, 2007). Na análise, considera-se uma probabilidade de erro de tipo I (α) com 0,05 de nível de significância¹³. Para efeitos da validação deste teste estatístico, têm de ser respeitadas as seguintes exigências: variáveis nominais e ordinais, amostra com dimensão (n) > 20, observações independentes, inexistência de mais de 20% das observações com valores esperados inferiores a 5 e inexistência de frequências inferiores a 1.

¹³ O nível de significância (α) de um teste é a probabilidade máxima de se rejeitar acidentalmente uma hipótese nula verdadeira. Esta decisão é conhecida como a probabilidade de cometer um erro de tipo I.

- Implementação de serviços farmacêuticos e localização geográfica

Sendo o $p\text{-value}^{14} = 0,915 > \alpha = 0,05$, para a variável localização geográfica da farmácia, verifica-se que não existe diferença significativa na implementação de serviços de acordo com a localização geográfica. Contudo, este resultado não pode ser considerado, porque não se verifica uma das exigências do teste do Qui-Quadrado; existem mais de 20% das observações com valores esperados inferiores a 5, ou seja, 66,7% dos casos são não cumpridores.

- Implementação de serviços farmacêuticos e propriedade da farmácia

Para a propriedade da farmácia, com $p\text{-value} = 0,860 > \alpha = 0,05$, também não há diferença significativa na implementação de serviços, mas o teste não pode ser considerado, porque 50,0% das observações têm valores esperados inferiores a 5, pelo que, não se cumpre uma das exigências do teste.

Para concretizar uma resposta à questão 4, recorre-se então à técnica de simulação de Monte-Carlo, que de acordo com Maroco (2007) é um método estatístico de simulação generalizada, que permite calcular a probabilidade de ocorrência de uma determinada situação experimental. Pela aplicação deste teste, o $p\text{-value}$ para a variável localização geográfica da farmácia é 0,785 e para a propriedade da farmácia 1,000, para um nível de confiança de 99% (i.e., $p\text{-value} > \alpha = 0,01$). Assim, esta técnica, permite não rejeitar, com maior confiança, a suposição de independência da implementação de serviços farmacêuticos relativamente às características demográficas da farmácia analisadas.

3.5. Questão 5 - Relação entre a aceitabilidade de novos serviços e as características sócio-demográficas dos respondentes

¹⁴ Nos testes estatísticos pode usar-se o critério do $p\text{-value}$ (valor da prova) para se tomar uma decisão. Se $p\text{-value} \geq \alpha \rightarrow$ não se rejeita a hipótese nula (H_0), se $p\text{-value} < \alpha \rightarrow$ rejeita-se H_0 , para um nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$), valor assumido nesta investigação.

- Relação entre a aceitabilidade de novos serviços e a idade

Para verificar a associação entre a aceitabilidade de novos serviços e a idade dos respondentes, recorre-se ao coeficiente de correlação de Spearman, que é uma medida de associação não-paramétrica¹⁵ entre duas variáveis pelo menos ordinais (Maroco, 2007). Da aplicação do coeficiente de correlação, ver Quadro 15, conclui-se que não há correlação significativa entre estas duas variáveis ($p\text{-value} = 0,096 > \alpha = 0,05$).

Quadro 15 – Aceitabilidade de novos serviços e idade

Correlations			Aceitabilidade
Spearman's rho	idade	Correlation Coefficient	-,174
		Sig. (2-tailed)	,096
		N	93

Fonte: Output do SPSS

- Relação entre a aceitabilidade de novos serviços e as funções e habilitações

A existência de diferença entre a aceitabilidade de novos serviços e a função e as habilitações dos respondentes, verifica-se pela aplicação de testes paramétricos, por análise da variância - *One-Way* ANOVA. A aplicação dos testes paramétricos exige a verificação simultânea de duas condições, a normalidade da distribuição da variável dependente e havendo comparação entre duas ou mais populações, a homogeneidade das variâncias populacionais (Maroco, 2007). A existência de normalidade da distribuição foi verificada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov, com correcção de Lilliefors. Apesar do $p\text{-value}$ do teste de Kolmogorov-Smirnov ser inferior a 0,05 ($0,032 < \alpha$), o que leva à rejeição da hipótese nula da normalidade da distribuição, verifica-se que existe uma forte simetria na variável e que devido à dimensão da amostra (superior a 30 casos), considera-se aceitável a utilização da *One-Way* ANOVA.

¹⁵ Para coeficientes não-paramétricos não é necessária, à partida, a verificação de nenhum pressuposto sobre a forma da distribuição das variáveis (Maroco, 2007).

A análise do Quadro 16, permite verificar que não há diferença significativa entre a aceitabilidade de novos serviços e as funções desempenhadas pelos farmacêuticos, $p\text{-value} = 0,166 > \alpha = 0,05$.

Quadro 16 – Aceitabilidade e função

Aceitabilidade		ANOVA (função)			
	sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	98,130	2	49,065	1,827	,166
Within Groups	2658,390	99	26,852		
Total	2756,520	101			

Fonte: Output do SPSS

Contudo, como não se verifica a homogeneidade das variâncias populacionais pelo teste de Levene ($0,009 < 0,05$), ou seja, o resultado não pode ser considerado. A utilização do teste de Kruskal-Wallis consiste numa alternativa não paramétrica para estes casos (Pestana e Gageiro, 2003). Este teste é utilizado para testar a hipótese nula de igualdade em localização e para se aplicar, a forma das distribuições devem ser iguais (Pestana e Gageiro, 2003), o que se verifica na amostra, pela observação das caixas de bigodes (Anexo VII). O valor do teste de Kruskal-Wallis do Quadro 17 tem associado um $p\text{-value}$ de 0,138, superior a 0,05, o que permite concluir que a aceitabilidade de novos serviços não é diferente entre as três funções.

Quadro 17 – Kruskal-Wallis aceitabilidade e função

Test Statistics ^{a,b}	
	Aceitabilidade
Chi-Square	3,956
df	2
Asymp. Sig.	,138

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: função

Fonte: Output do SPSS

De igual forma, não há diferença significativa entre a aceitabilidade de novos serviços e as habilitações académicas, $p\text{-value} = 0,661 > \alpha = 0,05$, ver Quadro 18. Resultado da ANOVA considerado, pois as variâncias são homogêneas ($p\text{-value} = 0,520 > 0,05$).

Quadro 18 – Aceitabilidade e habilitações

Aceitabilidade		ANOVA (habilitações)			
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	23,101	2	11,550	,415	,661
Within Groups	2782,899	100	27,829		
Total	2806,000	102			

Fonte: Output do SPSS

3.6. Questão 6 - Relação existente entre os factores que incentivam a prestação de serviços e as características individuais dos respondentes

As análises que se seguem apresentam as relações estabelecidas entre as componentes obtidas para resposta à questão 2, pela aplicação da CATPCA e as características individuais dos respondentes. Para efeitos de análise e consequente aplicação de testes estatísticos, codifica-se cada componente no programa informático SPSS, como uma nova variável quantitativa. As 5 novas variáveis adicionadas (Diferenciação pelo serviço, Venda de produtos, Contribuição do serviço, Valorização do serviço e Valorização profissional), definem no seu conjunto “os factores que incentivam a prestação de serviços”, (o mesmo se aplica para a questão n.º 7). Estas relações podem ser aferidas pela aplicação do coeficiente de correlação de Pearson, que implica a normalidade das variáveis, ou pelo coeficiente de correlação de Spearman, em que tal não é necessário.

Assim, antes de se analisar este ponto, submeteram-se as 5 variáveis que compõem os factores que incentivam a prestação de serviços, ao teste de Kolmogorov-Smirnov com correcção de Lilliefors, representado no Quadro 19, com o objectivo de testar a sua normalidade. À excepção da valorização profissional, que apresenta $p\text{-value} = 0,200 > \alpha = 0,05$, logo não se rejeita a hipótese de se estar perante uma distribuição normal, para

todas as outras variáveis não se verifica a normalidade da distribuição ($p\text{-value} < 0,05$). Contudo, este resultado é discutível se observados os gráficos de normalidade das variáveis (Anexo VIII), que apesar da presença de alguns *outliers*, demonstram a existência de uma forte simetria e tendo em conta a dimensão da amostra (superior a 30 casos) pode considerar-se que cada nova variável segue uma distribuição quase normal.

Quadro 19 – Normalidade dos factores que incentivam a prestação de serviços

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Diferenciação pelo serviço	,046	476	,016	,984	476	,000
Venda de produtos	,092	476	,000	,951	476	,000
Contribuição do serviço	,065	476	,000	,958	476	,000
Valorização do serviço	,055	476	,002	,983	476	,000
Valorização profissional	,029	476	,200*	,991	476	,004

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Fonte: Output do SPSS

- Relação entre os factores que incentivam a prestação de serviços e a idade

Mesmo considerando que todas as variáveis seguem uma distribuição quase normal, recorre-se ao coeficiente de correlação de Spearman que não é sensível a assimetrias na distribuição, nem à presença de *outliers*.

Pela aplicação do coeficiente de correlação de Spearman, conclui-se que a variável diferenciação está correlacionada negativamente ($\rho = -0,191$) com a idade dos respondentes, indicando que os farmacêuticos mais novos são os que mais valorizam a prestação de serviços, esperando obter pela sua prática, diferenciação. Como o $p\text{-value}$ do teste é 0,00, valor inferior a 0,05, rejeita-se a hipótese nula, ie, a correlação entre as duas variáveis é estatisticamente significativa. A venda de produtos apresenta também correlação negativa, embora muito fraca ($\rho = -0,072$) com a idade dos respondentes e o $p\text{-value} = 0,122$, valor superior a 0,05, indica que a correlação entre a venda de produtos e a idade não é estatisticamente significativa. A contribuição do serviço apresenta

correlação positiva ($\rho = 0,175$) com a idade, ou seja, a variação entre as variáveis faz-se no mesmo sentido, e a sua associação é estatisticamente significativa ($p\text{-value} = 0,00 < \alpha = 0,05$). Existe correlação negativa, mas quase nula ($\rho = -0,006$) entre as variáveis valorização do serviço e idade e positiva e quase nula ($\rho = 0,044$) entre a valorização profissional e idade. Ambas as correlações são fracas e estatisticamente não significativas ($p\text{-value} = 0,900 > \alpha = 0,05$ e $p\text{-value} = 0,346 > \alpha = 0,05$, respectivamente).

- Relação entre os factores que incentivam a prestação de serviços e a função

Verifica-se no ponto anterior, que nem todas as componentes que compõem os factores que incentivam a prestação de serviços, cumprem o pressuposto da normalidade, de modo que, neste ponto, efectua-se o teste de Kruskal-Wallis, teste não-paramétrico, aplicável mesmo quando não se cumpre o referido pressuposto.

Da leitura do Quadro 20 verifica-se que a diferenciação, a contribuição do serviço e a valorização profissional são significativamente diferentes ($p\text{-value} = 0,044$, $p\text{-value} = 0,08$ e $p\text{-value} = 0,00$, respectivamente) para um nível de significância de 5%, quando comparados com as diferentes funções dos farmacêuticos.

A venda de produtos ($p\text{-value} = 0,899$) e a valorização do serviço ($p\text{-value} = 0,492$), não apresentam diferenças significativas.

Quadro 20 – Kruskal-Wallis componentes principais e função

Test Statistics ^{a,b}					
	Diferenciação	Venda de produtos	Contribuição do serviço	Valorização do serviço	Valorização profissional
Chi-Square	6,269	,213	9,754	1,417	17,170
df	2	2	2	2	2
Asymp. Sig.	,044	,899	,008	,492	,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: função

Fonte: Output do SPSS

- Relação entre os factores que incentivam a prestação de serviços e as habilitações

Pelos mesmos motivos invocados no ponto anterior, para verificar a relação entre os factores que incentivam a prestação de serviços e as habilitações, recorre-se ao teste de Kruskal-Wallis, ver Quadro 21. Existem diferenças significativas na diferenciação e na contribuição do serviço ($p\text{-value} = 0,003$ e $p\text{-value} = 0,026$, respectivamente), relativamente às habilitações dos respondentes. A venda de produtos ($p\text{-value} = 0,770$), a valorização do serviço ($p\text{-value} = 0,511$) e a valorização profissional ($p\text{-value} = 0,211$) não apresentam diferenças significativas quando comparados com as habilitações.

Quadro 21 – Kruskal-Wallis componentes principais e habilitações

Test Statistics ^{a,b}					
	Diferenciação	Venda de produtos	Contribuição do serviço	Valorização do serviço	Valorização profissional
Chi-Square	11,523	,522	7,294	1,344	3,109
df	2	2	2	2	2
Asymp. Sig.	,003	,770	,026	,511	,211

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: hab_academicas

Fonte: Output do SPSS

3.7. Questão 7 - Relação existente entre os factores que incentivam a prestação de serviços e a implementação dos serviços

Esta questão é analisada pela aplicação do teste de Mann-Whitney, agrupando os factores que incentivam a prestação de serviços em dois grupos: o dos que implementaram e o dos que não implementaram serviços. Este teste não-paramétrico à semelhança do teste de Kruskal-Wallis, assume que as distribuições têm a mesma forma, embora não tenha que ser normal (Pestana e Gageiro, 2003). O teste de Mann-Whitney permite testar se duas médias populacionais, de duas amostras aleatórias

independentes, são ou não significativamente diferentes (Maroco, 2007) e é o teste de utilização preferível ao teste T quando há violação da normalidade, com pequena perda de eficiência (Pestana e Gageiro, 2003). Para poder ser aplicado tem de se verificar a igualdade da forma das distribuições (Pestana e Gageiro, 2003). Verificados estes pressupostos (Anexo IX) e analisando o Quadro 22, tem-se que, para um nível de significância de 5%, a diferenciação ($p\text{-value} = 0,052$), a venda de produtos ($p\text{-value} = 0,225$), a contribuição do serviço ($p\text{-value} = 0,713$) e a valorização profissional ($p\text{-value} = 0,051$) têm valor superior a 0,05, o que leva a concluir que as distribuições não diferem em tendência central, ou seja, há igualdade de comportamentos entre os grupos. O mesmo não se conclui para a valorização do serviço ($p\text{-value} = 0,041 < \alpha = 0,05$) que revela comportamento diferente entre as farmácias que têm ou não, serviços implementados.

Quadro 22 – Mann-Whitney componentes principais e implementação dos serviços

Test Statistics ^a					
	Diferenciação	Venda de produtos	Contribuição do serviço	Valorização do serviço	Valorização profissional
Mann-Whitney U	5031,000	5600,000	6148,000	4959,000	5026,000
Wilcoxon W	5466,000	103503,000	6583,000	102862,000	5461,000
Z	-1,941	-1,139	-,368	-2,042	-1,948
Asymp. Sig. (2-tailed)	,052	,255	,713	,041	,051

a. Grouping Variable: serv_imple

Fonte: Output do SPSS

4. Discussão dos Resultados

A investigação desenvolvida centra-se na análise da adopção da prática dos serviços em farmácia comunitária, pelos farmacêuticos. A revisão da literatura é reveladora de uma profissão voltada para o serviço, com vontade de envolvimento na alteração do modelo de negócio da farmácia, o que vai de encontro à teoria da preponderância do serviço, que defende que, o que conduz a actividade económica, mesmo quando está envolvido o produto, é o serviço, a aplicação de conhecimento (Vargo e Lusch, 2008b). O

reconhecimento de que é o serviço e as competências associadas à sua prestação que valorizam uma actividade e contribuem para a obtenção do benefício está, teoricamente, bem patente no seio da profissão farmacêutica. A definição da intervenção farmacêutica proposta por Walter (2000, p. 340) reflecte isso mesmo: *“a aplicação de conhecimentos, capacidades e recursos farmacêuticos à ciência e à arte de prevenção da doença, prolongamento da vida, promoção, protecção e melhoria da saúde de todos através de esforços organizados da sociedade”*. Igual propósito demonstram os resultados da presente investigação, não só pela elevada implementação de serviços praticados nas farmácias (93%), mas também, pelos factores obtidos pelo tratamento dos dados, como sejam, a valorização da profissão e a diferenciação pelo serviço, que justificam o facto dos farmacêuticos se dedicarem na sua actividade diária à prestação de serviços.

À semelhança do que defendem Vargo e Lusch (2008b), não se trata, nem se pretende a substituição abrupta dos produtos pelos serviços, mas antes, a afirmação de que começa a ser inadequada a identificação da profissão exercida em farmácia comunitária apenas com os produtos (medicamentos), tendo em conta o fornecimento de serviços, que se traduz sobretudo no modo como profissionais de saúde e utentes se devem organizar, relacionar e integrar por forma a alcançar o resultado pretendido (Hepler, 1996) – a eficácia terapêutica. A grande diferença entre a prestação de serviços farmacêuticos e o processo de dispensa tradicional está no uso de um novo sistema de pensamento centrado no utente. Sendo os serviços acções, processos e desempenhos (Barry, 1980; Lovelock, 1991; Zeithaml e Bitner, 2000), que requerem a interacção dos prestadores do serviço, com os seus consumidores e que se apresentam como soluções para os problemas destes últimos (Grönroos, 2000), verifica-se que a actividade do farmacêutico comunitário assenta nos serviços, como aliás, defendem os Estatutos da Ordem dos Farmacêuticos: o Farmacêutico “é um prestador de serviços, que no exercício da actividade farmacêutica, tem como objectivo essencial a pessoa do doente” (DL n.º 288/2001). Esta afirmação é também corroborada pelos resultados da investigação, pelo elevado número de respostas positivas obtidas junto dos farmacêuticos de oficina, quando questionados se prestavam, ou não, determinados serviços.

A interligação dos conceitos teóricos abordados na presente investigação é consistente, nomeadamente pela constatação de que existe na farmácia comunitária uma oferta combinada de produto-serviço, com implementação tendencialmente crescente do elemento serviço, nomeadamente no que se refere a novos serviços relacionados com a promoção da saúde e prevenção da doença, como a Gestão da terapêutica em polimedicados e o Acompanhamento farmacêutico especializado, que no presente estudo, revelaram elevada taxa de aceitabilidade, ambos com 85% de percentagem de aceitação para a sua implementação. Este facto, de acordo com o exposto sobre a teoria PSS, vem satisfazer as necessidades dos clientes e promover a diferenciação, com obtenção de maior valor para o consumidor (Baines *et al*, 2007). Através dos serviços farmacêuticos, oferece-se uma mistura customizada de serviços, que requerem interacção e uma relação de confiança entre farmacêutico e utente, que se traduz numa troca de valor entre ambos, onde o utente deve ter como preocupação única a obtenção dos resultados estabelecidos e/ou o alcance da eficácia terapêutica. Contudo, um PSS de sucesso além de implicar o envolvimento do cliente, envolve não raras vezes, mudanças na estrutura organizacional, sendo necessário as empresas alterarem as infra-estruturas para se adaptarem a este novo envolvimento com os clientes (Baines *et al*, 2007). Relativamente às alterações organizacionais, verifica-se que as farmácias têm investido nos recursos humanos afectos à prestação de serviços, pois como se verificou no levantamento efectuado a média das idades dos farmacêuticos é de 36 anos e a maioria das idades dos respondentes (52%) está compreendida entre os 23 e 33 anos, informação reveladora de uma classe profissional, presente em farmácia, extremamente jovem o que indicia o investimento recente em recursos humanos graduados. Contudo, o mesmo não se verifica no que concerne à adaptação das infra-estruturas da farmácia, uma vez que, dos 55,1% dos respondentes conhecedores dos investimentos financeiros feitos pela farmácia nos últimos 5 anos para a prestação de serviços, 28,8% refere que os investimentos foram inferior a 5.000€ e 26,3% diz estarem situados entre 5.000€ e 50.000€, valores muito baixos, tendo presente a percentagem de implementação de serviços e as condições de conforto e privacidade que para a sua prestação exigem muitos deles.

Da literatura depreende-se também que é lenta a consciencialização dos farmacêuticos comunitários, de que a sua prática profissional transitou da orientação a produtos para a orientação a serviços, centrados no utente (Hepler e Strand, 1990). Este não é contudo, um problema exclusivo da farmácia, muitas empresas de produtos o que dispensam é o serviço, mas ainda não se aperceberam disso (Reinartz e Ulaga, 2008). A interpretação do grau de implementação dos serviços investigados isoladamente (Quadro 12, pág. 76), aponta para isso mesmo. Da sua análise depreende-se o eventual desconhecimento por parte dos farmacêuticos respondentes, da clara definição de serviços farmacêuticos e do conhecimento aprofundado de cada um dos itens que os compõem. Isto porque, e concretizando, a “Dispensa de medicamentos e outros produtos de Saúde” e o “Aconselhamento farmacêutico” são a essência, não só da definição de serviços farmacêuticos, mas da própria profissão de farmacêutico de oficina, e como tal, o seu nível de implementação (82% e 85%, respectivamente) poderia ter atingido um registo de 100%.

Capítulo VI

CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

1. Introdução

Neste capítulo apresentam-se, em primeiro lugar, as conclusões da investigação efectuada. Seguidamente, analisam-se as implicações e apresentam-se as limitações do estudo. Por último deixam-se algumas pistas para investigação futura.

2. Conclusões

O estudo realizado em Portugal Continental e Ilhas, revela ser elevada a implementação de serviços farmacêuticos, o que resulta num quadro claramente positivo, denunciador de grande envolvimento por parte das farmácias e dos seus farmacêuticos, na prestação de serviços. Os dados da análise mostram ser comum e equitativa em todo o país a prática de serviços farmacêuticos e como tal, os serviços farmacêuticos são oferecidos, genericamente, a toda a população, independentemente da localização e do facto da farmácia ser propriedade de farmacêuticos, ou não.

A análise dos resultados demonstra que os prestadores de serviços nas farmácias são farmacêuticos jovens, na sua maioria mulheres, o que confirma o incremento no número de profissionais nas farmácias, nos últimos anos. A sua formação está, no mínimo, ao nível da licenciatura, mas em bastantes casos é superior.

Resultados menos positivos apontam-se para o baixo investimento financeiro que tem sido feito nos últimos 5 anos para a promoção de serviços farmacêuticos e também, para a reduzida aceitabilidade de novos serviços na farmácia. A aceitabilidade de implementação de serviços novos nas farmácias é mais fácil e aceitável quando os

serviços se aproximam mais do actual contexto da farmácia e mais favorável em idades mais baixas, ou seja, são os farmacêuticos mais jovens que aceitam com maior propensão a introdução de novos e diferentes serviços.

O estudo empírico mostra que a prestação de serviços em farmácia comunitária é influenciada por 5 dimensões: Diferenciação pelo serviço, Venda de produtos, Contribuição do serviço, Valorização do serviço e Valorização profissional. Quando relacionadas com a idade dos respondentes, verifica-se que destas 5 variáveis, a diferenciação pelo serviço e a contribuição do serviço, são significativamente diferentes. Ainda relativamente à idade, verifica-se que os farmacêuticos mais jovens são os que mais valorizam a prestação de serviços, esperando obter pela sua prática, diferenciação, alguma forma de contribuição e valorização profissional. A diferenciação, a contribuição do serviço e a valorização profissional são também as 3 variáveis que são encaradas de forma diferente tendo em conta a função que cada farmacêutico exerce dentro da farmácia. Por seu turno, as habilitações influenciam a perspectiva apenas sobre dois factores, a diferenciação e a contribuição do serviço. Por último, pela análise entre a relação existentes entre os factores que incentivam a prestação de serviços e a implementação de serviços, a única variável que revela comportamento diferente entre farmácias que têm ou não serviços implementados é, coerentemente, a valorização do serviço.

Da pesquisa efectuada, como foi já referido, resulta uma assinalável propensão dos farmacêuticos comunitários para a prestação de serviços. Alicerçadas em novos incentivos e estratégias de negócio, as farmácias poderão assumir cada vez mais um importante papel nos cuidados de saúde, providenciando uma ampla gama de serviços de saúde, pois estão muito bem posicionadas para a prestação diária de serviços.

3. Implicações do Estudo

Com delimitação à realidade nacional, investigada na presente dissertação, referem-se as seguintes implicações ...

... para as Farmácias

Um investimento substancial será exigido às farmácias. Para uma oferta de excelência de uma ampla gama de serviços, é incontornável a adaptação das infra-estruturas da farmácia. A farmácia deve reorganizar-se para proporcionar um espaço adequado, nomeadamente com salas de atendimento personalizado. O aspecto do investimento em infra-estruturas, constata-se no estudo, ter sido negligenciado. Terão de ser feitos também, investimentos em formação profissional. A formação académica dos farmacêuticos, pouco vocacionada para a prática do serviço, surge à gestão das farmácias como limitação. Considera-se ainda, que cada farmácia deve fazer o levantamento dos serviços específicos necessários, para dar resposta à população que serve. Assim, cada farmácia poderá implementar individualmente um programa de serviços adaptado à sua realidade.

Uma última questão, que sai do âmbito deste estudo, mas que pela sua importância será referenciada, é o preço dos Serviços Farmacêuticos. A assumida dificuldade no estabelecimento de um preço sobre a oferta integrada produto-serviço terá de ser analisada ou até mesmo “negociada”. A viabilidade económica dos serviços farmacêuticos é essencial, não só para a sua sustentabilidade na farmácia comunitária, mas também como forma de incentivo à sua prática, quer pela farmácia, quer pelo próprio farmacêutico.

... para as políticas de Saúde

Pela prestação duma vasta gama de serviços, não há dúvida de que as farmácias poderão assumir cada vez mais um papel importante na prevenção e promoção da Saúde.

Os serviços que as farmácias podem providenciar são regulados por lei. Contudo estas condutas legais devem ser divulgados de forma clara, com considerações explícitas sobre as exigências da implementação dos vários serviços e não de forma abreviada, como é exemplo a Portaria n.º 1427/2007, de 2 de Novembro de 2007, sujeita às mais diversas interpretações, nomeadamente no que se refere aos profissionais habilitados para a sua prestação.

As entidades governamentais podem ter um papel fundamental no apoio e assistência às farmácias comunitárias no que concerne à implementação dos Serviços Farmacêuticos e é importante que elas estejam cientes e se responsabilizem em cumprir este papel. A clarificação do âmbito de actuação da farmácia comunitária e dos seus serviços poderá ser o ponto de partida para que a farmácia se torne uma parte firmemente integrada no sistema nacional de Saúde com trabalho efectuado em estreita colaboração com os demais profissionais de saúde, sempre com o objectivo último da pessoa do utente. Com implementação de programas integrados em toda a rede de saúde, as farmácias podem ajudar a evitar que as populações, cada vez mais envelhecidas, fiquem cronicamente doentes e, no limite, a diminuir a despesa pública com a Saúde.

... para a Formação

Este estudo sugere que as habilitações académicas, ou as suas lacunas, podem ser uma barreira ao desenvolvimento de serviços nas farmácias. Todas as entidades de formação, básica e avançada, devem considerar este facto. Ao nível mais básico, as instituições formadoras de licenciados em Ciências Farmacêuticas devem ponderar a introdução nos curricula de matérias que vão de encontro à mudança do paradigma. A abordagem da nova realidade da farmácia, totalmente vocacionada à prestação de serviços, deve ser fornecida por forma a preparar os futuros profissionais, a lidar com essa mudança. A formação de base dos farmacêuticos deve abordar não só os serviços, mas também todo o seu processo de execução. Ao nível da pós-graduação, todas as entidades formativas do sector farmacêutico, com ofertas de formação quer inicial, quer contínua, deveriam desenvolver programas com o grande objectivo de transmitir conhecimentos sobre aspectos práticos de gestão e implementação de serviços na farmácia comunitária. Os serviços precisam de ser perfeitamente percebidos para depois serem concebidos e desenvolvidos, não só por forma a proporcionar benefícios em termos de saúde do utente, mas também, de modo a conseguir-se sustentabilidade profissional e financeira.

4. Limitações do Estudo e Propostas de Investigação Futura

A maior dificuldade identificada nesta investigação é comum à maioria dos estudos empíricos e prende-se com a obtenção da informação. No caso concreto da recolha dos questionários de investigação, o método seleccionado para a sua recolha poderia ter sido outro, pois do universo inquirido, 2817 farmácias, obtiveram-se 499 respostas, cerca de 18% de respostas. Num próximo estudo de levantamento de informação junto dos farmacêuticos comunitários a nível nacional, sugere-se o recurso a uma amostra mais representativa da população, seleccionando-a através de quotas, tendo em conta o número de farmacêuticos a laborar em farmácia comunitária, por distrito.

Outra dificuldade, menos relevante, mas que se nota ter influenciado o estudo, é a falta de uniformização da denominação dos serviços investigados. Num próximo estudo, deve-se tentar esclarecer previamente os respondentes quanto às definições dos serviços inseridos no questionário.

Note-se que o reconhecimento da existência de limitações não deve ser encarado como redutor da informação obtida. As limitações apontadas não reduzem a contribuição dos resultados para a compreensão da oferta dos serviços no sector da farmácia. Contudo, é importante que a interpretação dos resultados seja feita à luz destas limitações.

Encerra-se este, que é o último capítulo e finaliza-se esta dissertação, com um voto de incentivo ao investimento no estudo da interligação entre as áreas do Marketing de Serviços e da Farmácia e com uma modesta nota de temas, que no entender da autora, se afiguram interessantes para futura investigação:

- Benefícios gerais (sociais, políticos, profissionais...) da implementação dos serviços farmacêuticos.
- Interesse do Sistema Nacional de Saúde na mudança do paradigma centrado em produto para a oferta do sistema produto-serviço.

- Interesse da profissão farmacêutica na integração dos Serviços Farmacêuticos no Sistema Nacional de Saúde.
- Estabelecimento do preço da oferta integrada produto-serviço.
- Esquemas de remuneração para a prestação de serviços farmacêuticos.
- Necessidades de formação para a oferta integrada produto-serviço nas farmácias.
- Vantagens e constrangimentos na prestação de serviços pelas farmácias.

Bibliografia

Abela, A. V. e Murphy, P. E. (2008), “Marketing with integrity: ethics and the service-dominant logic for marketing”, *Journal of Academy of Marketing*, vol. 36, pp. 39-53

Achrol, R. e Kotler, P. (2006), “The service-dominant logic for marketing: A critique”, in R. F. Lusch e S. L. Vargo (Eds.), *The service-dominant logic of marketing: Dialog, debate, and directions*, pp. 320-333, Armonk, NY

AdC (2005), Autoridade da Concorrência, “A situação concorrencial no sector das farmácias”, Relatório final do CEGEA – UCP

Ahlquist, G., Javanmardian, M. e Kaura, A. (2010), “The Pharmacy solution”, *Strategy+Business*, Chicago, Spring 2010, Issue 58

Alvarez de Toledo, F., Arcos González, P., Eyaralar Riera, T., Abal Ferrer, F. F., Dago Martínez, A. e Cabiedes Miragaya, L. (2001), “Pharmaceutical care in people who have had acute coronary episodes (TOMCOR study)”, *Revista Española de Salud Pública*, Vol. 75, pp. 375-387

Amsler, M. R, Murray, M. D., Tierney, W. M., *et al* (2001), “Pharmaceutical care in chain pharmacies: beliefs and attitudes of pharmacists and patients”, *Journal of American Pharmaceutical Association*, Vol. 41, pp. 850-855

Anderson, A. C., Brodin, H. e Nilsson, J. L. (2002), “Pharmacy representatives: a non-pharmacy outlet of prescribed medicines in Sweden”, *Pharmacy World & Science*, Vol. 24, pp. 139-43

ANF (2008a), Associação Nacional das Farmácias, “Farmácia Portuguesa”, N.º 173, Janeiro/Fevereiro’08

ANF (2008b), “Propriedade de Farmácia”, Parecer da Associação Nacional das Farmácias

ANF (2007), Associação Nacional das Farmácias, “O Modelo Ibérico de Propriedade de Farmácias”, Ciclo de Conferências Associação Nacional das Farmácias

ANF (2006), Associação Nacional das Farmácias, “Farmácia Portuguesa” N.º 162, Março/Abril de 2006, Ano XXVIII

ANF (2005), Associação Nacional das Farmácias, “Farmácia Saúde” Edição Especial, Maio de 2005

APIFARMA (2008), “A Indústria Farmacêutica em Números”, Edição 2008, disponível em www.apifarma.pt

Aranda da Silva, J. (2007), *Saúde pública, farmacêuticos e medicamentos*, Coleção: Saúde, Campo da Comunicação, Lisboa

- Araújo, L. e Spring, M. (2006), "Products, services and the institutional structure of production", *Industrial Marketing Management*, Vol. 35, N.º 7, pp. 797-805
- Armistead, C. G. (1987), "Introduction to service operations", in Voss, C., Armistead, C., Johnston, C. e Morris, B. (Eds), *Operations Management in Service Industries and the Public Sector*, John Wiley & Sons, Chichester
- Arnould, *et al* (2006), "Toward a cultural resource-based theory of the customer", in R. F. Lusch e S. L. Vargo (Eds.), *The service-dominant logic of marketing: Dialog, debate, and directions*, pp. 91-104, Armonk, NY
- Arnould, E. J. e Thompson, C. J. (2005), "Consumer culture theory (CCT): Twenty years of research", *Journal of Consumer Research*, Vol. 31, pp. 868-883
- Baines, T. S., Lightfoot, H. W., Evans, S., Neely, A., Greenough, R., Peppard, J., Roy, R., Sheab, E., Braganza, A., Tiwari, A., Alcock, J.R., Angus, J. P., Bastl, M., Cousens, A., Irving, P., Johnson, M., Kingston, J., Lockett, H., Martinez, V., Michele, P., Tranfield, D., Walton, I. M. e Wilson, H. (2007), "State-of-the-art in product-service systems", *Journal of Engineering Manufacture*, Vol. 221, pp. 1543-1552
- Ballantyne, D. e Varey, R. J. (2006), "Introducing a dialogical orientation to the service-dominant logic of marketing", in R. F. Lusch e S. L. Vargo (Eds.), *The service-dominant logic of marketing: Dialog, debate, and directions*, pp. 224-235, Armonk, NY
- Barnett, M. J., Frank, J., Wehring, H., Newland, B., VonMuenster, S., Kumbera, P., Halterman, T. e Perry, P. J. (2009), "Analysis of Pharmacist-Provided Medication Therapy Management (MTM) Services in Community Pharmacies Over 7 Years", *Journal of Managed Care Pharmacy*, Vol. 15, N.º 1, pp. 18-31
- Barry, L. L. (1980), *Services Marketing is Different*, Business, Vol. 30, pp. 24-28
- Basso, P. (2004), *A Farmácia e o Medicamento, uma História Concisa*, Edição do Clube do Coleccionador dos Correios
- Bastiat, F. (1964), *Selected Essays on Political Economy* (1848), Seymour Cain, trans., George B. de Huszar, Ed. Reprint, Princeton, NJ
- Bell, D. (1973), *The Coming of Post-Industrial Society, a Venture in Social Forecasting*, Basic Books, New York
- Bell, H. B. *et al* (1998), "A qualitative investigation of the attitudes and opinions of community pharmacists to pharmaceutical care", *Journal of Social and Administrative Pharmacy*, Vol. 15, pp. 284-95
- Berenger, B., La Casa, C., de la Marta, M.J. e Martín-Calero, M.J. (2004), "Pharmaceutical Care: Past, Present and Future", *Current Pharmaceutical Design*, Vol. 10, pp. 3931-3946
- Bernsten, C. *et al* (2009), "Developing new economic models for payment for services by pharmacists", *International Pharmacy Journal*, Vol. 25, Nº 2, pp. 30-45

Bernsten, C., Björkman, I., Caramona, M., Crealey, G., Frøkjær, B., Grundberger, E. *et al* (2001), “Improving the well-being of elderly patients via community pharmacy-based provision of pharmaceutical care”, *Drugs & Aging*, Vol. 18, pp. 63–77

Bitner, M. J. (1992), “Servicescapes: the impact of physical surroundings on customers and employees”, *Journal of Marketing*, Vol. 56, N° 2, pp. 57-71

Bluml, B. M. (2005), “Definition of medication therapy management: development of professionwide consensus”, *Journal of American Pharmaceutical Association*, Vol. 45, pp. 566-72

Bluml, B. M., McKenney, J. M. e Cziraky, M. J. (2000), “Pharmaceutical care services and results in project ImPACT: hyperlipidemia”, *Journal of American Pharmaceutical Association*, Vol. 40, N.º 2, pp. 157-165

Bowling, A. (1997), *Research methods in health: Investigating health and health services*. Buckingham, Open University Press

Brodie, D. C. (1980), “Need for a theoretical base for pharmacy practice”, Harvey A.K. Whithney Award lectures: 1950-1992, 260-269, Bethesda (1980), *American society of Hospital Pharmacies*

Brodie, D. C. (1967), “Drug use control: Keystone to pharmaceutical service”, *Drug Intelligence & Clinical Pharmacy*, Vol. 1, pp. 63-65

Brodie, D. C., Parish, P. A., Poston, J. W. (1980), “Societal needs for drugs and drug-related services”, *American Journal of Pharmacy Education*, Vol. 44, pp. 276–278

Brodie, R., Pels, J. e Saren, M. (2006), “From good-toward service-centered marketing: Dangerous dichotomy or an emerging logic?”, in R. F. Lusch e S. L. Vargo (Eds.), *The service-dominant logic of marketing: Dialog, debate, and directions*, Armonk, NY

Campbell-Kelly, M. e Garcia-Swartz, D. D. (2007), “From products to services: the software industry in the internet era”, *Business History Review*, Vol. 81 (Winter)

Carlos Esteves (2009), “São contratados 300 farmacêuticos por ano”, in *Jornal EXPRESSO*, página 18, Edição do dia 5 de Maio de 2009

Cavaco, A. M., Dias, J. e Bates, I. (2005), “Consumer’s perceptions of community pharmacy in Portugal: a qualitative exploratory study”, *Pharmacy World & Science*, Vol. 27, pp. 54-60

CEFAR (2008), “Recursos Humanos Farmacêuticos 1997/2006”, Estudo da Associação Nacional das Farmácias e Ordem dos Farmacêuticos

CEFAR-ANF (2001), “Estudo Nacional da Satisfação dos Utentes com os Serviços das Farmácias”, Publicações Farmácia Portuguesa

Cipolle, R. J. (1986), “Drugs don’t have doses – people have doses”, *The Annals of Pharmacotherapy*, Vol. 20, pp. 881-882

COFV e FEFE (2007), Colegio Oficial de Farmacêuticos de Valência e Federación Empresarial de Farmacêuticos Españoles “Marco Legal comparado de la Farmacia en

Europa – El modelo español de Farmacia referente para el futuro de la farmacia en Europa”

Cook, M., Bhamra, T. e Lemon, M., (2006), “The transfer and application of Product Service-systems: from academia to UK manufacturing firms”, *Journal of Cleaner Production*, Vol. 14, N.º 17, pp. 1455–1465

Corrêa, H. L., Ellram, L.M., Scavarda, A. e Cooper, M.C. (2007), “An operations management view of the services and goods offering mix”, *International Journal of Operations & Production Management*, Vol. 27, N.º 5, pp. 444-63

Costa, F., Guerreiro, M., Hughes, C. e McElnay, J. (2007), “A snapshot of community pharmacy resources and services in Portugal: Results from the European - Behavioral Pharmaceutical Care Scale - study”, Congresso Nacional dos Farmacêuticos, Lisboa

Costa, F., Paulino, E. e Silva, I. (2005), “Pharmacy in Portugal, an overview on its functioning with focus on efforts to increase patient safety”, *International Pharmacy Journal*, Vol. 19, N.º 2, pp. 40-45

Costa, F., Duggan, C. e van Mil, J. W . (2004), ”Assessing the pharmaceutical care needs of asthmatic patients”, *Pharmacy World & Science*, Vol. 26, N.º 6, pp. 313-318

Cova, B. e Salle, R. (2008), “Marketing solutions in accordance with the S-D logic: co-creating value with customer network actors”, *Industrial Marketing Management*, Vol. 37, N.º 3, pp. 245-350

Cranor, C. W. e Christensen, D. B. (2003a), “The Asheville Project: short-term outcomes of a community pharmacy diabetes care program”, *Journal of American Pharmaceutical Association*, Vol. 43, pp. 59-149

Cranor, C. W., Bunting, B. A. e Christensen, D. B. (2003b), “The Asheville Project: long-term clinical and economic outcomes of a community pharmacy diabetes care program”, *Journal of American Pharmaceutical Association*, Vol. 43, pp.173-184

Crealey, G. E., Sturgess, I.K., McElnay, J. C. e Hughes, C. M. (2003), “Pharmaceutical Care Programmes for the elderly: economic issues”, *Pharmaeconomics*, Vol. 21, pp. 455-465

CSLS-Conference on Service Productivity (1997), “Tangibles, Intangibles and Services: a new taxonomy for the Classification of Output”, Ottawa

Chesbrough, H. e Rosenbloom, R. (2002), “The role of the business model in capturing value from innovation: evidence from Xerox Corporation’s technology spin-off companies”, *Industrial and Corporate Change*, Vol. 11, N.º 3

De Almeida Neto, A. C. (2003), “The pseudo-patron: a real education”, *Australian Journal of Pharmacy*, Vol. 84, pp. 314-315

De Vaus, D. A. (2002), *Surveys in social research*, Crow’s Nest, Allen & Unwin

Decreto-Lei n.º 34/2008, de 26 de Fevereiro – Procede à segunda alteração ao DL n.º 288/2001. Revoga o artigo 127.º

Decreto-Lei n.º 53/2007, de 8 de Março – Regula o horário de funcionamento das farmácias de oficina

Decreto-Lei n.º 134/2005, de 6 de Agosto – Estabelece o regime de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica fora das farmácias

Decreto-Lei n.º 238/2007, de 19 de Junho – Altera o DL n.º 134/2005, de 16 de Agosto, no sentido de permitir que os medicamentos não sujeitos a receita médica possam ser vendidos fora das farmácias

Decreto-Lei n.º 288/2001, de 10 de Novembro - Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos

Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de Agosto – Estabelece o regime jurídico das farmácias de oficina

Decreto-Lei n.º 48547, de 27 de Agosto de 1968, Regula o exercício da actividade farmacêutica

Delaunay, J. C. e J. Gadrey (1987), *Les enjeux de la société de service*, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, Paris

Dessing, R. P. e Flameling (2003), “Ethics in pharmacy: a new definition of responsibility”, *Pharmacy World & Science*, Vol. 25, pp. 3-10

Dobie, R. L. e Rascatti, K. L. (1994), “Documenting the value of pharmacist intervention”, *Arizona Pharmacist*, Vol. 75, pp. 8-11

Dormann, H., e Muth-Selbach, U. (2000), “Incidence and costs of adverse drug reactions during hospitalization”, *Drug Safety*, Vol. 22, N.º 2, pp. 161-168

Dunlop, J. A. e J. P. Shaw (2002). "Community pharmacists' perspectives on pharmaceutical care implementation in New Zealand", *Pharmacy World & Science*, Vol. 24, N.º 6, pp. 224-30

Edvardsson, B. *et al* (2005), “Service Portraits in Service Research: A Critical Review”, *International Journal of Service Industry Management*, Vol. 16, N.º1, pp. 107-121

Enlund, H., Jokisalo, E., Wallenius, S. e Korhonen, M., (2001), “Patient-perceived problems, compliance, and the outcome of hypertension treatment”, *Pharmacy World & Science*, Vol. 23, N.º 2, pp. 60-64

Etemad, L. R. e Hay, J. W. (2003), “Cost-effectiveness analysis of Pharmaceutical Care in a Medicare drug benefit program”, *Value in Health*, Vol. 6, pp. 425-435

Farris *et al* (2005), “Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research from around the world”, *The Annals of Pharmacotherapy*, Vol. 39, pp.1539-1541

Farris, K. B. e D. P. Schopflocher (1999), "Between intention and behavior: an application of community pharmacists' assessment of pharmaceutical care", *Social*

Science & Medicine, Vol. 49, N.º 1, pp. 55-66

Farris, K. B., Kumbera, P., Halterman, T. e Fang, G. (2002), "Outcomes-based pharmacist reimbursement: reimbursing pharmacists for cognitive services", *Journal of Managed Care Pharmacy*, Vol. 5, pp. 383-393

Farris, K. B., R. Kassam, C. E. Cox e C. I. Volume (1999). "Evaluation of a practice enhancement program to implement pharmaceutical care", *American Journal of Pharmacy Education*, Vol. 63, N.º 3, pp. 277-84

Fernández-Llimós, F. e Faus, M. J. (2002), "Resultados del Programa Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico del paciente en España", *El Farmacéutico 2002*, Vol. 290, pp. 83-88

Fincham, J. E. (1997), "The role and economic impact of pharmacist care", *Journal of Pharmaceutical Care*, Vol. 1, N.º 1

FIP (2009), "Statement of professional standards: Pharmaceutical care", em: <http://www.fip.org/pdf/pharmcare.pdf>

Fisk *et al* (1993), "Tracking the evolution of the services marketing literature", *Journal of Retailing*, Vol. 69, pp. 61-103

Gadrey, J. (2000), "The characterization of goods and services: an alternative approach", *Review of Income and Wealth*, Vol. 46, N.º 3, pp. 369-387

Gadrey, J. (1996), *Services, la productivité en question*, Desclée de Brouwer, Paris

Gans, John A. (2009), "The pharmacist will see you now", *Journal of American Pharmacists Association*, Vol. 49, N.º 4, pp. 486-488

Garcão, J. A. e Cabrita, J. (2002) "Evaluation of a pharmaceutical care program for hypertensive patients in rural Portugal", *American Journal of Hospital Pharmacy Association*, Vol. 42, pp. 858-864

Garrett D. G. e Martin L. A. (2003), "The Asheville project: participant's perceptions of factors contributing to the success of a patient self-management diabetes program", *Journal of American Pharmaceutical Association*, Vol. 43, pp. 185-90

Gastelurrutia, *et al* (2007), "Barriers for the Implementation of Cognitive Services in Spanish Community Pharmacies", *Atencion Primaria*, Sep. 39(9), pp. 465-70

Gastelurrutia, M. A., San Vicente, O. G., Erauncetamurgil, O., Odriozola, I. e Fernandez-Llimos, F., (2006), "Customer's expectations and satisfaction with a pharmacy not providing advanced cognitive services", *Pharmacy World & Science*, Vol. 28, N.º 6, pp. 374-376

Gastelurrutia, M. A., Fernández-Llimos, F., García-Delgado, P., Gastelurrutia, P., Faus, M.J., Shalom, I. et al, (2005), "Barreras y facilitadores para la diseminación e implantación de servicios cognitivos de la farmacia comunitaria española", *Seguimiento Farmacoterapéutico*, Vol. 3, pp. 65-77

Gastelurrutia, M. A., Faus, M. J., Fernandez-Llimos, F. (2005), “Providing patient care in community pharmacies in Spain”, *The Annals of Pharmacotherapy*, Vol. 39, pp. 2105-2110

Gebauer, H. (2008), “Identifying service strategies in product manufacturing companies by exploring environment–strategy configurations”, *Industrial Marketing Management*, Vol. 37, N.º 3, 245-350

Giglione, R. e Matalon, B. (1997), *O Inquérito: teoria e prática*, Oeiras, Celta Editora

Gilmour, P. e Hunt, R. A. (1995), *Total quality management: integrating quality into design operations and strategy*, Cheshire, Longman

Goedkoop, M., van Halen, C., Riele, H. e Rommens, P. (1999), “Product Service Systems, Ecological and Economic Basics”, PRE consultants, Amersfoort, em: www.pre.nl/pss/default.htm

Gouveia, M. e Machado, F. (2008), “Valorização dos Actos Farmacêuticos em Farmácias Comunitárias”, Centro de Estudos Aplicados da Universidade Católica Portuguesa e Centro de Estudos e Avaliação em Saúde, 9º Congresso Nacional das Farmácias, Lisboa

Grönroos, C. (2007), *Service management and marketing: customer management in service competition*, John Wiley & Sons

Grönroos, C. (2006), “What can service logic offer marketing theory?”, in R. F. Lusch e S. L. Vargo, *The service-dominant logic of marketing: Dialog, debate, and directions*, pp. 354-364, Armonk, NY

Grönroos, C. (2000), *Service management and marketing: A customer relationship management approach*, West Sussex, UK: Wiley

Grönroos, C. (1997), “Value-driven relational marketing: from products to resources and competencies”, *Journal of Marketing Management*, Vol. 13, N.º 5, pp. 407-419

Grönroos, C. (1994), “From Scientific Management to Service Management – a management perspective for the age of service competition”, *International Journal of Service Industry Management*, Vol. 5, N.º 2, pp. 5-20

Grönroos, C. (1978), “A Service-Oriented Approach to Marketing Services,” *European Journal of Marketing*, Vol. 12, N.º 8, pp. 588-601

Grupo Farmacêutico da União Europeia (1993), “Boas Práticas de Farmácia”

Guerreiro, M., Cantrill, J. A. e Martins, A. P. (2007), “Morbilidade evitável relacionada com medicamentos - Validação de Indicadores para Cuidados Primários em Portugal”, *Acta Médica Portuguesa*, Vol. 20, pp. 107-130

Gummesson, E. (2006), “Many-to-many marketing as grand theory”, in Lusch, R. F. e Vargo, S. L., *The service-dominant logic of marketing: Dialog, debate, and directions*, pp. 339-353, Armonk, NY

Gummesson, E. (1998), "Implementation Requires a Relationship Marketing Paradigm", *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 26, pp. 242-249

Gummesson, E. (1995), "Relationship marketing: its role in the service economy", in *Understanding Services Management*, William J. Glynn and James G. Barnes, Eds., New York: John Wiley & Sons

Hakansson, H. e Prenkert, F. (2004), "Rethinking marketing: developing a new understanding of markets", in *Exploring the exchange concept in marketing*, H. Hakansson, D. Harrison, & A. Waluszewski (Eds.), Chichester, England: Wiley

Hakansson, H. e Snehota, I. (1995), *Developing relationships in business networks*, London: Routledge

Hatoum, H. T. e Akhras, K. (1993), "Bibliorafy: a 32-year literature review on the value and acceptance of ambulatory care provided by pharmacists", *The Annals of Pharmacotherapy*, Vol. 27, pp. 1106-1119

Haynes, K. e Thomas, M. (2005), *Clinical Risk Mnagement in Primary Care*, Radcliffe

Hepler, C. D. (2001), "Regulating for outcomes as a systems response to the problem of drug-related morbidity", *Journal of American Pharmaceutical Association*, Vol. 41, pp. 108-115

Hepler, C. D. (1996), "Pharmaceutical care", *Pharmacy World & Science*, Vol. 18, pp. 233-236

Hepler, C. D. (1990), "The future of pharmacy: pharmaceutical care", *American Pharmacy*, Vol. 10, pp. 23-29

Hepler, C. D. (1988), "Unresolved issues in the future of pharmacy", *American Journal of Hospital Pharmacy*, Vol. 45, pp. 1071-1081

Hepler, C. D. (1987), "The third wave in pharmaceutical education: the clinical movement", *American Journal of Pharmaceutical Education*, Vol. 51, pp. 369-385

Hepler, C. D. (1985), "Pharmacy as a clinical profession", *American Journal of Hospital Pharmacy*, Vol. 42, pp. 1298-1306

Hepler, C. D. e Grainger-Rousseau, T. J. (1995), "Pharmaceutical care versus traditional drug treatment; is there a difference?", *Drugs*, Vol. 49, pp. 1-10

Hepler, C. D. e Strand, L. M. (1990), "Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care", *American Journal of Hospital Pharmacy*, Vol. 47, pp. 533-543

Herborg, H., Soendergaard, B., Froekjaer, B., Fonnesbaek, L., Jorgensen T. e Hepler C. D. (2001a), "Improving drug therapy for patients with asthma-part 1: patient outcomes", *Journal of American Pharmaceutical Association*, Vol. 41, pp. 514-550

Herborg, H., Soendergaard, B., Jorgensen, T., Fonnesbaek, L. e Hepler, C. D. (2001b), "Improving drug therapy for patients with asthma-part 2: use of anti-asthma medications", *Journal of American Pharmaceutical Association*, Vol. 41, pp. 551-559

Hicks, J. R. (1942), *The Social Framework*, Oxford: University Press

Hidalgo Cabrera, J., Cámara Núñez, D., Baena, M. I., Fajardo, P. C. e Martinez, F. (2005), “Barreras para la implantación del seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias de Granada”, *Seguimiento Farmacoterapéutico*, Vol. 3, pp. 144-149

Higby, G. J. (1996), *From compounding to caring: an abridged history of American pharmacy*, Penna RP Editors, New York, Chapman & Hall

Hill, M. M. e Hill, A. (2008), *Investigação por questionário*, 2ª Edição, Edições Sílabo, Lisboa

Hill, T. P. (1999), “Tangibles, intangibles and services: a new taxonomy for the classification of output”, *Canadian Journal of Economics*, Vol. 32, N.º 2, pp. 426-447

Hill, T. P. (1997) “Intangible assets, patents and copyrights in the 1993 SNA”, *SNA News*, 6 July, New York

Hill, Peter (1977), “On Goods and Services”, *The Review of Income and Wealth*, Vol. 23, N.º 4, pp. 315-338

Holbrook, M. B. (2006), “ROSEPEKICIVECI versus CCV: The resource-operant, skills-exchanging, performance-experiencing, knowledge-informed, competence-enacting, C-producer-involved, value-emerging, customer-interactive view of marketing versus the concept of customer value: “I can get it for you wholesale”, in R. F. Lusch, & S. L. Vargo (Eds.), *The service dominant logic of marketing: Dialog, debate, and directions*, pp. 196–207, Armonk, NY

Holbrook, M. B. (1999), *Consumer value*, London: Routledge

How, P. P. C. (1999), “Evaluation of pharmaceutical care services provided by community pharmacists in Singapore” (Honours dissertation), National University of Singapore

Hunt, S. D. (2000), *A general theory of competition: resources, competences, productivity, and economic growth*, Thousand Oaks, California: Sage Publications

INE, “População residente em Portugal Continental, Região Autónoma dos Açores e Região Autónoma da Madeira - Última actualização de dados a 2 de Outubro de 2009”, em <http://www.ine.pt>, acedido a 22 de Fevereiro de 2010

INFARMED (2010a), “Inspeção e Licenciamento – Farmácias”, em <http://www.infarmed.pt>, actualizada a 19 de Fevereiro de 2010, acedido a 22 de Fevereiro de 2010

INFARMED (2010b), “Lista das entidades registadas para Venda de MNSRM”, em <http://www.infarmed.pt>, actualizado a 30 de Março de 2010, acedido a 30 de Março de 2010

INFARMED (2009), “Vendas de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica fora das Farmácias”, Janeiro de 2009, publicação do INFARMED

INFARMED (2008), “Estatístico do Medicamento”, Edição do INFARMED

INFARMED (2003), “Farmacovigilância em Portugal”, publicação do INFARMED

Jacob, F. e Ulaga, W. (2008), “The transition from product to service in business markets: an agenda for academic inquiry”, *Industrial Marketing Management*, Vol. 37, N.º 3, pp. 245-350

Johnson, J. A. e Bootman, J. L. (1997), “Drug-related morbidity and mortality and the economic impact of pharmaceutical care”, *American Journal of Health-System Pharmacy*, Vol. 54, pp. 558-554

Johnston, R. (1993), “Products and Services: a Question of Visibility,” *The Service Industries Journal*, Vol. 13, N.º 3, pp. 125-133

Joint International Forum (1998), “World-wide developments in pharmaceutical care”, *Pharmaceutical Journal*, Vol. 260, pp. 563-568

Keith, R. J. (1960), “The marketing revolution”, *Journal of Marketing*, Vol. 24, pp. 35-38

Knapp, D. A. (2002), “Professionally Determined Need for Pharmacy Services in 2020”, *American Journal of Pharmaceutical Education*, Vol. 66, pp. 421-429

Knapp, D. A. (1992), “Pharmacy practice in 2040”, *American Journal of Hospital Pharmacy*, Vol. 49, pp. 2457-2461

Kotler, P. (2003), *Marketing management*, 11ª Ed., Pearson Education, Upper saddle River

Kotler, P. (1980), *Principles of Marketing*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ

Kotler, P. (1977), *Marketing Management: Analysis, Planning, Implementation, and Control*, 3ª Ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall

Latif, David A. *et al* (2009), “Physician attitudes toward pharmacist provision of medication therapy management services”, *Pharmacy World & Science*, Vol. 31, pp. 487-493

Lazarrou, J., Pomeraz, B. e Corey, P. (1998), “Incidence of adverse drug reactions in hospitalised patients: a meta-analysis of prospective studies”, *JAMA*, Vol. 279, N.º 15, pp. 1200-1205

Lei n.º 22/2009, de 20 de Maio – Procede à terceira alteração ao DL n.º 288/2001, altera o artigo 76.º

Lei nº 2125, de 20 de Março de 1965, Disciplina a propriedade da farmácia

- Levitt, T. (1980), "Marketing success Through Differentiation of Anything", *Harvard Business Review*, January-February, pp. 83-91
- Levitt, T. (1972), "Production-line approach to service", *Harvard Business Review*, Vol. 5, N.º 5, pp. 41-52
- Levitt, T. (1960), "Marketing Myopia", *Harvard Business Review*, Vol. 38, N.º 4, pp. 45-56
- Levy, S. (2006), "How new, how dominant?", in R. F. Lusch e S. L. Vargo, *The service-dominant logic of marketing: Dialog, debate, and directions*, Armonk, NY
- Locca, J. F. et al (2009), "Development of Pharmaceutical Care Services in Nursing Homes: Practice and Research in a Swiss canton", *Pharmacy World & Science*, Vol. 31, pp. 165-173
- Lovelock, C. (1996), *Services Marketing*, 3ª Ed, Prentice Hall International
- Lovelock, C. (1995), "Competing on service: technology and teamwork in supplementary services", *Planning Review*, Vol. 23, N.º 4, pp. 32-41
- Lovelock, C. (1991), *Services Marketing*, 2ª Ed, Prentice Hall
- Lovelock, C. e Gummesson, E. (2004), "Whither services marketing: in search of a new paradigm and fresh perspectives", *Journal of Service Research*, Vol. 7, N.º 1, pp. 20-41
- Lusch, R. F. e Vargo, S. L. (2006a), "Service-dominant logic: reactions, reflections and refinements", *Marketing Theory*, Vol. 6, N.º 3, pp. 281-288
- Lusch, R. F. e Vargo, S. L. (2006b), *The service-dominant logic of marketing: Dialog, debate, and directions*, Armonk, NY
- Lusch, R. F., Vargo, S. L. e O'Brien, M. (2007), "Competing through service: insights from service-dominant logic", *Journal of Retailing*, Vol. 83, N.º 1, pp. 5-18
- Lusch, R. F., Vargo, S. L. e Malter, A. J. (2006), "Marketing as service-exchange: taking a leadership role in global marketing management", *Organizational Dynamics*, Vol. 35, N.º 3, pp. 264-278
- Mackeigan, L. D. (2001), "Alternative reimbursement systems in community pharmacy: structure, perceptions and performance", *Research Institute for Medicines and Pharmaceutical Sciences*, Vol. 11, N.º 2, pp. 53-74
- Magretta, J. (2002), "Why Business Models Matter", *Harvard Business Review*, Vol. 80, N.º 5, pp. 86-92
- Malhotra, N. K. (2004), *Marketing Research: an applied orientation*, 4ª Ed., Person Education International
- Manzini, E. e Vezzoli, C. (2002), "Product-Service Systems and Sustainability: Opportunities for Sustainable Solutions", United Nations Environment Programme,

Paris, em: www.uneptie.org/pc/sustain/reports/pss/pss-imp-7.pdf

Maroco, João (2007), *Análise Estatística: com utilização do SPSS*, 3ª Edição, Edições Sílabo, Lisboa

Marshall, Alfred (1890), *Principles of Economics*, 8ª Ed., 1920

Michel, N. E. (1993), "Projects study pharmaceutical care outcomes in ambulatory patients", *American Journal of Hospital Pharmacy*, Vol. 50, pp. 1527-1535

Michel, S., Vargo, S. L. e Lusch, R. F. (2008), "Reconfiguration of the conceptual landscape: a tribute to the service logic of Richard Norman", *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 36, N.º 1, pp. 152-155

Mikael, R. L., Brown, T. R., Lazarus, H. L. e Vinson, M. C. (1975), "Quality of pharmaceutical care in hospitals", *American Journal of Hospital Pharmacy*, Vol. 32, pp. 567-574

Mill, John Stuart (1848), *Principles of Political Economy*, 1920, London: Longmans, Green, and Co

Miller, M. J. e B. G. Ortmeier (1995), "Factors influencing the delivery of pharmacy services", *Journal of American Pharmaceutical Association*, Vol. 35, pp. 39-44

Miller, W. L., B. F. Crabtree, R. McDaniel e K. C. Stange (1998), "Understanding change in primary care practice using Complexity Theory", *Journal of Pharmaceutical Practice*, Vol. 46, N.º 5, pp. 369-376

Mont, O. (2004), "Product-Service Systems: panacea or Myth" (Doctoral Dissertation), Lund University, disponível em www.iiee.lu.se/Publication.nsf/webAll/.../FILE/mont.pdf

Mont, O. (2002), "Clarifying the concept of product-service system", *Journal of Cleaner Production*, Vol. 10, pp. 237-245

Mont, O. (2000), "Product-Service Systems", AFR-Report 288, Swedish Environmental Protection Agency, Stockholm

Mont, O., Dalhammar, C. e Jacobsson, N. A. (2006), "A new business model for baby prams based on leasing and product remanufacturing", *Journal of Cleaner Production*, Vol. 14, N.º 17, pp. 1509-1518

Morelli, N. (2002), "Designing product-service systems: a methodological exploration", *Design Issues*, Vol. 18, N.º 3, pp. 3-17

Morelli, N. (2006), "Developing new product service systems (PSS): methodologies and operational tools", *Journal of Cleaner Production*, Vol. 14, N.º 17, pp. 1495-1501

Morelli, N. (2003), "Product-service systems, a perspective shift for designers: a case study: the design of a telecentre", *Design Studies*, Vol. 24, N.º 1, pp. 73-99

Mota, S. (2001), "Notificação de reacções adversas medicamentosas: sua relevância para a saúde pública", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 19, N.º 2 - Jul/Dez

Narhi, U., Airaksinen, M., Tanskanen, P. e Erlund, H. (2000), “Therapeutic outcomes monitoring by community pharmacists for improving clinical outcomes in asthma”, *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, Vol. 25, N.º 3, pp. 177-183

Nassau Senior, William (1863), *Political Economy*, Fifth Edition (London: Charles Griffin and Co.)

Neely, A. (2007), “Servitization of manufacturing an analysis of global trends”, 14ª European Operations management association (EUROMA) Conference, Ankara

Normann, R. (2001), *Reframing business: when the map changes the landscape*, Chichester, New Sussex: Wiley

Normann, R. and Ramirez, R. (1993), “From Value Chain to Value Constellation: Designing Interactive Strategy”, *Harvard Business Review*, July-August, pp. 65-77

Norwood, G. J., Sleath, B. L., Caiola, S.M. *et al* (1998), “Costs of implementing pharmaceutical care in community pharmacies”, *American Journal Pharmaceutical Association*, Vol. 38, pp. 755-761

OF (2010), “Dados estatísticos da Profissão Farmacêutica”, informação cedida via e-mail pela Ordem dos Farmacêuticos

OF (2009), “Dados estatísticos da Profissão Farmacêutica”, informação cedida via e-mail pela Ordem dos Farmacêuticos

OF (2007a), “Estudo do Sector das Farmácias em Portugal - Estudos e Pareceres da Ordem dos Farmacêuticos”, Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra

OF (2007b), “Estudos e Pareceres da Ordem dos Farmacêuticos - Responsabilidade Social no Sector das Farmácias em Portugal”, GEST-IN/ISCTE

OF (2006a), “Documento da Ordem dos Farmacêuticos - Concorrência no Sistema de Saúde e nas Farmácias”, Ordem dos Farmacêuticos

OF (2006b), “Estudos e Pareceres da Ordem dos Farmacêuticos - Acto Farmacêutico e Medicamentos”, Parecer Jurídico de Gomes Canotilho

OF (2005), “Farmácias como Espaço de Saúde - Declaração de princípios da Ordem dos Farmacêuticos”, Ordem dos Farmacêuticos

Oliva, R. e Kallenberg, R. (2003), “Managing the transition from products to services”, *International Journal of service Industry Management*, Vol. 14, N.º 2, pp. 160-172

Panvelkar, N. P., Saini, B. e Armour, C. (2009), "Measurement of patient satisfaction with community pharmacy services: a review", *Pharmacy World & Science*, Vol. 31, N.º 5, pp. 53-537

Pawar, K. S., Beltagui, A. e Riedel, J. (2009), “The PSO triangle: designing product, service and organization to create value”, *International Journal of Operations &*

Production Management, Vol. 29, N.º 5, pp. 468-493

Penrose, E. T. (1959), *The Theory of the Growth of the Firm*, Basil Blackwell, Oxford

Pereira, A. (2003), *SPSS: Guia Prático de Utilização*, 4ª Ed., Edições Sílabo, Lisboa

Pestana, M. H. e Gageiro, J. N. (2003), *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS*, 3ª Edição, Edições Sílabo, Lisboa

Peterson, G. *et al* (2009), “PROMISe to DOCUMENT clinical interventions in Australian community pharmacies”, *Australian Pharmacist*, Vol. 28, N.º 2

Peterson, G. e Tenni, P.C. (2007), “Evaluation of clinical interventions within community pharmacy (PROMISe II): Pharmacy Guild of Australia”, 2007

Pett, M. A., Lackey, N. R. e Sullivan, J. J. (2003), “Making sense of factor analysis: The use of factor analysis for instrument development in health care research”, Thousand Oaks

Pickard, A. S., Johnson, J. A. e Faris, K. B. (1999), “The impact of pharmacist interventions on health-related quality of life”, *The Annals of Pharmacotherapy*, Vol. 33, pp. 1167-1172

Pirmohamed *et al* (1998), “Adverse drug reactions”, *British Medical Journal*, Vol. 316, pp. 1295-1298

Pita, J. R. (1998), *História da Farmácia*, Ordem dos Farmacêuticos, Secção Regional de Coimbra, Livraria Minerva Editora, Coimbra

Plumridge, R. J. e Wojnar-Horton, R. E. (1998), “A review of the pharmaeconomics of pharmaceutical care”, *Pharmaeconomics*, Vol. 14, pp. 175-189

Portaria n.º 1427/2007, de 2 de Novembro – Regula as condições e os requisitos de dispensa de medicamentos ao domicílio e através da Internet

Portaria n.º 1429/2007, de 2 de Novembro – Define os serviços farmacêuticos que podem ser prestados pelas farmácias

Portaria n.º 1430/2007, de 2 de Novembro – Fixa os procedimentos de licenciamento e de atribuição de alvará a novas farmácias e às que resultam de transformação de postos farmacêuticos permanentes, bem como da transferência de localização de farmácias

Posey, L. M. (2003), “Proving that pharmaceutical care makes a difference in community pharmacy”, *American Journal Pharmaceutical Association*, Vol. 43, pp. 136-138

Proença, J. F. e Ferreira, F. (2009), “Confronting the IMP Network Approach and the S-D Logic of Marketing”, Forum about the SD-L, Capri

Proença, J. F. (2005), “Marketing de Serviços: regresso às origens”, *Revista Portuguesa de Marketing*, Ano 9, N.º 17

Ragot, S., Sosner, P., Bouche, G., Guillemain, J. e Herpin, D. (2005), “Appraisal of the knowledge of hypertensive patients and assessment of the role of the pharmacists in the management of hypertension: results of a regional survey”, *Journal of Human Hypertension*, Vol. 19, N.º 7, pp. 577-584

Ramirez, R. (1999), “Value co-production: intellectual origins and implications for practice and research”, *Strategic Management Journal*, Vol. 20, pp. 49-65

Rathmell, J. (1966), “What Is Meant by Services?”, *Journal of Marketing*, Vol. 30, N.º 4, pp. 32-36

Raynor, D. K., Savage, I., Knapp, P. e Henley, J. (2004), “We are the experts: people with asthma talk about their medicine information needs”, *Patient Education Counsels*, Vol. 53, N.º 2, pp. 167-174

Reinartz, W. e Ulaga, W. (2008), “How to sell services more profitably”, *Harvard Business Review*, May, pp. 91-96

Reis, E. e Moreira, R. (1993), *Pesquisa de Mercados*, Lisboa: Edições Sílabo

Relatório Primavera 2009 (2009), “10 Anos OPSS | 30 Anos SNS, Razões para Continuar”, Observatório Português de Sistemas de Saúde

Relatório Primavera 2008 (2008), “Sistema de Saúde Português: Riscos e Incertezas”, Observatório Português de Sistemas de Saúde

Relatório Primavera 2007 (2007), “Luzes e Sombras: a Governação da Saúde: Sentidos e Significados”, Observatório Português de Sistemas de Saúde

Roberts, A. S. (2005), “Practice change in community pharmacy: The implementation of cognitive services” (Doctoral Dissertation), Faculty of Pharmacy University of Sydney

Roberts, A. S. *et al* (2005), “Understanding practice change in community pharmacy: a qualitative study in Austrlia”, *Social and Administrative Pharmacy*, Vol. 1, pp. 546-564

Roberts, A. S., Hopp, T., Sorensen, E. W., Benrimoj, S. I., Chen, T.F., Herborg, H. *et al* (2003), “Understanding practice change in community pharmacy: a qualitative research instrument based on organisational theory”, *Pharmacy World & Science*, Vol. 25, pp. 227-234

Roughead, L., Semple, S. e Vitry A. (2002), “The value proposition of pharmacist professional services in the community setting - A systematic review of the literature 1990-2002”, em: www.guild.org/public/researchdocs/reportvalueservices.pdf

Rupp, M. T. (1992), “Value of community pharmacists’ interventions to correct prescribing errors”, *The Annals of Pharmacotherapy*, Vol. 26, pp. 1580-1584

Rupp, M. T., De Young, M. e Schondelmeyer, S.W. (1992), “Prescribing problems and pharmacist interventions in community practice”, *Medical Care*, Vol. 30, pp. 926-949

Rust, Roland (1998), "What Is the Domain of Service Research?", *Journal of Service Research*, 1 (November), 107

Sampson, S. E. e Froehle, C. M. (2006), "Foundations and implications of a proposed unified services theory", *Production and Operations Management*, Vol. 15, N.º 2, pp. 329-343

Saunders, *et al* (2003), *Research methods for business Students*, 3.^a Ed., Prentice-Hall – Financial Times

Sawhney, M. (2006), "Going beyond the product: Defining, designing, and delivering customer solutions", in R. F. Lusch e S. L. Vargo, *The service-dominant logic of marketing: Dialog, debate, and direction*, pp. 365-380, Armonk, NY

Say, Jean-Baptiste (1803), *A Treatise on the Political Economy*, First American Edition 1821, Reprints of Economic Classics, 1964, New York: Augustus M. Kelly

Schlesinger, L. A., e Heskett, J. L. (1991), "Breaking the Cycle of Failure in Services", *Sloan Management Review*, Vol. 32, pp. 17-28

Schneider, J. K. e Nickman, N. A. (1994), "Assessment of pharmaceutical care needs in an ambulatory setting", *Hospital Pharmacy*, Vol. 29, pp. 238-242

Schumock, G. T. (2000), "Methods to assess the economic outcomes of clinical pharmacy services", *Pharmacotherapy*, Vol. 20, pp. 243-252

Schumock, G. T., P. D. Meek, P. A. Ploetz e L. C. Vermeulen (1996), "Economic evaluations of clinical pharmacy services - 1988-1995", *Pharmacotherapy*, Vol. 16, pp. 1188-1128

Segal, R. (1997), "Applying the principles of pharmaceutical care to the patient with diabetes", *Pharmacy Practice Management Quarterly*, Vol. 47, pp. 117-121

Shostack, G. L. (1982), "How to design a service", *European Journal of Marketing*, Vol. 16, N.º 1, pp. 49

Shostack, G. L. (1977), "Breaking free from product marketing", *Journal of Marketing*, Vol. 41, N.º 2, pp. 73-80

Simoens, S., Foulon, E., Dethier, M., Mathieu, C. e Laekeman, G. (2005), "Promoting targeted screening for Type 2 diabetes mellitus: the contribution of community pharmacists", *Diabetic Medicine*, Vol. 22, N.º 6, pp. 812-813

Smith, A. (1776), *An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations*, London: W. Strahan & T. Cadell, London

Smith, M. C. (1970), "Pharmacy education?", *American Journal Pharmaceutical Association*, Vol. 10, pp. 548-551

Smith, W. E., Ray, M. D. e Shannon, D. M. (2002), "Physicians expectations of pharmacists", *American Journal of Health System Pharmacy*, Vol. 59, pp. 50-57

Solomon, M. R. *et al* (1985), “A Role Theory Perspective on Dynamic Interactions: The Service Encounter,” *Journal of Marketing*, Vol. 49, pp. 99-111

Spring, M. e Araújo, L. (2009), “Service, services and products: rethinking operations strategy”, *International Journal of Operations & Production Management*, Vol. 29, N.º 5, pp. 444-467

SRASM (2010), Secretaria Regional dos Assuntos Sociais da Madeira, em: <http://iasaude.sras.gov-madeira.pt>, acedido a 22 de Fevereiro de 2010

SREA (2009), Serviço Regional de Estatística dos Açores, em: <http://estatistica.azores.gov.pt>, actualizada a 30 de Setembro de 2009, acedido a 22 de Fevereiro de 2010

Stahel, W. (1998), “From products to services: selling performance instead of goods”, The IPTS Report, Institute for Prospective Technological Studies, Sevilha

Stanback, T. (1980), “Understanding the Service Economy”, Johns Hopkins University Press, Baltimore

Strand, L. M., Cipolle, R. J. e Morley, P. C. (1992), *Pharmaceutical care: an introduction*, Kalamazoo, MI: The Upjohn Company

Strand, L. M., Cipolle, R. J. e Morley, P. C. (1990), “Drug related problems: their structure and function”, *The Annals of Pharmacotherapy*, Vol. 21, pp. 1093-1097

Strand, L. M., Cipolle, R. J. e Morley, P. C. (1988), “Documenting the clinical pharmacist’s activities: back to basics”, *Drug Intelligence & Clinical Pharmacy*, Vol. 22, pp. 63-66

Strand, L. M., Cipolle, R. J., Morley, P. C. e Perrier, D. G. (1991), “Levels of pharmaceutical care: a needs-based approach”, *American Journal of Hospital Pharmacy*, Vol. 48, pp. 547-550

Summers, K. H. (1996), “The ‘rebirth’ of cognitive services”, in Smith MC, Wertheimer AI, editors, *Social and behavioral aspects of pharmaceutical care*, Binghamton, Haworth Press, pp. 675-714

Tomechko, M. A., Strand, L. M., Morley, P. C. e Cipolle, R. J. (1995), “A from the pharmaceutical care project in Minnesota”, *Journal of American Pharmaceutical Association*, Vol. 35, pp. 9-30

U.S. Bureau of Health Professions (1996), “Report on health professional accessibility”, Washington, D.C.: Government Printing Office

van Mil, J. W. F. (2000), “Pharmaceutical Care in community pharmacy in Europe, challenges and barriers”, *Pharmaceutical Care España*, Vol. 2, pp. 42-56

van Mil, J. W. F. e Shulz, M. (2006), “A review of pharmaceutical care in community pharmacy in Europe”, *Harvard Health Policy Review*, Vol. 7, pp. 155-168

- van Mil, J. W. F., De Boer, W. O. e Tromp, Th. F. J. (2001), "European barriers to the implementation of pharmaceutical care", *International Journal of Pharmaceutical Practice*, Vol. 9, pp. 163-168
- van Mil, J. W. F., McElnay, J. C., de Jong-van den Berg, L. T. W. e Tromp, Th. F. J. (1999), "The challenges of defining pharmaceutical care on an international level", *International Journal of Pharmaceutical Practice*, Vol. 7, pp. 202-208
- van Mil, J. W. F., Schulz, M. e Tromp, Th. F. J. (2004), "Pharmaceutical care, European developments in concepts, implementation, teaching, and research: a review", *Pharmacy World & Science*, Vol. 26, pp. 303-311
- van Mill, J. W. F., Frokjaer, B. F. e Tromp, Th. F. J. (2004), "Changing a profession, influencing community pharmacy", *Pharmacy World & Science*, Vol. 26, pp. 129-132
- Vandermerwe, S. (2000), "How increasing value to customers improves business results", *Sloan Management Review*, Vol. 42, N.º 1, pp. 27-37
- Vandermerwe, S. e Rada, J. (1988), "Servitization of business: adding value by adding services", *European Management Journal*, Vol. 6, N.º 4, pp. 314-324
- Vargo, S. L. e Lusch, R.F. (2008a), "Service-dominant logic: continuing the evolution", *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 36, N.º 1, pp. 1-10
- Vargo, S. L. e Lusch, R.F. (2008b), "Why 'Service'?", *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 36, N.º 1, pp. 25-38
- Vargo, S. L. e Lusch, R. F. (2007), "From goods to service(s): Divergences and convergences of logics", *Industrial Marketing Management* (in press)
- Vargo, S. L. e Lusch, R. F. (2006), "Service-dominant logic: What it is, what it is not, what it might be", in R. F. Lusch e S. L. Vargo, *The service-dominant logic of marketing: Dialog, debate, and directions*, pp. 43-56, Armonk, NY
- Vargo, S. L. e Lusch, R.F. (2004a), "Envolving to a New Dominant Logic of Marketing", *Journal of Marketing*, Vol. 68, N.º 1, pp. 1-17
- Vargo, S. L. e Lusch, R.F. (2004b), "The four service marketing myths: remnants of a goods-based, manufacturing model", *Journal of Service Research*, Vol. 6, N.º 4, pp. 324-335
- Venkatesh *et al* (2006), "The market as a sign system and the logic of the market", in R. F. Lusch e S. L. Vargo (Eds.), *The service-dominant logic of marketing: Dialog, debate, and directions*, pp. 279-285, Armonk, NY
- Vervloet, D. e Durham, S. (1999), "Adverse drug reactions", *British Medical Journal*, VIII, pp. 367-371
- Volume, C. L., Farris, K. B., Kassam, R., Cox, C. E. e Cave, A. (2001), "Pharmaceutical care research and education project: patient outcomes", *Journal of American Pharmaceutical Association*, Vol. 41, pp. 411-420

- Voss, C. (1992), "Measurement of innovation and design performance in services", *Design Management Journal*, Vol. 3, N.º 1, pp. 40-46
- Voss, C. and Zomerdijk, L. (2007), "Innovation in experiential services – an empirical", in DTI (Ed.), *Innovation in Services*, HSMO, London.
- Vuckovic, N. e Nichter, M. (1997), "Changing patterns of pharmaceutical practice in the United States", *Social Science & Medicine*, Vol. 44, pp. 1285-1302
- Walter, R. (2000), "Pharmaceutical public health: the end of pharmaceutical care?", *The Pharmaceutical Journal*, Vol. 264, pp.340-341
- Ward, Y., e Graves, A. (2007), "Through-life management: the provision of total customer solutions in the aerospace industry", *International Journal of Services Technology and Management*, Vol. 8, N.º 6, pp. 455-77
- Webster, F. E. Jr. (1992), "The changing role of marketing in the corporation" *Journal of Marketing*, Vol. 56, pp. 1-17
- Weinberger, M., M. D. Murray, D. G. Marrero, N. Brewer, M. Lykens, L. E. Harris, *et al.* (2002a), "Issues in conducting randomized controlled trials of health services research interventions in nonacademic practice settings: the case of retail pharmacies", *Health Services Res*, Vol. 37, N.º 4, pp. 1067-1078
- Weinberger, M., M. D. Murray, D. G. Marrero, N. Brewer, M. Lykens, L. E. Harris, *et al.* (2002b), "Effectiveness of pharmacist care for patients with reactive airways disease: A randomized controlled trial", *Journal of the American Medical Association*, Vol. 288, N.º 13, pp. 1594-1602
- WHO (1994), World Health Organization: "The role of the pharmacist in the health care System", Report of a WHO Consultative Group, New Delhi, 13-16 December 1988, Geneva: World Health Organization, 1994 (WHO/PHARM/94.569)
- Wise, R. e Baumgartner, P. (1999), "Go downstream: the new profit imperative in manufacturing", *Harvard Business Review*, Vol. 77, N.º 5, pp. 133-141
- Winterstein, A. G., Sauer, B. C., Hepler, C. D. e Poole, C. (2002), "Preventable drug-related hospital admissions", *The Annals of Pharmacotherapy*, Vol. 36, N.º 7, pp. 1238-1248
- Zardaín, *et al* (2009), "Psychosocial and behavioural determinants of the implementation of Pharmaceutical Care in Spain", *Pharmacy World & Science*, Vol. 31, pp. 174-182
- Zeithaml, Valarie A. e Mary J. Bitner (2000), *Services Marketing: Integrating Customer Focus Across the Firm*, 2ª Ed., Boston, Irwin/McGraw-Hill
- Zeithaml, V., Parasuraman, A. e Barry, L. L. (1985), "Problems and strategies in services marketing", *Journal of Marketing*, Vol. 49, N.º 1, pp. 33-46
- Zuboff, S. e Maxmin, J. (2002), *The support economy*, New York: Penguin

Anexos

Índice de Anexos

	Pág.
Anexo I – Acto Farmacêutico	120
Anexo II – Questionário da investigação	122
Anexo III – Artigo da revista Farmácia Distribuição	126
Anexo IV – Matriz de correlação da investigação	127
Anexo V – <i>Alpha de Cronbach</i> e <i>Eigenvalue</i> das 5 componentes extraídas e <i>Scree plot</i>	128
Anexo VI – Resultado da análise CATPCA	129
Anexo VII – Diagrama de extremos e quartis da (a) aceitabilidade e função e da (b) aceitabilidade e habilitações	131
Anexo VIII – Gráficos de normalidade das 5 componentes principais	132
Anexo IX – Diagrama de extremos e quartis dos factores que incentivam a prestação de serviços e implementação dos serviços	135

CAPÍTULO II

Das competências profissionais

Artigo 75.º

Natureza da profissão

- 1 - O farmacêutico, enquanto prestador de serviços, exerce uma profissão livre.
- 2 - Quer como profissional liberal quer como trabalhador por conta de outrem, o farmacêutico exerce as suas funções com inteira autonomia técnica e científica.

Artigo 76.º

Do acto farmacêutico

O acto farmacêutico é da exclusiva competência e responsabilidade dos farmacêuticos.

Artigo 77.º¹

Conteúdo

Integram o conteúdo de acto farmacêutico as seguintes actividades:

- a) Desenvolvimento e preparação da forma farmacêutica dos medicamentos;
- b) Registo, fabrico e controlo dos medicamentos de uso humano e veterinário e dos dispositivos médicos;
- c) Controlo de qualidade dos medicamentos e dos dispositivos médicos em laboratório de controlo de qualidade de medicamentos e dispositivos médicos;
- d) Armazenamento, conservação e distribuição por grosso dos medicamentos de uso humano e veterinário e dos dispositivos médicos;
- e) Preparação, controlo, selecção, aquisição, armazenamento e dispensa de medicamentos de uso humano e veterinário e de dispositivos médicos em farmácias abertas ao público, serviços farmacêuticos hospitalares e serviços farmacêuticos

privativos de quaisquer outras entidades públicas e privadas, sem prejuízo do regime de distribuição ao público de medicamentos não sujeitos a receita médica fora das farmácias, nos termos da legislação respectiva;

- f) Preparação de soluções anti-sépticas, de desinfectantes e de misturas intravenosas;
- g) Interpretação e avaliação das prescrições médicas;
- h) Informação e consulta sobre medicamentos de uso humano e veterinário e sobre dispositivos médicos, sujeitos e não sujeitos a prescrição médica, junto de profissionais de saúde e de doentes, de modo a promover a sua correcta utilização;
- i) Acompanhamento, vigilância e controlo da distribuição, dispensa e utilização de medicamentos de uso humano e veterinário e de dispositivos médicos;
- j) Monitorização de fármacos, incluindo a determinação de parâmetros farmacocinéticos e o estabelecimento de esquemas posológicos individualizados;
- k) Colheita de produtos biológicos, execução e interpretação de análises clínicas e determinação de níveis séricos;
- l) Execução e interpretação de análises toxicológicas, hidrológicas e bromatológicas;
- m) Todos os actos ou funções directamente ligados às actividades descritas nas alíneas anteriores.

¹ A redacção actual da alínea e) deste artigo foi introduzida pelo artigo 10º do Decreto-Lei n.º 134/2005, de 16 de Agosto.

Artigo 78.º

Actos de natureza análoga

Podem ainda ser considerados actos farmacêuticos quaisquer outros que, pela sua natureza, requeiram especialização em qualquer das áreas de intervenção farmacêutica, enquanto actividades afins ou complementares.

SERVIÇOS FARMACÊUTICOS:

A perspectiva dos Farmacêuticos Comunitários

Questionário de Dissertação de Mestrado em Marketing



Contacto: Célia Alves da Silva
E-mail: servicos.farma@gmail.com

Destina-se apenas a Farmacêuticos Comunitários em exercício em Farmácia Comunitária.

Devolva, por favor, o questionário preenchido através do **envelope RSF** ou **fax n.º 226 104 917**.

Para mais que uma resposta, pode fazer cópia deste questionário.

Apoio:



Este **questionário é anónimo**, por favor, não se identifique. A confidencialidade dos resultados é assegurada pelo envelope RSF, não identificativo do remetente, que segue junto. A sua resposta a este questionário, que demora cerca de 15 minutos, é de vital importância, procure enviá-la logo que possível. Para que os colegas em funções na sua farmácia possam também responder a este questionário, basta fazer uma cópia do mesmo, ou aceder a ele, on-line, através do site da Ordem dos Farmacêuticos, na área reservada aos membros. Caso tenha interesse, pode solicitar os resultados deste estudo, através do e-mail: servicos.farma@gmail.com.

Muito obrigada pela sua colaboração!

Secção A | Caracterização do(a) Farmacêutico(a) Comunitário(a)

Assinale, por favor, a sua resposta com um **X** ou preencha os campos em branco

- Sexo:** Feminino ☐ Masculino ☐
- Idade:** _____
- Função:** Director Técnico ☐ Farmacêutico substituto ☐ Farmacêutico ☐
- Tempo de exercício, **em anos**, em Farmácia Comunitária: _____
- Habilitações:** Licenciatura ☐ Mestrado Integrado ☐ Pós-graduação ☐ Mestrado ☐ Doutoramento ☐

Secção B | Caracterização da Farmácia onde trabalha

Assinale, por favor, a sua resposta com um **X** ou preencha os campos em branco

- I) Distrito da Farmácia: _____ II) Código postal: _____ - _____
- A Farmácia é propriedade de: Farmacêutico ☐ Não Farmacêutico ☐
- A Farmácia tem Serviços Farmacêuticos implementados? Sim ☐ Não ☐

Se respondeu **SIM** na **alínea anterior**, assinale com um X no quadro abaixo, **quais**. Legenda: **S**-SIM e **N**-NÃO.

	S	N		S	N
8.1 Programas de Cuidados Farmacêuticos			8.9 Farmacovigilância		
8.2 Administração primeiros socorros			8.10 Valormed, troca seringas e outras recolhas		
8.3 Administração de medicamentos			8.11 Programa da metadona		
8.4 Utilização de meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica			8.12 Apoio domiciliário		
8.5 Dispensa de medicamentos e outros produtos de saúde			8.13 Aconselhamento terapêutico e promoção do correcto uso do medicamento		
8.6 Administração de vacinas não incluídas no PNV			8.14 Interpretação e avaliação de prescrições médicas		
8.7 Campanhas de informação, promoção e educação para a Saúde			8.15 Acompanhamento e monitorização da terapêutica		
8.8 Colaboração em programas de educação para a saúde			8.16 Outros, indique quais		

- Investimentos financeiros para a prestação de serviços farmacêuticos feitos nos últimos 5 anos:
 <5.000€ ☐ 5.000-50.000€ ☐ 51.000-150.000€ ☐ 151.000-250.000€ ☐ >250.000 ☐ Não Sabe ☐

Secção C | Caracterização da oferta em Farmácia Comunitária

Assinale, por favor, com um **X** o seu grau de concordância com as afirmações abaixo

10. Legenda: 1-DT: “Discordo Totalmente”, 2-D: “Discordo”, 3-C/D: “não Concordo, nem Discordo”, 4-C: “Concordo” e 5-CT: “Concordo Totalmente”.

	DT	D	C/D	C	CT
10.1 O papel do farmacêutico comunitário é muito abrangente	1	2	3	4	5
10.2 A actividade farmacêutica baseia-se na venda de medicamentos e outros produtos de saúde	1	2	3	4	5
10.3 A actividade farmacêutica baseia-se na prestação de serviços	1	2	3	4	5
10.4 A dispensa de medicamentos é um acto de venda puro	1	2	3	4	5
10.5 O aconselhamento farmacêutico é um serviço que tem acoplado um medicamento ou outro produto de saúde	1	2	3	4	5
10.6 O aconselhamento terapêutico contribui para o retorno financeiro da farmácia	1	2	3	4	5
10.7 O aconselhamento terapêutico valoriza a profissão farmacêutica	1	2	3	4	5
10.8 A prestação de serviços farmacêuticos prejudica financeiramente a farmácia	1	2	3	4	5
10.9 Os serviços farmacêuticos contribuem para a diminuição da despesa pública de saúde	1	2	3	4	5
10.10 O Acto Farmacêutico pode ser cobrado directamente ao utente	1	2	3	4	5
10.11 O farmacêutico é um prestador de serviços de saúde	1	2	3	4	5
10.12 O principal papel do farmacêutico é a venda de medicamentos e outros produtos de saúde	1	2	3	4	5
10.13 Aquando da dispensa de um medicamento, vendo um produto	1	2	3	4	5
10.14 Aquando da dispensa de um medicamento, presto um serviço	1	2	3	4	5
10.15 O estado beneficia com a prestação de serviços na farmácia	1	2	3	4	5
10.16 Os serviços farmacêuticos são sustentáveis se sujeitos a remuneração	1	2	3	4	5
10.17 São necessários conhecimentos e capacidades específicas para a prestação de serviços	1	2	3	4	5
10.18 A sala de atendimento personalizado é necessária para a prestação de certos serviços	1	2	3	4	5
10.19 Os serviços farmacêuticos são prestados exclusivamente por farmacêuticos	1	2	3	4	5
10.20 O número de farmacêuticos por farmácia influencia a qualidade do serviço prestado	1	2	3	4	5
10.21 Os serviços são prestados porque é isso que os utentes esperam de nós	1	2	3	4	5
10.22 Mudar as práticas de farmácia comunitária passa pela maior prestação de serviços	1	2	3	4	5
10.23 Os utentes beneficiam com a prática de serviços	1	2	3	4	5
10.24 Os serviços farmacêuticos são providenciados apenas quando são economicamente viáveis	1	2	3	4	5
10.25 A prestação de serviços é feita apenas se solicitada	1	2	3	4	5
10.26 A relação que se estabelece com os utentes é a mais-valia da profissão	1	2	3	4	5
10.27 Ajudar os utentes é uma das principais funções do farmacêutico	1	2	3	4	5
10.28 A prestação de serviços é importante para a valorização profissional	1	2	3	4	5
10.29 É importante conhecer o retorno financeiro dos serviços, antes de implementá-los	1	2	3	4	5
10.30 O farmacêutico dá um contributo importante para a saúde pública	1	2	3	4	5
10.31 A prestação de serviços farmacêuticos diferencia as farmácias	1	2	3	4	5
10.32 A prestação de serviços promove a fidelização de utentes	1	2	3	4	5
10.33 A monitorização da terapêutica e a avaliação da prescrição evita erros médicos	1	2	3	4	5

Continua

	DT	D	C/D	C	CT
10.34 Os serviços farmacêuticos diferenciam o farmacêutico de outros profissionais da farmácia	1	2	3	4	5
10.35 A prestação de serviços na farmácia, diferencia-a de outros espaços de saúde	1	2	3	4	5
10.36 A prática de serviços depende, completamente, do gestor/proprietário da farmácia	1	2	3	4	5
10.37 Ganham-se utentes com a prestação de serviços	1	2	3	4	5
10.38 O aspecto mais importante da implementação de serviços é o bem-estar do utente	1	2	3	4	5
10.39 A prestação de serviços é mais importante que o medicamento, por si só, na actividade diária da profissão farmacêutica	1	2	3	4	5
10.40 A mais-valia que a farmácia oferece aos seus utentes, é obtida pela prestação de serviços	1	2	3	4	5
10.41 A mais-valia que a farmácia oferece aos seus utentes, é obtida pela venda de medicamentos	1	2	3	4	5
10.42 É responsabilidade do farmacêutico promover a saúde pública pela prestação de serviços	1	2	3	4	5
10.43 Os serviços farmacêuticos estão bem implementados nas farmácias portuguesas	1	2	3	4	5
10.44 A actividade do farmacêutico tem uma grande orientação ao utente	1	2	3	4	5
10.45 A actividade do farmacêutico tem uma grande orientação ao medicamento e outros produtos	1	2	3	4	5
10.46 A actividade do farmacêutico tem uma grande orientação ao serviço	1	2	3	4	5
10.47 Independentemente dos serviços, a farmácia enquadra-se no sector do retalho	1	2	3	4	5
10.48 Os serviços farmacêuticos enquadram a profissão farmacêutica no sector dos serviços	1	2	3	4	5
10.49 A sobrevivência do farmacêutico comunitário, enquanto profissional de saúde, está dependente do grau de implementação de serviços	1	2	3	4	5
10.50 A farmácia tem potencial para a implementação de novos e mais serviços	1	2	3	4	5

Secção D | Aceitabilidade de novos serviços - Assinale, por favor, com um **X** a sua resposta

11. Tem ou aceita vir a ter, na farmácia, os seguintes serviços. **Legenda: S-SIM, N-NÃO e NS-Não sabe**

	S	N	NS		S	N	NS
11.1 Música ambiente				11.13 Sala de espera confortável (sofás, Tv...)			
11.2 Espaços aromatizados de acordo com os produtos (p.ex.: na puericultura, aroma a bebé)				11.14 Roupa específica para atopia e outros problemas de pele			
11.3 Quiosque com informações sobre saúde				11.15 Zona de alimentação saudável			
11.4 Consultas médicas por vídeo-conferência				11.16 Livros de promoção e educação p/ a saúde			
11.5 Payshop (pagamento de água, luz, telefone...)				11.17 Livros, CD's e DVD's de auto-ajuda			
11.6 Acompanhamento farmacêutico especializado (p.ex.: acompanhamento da mulher menopausa, do homem com disfunção erétil...)				11.18 Gestão da terapêutica em polimedicados (gestão e administração de medicamentos, em casa dos utentes ou em instituições)			
11.7 Organização de turismo saudável				11.19 Marcação de consultas e exames médicos			
11.8 Personal Health Adviser				11.20 Águas e bebidas vitaminadas e energéticas			
11.9 Gabinete de medicina alternativa				11.21 Quiosque com jornais e revistas			
11.10 Tertúlias e <i>whorkshop's</i> temáticos				11.22 Equipamentos de <i>fitness</i>			
11.11 Café e <i>snack-bar</i>				11.23 Gabinete de massagens e relaxamento			
11.12 Sistema de iluminação de acordo com a sazonalidade dos produtos				11.24 Alertas personalizados (pe: sms para doente com HTA sobre necessidade de medição da PA)			

Muito obrigada!

4

Serviços Farmacêuticos

A perspectiva dos farmacêuticos comunitários

Conhecer a perspectiva dos farmacêuticos comunitários face à prestação de actuais e potenciais serviços nas farmácias portuguesas é o grande objectivo da investigação levada a cabo pela farmacêutica Célia Alves da Silva, no âmbito da sua dissertação de Mestrado em Marketing, na Faculdade de Economia da Universidade do Porto.

Para tal, será efectuado um estudo empírico para recolha de informação relativa ao grau de implementação e opinião geral sobre a prestação de serviços em Farmácia Comunitária. O instrumento seleccionado para o levantamento dessa informação é o questionário que junto enviamos, e que deverá ser preenchido apenas por farmacêuticos comunitários em exercício em Farmácia Comunitária. Trata-se de um estudo pertinente, face à fase conturbada que se faz sentir na profissão, mas extremamente ambicioso pela sua dimensão. Não é fácil, numa análise desta natureza, envolver-se toda a população em estudo. Chegar a todas as farmácias a nível nacional foi apenas possível graças aos apoios institucionais que até agora foram concedidos, nomeadamente pela Cofanor, FARMÁCIA DISTRIBUIÇÃO e Ordem dos Farmacêuticos. Contudo, a legitimidade dos resultados, que serão apresentados em edição própria desta revista, dependerá de todos os profissionais que, empenhados em contribuir para o entendimento dos factores de mudança das práticas farmacêuticas, se disponham participar, respondendo e remetendo via envelope RSF o questionário anexo, até ao final do mês de Março.

A selecção do tema do estudo - SERVIÇOS FARMACÊUTICOS - baseou-se na constatação de que, apesar dos serviços farmacêuticos se terem tomado numa prática dominante em todo o mundo e serem providenciados por rotina nas farmácias portuguesas, continuam a ser um conceito estranho, não só para a maioria dos utentes mas também para a própria profissão. O facto de ser na Farmácia Comunitária, com a qualidade que lhe é inerente, que os utentes estão habituados a ser acompanhados, pode ser apontado como uma das principais razões pelas quais os serviços farmacêuticos não gozam, nos dias de hoje, da real importância que lhes é devida. Secundariamente, mas não menos importante, para a diminuta visibilidade da prestação de serviços nas farmácias, aponta-se o facto desta prática poder não ser ainda efectuada em escala suficientemente alargada e de forma identificativa nas farmácias. No entanto, vários autores defendem, e é essa a ideia que se segue nesta investigação, que, se os farmacêuticos desejam tornar-se num componente vital para um sistema integrado de cuidados de saúde, têm de aceitar e reconhecer como sua responsabilidade exclusiva, a prestação de serviços – os serviços farmacêuticos.

É do interesse geral para o sector e objectivo deste estudo, saber se cada farmacêutico, em exercício em Farmácia Comunitária, decide aceitar ou não a sua responsabilidade social e adoptar os serviços farmacêuticos como missão da sua profissão, pois desta deliberação dependerá o futuro da profissão.

É a opinião da própria profissão, sobre esta matéria, que o estudo reflectirá. 🌱

Anexo IV – Matriz de correlação da investigação principal

Correlations Transformed Variables

	10.01	10.02	10.03	10.04	10.05	10.06	10.07	10.08	10.09	10.10	10.11	10.12	10.13	10.14	10.15	10.16	10.17	10.18	10.19	10.20	10.21	10.22	10.23	10.24	10.25	10.26	10.27	10.28	10.29	10.30	10.31	10.32	10.33	10.34	10.35	10.36	10.37	10.38	10.39	10.40	10.41	10.42	10.43	10.44	10.45	10.46	10.47	10.48	10.49	10.50
10.01	1,000	-,012	,220	-,304	-,014	,004	,255	-,025	,122	,060	,288	-,126	-,041	,195	,248	-,010	,223	,122	,088	,114	,090	,096	,158	-,151	-,139	,115	,217	,186	-,095	,342	,217	,201	,161	,108	,145	-,067	,173	,203	,026	,080	-,115	,095	,073	,200	,132	,150	-,060	,113	-,035	,128
10.02a	-,012	1,000	,106	,201	,051	,234	-,014	,032	,009	,019	-,018	,339	,182	-,041	,023	,084	-,015	-,050	-,079	-,052	-,050	-,021	-,076	,108	,140	,058	-,035	-,071	,145	-,131	-,090	-,126	-,076	-,101	-,112	,129	-,048	-,008	-,060	-,067	,235	-,075	,012	-,084	,002	-,038	,082	-,098	,032	-,076
10.03a	,220	,106	1,000	-,059	,009	,086	,142	-,165	,197	,048	,269	-,136	-,176	,319	,216	,117	,161	,062	,021	,049	,141	,226	,155	-,038	-,173	,155	,164	,194	-,008	,153	,144	,164	,178	,093	,144	-,042	,199	,146	,133	,237	-,061	,194	,059	,215	,115	,215	-,019	,273	,246	,220
10.04a	-,304	,201	-,059	1,000	,084	,125	-,185	,041	-,108	-,063	-,234	,181	,223	-,179	-,233	-,061	-,211	-,171	-,084	-,079	-,032	-,092	-,174	,147	,230	-,051	-,119	-,144	-,014	-,274	-,164	-,183	-,184	-,163	-,179	,125	-,141	-,087	-,006	-,047	,230	-,192	,004	-,172	-,040	-,064	,097	-,085	-,026	-,173
10.05a	-,014	,051	,009	,084	1,000	,113	-,067	,043	-,008	,035	-,100	,111	,087	-,025	-,015	,004	-,029	-,036	,031	-,032	,180	,061	-,009	,097	,058	,043	,016	,011	-,032	-,044	-,012	,002	-,051	,027	,063	,057	,072	-,026	,016	,014	,087	,002	,043	-,063	,111	,066	,030	,025	-,012	,004
10.06a	,004	,234	,086	,125	,113	1,000	,102	,012	,128	,135	,035	,189	,179	,013	,070	,053	,066	,066	,007	,157	,104	,218	,165	,041	,003	,131	,118	,100	,239	,022	,182	,186	,089	,047	,108	,055	,243	,061	,056	,099	,108	,089	-,111	-,019	,056	,068	,112	,025	,202	,133
10.07a	,255	-,014	,142	-,185	-,067	,102	1,000	-,141	,143	,050	,326	-,132	-,057	,185	,238	,086	,239	,215	,140	,169	,125	,196	,244	-,085	-,179	,252	,315	,347	,043	,304	,377	,362	,296	,253	,324	-,117	,276	,267	,123	,215	-,019	,231	,041	,234	,091	,140	-,082	,122	,113	,142
10.08a	-,025	,032	-,165	,041	,043	,012	-,141	1,000	-,080	,055	-,148	,151	,215	-,205	-,087	,030	-,109	-,074	-,043	-,117	-,163	-,170	-,172	,050	,264	-,116	-,063	-,137	,082	-,078	-,144	-,157	-,178	-,139	-,110	,194	-,193	-,169	-,188	-,216	,081	-,183	-,004	-,094	-,064	-,070	,083	-,164	-,115	-,237
10.09a	,122	,009	,197	-,108	-,008	,128	,143	-,080	1,000	,217	,273	-,183	-,075	,191	,448	,297	,174	,109	,142	,257	,122	,221	,211	-,030	-,164	,109	,130	,211	,072	,230	,176	,193	,267	,221	,226	-,016	,230	,095	,105	,216	-,029	,157	-,116	,163	,055	,086	-,154	,201	,275	,215
10.10a	,060	,019	,048	-,063	,035	,135	,050	,055	,217	1,000	,084	,040	,054	,066	,165	,407	,092	,162	,077	,073	,036	,086	,100	,040	-,095	,069	,083	,044	,184	,100	,061	,065	,140	,095	,121	-,099	,057	,046	,060	,121	-,007	,104	-,132	,041	-,102	-,013	,009	,115	,171	,148
10.11a	,288	-,018	,269	-,234	-,100	,035	,326	-,148	,273	,084	1,000	-,181	-,161	,381	,375	,025	,336	,214	,111	,118	,118	,269	,359	-,171	-,214	,211	,317	,363	,042	,359	,336	,314	,335	,125	,260	-,138	,272	,229	,151	,228	-,122	,351	-,012	,271	,083	,235	-,061	,218	,159	,363
10.12a	-,126	,339	-,136	,181	,111	,189	-,132	,151	-,183	,040	-,181	1,000	,387	-,160	-,173	,014	-,206	-,131	-,158	-,168	-,025	-,102	-,157	,206	,210	,042	-,050	-,145	,119	-,187	-,167	-,106	-,132	-,169	-,194	,135	-,103	-,017	-,114	-,113	,285	-,186	,082	-,086	-,060	-,080	,217	-,126	-,098	-,142
10.13a	-,041	,182	-,176	,223	,087	,179	-,057	,215	-,075	,054	-,161	,387	1,000	-,253	-,149	,007	-,154	-,066	-,109	-,082	-,097	-,086	-,129	,184	,263	-,007	-,111	-,132	,099	-,107	-,097	-,051	-,095	-,107	-,124	,088	-,080	-,085	-,143	-,126	,329	-,166	,022	-,100	-,077	-,102	,220	-,147	-,105	-,192
10.14a	,195	-,041	,319	-,179	-,025	,013	,185	-,205	,191	,066	,381	-,160	-,253	1,000	,425	,093	,296	,232	,156	,175	,197	,254	,355	-,132	-,238	,170	,304	,311	,015	,235	,230	,258	,239	,193	,243	,143	,333	,232	,212	,270	-,167	,358	-,012	,314	,124	,255	-,100	,251	,199	,339
10.15a	,248	,023	,216	-,233	-,015	,070	,238	-,087	,448	,165	,375	-,173	-,149	,425	1,000	,188	,334	,242	,142	,207	,174	,259	,390	-,139	-,245	,172	,252	,345	,011	,343	,248	,259	,267	,193	,275	-,109	,320	,239	,140	,217	-,084	,264	-,039	,234	,097	,147	-,112	,194	,211	,334
10.16a	-,010	,084	,117	-,061	,004	,053	,086	,030	,297	,407	,025	,014	,007	,093	,188	1,000	,087	,035	,110	,080	-,005	,068	,051	,130	-,041	-,046	,055	,073	,327	,069	,003	,038	,121	,125	,106	,010	-,002	-,059	-,033	,048	,131	,084	-,067	-,027	-,208	-,154	-,086	,109	,196	,054
10.17a	,223	-,015	,161	-,211	-,029	,066	,239	-,109	,174	,092	,336	-,206	-,154	,296	,334	,087	1,000	,453	,285	,371	,255	,309	,427	-,092	-,227	,241	,283	,356	,015	,379	,354	,310	,358	,347	,346	-,116	,352	,266	,149	,251	-,133	,285	-,061	,319	,181	,164	,168	,158	,187	,360
10.18a	,122	-,050	,062	-,171	-,036	,066	,215	-,074	,109	,162	,214	-,131	-,066	,232	,242	,035	,453	1,000	,342	,388	,153	,302	,361	-,025	-,127	,199	,171	,276	,048	,303	,320	,337	,282	,278	,242	-,105	,294	,250	,107	,197	-,022	,256	-,084	,236	,182	,172	-,090	,155	,191	,318
10.19a	,088	-,079	,021	-,084	,031	,007	,140	-,043	,142	,077	,111	-,158	-,109	,156	,142	,110	,285	,342	1,000	,494	,196	,219	,217	-,079	-,141	,129	,135	,198	-,050	,244	,254	,297	,231	,418	,277	-,047	,222	,207	,179	,191	,004	,215	-,086	,203	,124	,158	-,101	,162	,107	,153
10.20a	,114	-,052	,049	-,079	-,032	,157	,169	-,117	,257	,073	,118	-,168	-,082	,175	,207	,080	,371	,388	,494	1,000	,253	,359	,377	-,009	-,106	,100	,146	,243	-,002	,222	,310	,332	,310	,424	,313	-,036	,309	,218	,132	,210	-,007	,213	-,117	,180	,115	,161	-,152	,195	,227	,257
10.21a	,090	-,050	,141	-,032	,180	,104	,125	-,163	,122	,036	,118	-,025	-,097	,197	,174	-,005	,255	,153	,196	,253	1,000	,292	,240	-,012	-,122	,258	,310	,262	-,079	,120	,103	,172	,134	,133	,183	-,016	,261	,253	,147	,180	-,051	,123	,078	,250	,183	,257	-,110	,171	,085	,119
10.22a	,096	-,021	,226	-,092	,061	,218	,196	-,170	,221	,086	,269	-,102	-,086	,254	,259	,068	,309	,302	,219	,359	,292	1,000	,536	,041	-,184	,264	,260	,376	,020	,225	,333	,328	,285	,291	,285	-,033	,372	,322	,274	,410	-,045	,281	-,117	,236	,162	,206	-,088	,289	,395	,483
10.23a	,158	-,076	,155	-,174	-,009	,165	,244	-,172	,211	,100	,359	-,157	-,129	,355	,390	,051	,427	,361	,217	,377	,240	,536	1,000	-,032	-,231	,261	,304	,411	,046	,352	,389	,386	,388	,257	,325	-,096	,427	,332	,224	,322	-,102	,333	-,107	,231	,139	,217	-,138	,199	,219	,436
10.24a	-,151	,108	-,038	,147	,097	,041	-,085	,050	-,030	,040	-,171	,206	,184	-,132	-,139	,130	-,092	-,025	-,079	-,009	-,012	,041	-,032	1,000	,365	-,022	-,091	-,068	,301	-,160	-,079	-,053	-,092	,010	-,036	,177	-,069	-,052	-,102	-,133	,249	-,144	,068	-,094	-,005	-,057	,059	,031	,043	-,025
10.25a	-,139	,140	-,173	,230	,058	,003	-,179	,264	-,164	-,095	-,214	,210	,263	-,238	-,245	-,041	-,227	-,107	-,141	-,106	-,122	-,184	-,231	,365	1,000	-,053	-,125	-,180	,155	-,213	-,225	-,231	-,228	-,264	-,211	,322	-,253	-,078	-,264	-,310	,222	-,270	,013	-,151	-,088	-,162	,092	-,175	-,166	-,269
10.26a	,115	,058	,155	-,051	,043	,131	,252	-,116	,109	,069	,211	,042	-,007	,170	,172	-,046	,241	,199	,129	,100	,258	,264	,261	-,022	-,053	1,000	,488	,421	,000	,217	,211	,291	,200	,123	,232	-,022	,335	,315	,223	,259	-,028	,226	,121	,256	,136	,197	-,012	,141	-,119	,189
10.27a	,217	-,035	,164	-,119	,016	,118	,315	-,063	,130	,083	,317	-,050	-,111	,304	,252	,055	,283	,171	,135	,146	,310	,260	,304	-,091	-,125	,488	1,000	,548	,078	,350	,294	,354	,303	,213	,302	-,117	,363	,377	,187	,288	-,079	,343	,060	,291	,141	,198	-,079	,094	,103	,256
10.28a	,186	-,071	,194	-,144	,011																																													

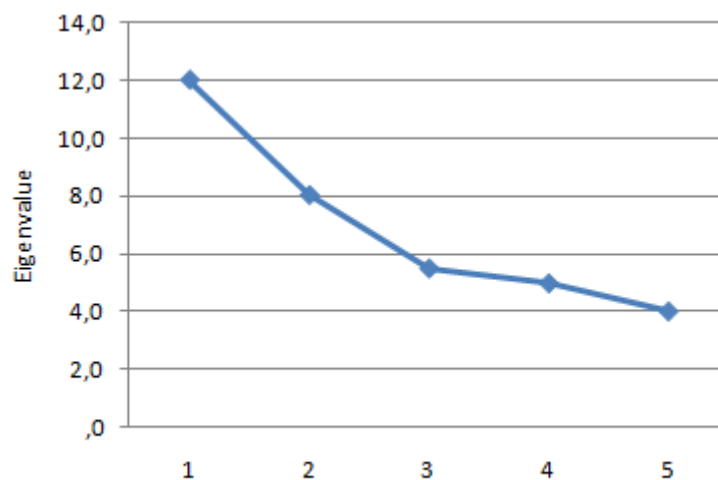
Anexo V – Alpha de Cronbach e Eigenvalue das 5 componentes extraídas e Scree plot

Alpha de Cronbach e Eigenvalue das 5 componentes extraídas

Dimension	Cronbach's Alpha	Variance Accounted For
		Total (Eigenvalue)
1	,935	12,034
2	,893	8,041
3	,834	5,496
4	,815	4,979
5	,765	4,002
Total	,990	34,552

Fonte: Output SPSS

Scree plot das componentes extraídas



Fonte: Output SPSS

Anexo VI – Resultado da análise CATPCA

CATPCA: método - Symmetrical_ 5_ Componentes

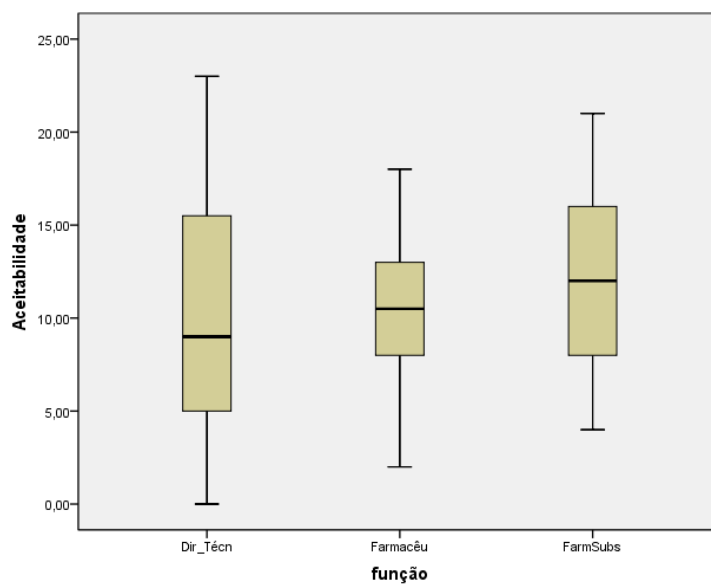
	Dimension				
	1	2	3	4	5
10.07 O aconselhamento terapêutico valoriza a profissão farmacêutica	,710	,100	,099	-,593	,356
10.14 Aquando da dispensa de um medicamento, presto um serviço	,805	-,299	-,016	,275	,593
10.15 O estado beneficia com a prestação de serviços na farmácia	,804	-,012	-,406	-,091	,756
10.17 São necessários conhecimentos e capacidades específicas para a prestação de serviços	,903	,005	-,133	-,360	-,161
10.18 A sala de atendimento personalizado é necessária para a prestação de certos serviços	,743	,225	-,156	-,312	-,543
10.22 Mudar as práticas de farmácia comunitária passa pela maior prestação de serviços	,876	,418	,003	,556	-,269
10.23 Os utentes beneficiam com a prática de serviços	,967	,213	-,091	-,010	-,091
10.27 Ajudar os utentes é uma das principais funções do farmacêutico	,806	,188	,543	-,325	,589
10.28 A prestação de serviços é importante para a valorização profissional	,963	,199	,246	-,257	,298
10.31 A prestação de serviços farmacêuticos diferencia as farmácias	,950	,229	-,011	-,699	-,297
10.32 A prestação de serviços promove a fidelização de utentes	,998	,355	,181	-,605	-,327
10.33 A monitorização da terapêutica e a avaliação da prescrição evita erros médicos	,900	,157	-,302	-,424	-,098
10.35 A prestação de serviços na farmácia, diferencia-a de outros espaços de saúde	,885	,212	-,144	-,400	-,337
10.37 Ganham-se utentes com a prestação de serviços	1,009	,339	,337	,015	-,170
10.38 O aspecto mais importante da implementação de serviços é o bem-estar do utente	,796	,146	,600	,018	,028
10.42 É responsabilidade do farmacêutico promover a saúde pública pela prestação de serviços	,890	-,203	-,056	,404	,092
10.44 A actividade do farmacêutico tem uma grande orientação ao utente	,763	-,210	,665	,054	,170
10.50 A farmácia tem potencial para a implementação de novos e mais serviços	,928	,047	-,223	,480	,053
10.02 A actividade farmacêutica baseia-se na venda de medicamentos e outros produtos de saúde	-,196	,898	,215	,282	,645
10.04 A dispensa de medicamentos é um acto de venda puro	-,461	,671	,398	,641	-,362
10.05 O aconselhamento farmacêutico é um serviço que tem acoplado um medicamento ou outro produto de saúde	-,015	,431	,430	,304	-,212
10.06 O aconselhamento terapêutico contribui para o retorno financeiro da farmácia	,247	1,044	,072	,306	,097
10.12 O principal papel do farmacêutico é a venda de medicamentos e outros produtos de saúde	-,441	1,016	,571	,156	,299
10.13 Aquando da dispensa de um medicamento, vendo um produto	-,404	1,037	,307	-,212	,028
10.24 Os serviços farmacêuticos são providenciados apenas quando são economicamente viáveis	-,257	1,032	,021	,176	-,210
10.25 A prestação de serviços é feita apenas se solicitada	-,637	,793	,329	-,291	-,056
10.29 É importante conhecer o retorno financeiro dos serviços, antes de implementá-los	-,006	1,082	-,466	-,236	,402
10.36 A prática de serviços depende, completamente, do gestor/proprietário da farmácia	-,304	,761	,239	-,208	-,140
10.47 Independentemente dos serviços, a farmácia enquadra-se no sector do retalho	-,352	,357	,332	,022	,259
10.41 A mais-valia que a farmácia oferece aos seus utentes, é obtida pela venda de medicamentos	-,275	1,151	,063	-,093	-,086

Cont.

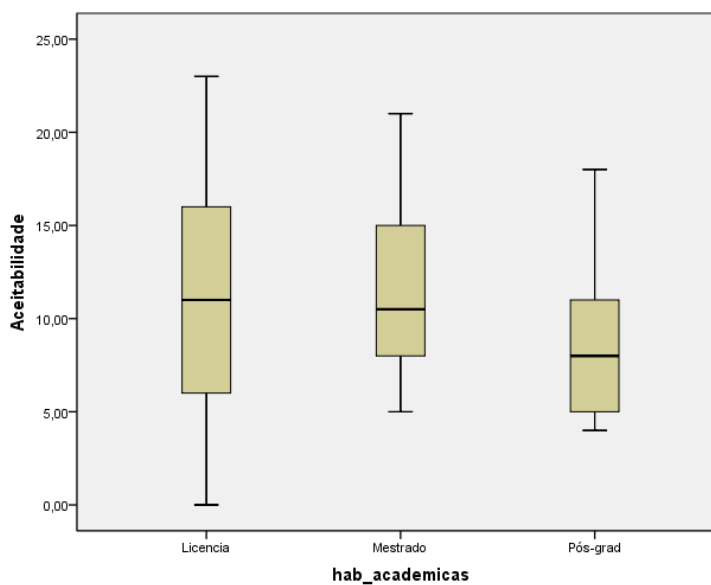
10.09 Os serviços farmacêuticos contribuem para a diminuição da despesa pública de saúde	,591	,256	-,778	,144	,439
10.10 O Acto Farmacêutico pode ser cobrado directamente ao utente	,260	,519	-,911	,186	,444
10.16 Os serviços farmacêuticos são sustentáveis se sujeitos a remuneração	,167	,674	-	,077	,534
10.21 Os serviços são prestados porque é isso que os utentes esperam de nós	,551	,117	1,255 ,652	,298	-,180
10.26 A relação que se estabelece com os utentes é a mais-valia da profissão	,645	,379	,815	-,010	,396
10.43 Os serviços farmacêuticos estão bem implementados nas farmácias portuguesas	-,054	-,048	,952	-,341	,358
10.45 A actividade do farmacêutico tem uma grande orientação ao medicamento e outros produtos	,401	-,120	1,041	,044	-,203
10.46 A actividade do farmacêutico tem uma grande orientação ao serviço	,604	-,125	,958	,474	-,075
10.48 Os serviços farmacêuticos enquadram a profissão farmacêutica no sector dos serviços	,644	-,077	-,105	,997	-,014
10.30 O farmacêutico dá um contributo importante para a saúde pública	,893	-,003	-,058	-,939	,157
10.39 A prestação de serviços é mais importante que o medicamento, por si só, na actividade diária da profissão farmacêutica	,642	-,179	,215	,999	-,268
10.40 A mais-valia que a farmácia oferece aos seus utentes, é obtida pela prestação de serviços	,871	-,027	,054	,945	-,115
10.08 A prestação de serviços farmacêuticos prejudica financeiramente a farmácia	-,447	,407	-,030	-,521	,070
10.49 A sobrevivência do farmacêutico comunitário, enquanto profissional de saúde, está dependente do grau de implementação de serviços	,601	,370	-,588	1,049	-,020
10.01 O papel do farmacêutico comunitário é muito abrangente	,498	-,302	,213	-,696	,725
10.03 A actividade farmacêutica baseia-se na prestação de serviços	,531	-,046	,075	,548	,874
10.11 O farmacêutico é um prestador de serviços de saúde	,824	-,185	-,091	-,227	,909
10.19 Os serviços farmacêuticos são prestados exclusivamente por farmacêuticos	,625	,100	-,200	-,239	-
10.20 O número de farmacêuticos por farmácia influencia a qualidade do serviço prestado	,737	,321	-,332	-,127	1,090
10.34 Os serviços farmacêuticos diferenciam o farmacêutico de outros profissionais da farmácia	,816	,192	-,306	-,284	-
					1,085
					-,868

Anexo VII – Diagrama de extremos e quartis da (a) aceitabilidade e função e da (b) aceitabilidade e habilitações

a) Aceitabilidade e função



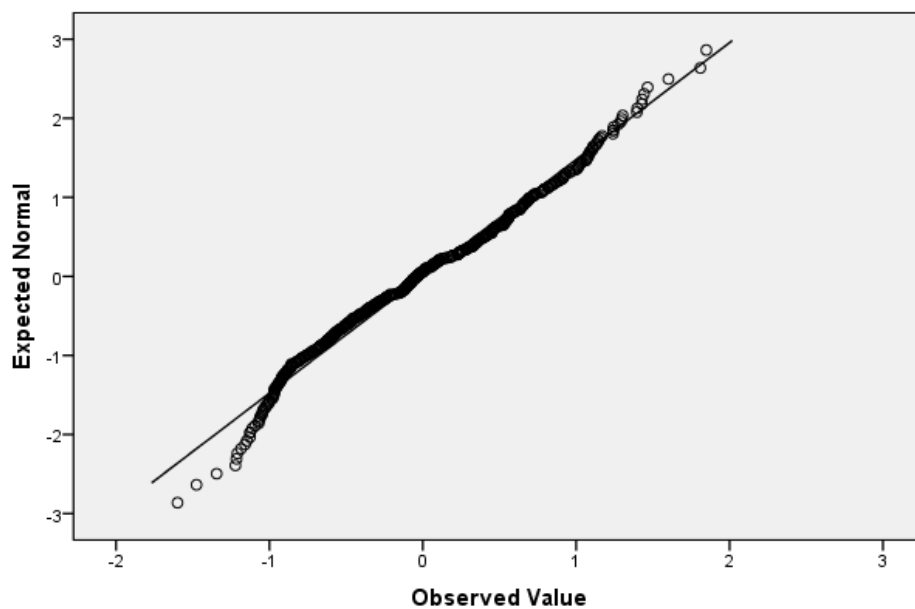
b) Aceitabilidade e habilitações



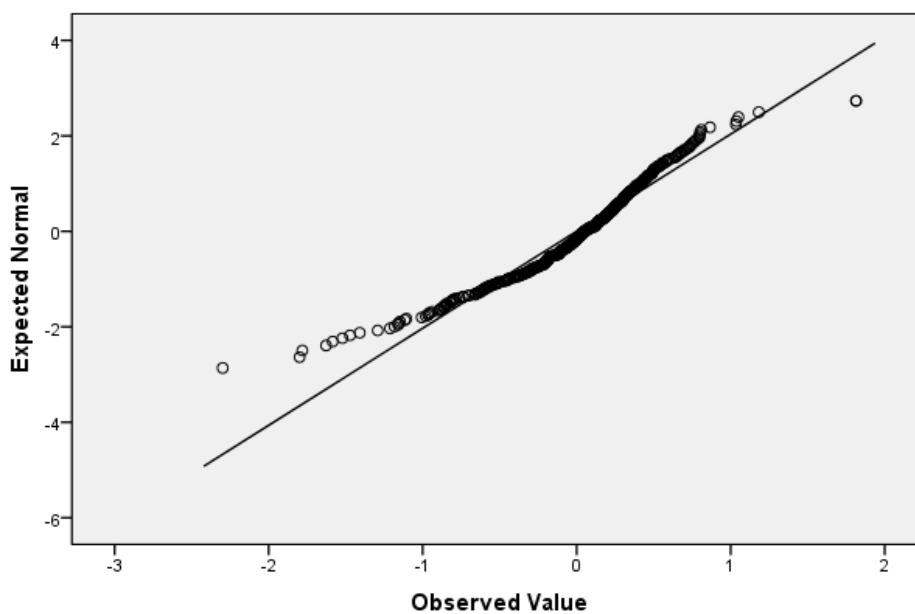
As caixas de bigodes permitem admitir igual forma nas distribuições das funções, eventualmente com diferenças de tendência central.

Anexo VIII – Gráficos de normalidade das 5 componentes principais

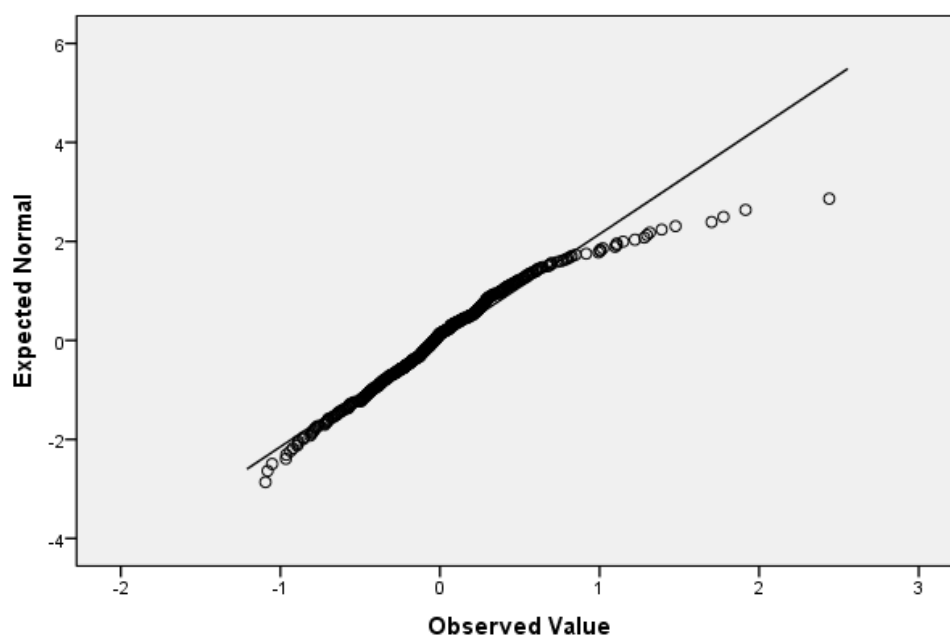
Normal Q-Q Plot of Object scores dimension 1



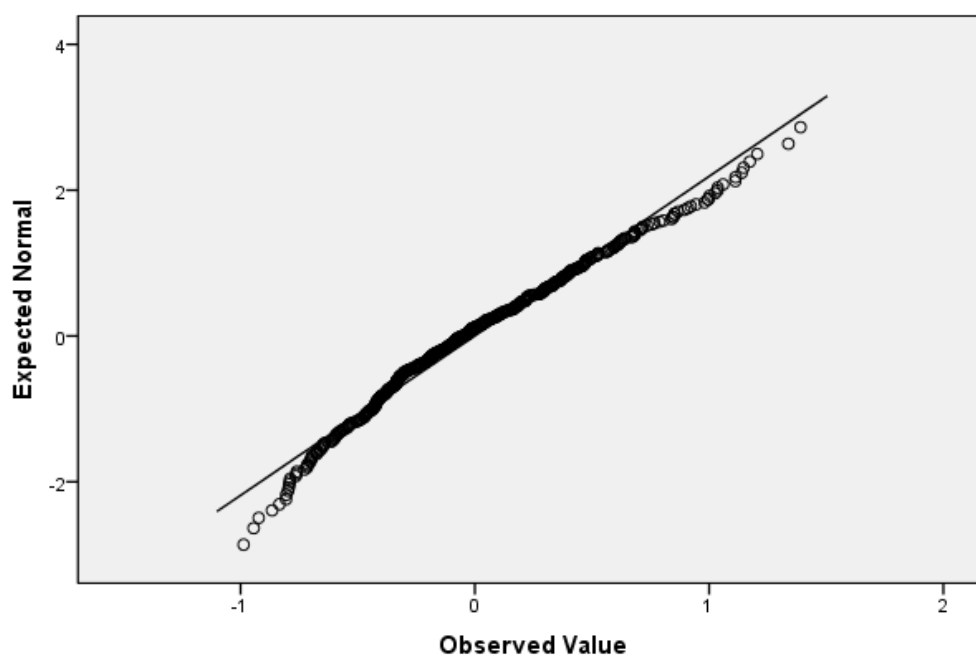
Normal Q-Q Plot of Object scores dimension 2



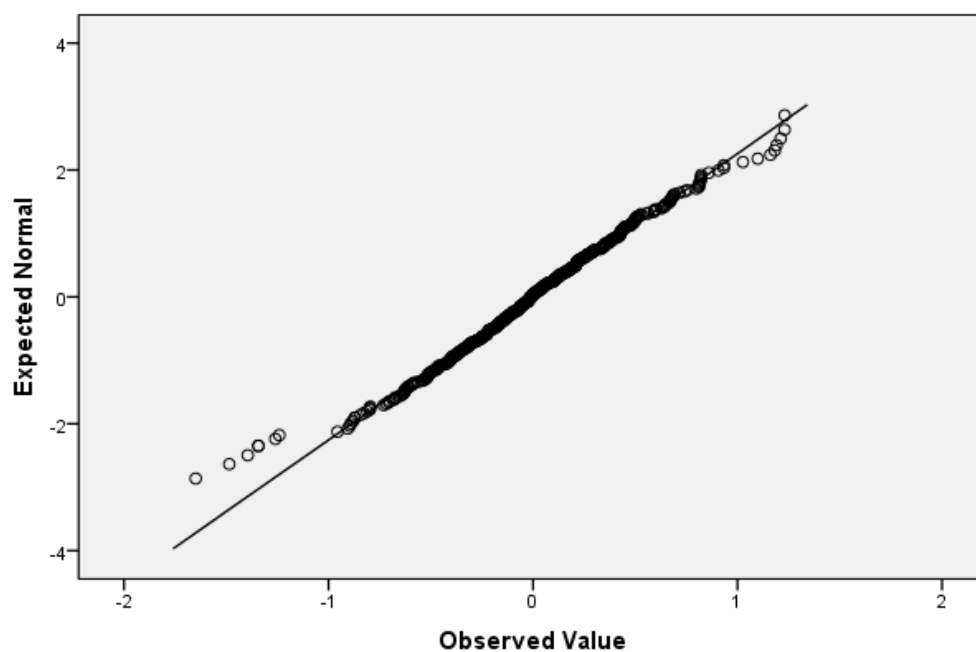
Normal Q-Q Plot of Object scores dimension 3



Normal Q-Q Plot of Object scores dimension 4



Normal Q-Q Plot of Object scores dimension 5



Anexo IX - Diagrama de extremos e quartis dos factores que incentivam a prestação de serviços e implementação dos serviços

