



Imagem retirada de:

<http://pixabay.com/en/tablets-pills-medicine-disease-193666/> em Outubro de 2014

Serviços Farmacêuticos: Um estudo sobre a satisfação global

Paulo Sérgio e Silva Duarte

Dissertação em Mestrado de Gestão, apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre.

Outubro de 2014



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



Paulo Sérgio e Silva Duarte

SERVIÇOS FARMACÊUTICOS: UM ESTUDO SOBRE A SATISFAÇÃO GLOBAL

Dissertação de Mestrado em Gestão, apresentada à Faculdade de Economia da
Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre

Orientador: Prof. Doutor Arnaldo Coelho

Coimbra, 2014

Agradecimentos

Esta dissertação foi possível graças ao enorme empenho, persistência e dedicação. Não sendo fácil conciliar a família, a actividade profissional e as actividades académicas. A realização deste objectivo pessoal foi possível pelo apoio incondicional de várias pessoas que gostaria de citar.

Um agradecimento muito especial à minha família pelo apoio e incentivo que me deram desde o primeiro momento. Pela presença constante nos momentos de maior motivação também nos momentos de desalento.

Um sincero agradecimento ao meu Orientador Professor Doutor Arnaldo Coelho, tendo sido muito mais do que um orientador durante este percurso académico. Realço a sua disponibilidade, a sua partilha de conhecimento e o seu espírito crítico e construtivo com que sempre me apoiou. Tendo sido a sua dedicação e motivação um factor crítico de sucesso para a minha investigação e dissertação. Sem a sua ajuda e apoio não seria possível a conclusão desta etapa na minha vida académica.

Um agradecimento à Isabel Roque pelo apoio prestado ao longo dos anos de frequência do meu Mestrado na Faculdade de Economia de Coimbra.

Agradeço também à minha entidade Patronal, Laboratórios Pfizer, Orlando Duarte, Ana Paula Carvalho, Tiago Baleizão e Ana Torres. Pelo apoio financeiro e pela disponibilidade de tempo para a frequência e conclusão da parte lectiva e de investigação.

Por fim um agradecimento a todos os que directa ou indirectamente contribuíram para este trabalho final. Todos aqueles que responderam ao questionário de investigação, permitindo-me alcançarem números representativos no panorama Nacional.

Dedicatória

Dedico esta dissertação à minha mulher Lucília Duarte e à minha filha Raquel Duarte pelo apoio incondicional durante estes anos de vida académica. A motivação e dedicação foram cruciais para que mais esta etapa seja concluída com sucesso.

À minha mãe Adelaide Duarte e ao meu irmão Firmino Duarte, e à restante família e amigos um obrigado especial pela compreensão e apoio pelos longos períodos de afastamento.

Também não posso esquecer todos aqueles que contribuíram de forma directa ou indirecta nesta etapa da minha vida. Através da motivação, do incentivo e das palavras de alento para concluir esta etapa académica.

Este desafio alcançado é uma vitória para todos nós, obrigado.

Resumo

As farmácias comunitárias são um importante parceiro nos cuidados de saúde de uma população. As Autoridades de Saúde Portuguesas assim como os utentes reconhecem o seu valor e confiam nos seus serviços. Serviços que foram ao longo de anos prestados às populações de forma gratuita e sempre disponíveis. Atravessamos neste momento um declínio no sector do medicamento, importa tornar o negócio da farmácia mais rentável e mais dinâmico para que seja sustentável. Os serviços farmacêuticos são uma oportunidade de expandir a responsabilidade dos farmacêuticos, intervindo cada vez de forma mais activa na saúde dos seus utentes e optimizando as estratégias farmacológicas e não farmacológicas.

Para tal seguimos a linha de investigação utilizada por Traverso et al. (2007) que avalia a satisfação global dos clientes dos serviços farmacêuticos, e de Bastos e Gallego (2008) que investiga a relação entre a satisfação global e a atitude comportamental (lealdade e fidelidade). A literatura existente refere a importância de avaliar variáveis como: gestão da terapêutica, relacionamento interpessoal, satisfação global, a lealdade e a fidelidade, vão permitir adaptar ou iniciar serviços farmacêuticos de valor acrescentado.

Os resultados do questionário de investigação realizado através de um questionário *online* a 768 clientes dos serviços farmacêuticos realizados nas farmácias comunitárias Portuguesas, demonstraram uma satisfação global dos clientes das farmácias Portuguesas face às variáveis: gestão da terapêutica e relacionamento interpessoal. Por outro lado o comportamento atitudinal do cliente é influenciado pelas variáveis: satisfação global, relação interpessoal e gestão da terapêutica. Neste estudo analisamos também a influencia das variáveis sociodemográficas no modelo de investigação, nomeadamente a idade e o género.

Os resultados obtidos na nossa investigação confirmam a revisão da literatura e os resultados apresentados por Traverso et al. (2007) e por Bastos e Gallego (2008), afirmando a importância das variáveis acima descritas para explicar o modelo de investigação.

Os resultados deste estudo são animadores para a implementação dos serviços farmacêuticos nas farmácias comunitárias Portuguesas, dando pistas para novas áreas de investigação. Será fundamental continuar a avaliar estes serviços uma vez que a sua execução eficiente se traduz em benefícios para a saúde pública dos Portugueses e numa redução de custos para o Sistema Nacional de Saúde.

Palavras-chave: Serviços farmacêuticos, Farmácia comunitária, satisfação global, relação interpessoal, gestão da terapêutica, fidelização e lealdade.

Abstract

Community pharmacies are an important partner in the health care of a population. Portuguese health authorities as well as users recognize their value and rely on their services. Services those, which have been provided over the years to the population for free and have always been available. During a time of decline in the drug industry, the services make the business more profitable and more dynamic in order to be sustainable. The pharmaceutical services are an opportunity to expand the responsibilities of pharmacists, intervening more actively in their customers' health and optimizing the pharmacological and non-pharmacological strategies.

This study follows a line of investigation used by Traverso et al. (2007) that evaluates the overall customer satisfaction of pharmacist services, and Bastos e Gallego (2008) who investigate the relationship between overall satisfaction and the behavioral (loyalty and fidelity).

The literature refers to the importance of variables in assessing: the therapeutic management, interpersonal relationship, overall satisfaction, loyalty and fidelity. This evaluation will allow to adapt or start pharmaceutical services with added value.

The results of the research survey conducted via an online questionnaire to 768 customers of pharmaceutical services at the Portuguese community pharmacies, demonstrated an overall customer satisfaction of Portuguese pharmacies face the variables: therapeutic management and interpersonal relationship. On the other hand, the customers' attitude behavior is influenced by the variables: overall satisfaction, interpersonal relationship and therapeutic management. In this study we also analyze the influence of sociodemographic variables in the research model, namely age and gender.

The results obtained in our research confirm the literature review and the results presented by Traverso et al. (2007) and by Bastos e Gallego (2008), affirming the importance of the variables described above to explain the research model.

The results are encouraging for the implementation of pharmaceutical services in Portuguese community pharmacies, giving tips to new areas of research. It will be essential to continue to review the services since their efficient execution translates into benefits for

the general Portuguese public health and a reduction of costs in the National Healthcare System.

Key words: Pharmaceutical services, Community pharmacy, Overall satisfaction, therapeutic management, interpersonal relationship, loyalty and fidelity.

Índice

1.	TEMA E TÓPICO DE INVESTIGAÇÃO.....	15
1.1.	Introdução.....	15
1.2.	Tema e tópico de investigação	16
1.3.	Definição do problema de investigação e do objecto de estudo	17
1.4.	Objectivos do estudo	18
1.5.	Relevância teórica e prática da investigação.....	20
1.6.	Estrutura da investigação	22
2.	ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO ESTUDO.....	24
2.1.	Sistema Nacional de Saúde Português	24
2.2.	Mercado Farmacêutico Português	27
2.3.	A farmácia em Portugal.....	28
2.3.1.	Legislação sobre Farmácias.....	31
2.3.2.	Legislação sobre o Medicamento	32
2.4.	Serviços farmacêuticos	33
2.4.1.	Introdução.....	33
2.4.2.	Motivações para a sua implementação	35
2.4.3.	Vantagens para quem implementa	36
2.4.4.	Implementação – da teoria à prática	38
2.5.	<i>Soft skills</i> - Gestão na farmácia	41
2.6.	Marketing relacional na farmácia.....	42
2.7.	Como gerir recursos humanos	45
3.	REVISÃO DA LITERATURA.....	48
3.1.	Introdução.....	48

3.2.	Enquadramento teórico	48
3.3.	Determinantes da gestão da terapêutica	49
3.4.	Determinantes do apoio ao cliente.....	50
3.5.	Determinantes da satisfação global	51
3.6.	Determinantes do comportamento atitudinal	52
3.7.	Conclusões.....	55
4.	QUADRO CONCEPTUAL E METODOLÓGICO	57
4.1.	Introdução.....	57
4.2.	Quadro conceptual.....	57
4.2.1.	Paradigma de investigação.....	58
4.2.2.	Modelo conceptual de investigação proposto	59
4.2.3.	Derivação de hipóteses	61
4.2.3.1.	Relação entre a gestão da terapêutica e satisfação global.....	62
4.2.3.2.	Relação entre a gestão da terapêutica e a atitude comportamental (fidelidade/lealdade).....	63
4.2.3.3.	Relação entre relação interpessoal e a satisfação global:	63
4.2.3.4.	Relacionamento entre a relação interpessoal e a atitude comportamental (fidelidade/lealdade).....	64
4.2.3.5.	Relacionamento entre a satisfação global e a atitude comportamental (fidelidade/lealdade).....	65
4.2.3.6.	A satisfação global dos doentes é influenciada pelo género dos doentes ou pela sua idade.....	65
4.2.4.	Operacionalização das variáveis em estudo	66
4.3.	Quadro metodológico.....	70
4.3.1.	Definição da amostra.....	71
4.3.2.	Método de recolha de dados	71

4.3.3.	Processo de elaboração do método de recolha de dados.....	72
4.3.3.1.	Definição dos objectivos, recursos e constrangimentos do estudo.....	73
4.3.3.2.	Seleção do método de recolha de dados	74
4.3.3.3.	Medidas com vista a melhorar a capacidade de resposta.....	75
4.3.3.4.	Disposição da estrutura do questionário.....	76
4.3.3.4.	Avaliação e pré-teste	77
4.3.3.6.	Implementação do questionário e recolha de dados	77
4.4.	Procedimentos estatísticos	78
4.4.1.	Caracterização da amostra.....	78
4.4.1.1.	Género	79
4.4.1.2.	Idade	80
4.5.	Metodologia de análise das variáveis	81
4.6.	Constituição final das variáveis.....	83
4.7.	Conclusões.....	85
5.	RESULTADOS DO ESTUDO EMPÍRICO.....	87
5.1.	Introdução.....	87
5.2.	Análise descritiva das variáveis em estudo	87
5.3.	Impacto da variável sociodemográfica nas variáveis em estudo	89
5.3.1.	Género	89
5.3.2.	Idade	90
5.4.	Análise de regressão linear múltipla	91
5.5.	Apresentação dos resultados dos submodelos.....	93
5.5.1.	Submodelo de determinantes da Satisfação global face aos serviços farmacêuticos	93
5.5.2.	Submodelo dos determinantes da Atitude comportamental.....	96

5.6.	Discussão dos resultados	99
5.6.1.	Submodelo determinantes da Satisfação Global	101
5.6.2.	Submodelo determinantes do Comportamento Atitudinal	101
5.7.	Conclusão	102
6.	CONCLUSÕES	103
6.1.	Implicações para a gestão	103
6.2.	Limitações e investigações futuras	104
6.3.	Conclusão	105
7.	BIBLIOGRAFIA	108
8.	NETGRAFIA	117

Índice de Ilustrações

Ilustração 1 -The Links in the Service – Profit Chain.....	22
Ilustração 2 - O Circuito do Medicamento	27
Ilustração 3 - Desenho do estudo.....	60
Ilustração 4 - Modelo de investigação testado por Tranverso et al. (2007).....	60
Ilustração 5 – Modelo conceptual de investigação proposto e relações entre variáveis	61
Ilustração 6 - Submodelo de determinantes da SatGlob face à RelInt e à GestTerap	94
Ilustração 7 - Submodelo de determinantes da CompAtit face à RelInt, à GestTerap e à SatGlob	96

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Variáveis utilizadas.....	68
Tabela 2 – Instrumento de Auto-avaliação – Questionário.....	70
Tabela 3 - Passos para a elaboração de um questionário.....	75
Tabela 4 - Distribuição de respondedores por Género.....	79
Tabela 5 - Frequências absolutas e relativas (idade e género)	79
Tabela 6 - Distribuição da amostra por classes etárias	80
Tabela 7 - Adjectivação dos valores de KMO segundo Kaiser.....	82
Tabela 8 - Interpretação dos valores para o Alpha de Cronbach	83
Tabela 9 - Resultados da análise factorial e análise de consistência interna.....	84
Tabela 10 - Distribuição dos valores médios e desvio padrão das variáveis do modelo	88
Tabela 11 - Expressão geral do Modelo de Regressão Linear Múltipla.....	91
Tabela 12 - Coeficiente de Correlação de Person	92
Tabela 13 - Resultado do submodelo determinantes da SatGlob face à GestTer e à RelInt	94
Tabela 14 - Resultado do submodelo determinantes do CompAtit face à SatGlob, à GestTer e à RelInt.....	97
Tabela 15 - Tabela de resumo das hipóteses: corroboradas/não corroboradas	100

Lista de siglas e definições

- ¹SNS – Sistema Nacional de Saúde
- ²ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde
- ³USF – Unidade Funcional de Saúde
- ⁴UK – United Kingdom
- ⁵MUR – Medicine Use Review
- ⁶MNSRM – Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica
- ⁷ANF – Associação Nacional de Farmácias
- ⁸OTCs – *Over-the-counter*
- ⁹OF - Ordem dos Farmacêuticos
- ¹⁰MSRM – Medicamentos Sujeitos a Receita Médica
- ¹¹HMR – *Health Market Research*
- ¹²PWC – Price Waterhouse and Coopers
- ¹³CEFAR – Centro de Estudos Farmacêuticos
- ¹⁴CRM – Customer Relationship Marketing
- ¹⁵CLM – Close Loup Marketing
- ¹⁶NHS – National Healthcare System
- ¹⁷ECHO – Modelo de satisfação, Economical, Clinical, and Humanistics
- Outcomes
- ¹⁸PSQ – Patient Satisfaction Questionnaire
- ¹⁹QSSF – Questionário de Satisfação dos Serviços Farmacêuticos
- ²⁰SPSS – Statistical Package for the Social Sciences
- ²¹KMO – Índice de *Kaiser-Meyer-Olkin*

1. TEMA E TÓPICO DE INVESTIGAÇÃO

1.1. Introdução

Ao longo dos anos assistimos a uma protecção do sector das farmácias a nível Europeu, graças às barreiras existentes neste sector. Esta protecção levou também a uma menor capacidade de inovação e competitividade. Os custos inerentes à manutenção do sector aliado à forte regulamentação levam a uma perda de atractividade, (Ploch e Schmidt, 2001).

Actualmente, vivendo num contexto de crise, com as margens e o poder de compra reduzidas, as farmácias precisam de se tornar mais competitivas. Desta forma as competências como: gestão da terapêutica, apoio ao consumidor, satisfação global e lealdade, assumem um papel crucial para o negócio.

No estudo que desenvolvi, tento avaliar estas dimensões. Em primeiro lugar, avaliar de que forma os utentes das farmácias estão satisfeitos globalmente com a sua experiencia de contacto. Em segundo lugar de que forma a satisfação é afectada pela gestão da terapêutica ou pelo relacionamento com o cliente. Em terceiro lugar de que forma a satisfação global influencia a lealdade e fidelização dos clientes.

Ao longo dos últimos anos, em Portugal, os farmacêuticos têm desenvolvido inúmeros esforços para alterarem o seu *core business*, da dispensa de produtos para a prestação de serviços. Esta mudança tem sido visível em pequenas farmácias comunitárias e mais fortemente em grandes grupos de farmácias. Uma mudança de interesses na dispensa de medicação, *product-oriented*, para a prestação de serviços. Sendo actualmente muito mais *cognitive-oriented*, dedicando mais tempo a aconselhamento, informação e monitorização e nos cuidados farmacêuticos, segundo Maguy El Haji (2011).

Ainda segundo Maguy El Haji (2011), o farmacêutico assume um papel muito importante na sociedade, sendo em alguns casos o primeiro e único ponto de contacto com o utente para questões de saúde. Esta relação cliente-farmacêutico baseia-se em cuidados de saúde, confiança, comunicação, cooperação e em decisões partilhadas entre

ambos. Graças a este trabalho conjunto é possível alterar hábitos e estilos de vida, graças a uma monitorização efectiva dos utentes e a uma correta gestão da terapêutica.

Os farmacêuticos encontraram nos serviços farmacêuticos uma vocação e uma fonte de inspiração. Estes interesses e motivações estão também alinhados com os interesses do Governo Português que estabeleceu um acordo em Julho de 2014 para a prestação de serviços farmacêuticos em Portugal. O nosso sistema de saúde está claramente sobrecarregado nos cuidados de saúde primários, sendo a falta de recursos visível e impactante. Desta forma, existe uma oportunidade clara de extensão do papel do farmacêutico na sociedade.

Em Portugal, os utentes preferem consultar o farmacêutico em detrimento do médico em situações menos graves de saúde. Esta preferência deve-se essencialmente à facilidade de acesso aos mesmos.

1.2. Tema e tópico de investigação

A presente investigação insere-se na área do conhecimento do comportamento do consumidor, uma vez que se pretende analisar a sua reacção face aos serviços farmacêuticos prestados nas farmácias comunitárias. Tentando desta forma avaliar se a sua satisfação global perante os serviços farmacêuticos vai influenciar a sua lealdade e fidelização.

Este estudo tem como modelo estrutural o modelo utilizado por Transverso et al. (2007), relacionado com um modelo de satisfação global dos consumidores de serviços farmacêuticos em Espanha. Avaliamos também o efeito da satisfação global na atitude comportamental dos clientes/utentes/consumidores, (Bastos e Gallego, 2008). Desta forma sendo possível relacionar a satisfação global com a lealdade e a fidelização.

Durante a investigação académica, avaliou-se o impacto de várias variáveis e de várias escalas, no entanto, devido à maturidade dos serviços farmacêuticos este foi o modelo que considerei mais indicado. Sendo de futuro, após alguma experiência de uso dos serviços, apropriada a utilização de outro tipo de escalas: SERVQUAL,

Parasuraman et al. (1997) ou Babakus e Mangold (1992) com novas adaptações da mesma escala.

Na referida investigação académica, avaliou-se o impacto das variáveis: Gestão da terapêutica, apoio/aconselhamento ao utente, satisfação global, alterações comportamentais nomeadamente lealdade e fidelização. Consideramos igualmente relevante acrescentar variáveis como sexo e idade, que foram utilizadas em algumas pesquisas nesta área, Saffouh et al. (2011).

1.3. Definição do problema de investigação e do objecto de estudo

As farmácias comunitárias Portuguesas sofrem as mesmas restrições que o sector a nível Europeu. Sendo inúmeras as regras e limitações de actuação no mercado, (Ploch e Schmidt, 2001).

Nas últimas décadas, os farmacêuticos têm feito consideráveis esforços para mudar o foco da medicação para os cuidados de saúde, Saffouh et al. (2011).

Têm existido um desinvestimento de esforços profissionais em áreas mais orientadas para o produto, tais como: a preparação e dispensa de produtos farmacêuticos. Sendo as áreas de investimento atuais muito mais cognitivas, a prestação de serviços, as informações e aconselhamentos de saúde e os cuidados farmacêuticos globais, Wiedenmayer et al. (2006).

A crescente importância dos serviços farmacêuticos na saúde dos Portugueses, reforçada pelas alterações no Sistema de Nacional de Saúde Português, leva a que exista necessidade de conhecer melhor os utentes e a sua opinião.

Para as farmácias a satisfação e a lealdade dos seus clientes são muito importantes, uma vez não existir livre competição neste mercado. Desta forma é importante avaliar de que forma a qualidade do serviço é percebido, se este tem a qualidade exigida pelos utilizadores e de que forma altera as atitudes comportamentais do cliente, (Bastos e Gallego, 2008).

Nos cuidados de saúde farmacêuticos existe uma cumplicidade muito grande entre utente-farmacêutico. Esta relação é baseada em confiança, envolvimento pessoal e

profissional, comunicação, cooperação e decisões partilhadas. Este trabalho conjunto entre ambos, leva à promoção de saúde, à prevenção da doença e a assegurar os tratamentos mais seguros e eficazes, El Hajj et al. (2011).

Neste sentido, o presente estudo tem como problemática de investigação conhecer os serviços farmacêuticos. Para tal, será aplicado um modelo de investigação proposto que representa uma extensão do modelo desenvolvido por Tranverso et al. (2007). O modelo de investigação proposto identifica como influenciadoras da variável Satisfação Global, as variáveis: Gestão da Terapêutica e a Relação Interpessoal. Por sua vez, o modelo proposto define a variável: Satisfação Global como capaz de influenciar a intenção futura de comportamento, a Lealdade/Fidelização. Por fim, a Lealdade é definida como a variável que influencia o comportamento futuro do cliente.

Sendo que este estudo se desenvolve no âmbito dos serviços farmacêuticos, decidimos definir como objecto de estudo os clientes das farmácias Portuguesas. Ou seja, indivíduos com idade superior ou igual a 18 anos e que de alguma forma sejam clientes das farmácias em Portugal, estando familiarizados com os serviços prestados neste sector.

Neste contexto, o instrumento de recolha de dados será disponibilizado através de uma plataforma *online*, questionário disponibilizado através do *Google docs*. Este questionário será disponibilizado a clientes das farmácias comunitárias residentes em Portugal, através de *emails* da rede de contactos dos investigadores deste estudo e através das redes sociais por exemplo *Facebook* de algumas farmácias.

1.4. Objectivos do estudo

Em qualquer trabalho de investigação é crucial definir objectivos claros que nos permitam delinear a nossa investigação. Desta forma, definimos um conjunto de objectivos baseados na problemática de investigação e suportadas pela bibliografia existente nesta temática.

Kheier et al. (2008), refere o aumento de interesse e a reconhecida vocação dos farmacêuticos para outro tipo de actividades que vão para além da dispensa de produtos.

Sendo as actividades cognitivas e *patient-oriented* uma necessidade e uma extensão natural do seu papel na comunidade.

El Hajj et al. (2011), refere que um factor chave na implementação de serviços farmacêuticos é a identificação das necessidades e expectativas dos clientes. Este conhecimento do seu público-alvo irá permitir a satisfação das necessidades, permitindo melhorar a qualidade dos serviços e aumentar a satisfação global.

Neste trabalho de investigação pretendemos estudar as atitudes dos clientes das farmácias comunitárias face aos serviços proporcionados por estas. Assim como, de que forma o papel do farmacêutico é valorizado como profissional de saúde pelos seus clientes.

Nielson et al. (2001), menciona a importância de analisarmos regularmente a orientação para o mercado, a gestão de equipas de farmacêuticos, a orientação dos processos internos e a orientação para a satisfação global dos clientes.

Zeithmal et al. (1990) mencionam que é preciso pensar de forma diferente quando disponibilizamos produtos ou serviços. E focando a importância dos processos, procedimentos e treino, cruciais para a satisfação dos clientes.

Grönroos (1990) e Anderson et al. (1997), salientam que a co-produção do serviço com o cliente torna-o mais eficiente e mais efectivo. Desta forma o serviço vai certamente apresentar elevados índices de satisfação.

Consideramos que recolher esta informação dos clientes das farmácias comunitárias irá constituir uma preciosa ajuda no planeamento e desenvolvimento de mais e melhores serviços.

No seguimento do objectivo geral do estudo, pretende-se saber quais os factores que contribuem positiva e negativamente para a atitude dos clientes perante os serviços farmacêuticos e para a sua atitude futura.

Por outro lado, tentamos ir mais além do estudo inicial, avaliando se existem alterações usando a variável sociodemográfica idade ou a variável sexo.

As investigações realizadas nesta área fizeram-nos perceber que, existem muitas oportunidades de pesquisa e investigação a serem desenvolvidas nesta área. Sendo esta uma das áreas prioritárias para o Ministério da Saúde.

Por fim, pretende-se contribuir com esta tese para a investigação científica, sabendo que muito existe ainda para ser feito nesta área. Schommer (1996) e Hawthorne (2006) referem que é necessário avaliar os modelos utilizados e de que forma estes avaliam a satisfação dos clientes. Recomendando a criação e validação de ferramentas mais efectivas e que retirem ao máximo a subjectividade.

1.5. Relevância teórica e prática da investigação

Assistimos hoje em Portugal a uma nova reorganização dos cuidados de saúde. Esta nova reorganização incide em todas as áreas e profissões ligadas à saúde. Estando o Governo, claramente aberto a novas ideias que permitem a optimização de recursos e a redução de custos.

Com a necessidade de extensão do seu âmbito profissional, os farmacêuticos, estão disponíveis para novas responsabilidades no seu *core curriculum*. Estando disponíveis para cooperar com os pacientes e com outros profissionais de saúde, desenhando, implementando, monitorizando planos terapêuticos, que vão produzir melhores *outcomes* de saúde, Cipolle et al. (1998).

Em Portugal não existe ainda rotina de prestação de serviços farmacêuticos, para além dos serviços normalmente prestados pelo farmacêutico. Desta forma todas as avaliações e investigações são cruciais para o entendimento da interacção, das expectativas e percepções dos clientes.

Este estudo irá permitir avaliar e recolher *insights* dos clientes das farmácias comunitárias perante os serviços prestados pelos farmacêuticos. Sendo os objectivos do estudo: (1) avaliar a satisfação global dos clientes das farmácias comunitárias, (2) entender como é percebida a gestão da terapêutica pelo cliente, (3) qual é o relacionamento interpessoal entre farmacêutico e cliente e por fim (4) de que forma a satisfação global altera o padrão comportamental dos clientes Portugueses tornando-os mais leais e fieis às suas farmácias.

Os resultados obtidos vão permitir tomar decisões em relação às competências dos farmacêuticos. Estas competências são por exemplo: as expectativas dos clientes

sobre o serviço farmacêutico; informação relevante sobre o cliente; se a informação transmitida é percebida pelo cliente; conhecer as diferenças entre as várias terapêuticas usadas pelos clientes; avaliação e relato de problemas relacionados com a medicação; avaliação da adesão dos clientes aos tratamentos; definir e adoptar métricas com os clientes, formas de realizar *follow-up* com os clientes; desenvolvimento de relações interpessoais com outros profissionais de saúde e por fim promover e educar a população sobre cuidados a ter com a sua saúde.

Em conjunto com estas competências existem uma serie de actividades prioritárias a serem desenvolvidas pelos farmacêuticos: avaliar as novas prescrições com os seus clientes; analisar a compliance dos seus utentes; avaliar e discutir os medicamentos utilizados quer sejam de prescrição médica ou não; calendarizar acções de *follow-up* com os clientes; fornecer informação adequada a cada situação/patologia; por fim documentar todas as interacções para futuros contactos com os clientes e para poderem ser utilizados em futuras investigações científicas.

Esta relação entre os serviços farmacêuticos e a satisfação global vão estabelecer laços fortes entre: a lealdade dos clientes, à satisfação e realização profissional do próprio *staff* da farmácia e à capacidade de gerar lucro face a outras farmácias comunitárias.

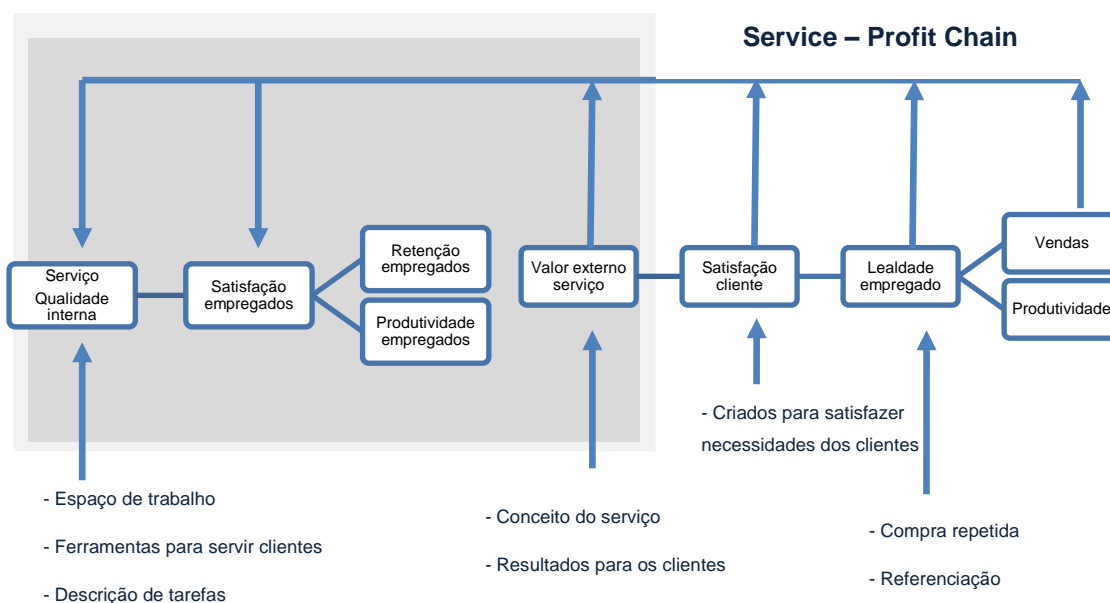


Ilustração 1 -The Links in the Service – Profit Chain

Fonte: Adaptado de Heskett et al (1994)

É nosso objectivo avaliar que hoje em dia um cliente satisfeito é um cliente leal e que todos os clientes estão educados pelo marketing e pela publicidade para serem extremamente orientados para o valor.

Valor para o cliente, no caso das farmácias comunitárias significa a forma como a sua medicação e a sua saúde são acompanhadas. Sendo a relação com o *staff* das farmácias e a gestão da terapêutica factores chave nesta matéria.

1.6. Estrutura da investigação

O presente estudo encontra-se organizado em seis capítulos, através dos quais a informação relevante foi organizada por forma a ser facilmente compreendida.

No primeiro capítulo são apresentados o tema e o tópico de investigação. É feita a definição do problema em causa, do objecto de estudo e dos objectivos. Abordamos ainda a relevância teórica e prática da investigação, apresentando-se a estrutura geral a seguir no presente estudo.

O segundo capítulo pretende apresentar o enquadramento teórico desta investigação, percorrendo os conceitos do sector e a sua evolução ao longo dos anos. Nesta evolução pretendemos também mostrar as mudanças que têm ocorrido na prestação dos serviços farmacêuticos.

O terceiro capítulo detalha uma robusta revisão da literatura existente sobre a temática em estudo, dando a conhecer os determinantes do modelo de investigação proposto para análise de dados.

No quarto capítulo é delineado o quadro metodológico e conceptual desta investigação, assim como são desenvolvidos os processos estatísticos, nomeadamente a caracterização da amostra e a submissão das variáveis à análise factorial, por forma a serem constituídas as variáveis finais que iram ser alvo da análise final.

No capítulo cinco, procede-se à análise descritiva das variáveis, assim como à sua confrontação com as variáveis sociodemográficas, de forma a testar a sua influência. Segue-se a submissão do modelo de investigação à análise de regressão linear múltipla. O modelo de investigação usado pretende avaliar: (1) a gestão da terapêutica, (2) a relação interpessoal, (3) a satisfação global e por fim (4) a atitude comportamental (lealdade e fidelidade do cliente para com a farmácia). Por fim, é apresentada neste capítulo a análise e discussão dos resultados e a sua comparação com as principais conclusões de estudos semelhantes.

O capítulo seis encerra o presente estudo, apresentando as implicações do mesmo para as farmácias comunitárias Portuguesas e para a futura adaptação e implementação de serviços farmacêuticos. Neste capítulo são ainda apresentadas as principais limitações do estudo e sugestões para futuras investigações.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO ESTUDO

2.1. Sistema Nacional de Saúde Português

Portugal tem feito profundas transformações no seu Sistema Nacional de Saúde (SNS)¹ durante os últimos anos, reorganizando-se de forma a estar mais centrado no utente e a reduzir custos.

Nesta reforma o pensamento central é a melhoria dos indicadores de saúde, a eficiência e a eficácia do SNS¹. Conseguindo através do Programa de Ajustamento Económico reduções significativas nos seus custos.

Através deste realinhamento assistimos a uma reorganização das estruturas dos Cuidados de Saúde Primários. Nomeadamente o aparecimento de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES)² e de Unidades Funcionais de Saúde (USFs)³ assentes num modelo de gestão de recursos humanos e financeiros.

Estas medidas foram urgentes devido à insustentabilidade do sector, sendo o problema de fundo financeiro. Esta organização permitiu uma maior *Customer Centricity*, aproximando a população aos cuidados de saúde primários. Desta forma foi possível reduzir custos e aumentar a satisfação.

A criação de um plano estratégico, permitiu que existissem indicadores contratualizados, alinhados com as necessidades dos utentes Portugueses. Estes indicadores podem ser Nacionais, locais e por último escolhidos pelas USFs³ de acordo com as necessidades identificadas para a sua população alvo.

Existe hoje em dia uma clara proposta de valor das USFs³ perante a sua população, com uma clara focalização na saúde pública da sua população. Tem sido feita uma aposta na prevenção e no acesso dos utentes aos cuidados de saúde com consultas disponíveis em horários mais flexíveis e alargados.

No entanto existem oportunidades por explorar, nomeadamente o caso dos serviços farmacêuticos. Estes podem ser implementados pelas farmácias comunitárias traduzindo-se num maior controlo da saúde dos Portugueses e numa redução do desperdício.

Sendo a farmácia um dos *players* importantes no sector da saúde, e estando disponível para assumir maiores responsabilidades, poderia ser feita a passagem de alguns cuidados de saúde para a sua responsabilidade. À semelhança do que acontece em outros Países, o farmacêutico teria uma maior responsabilidade na saúde da sua população.

Um dos casos de sucesso deste modelo é o United Kingdom (UK)⁴, que conseguiu aliviar o *workload* aos médicos, deixando-os disponíveis para as situações mais urgentes.

Os serviços farmacêuticos foram criados de acordo com as necessidades da população e desenvolvidas as estruturas de apoio necessárias a esses serviços. Foi crítico o desenvolvimento de parcerias entre profissionais de saúde, uma vez que o seu objectivo profissional é comum, o bem-estar e a saúde das populações.

Esta implementação era controlada pela comissão de contratualização dos serviços farmacêuticos, que gere este processo, nomeadamente o número de *Medicine Use Review* (MURs)⁵ a contratualizar por cada farmácia. Existindo sempre um trabalho de equipa entre farmacêuticos e médicos.

Em Portugal, devido ao novo alinhamento dos cuidados de saúde, ao facto de existirem indicadores de saúde, guidelines a cumprir pelos vários intervenientes, existe espaço para a criação de um sistema semelhante ao descrito.

A partilha de dados de forma controlada entre profissionais de saúde iria permitir uma poupança significativa para todos, uma vez que o desperdício de recursos continua a ser um dos principais problemas.

Medidas assentes na poupança devem ser estimuladas uma vez que são importantes na sustentabilidade do próprio SNS¹.

Também o utente mudou drasticamente, sendo hoje mais culto tecnologicamente e mais participativo, sendo importante o consentimento informado. As estratégias de comunicação sobre estilos de vida saudáveis e controlo do seu estado de saúde são fundamentais para ganhos futuros, ganhos financeiros e de saúde.

Com estas políticas de prevenção conseguiremos de forma conjunta realizar *savings* que poderão ser investidos em outras áreas críticas.

A farmácia interage com toda a cadeia do medicamento e ao mesmo tempo é afectada por toda e qualquer medida resultante dessa cadeia.

Este *players* têm sido afectados pela redução da margem dos medicamentos (*Pharmacy selling price*) sendo a sua margem muito inferior ao que era antes da *Troika*. Além desta alteração também foram afectados pelas alterações nos impostos.

Em Setembro de 2011 foram instituídas as margens regressivas, à semelhança do que acontece nos outros Países da Comunidade Europeia. Com todas as alterações de preços e de impostos, o Dec. Lei 112/2011 regulou e marcou a entrada dos novos preços, sendo que Março de 2012 era a data limite de venda das antigas embalagens.

A farmácia tem sido um dos *players* mais afectados e mais legislados, sentindo dificuldades vindas de toda a cadeia do medicamento incluindo dos doentes.

As medidas legislativas de impacto na farmácia serão desenvolvidas durante esta tese, no entanto existem medidas que têm dificultado de grande forma a actividade farmacêutica.

Destacaria a liberalização do comércio digital às farmácias e a outros estabelecimentos, isto para venda dos Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM)⁶.

A autorização da prestação de serviços farmacêuticos nas farmácias desde que devidamente acordados com o Governo.

Foi acordado também com a Associação Nacional de Farmácias (ANF)⁷, que os proprietários das farmácias não podem prescrever, fabricar ou estar associados à distribuição de medicamentos. Cada farmácia deve servir 3.500 habitantes estando a uma distância de 350 metros de outras farmácias.

Foram também autorizadas farmácias comunitárias nos hospitais podendo estar abertas durante 24 horas 365 dias por ano. É dada preferência de abertura a farmacêuticos locais.

Em Agosto de 2005 foi autorizada a venda de MNSRM⁶ fora das farmácias.

A venda destes produtos, *over-the-counter* (OTCs)⁷, fora das farmácias levou a uma perda considerável de negócio, que associada à crise levou a que em 2010 cerca de 191 farmácias estivessem em risco de falência. Este valor subiu para 1210 em 2011, e

no final de 2012 para 1.600 farmácias. Para além das dificuldades de pagamento aos armazenistas as farmácias sofrem quedas de 18% ano.

Em relação à venda de OTCs⁷ as farmácias perderam exclusividade da venda para as grandes superfícies e por outro lado tiveram que reduzir preços para serem competitivas. As vendas de OTCs⁷ fora das farmácias ascendiam em 2010 a valores de 14% e de 16% em 2012, segundo dados do Infarmed. O facto das grandes superfícies fazerem compras em grandes quantidades leva a uma economia de escala, com condições de desconto e *rappel* imbatíveis, estando as farmácias afastadas destes negócios.

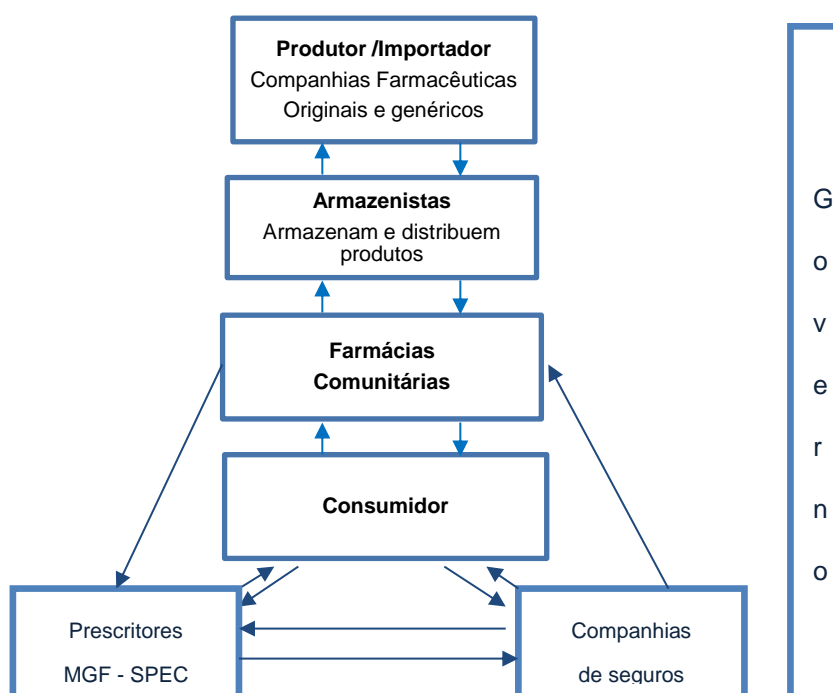


Ilustração 2 - O Circuito do Medicamento

Fonte: Adaptado de Philipsen (2003)

2.2. Mercado Farmacêutico Português

O Relatório Primavera (2013) refere que existem preocupações que devemos ter presentes, nomeadamente a manutenção de medicamentos em patologias crónicas, o

foco na prevenção e na criação de hábitos/estilos de vida saudáveis. As dificuldades financeiras dos Portugueses que se traduzem no menor poder de compra de medicamentos, mas também de alimentos e de artigos ou serviços para promoção de saúde e bem-estar leva a que exista uma factura crescente que terá de ser paga daqui a uns anos.

Portugal está hoje em dia numa lista de Países em observação Internacional, isto segundo o *Pharma's Special 301 report of 2013*, o *rating* de risco é RRR de 59 em 100, devido a três grandes preocupações. O facto de ser extremamente difícil a protecção de patentes em Portugal o que leva à possibilidade de quebra da propriedade intelectual e instabilidade. Os atrasos na aprovação de novos medicamentos inovadores e sua comparticipação param a investigação em determinadas áreas terapêuticas.

Por outro lado, as enormes dificuldades em receber os devidos pagamentos levam a que as Empresas esperem mais de 500 dias para receber. Por vezes sofrendo ainda de cortes ou reduções na dívida sem poderem manifestar-se. Estas dificuldades levam a uma perda de confiança do Mercado Internacional perante o País e a um desinteresse em investir num mercado pequeno e de elevado risco.

Por outro lado temos assistido a um crescente interesse da exportação de medicamentos, nomeadamente para o UK⁴, Alemanha e Angola. Estas exportações têm vindo a ser aproveitadas como fonte de rendimento para vários *players* deste sector em detrimento do doente Português que sente a falta dos seus medicamentos para continuar os seus tratamentos.

Esta redução de valor do mercado farmacêutico e do *cluster* da saúde tem colocado muitas empresas em asfixia financeira, nomeadamente a farmácia.

2.3. A farmácia em Portugal

A saúde é um dos sectores particularmente sensível à degradação económica e social de um povo. É sensível por fazer parte da linha da frente da assistência e protecção de uma população. E por ser facilmente alvo de medidas economicistas que

raramente são analisadas de todas as perspectivas, sendo sensível também por não admitir falhas.

Tendo em conta a crise socioeconómica que o País atravessa, a saúde dos Portuguesas é afectada por vários factores: em primeiro lugar por factores socioeconómicos que afectam a saúde e a protecção social, pela intensidade da crise e pela qualidade das soluções apresentadas.

As políticas de saúde devem estar assentes numa promoção activa do acesso aos serviços de saúde. Sendo a intervenção precoce e a educação da população para hábitos saudáveis um ganho significativo e uma característica dos Países desenvolvidos.

A farmácia está exposta aos condicionalismos financeiros que estamos a viver, visto assumir o papel de uma microempresa. Como todas as empresas, é vulnerável a todas as variações bruscas de mercado, devendo desta forma adoptar mecanismos que a tornem mais competitiva dentro do mercado onde está inserida. O Mercado Farmacêutico Nacional valeu em 2012 EUR3,67bn e em 2013 decresceu 5,9% tendo um valor de EUR3,46bn. O sector da Saúde globalmente valeu em 2012 EUR 16,79bn e em 2013 decresceu 1,5% valendo 16,53bn. Em anexo é possível visualizar a progressão deste mercado em valores.

No entanto, começamos a assistir a um abrandamento desta progressão nos últimos anos, culminando mesmo em 2011 com todas as medidas de austeridade impostas pelo pacote de estabilidade económica, afectando essencialmente as margens, os preços e a estrutura do mercado.

A partir deste momento, todo o sector do medicamento sente o impacto das medidas de contenção no seu negócio. Em primeira instância traduzindo-se pela alteração dos Países de referência sendo actualmente Espanha, França e Eslováquia.

O Governo alterou também os preços de forma automática após entrada de genéricos, ou seja, é imposta redução de preço automaticamente após perda de patente.

Outra medida adoptada foi a alteração das margens dos medicamentos para armazenistas e farmácias, estando hoje em dia os medicamentos sujeitos a escalões fixos, existindo um tecto máximo de lucro. Quanto aos médicos estes passaram a ter de prescrever por designação comum internacional e não por nome comercial, o que se traduz num incremento nas vendas de genéricos. Esta medida levou a que as farmácias

sejam obrigadas a ter três dos cinco medicamentos mais baratos disponíveis nos seus *stocks*. Em paralelo temos uma forte contenção da prescrição imposta aos profissionais de saúde devido a auditorias clínicas e *budgets* castradores. E por fim, e sem dúvida o mais penoso, a quebra de poder de compra dos Portugueses que cada vez mais têm que optar por tratamentos prioritários uma vez que não têm recursos para adquirir todos os medicamentos que precisam. Foi realizado um estudo pela Netsonda em 2012, em que 35,8% dos 1.051 respondedores referiram não comprar medicamentos por razões financeiras.

Face a todas estas dificuldades, o modelo adoptado pelas farmácias em Portugal está assente na proximidade dos utentes, numa missão comum, o bem-estar e a saúde das comunidades onde estão inseridas. Este trabalho de proximidade com o utente leva a enormes desafios, a procura constante de mais e melhores serviços, mantendo uma elevada e competitiva relação qualidade-preço, que permita competir com as atuais grandes superfícies que concorrem com as farmácias.

A Ordem dos Farmacêuticos (OF) ¹¹ referiu que o acesso dos utentes às farmácias, regra geral, funciona bem e o serviço prestado às populações é de elevada qualidade”.

No entanto as farmácias Portuguesas estão sujeitas a inúmeras pressões, as imposições legais que obrigatoriamente têm de ser cumpridas pelos profissionais e as *guidelines* provenientes da OF¹¹ que são mais ou menos aplicadas consoante os profissionais, (Rodrigues, 2006).

Será fundamental alterar as mentalidades e as competências das equipas que trabalham diariamente nas farmácias tornando-as mais focalizadas no utente/cliente e no retorno financeiro para a empresa/farmácia. Será fundamental adaptar o *Role Profile* dos elementos das equipas para que estas se tornem efectivamente mais dotadas técnica e competitivamente.

A saúde financeira da farmácia deve também ser alvo de um estudo que permite analisar o impacto das medidas tomadas nos últimos anos e o seu efeito. Devem ser adoptadas medidas que permitam rápida e efectivamente analisar métricas como *stocks* e o seu impacto muitas vezes difícil de suportar nas condições actuais de mercado.

Os principais desafios residem nas políticas de saúde que estão em permanente mudança e que requerem uma grande capacidade de adaptação; nas condições económicas em que vivemos, com desemprego, recessão e redução do poder de compra; com o crescimento de custos fixos indexados às operações; com necessidades de investimento das farmácias em processos de segmentação, *targeting*, estratégias de comunicação e marketing e treino e formação; com a falta de produtos e com a menor capacidade de compras; com o envelhecimento da população e a maior necessidade de cuidados de saúde; com as tendências de consumo e por fim com o risco que existe em quem tem um negócio familiar hoje em Portugal.

2.3.1. Legislação sobre Farmácias

O Estatuto da OF¹¹ de 2001, refere o medicamento como pilar fundamental do ato farmacêutico. Mas existem outras actividades associadas ao exercício profissional do farmacêutico, tais como: análises de aplicação à clínica, análises alimentares, análises às águas, tornando o farmacêutico um especialista em saúde pública. A actividade das farmácias é considerada de interesse público, sendo parte integrante do nosso SNS¹.

À semelhança dos Países Europeus, a farmácia comunitária está sujeita a uma legislação rigorosa e apertada, que delimita as operações das farmácias. Os pontos mais marcantes são:

O regime jurídico de propriedade da farmácia e a regulamentação do exercício de actividade farmacêutica (Lei nº 2125, de 20 de Março de 1965 e pelo Dec. lei nº 48547, de 27 de Agosto de 1968)

Nos anos 80 o regime de abertura de novas farmácias é alterado, nomeadamente os concursos e os critérios de quem pode abrir uma farmácia.

Fizeram-se sentir também alterações ao nível do exercício profissional dos farmacêuticos, sendo necessário um farmacêutico adjunto em cada farmácia, fortalecendo a direcção técnica (OF¹¹, 2005).

No plano da prática profissional criou-se um Manual de Boas Práticas de farmácia, adoptando uma série de procedimentos relacionados com o trabalho a desenvolver nas instituições ou nos locais onde o farmacêutico desenvolva a sua actividade.

Em 2007 passou a ser possível a não farmacêuticos deterem a propriedade de uma farmácia, no limite máximo de quatro farmácias. Foi também proposto o desafio dos serviços farmacêuticos. Ficaram em aberto propostas como venda de medicamentos à distância e deslocalização da propriedade farmácia.

Foi também aprovada a venda de produtos fora das farmácias, sendo os MNSRM⁶ vendidos em estabelecimentos autorizados pelo Infarmed.

Em 2009 foi autorizada a abertura de farmácias comunitárias em hospitais, facilitando o acesso e continuidade de tratamento a doentes provenientes das urgências hospitalares.

2.3.2. Legislação sobre o Medicamento

A entrada de Portugal na Comunidade Europeia veio revolucionar o medicamento em Portugal.

Segundo o Dec. Lei n°72/91 de 8 de Fevereiro, foi criado o Estatuto do Medicamento. Este documento incidia essencialmente na qualidade, eficácia e na segurança dos medicamentos. Existindo maior rigor na sua aprovação pelas entidades Nacionais exigindo aprovações Europeias.

Foram realizadas alterações profundas à forma de comunicar com os doentes, por exemplo: os folhetos informativos mais completos e voltados para o aconselhamento, e a publicidade aos medicamentos Medicamento Sujeito a Receita Médica (MSRM)¹⁰ e MNSRM⁶ muito mais controlada.

Em 2006 existiu um aproximar das regras Nacionais às regras Europeias, sendo adoptadas normas e directivas comunitárias.

Este ano foi pautado também por outras mudanças nomeadamente no que se refere a importação e exportação paralela, à prescrição de medicamentos por via electrónica e pela entrada dos medicamentos genéricos em Portugal.

O Infarmed assumiu também um papel mais presente como entidade reguladora e fiscalizadora.

2.4. Serviços farmacêuticos

2.4.1. Introdução

Segundo estudos realizados em Portugal, como o realizado por Cavaco et al. (2005), concluiu-se que temos consumidores mais informados e atentos, que exigem contactos profissionais e de valor acrescentado, no aconselhamento e em novos serviços farmacêuticos.

Vários estudos têm sido desenvolvidos por entidades Estatais (*ONSA*) e entidades independentes (*DECO*). Apresentando elevados índices de satisfação.

Não existe no entanto, recolha nem utilização dos *insights* provenientes dos utentes, quer em Portugal quer noutros Países Europeus. Cavaco et al. (2005) referem a existência deste desalinhamento no aconselhamento dos utentes, em que os aspectos mais valorizados para a farmácia não têm o mesmo grau de importância para os utentes.

As diferentes percepções devem-se também ao facto dos utentes avaliarem os farmacêuticos de uma forma subjectiva, *attitudinal psychosocial conceptualization*, (Eagly e Chaiken, 1993).

Vários autores concluíram que seria importante existirem estudos quantitativos mais profundos que nos permitissem chegar a algumas conclusões mais profundas sobre o *feedback* dos utentes. Estudos estes que fossem transversais em termos de amostra, dando visibilidade às várias classes sociais.

Nos estudos que foram alvo de investigação, várias metodologias e objectivos foram analisados. Nestes estudos notamos o feedback claro e muito válido dos utentes, que mostram elevado interesse em participarem activamente.

Quanto às farmácias foi-lhes pedido *feedback* sobre: avaliação dos locais de compra dos produtos; definição de prioridades nos cuidados de saúde; avaliação dos locais de prestação de serviços e aconselhamento; saber se está presente o director da farmácia ou mesmo o dono da farmácia.

Os serviços farmacêuticos são uma prática antiga das farmácias Portuguesas. Alguns exemplos dessas práticas na história das farmácias, vão desde a vacinação a consultas dadas ao domicílio, entre muitos outros exemplos.

Angorn e Thomison (1989), referem que desde sempre a farmácia tem estado intimamente ligada à medicina promovendo serviços com reconhecido valor para a sociedade.

Smith (1994) refere que os farmacêuticos têm uma longa história de aconselhamento. No entanto com a industrialização da medicina, os farmacêuticos perderam algumas das suas tarefas *core*, segundo Roberts (1988).

Birembaum (1982) referiu que os farmacêuticos tinham um conhecimento único e muito importante, tinham excesso de *expertise* para serem meros dispensadores de medicamentos. Seria necessária uma re-profissionalização destes profissionais, ou seja, alterar alargando o âmbito das suas funções.

Foi nos EUA que se começou a falar do conceito de cuidados farmacêuticos, através de Hepler (1990), e no fundo pretendia dar um significado à profissão de farmacêutico comunitário, destacando o papel no cuidado farmacêutico e na adesão e compromisso dos doentes, (Odedina, 1995).

As farmácias Portuguesas estão em transformação, passando de *product supply orientation* para *business capable of incorporating service*, (Ferreto, 2009).

Com a perda constante de volume de negócio das farmácias, devido a vários factores anteriormente descritos, as farmácias evoluíram significativamente para o aumento dos serviços prestados e pela sua profissionalização.

Uma das limitações observadas, é o facto da prestação de serviços das farmácias e médicos ser realizada em locais diferentes o que limita a comunicação e colaboração, (Jeson e Wilson, 2003).

Por outro lado, existe a percepção dos clientes que o farmacêutico está *business oriented* apenas para o lucro. E não focalizado na saúde do cliente em si, (Jeson e Wilson, 2003).

O posicionamento comercial das farmácias leva a criação de consultas de nutrição, administração de vacinas, aconselhamento farmacêutico, etc. No entanto estes serviços ainda não podem ser considerar como pilares do negócio da farmácia.

Existe um maior *empowerment* dos Portugueses, que fruto da utilização de tecnologias e da sua instrução estão mais informados e atentos aos sinais de doença e ao bem-estar físico e psíquico. Paralelamente a situação de contenção económica nacional leva a cortes na saúde. Este desinvestimento em saúde pública leva a oportunidades de criação de valor pelas farmácias. Sendo estas consideradas pelos utentes como importante parceiro para a sua saúde.

O papel da farmácia será mais abrangente actuando em vários níveis, nomeadamente na promoção de bem-estar e saúde, prevenção de doença, diagnóstico, terapêutica e reabilitação.

A mudança no alinhamento dos cuidados de saúde primários levará a uma mudança nas farmácias comunitárias. Esta oportunidade será aproveitada por aquelas que melhor estiverem preparadas para abraçar este desafio.

2.4.2. Motivações para a sua implementação

Nos dias que correm a dispensa de medicamentos por si só não é suficiente, levando as farmácias a quererem prestar um serviço diferenciado que corresponda às necessidades da saúde pública da população que servem.

A dispensa de produtos farmacêuticos é apenas uma parte do trabalho do farmacêutico que pode assegurar resultados positivos para os utentes. No entanto os farmacêuticos pretendem ter um papel activo na promoção do bem-estar dos seus

utentes, interferindo na sua educação e promoção da saúde. Desta forma é possível reduzir a mortalidade e morbilidade tendo um papel reconhecido na saúde pública.

Estes resultados são realmente confirmados pela literatura científica, sendo inúmeros os estudos publicados sobre estas matérias, Lillmós e Faus (2002); Weinberger et al. (2002) confirmam resultados muito positivos quando existe colaboração entre farmacêutico e utente.

Nos Estados Unidos, existem também referências em estudos realizados onde foram evitados erros de prescrição pela acção dos farmacêuticos, pelos serviços de monitorização da doença e medicação. Um dos estudos foi efectuado por Rupp (1992) realizado em farmácias comunitárias da América do Norte.

Segundo Munroe (1997) existe um impacto económico com *savings* significativos, económicos e para a saúde pública quando existem estratégias *patient focused*.

A acção dos farmacêuticos pode traduzir-se em ganhos económicos para o SNS¹, e simultaneamente resultados mais positivos ao nível da efectividade da medicação apresentando ganhos ao nível da qualidade de vida.

Monroe (1997) refere na sua pesquisa que os objectivos dos serviços farmacêuticos devem passar por: evitar interacções de medicamentos e possíveis duplicações terapêuticas e alergias; revisão da relação custo-efectividade das terapêuticas; monitorizar, prever e minimizar reacções adversas dos medicamentos; atingir objectivos terapêuticos e por fim reduzir utilização do SNS¹ devido a má utilização de medicamentos.

2.4.3. Vantagens para quem implementa

Robert (2007) refere que para a implementação temos que considerar os seguintes *key drivers*: os medicamentos e o seu efeito, a capacidade técnica e científica dos farmacêuticos e por fim as políticas governamentais.

As farmácias em Portugal estavam orientadas para o produto e não orientadas para os serviços. As dificuldades enfrentadas pelas farmácias estão relacionadas com a dificuldade de integrar os serviços no seu modelo de negócio e na sua capacidade

instalada, isto ao nível dos recursos humanos e das estruturas. Esta mudança vai requerer um realinhamento face ao actual modelo de negócio. A urgência de implementar os serviços farmacêuticos está relacionada com a diminuição de margens dos medicamentos e com a necessidade de aumentar o volume de negócios.

Rovers (2003) refere que estamos ainda longe do ideal, existe inconsistência na implementação dos serviços, falta de recursos, falta de incentivos e de programas para que sejam atingidos os objectivos das farmácias.

Em primeiro lugar será importante avaliar e aprofundar as *skills* dos farmacêuticos e ajudantes técnicos, em segundo lugar existe a necessidade de educar os clientes para os serviços e para os cuidados de saúde de longo prazo ou preventivos, (Robert, 2003).

Em relação a cada farmácia, deve ser avaliada a capacidade de adquirir conhecimentos e de processá-los, e também avaliar a estrutura da farmácia, o uso da tecnologia e a cultura da organização.

Existe no *UK*, na Austrália e em outros Países remuneração efectiva às farmácias pela prática de serviços farmacêuticos, o leva a um maior foco na implementação.

Segundo a literatura existem cinco áreas que merecem a nossa atenção:

1º Planeamento – desenvolvimento de um *business plan* para os serviços, usando *case studies* e as melhores práticas. Treino específico para o *staff* da farmácia com consultores aferindo os resultados de implementação do processo.

2º *Performance* – Estabelecimento de objectivos financeiros e alocar recursos aos serviços.

3º Comunicação e divulgação dos serviços – comunicação interna e externa dos serviços e das suas vantagens e benefícios. Assegurar que estes vão ao encontro das necessidades dos clientes. Por fim motivar o *staff* para a correta implementação.

4º Pessoas e processos – gestão de recursos humanos, por exemplo número de pessoas capazes de providenciar os serviços, incentivos e métricas para o seu desempenho. Deve existir quanto aos processos um treino especial para estes *staffs* e um procedimento operacional.

5º Infra-estruturas – A capacidade da estrutura da Farmácia em termos de *layout* e de áreas dedicadas. Combinar as estruturas com os recursos humanos para então promover a implementação de serviços.

Windy Munroe (1997) refere que existem inúmeros ganhos para os sistemas de saúde dos Países com a implementação dos serviços. Sendo estes ganhos de dois tipos, financeiro e de saúde pública.

O ganho financeiro é obtido devido ao maior foco na saúde do utente evitando gastos desnecessários e agravamentos da sua condição física. De saúde pública porque através dos serviços consegue-se melhorar os indicadores de saúde praticando práticas preventivas e não apenas curativas. Todos os intervenientes estão mais atentos e mais proactivos.

Alguns dos *savings* podem ter métricas específicas: visitas dos doentes ao seu médico; exames laboratoriais; visitas à urgência; prescrições de medicamentos, etc.

Como resultado consegue-se uma maior adesão dos doentes à terapêutica, uma maior qualidade de vida dos doentes e por fim recuperação dos resultados clínicos.

2.4.4. Implementação – da teoria à prática

Com o desinvestimento dos Países no sector da saúde e as dificuldades transversais na recuperação da economia, é muito importante desenvolver parcerias. No caso das farmácias, as parcerias com todos os *players* do sector da saúde, quer seja o Ministério da Saúde, médicos e outros profissionais de saúde, indústria farmacêutica e associações de doentes.

Todas as estratégias devem ser implementadas com o foco no *patient experience*, será um diferenciador quando as entidades pagadoras aferirem os custos e retorno da implementação dos serviços.

A efectividade destas estratégias irá permitir o desenvolvimento de melhores produtos e serviços para os utentes. Irá também criar uma dinâmica de *patient-centric strategies* respondendo às dificuldades financeiras do Governo e dos utentes. Vai permitir segmentar utentes e incluí-los com sucesso em programas de educação para a

saúde e serviços. Por último fará o *link* entre a *consumer experience*, *consumer value* e a *performance* financeira.

Algum trabalho de base deve ser realizado antes de iniciar os serviços farmacêuticos. Tradicionalmente existia a tendência de se realizar uma segmentação baseada puramente em factores demográficos, hoje em dia sabemos que é insuficiente. Critérios como idade, salário, profissão, sexo, local de residência, *providers*, atributos e valor desses *providers*, acesso ao SNS¹, comportamento do consumidor (lealdade, padrão de compra, preocupação com a saúde, etc.), influenciam o processo de selecção dos utentes e o tipo de serviço a oferecer.

Existem atributos *core* que influenciam a *core experience*, nomeadamente: a acessibilidade, de que forma o acesso é fácil; se está acessível e de forma rápida; a qualidade, de que forma é profissional; a apresentação do serviço, materiais de apoio, o espaço onde é realizado; e por fim a customização, de que forma o *staff* está preparado para prestar um serviço único, adaptado ao cliente, e em parceria com o *network* de saúde existente.

As farmácias deverão então cruzar duas variáveis, o retorno financeiro dos serviços com a experiência para o utente. Desta forma será possível saber por onde devemos começar, o que é importante manter apesar de não dar retorno e o que será importante deixar rapidamente de fazer.

As farmácias devem desenhar e construir os seus serviços baseados na *customer experience*. É fundamental investir na qualidade do seu *staff*, na sua formação e na atitude, são aspectos fundamentais. O *staff* deve desmistificar todas as dúvidas e questões existentes sobre os serviços farmacêuticos, e devem ter disponibilidade total para o utente. A farmácia deve manter um acompanhamento próximo do utente não deixando os utentes sem informação ou acompanhamento. Todos os meios de comunicação com os utentes devem ser usados, contacto directo, telefónico, contacto por *email*, e estratégias digitais.

Devem ser finalmente incorporados estes desafios na estratégia *core* da farmácia, nas estratégias de vendas, no *marketing* e por fim nas operações. Deve ser potenciado o uso de tecnologia de *Customer Relationship Marketing* (CRM)¹⁴ e de *Close Loup Marketing* (CLM)¹⁵.

Quando analisamos a estratégia da farmácia existem alguns problemas que podem surgir e que devem ser identificados: a baixa taxa de retenção de utentes, a necessidade de otimizar canais emergentes e a gestão de custos crescentes e a melhor forma de os controlar. Desta forma é importante rever a estratégia *go-to-market*, simular as respostas dos utentes às possíveis alterações dos serviços e os impactos na rentabilidade e por fim a necessidade de desenvolver estratégias para canais emergentes.

Em relação às vendas e *marketing*, alguns dos pontos que devem ser melhorados são: a ineficiência da segmentação dos utentes, classificando-os por *targets*. Esta baixa qualidade de segmentação leva a um baixo *engagement* dos clientes. Será fundamental criar propostas de valor baseadas nestes segmentos, desenvolvendo estratégias para os reter e potenciar.

Quanto ao uso da tecnologia e eficiência das operações deve ser feito um esforço das farmácias para padronizar serviços, proporcionando ao utente uma experiência que ele recomende e que deseje repetir. Os colaboradores devem ser treinados para fortalecerem as suas *skills* de vendas, melhorando desta forma a sua prestação e lucratividade. Por fim os serviços devem ser quantificados financeiramente, sendo esta estratégia a estratégia das Associações de Farmácias e fundamental a cada farmácia. Para que estas estratégias sejam implementadas deve existir uma recolha de *insights* dos clientes, produtos e serviços, transformando estes *insights* numa visão única do negócio.

A parte analítica dos sistemas de informação das farmácias deve igualmente ser explorada no sentido de captar e resolver problemas relacionados com os clientes. Outra área a explorar é a necessidade de avaliar o cliente de forma multidimensional, ou seja, ter a possibilidade de os mapear consoante as necessidades imediatas. Desta forma é possível desenvolver estratégias individualizadas de forma rápida e eficaz e conseguir através de ferramentas digitais comunicar com eles usando os seus comportamentos de compra.

Por fim deve ser alinhada toda a organização em prol do cliente, este deve ter a melhor experiência de sempre no contacto com a farmácia. Todo o *staff* deve estar preparado para que os seus comportamentos estejam alinhados com os objectivos da farmácia. Neste sentido toda a organização deve ser redesenhada e repensada, devem ser

desenvolvidas métricas e objectivos alinhados com os objectivos estratégicos da farmácia, assegurar que os objectivos traçados são os mais efectivos e produtivos.

2.5. *Soft skills* - Gestão na farmácia

As ferramentas de gestão devem ser cada vez mais utilizadas nas farmácias comunitárias. Apesar das lacunas em termos de formação base, o farmacêutico, deve investir tempo e esforço pessoal nesta temática.

A diferenciação na gestão da farmácia permitirá um distanciamento dos vários concorrentes diários, quer sejam outras farmácias ou outras superfícies de venda de produtos.

Sabendo que para a implementação de serviços são necessários recursos financeiros e humanos, e que podem requerer um investimento inicial significativo. Estes recursos, podem ser largamente compensados pelo aumento do número de clientes e pelo aumento de vendas de MNSRM⁶ e de MSRM¹⁰.

Sabendo que o preço é uma variável imutável, mas que esta é uma realidade comum para todos, a farmácia deve incidir esforços no que consegue controlar: a diferenciação face aos serviços que oferece, a qualidade técnica do seu *staff* e todas as características intangíveis ligadas aos serviços que melhoram a experiência do cliente final.

Os serviços devem ser implementados o quanto antes, para revitalizar os profissionais do sector dando-lhes uma perspectiva de futuro à actividade farmacêutica. Uma vez que a fuga de negócio para grandes superfícies, para-farmácias e espaços de saúde é grande. Os farmacêuticos sentem um esvaziar da rentabilidade do seu negócio para fora da farmácia, ficando apenas as tarefas menos rentáveis e de mais difícil implementação.

A reformulação dos processos internos será fundamental para que a alocação de tempo a novas tarefas seja possível. Tarefas de marketing, comunicação e gestão de vendas são actualmente prioritárias e fundamentais.

A imagem da farmácia deve ser uma imagem de proximidade, de disponibilidade permanente, de aconselhamento especializado e privado, altamente especializado e adaptado às necessidades individuais de cada cliente.

Segundo Wood (2011) as farmácias que melhoraram as suas estratégias de gestão e marketing conseguiram obter *outcomes* positivos para os seus clientes e rentáveis para a sua farmácia. Estes resultados permitiram divulgação o que se traduziu em mais confiança, curiosidade e interesse nos serviços farmacêuticos desenvolvidos.

Kennedy (2002) refere que a relação entre ambos, farmacêutico e cliente já existe, deve agora tornar-se mais valiosa para ambas as partes.

2.6. Marketing relacional na farmácia

Kotler e Keller (2006) referem que é um processo social pelo qual pessoas e grupos de pessoas obtêm aquilo que necessitam e o que desejam ter, através da oferta e da livre negociação de serviços e de produtos. Logo este é um processo de troca de bens e serviços entre pessoas.

No entanto o contacto é cada vez menos pessoal, utilizando-se novas vias de comunicação e perdendo-se o *face to face* e a relação humana. Devendo hoje em dia todas as oportunidades de realizar interações pessoais correctamente planeadas e monitorizadas.

O *marketing* relacional é fundamental neste mercado que é altamente concorrencial, por um lado devido ao número de farmácias existentes e por outro lado devido às limitações de comunicação directa com o cliente impostas pelo sector.

Neste sentido é importante conseguir adquirir o máximo de clientes, manter os existentes e conseguir criar defensores da marca, neste caso da farmácia. A criação de publicidade de boca-a-boca é fundamental neste negócio, uma vez que é a forma mais eficaz de conseguir arranjar novos clientes.

Uma das variáveis de pesquisa abordadas no capítulo três é a fidelização de clientes. A fidelização nas farmácias comunitárias acontece mesmo quando o cliente

não está completamente satisfeito, por vezes graças à relação pessoal com os farmacêuticos e por outro lado por limitações geográficas.

A fidelização é uma estratégia que identifica, mantém e aumenta o rendimento dos melhores clientes numa relação de valor agregado, interactivo e centrado no longo prazo, segundo Barlow (1992).

Alguns anos atrás as farmácias preocupavam-se mais em conquistar novos clientes do que a definir estratégias para reter os actuais. Nesta fase, com as dificuldades em criar relações fortes e duradouras as farmácias estão a focalizar-se em estratégias de manutenção e satisfação dos seus clientes actuais.

A percepção de qualidade e diversidade aumentam a satisfação do cliente e a sua lealdade perante os serviços. Sendo um factor decisivo no momento da escolha.

Marketing relacional está baseado em interacções dentro da nossa rede de clientes, os relacionamentos exigem um contacto entre duas pessoas. O relacionamento é fundamental para as estratégias de Marketing segundo Gummerson (2002).

É importante a identificação, construção, manutenção e melhoria das relações das farmácias com os clientes e com *Stakeholders*. A finalidade é o lucro para ambas as partes, pela concretização das promessas apresentadas, (Gönroos, 1996).

Kotler e Armstrong (2007) referem que a maximização do relacionamento com o cliente deve ser feita com uma base diária, todos os contactos com os clientes são únicos e importantes de forma a uma correcta gestão da informação.

Devemos estar muito atentos à relação que o cliente estabelece connosco por forma a desenvolver e manter relacionamentos estáveis, duradouros e lucrativos. No fundo a relação deve estar focada no cliente e na sua satisfação.

No fundo a satisfação das necessidades torna-se o centro de todas as estratégias da farmácia.

Segundo Kotler e Keller (2006), os clientes hoje em dia têm formas de verificar a informação fornecida, avaliando se existem opções melhores ou mais custo-efectivas. Os clientes formam uma expectativa de valor e actuam com base nela. A repetição da compra e a satisfação dependem desta relação.

Segundo Zenone (2007), devemos estar preparados para dialogar com os clientes, mas para um diálogo de igual para igual. Com uma partilha de informação mais rica e profunda do que estávamos habituados a ter.

As farmácias devem identificar e compreender as necessidades dos seus clientes, devem primar por um atendimento eficiente, rápido e eficaz, fornecendo a informação essencial a uma decisão assertada.

O conceito de *marketing* relacional relacionado com os serviços é um conceito novo-antigo, que tem sido alvo de muita investigação. Mas continua a merecer muita atenção devido ao valor que transporta para os serviços, nomeadamente em termos qualitativos, reconhecimento e potenciais benefícios para empresas e clientes.

Berry's (1983) refere que a definição deste conceito é atrair, manter e fortalecer relações com os clientes. Grönroos (1990) vai mais longe acrescentando a lucratividade nesta relação, referindo que o objectivo final deve ser a satisfação de ambas as partes e a obtenção do retorno desejado. Czepiel (1990) destaca que deve existir um reconhecimento mútuo dos benefícios obtidos por ambas as partes.

A ideia de um negócio que capta a lealdade dos clientes através da satisfação das suas necessidades e dos seus desejos, é abordada por Grönroos (1994). Mas nem sempre assim foi, nem sempre o *marketing* relacional esteve no topo das estratégias das farmácias, (Schneider 1980).

Assim, várias questões foram levantadas, porque se investia tanto dinheiro em atrair clientes e consumidores para comprarem produtos e serviços, mas nada se investia para os reter. Não existem praticamente artigos publicados sobre estratégias de retenção desses clientes ou consumidores. A avaliação feita pelos clientes raramente era utilizada como indicador do cumprimento de objectivos das farmácias.

Berry (1994) refere que *marketing* de serviços numa farmácia/empresa serve para atrair, manter e melhorar as relações com os clientes. Com o objectivo de solidificar relações e transformar clientes indiferentes em leais. Através de cinco estratégias: desenvolver serviços *core* em torno do cliente, tornar as relações com os clientes únicas, ir sempre aperfeiçoando o serviço com benefícios extras, colocando um preço justo pelo serviço e por fim envolver os farmacêuticos, por forma a que estejam motivados e consigam envolver os clientes, (Berry, 1993).

Czepiel (1990) refere que não devem existir dúvidas quanto aos benefícios mútuos. A comunicação deve ser aberta, frequente e honesta. Estas questões são importantes devido à intangibilidade dos serviços, nomeadamente porque não os podemos avaliar antes de os utilizarmos. Neste sentido é de extrema importância trabalhar os sentimentos dos clientes de forma a transmitir sentimentos que combatam a vulnerabilidade e a incerteza.

2.7. Como gerir recursos humanos

Tomp et al. (2001) referem que é importante adequar o treino às actuais necessidades, orientando os recursos humanos, considerar o isolamento profissional, a falta de entusiasmo e a falta de contacto com os clientes, são um factor de desmotivação e estagnação profissional.

Knapp (2001) refere que os novos farmacêuticos devem já ser treinados de forma a terem os *skills* essenciais à prática dos serviços farmacêuticos.

Brunlund et al. (2010) destaca que é importante a realização de um *assessment* à equipa de farmacêuticos, de forma a estruturar as equipas de forma eficiente.

A importância das Organizações Europeias de farmacêuticos estarem atentas e continuarem a trabalhar a mudança de atitude dos farmacêuticos, é referida por muitos autores, Tomp et al. (2001).

O *status* profissional está relacionado em parte com o controlo que o trabalhador tem sobre o seu trabalho, segundo Freidson (1970), no entanto, este controlo não é uma garantia de perpetuidade. Em alternativa, os farmacêuticos devem estar comprometidos com um processo dinâmico de adaptação à empresa, aprofundando as suas competências e conhecimentos, (Nancarrow e Borthwick, 2005).

Os utilizadores das farmácias desafiam constantemente o conhecimento especializado dos farmacêuticos nos seus contactos, Cavaco et al. (2005). Os clientes são hoje activos participantes nas decisões referentes à sua saúde, segundo Fox e Ward (2005).

Estas mudanças levam a que exista uma preocupação do farmacêutico nos seus conhecimentos e na forma como os pode colocar à disposição dos clientes, destaca Dingwall e Willson (1995).

Freidson (1994) refere que o conhecimento adquirido pelos farmacêuticos não é fruto do senso comum mas sim de muito estudo nesta área. Sendo estes profissionais detentores de um elevado nível de autonomia clínica.

Britten (2001) refere que cada vez mais o papel do farmacêutico está a mudar, assumindo hoje em alguns Países o papel de prescriptor e não apenas o de mero dispensador de medicamentos. Weiss e Sutton (2009) referem que dentro de todos os profissionais de saúde são os farmacêuticos que detêm maiores conhecimentos sobre medicamentos.

Gilbert (1998) destaca as alterações que devem ser promovidas a nível Mundial face ao papel e às competências dos farmacêuticos, referindo que o aumento das suas responsabilidades deve ser revisto.

(*The brown report*, 1986) refere que o farmacêutico é visto como um vendedor, uma vez ser apenas remunerado pelas suas funções de venda. Sugerindo que o *role profile* do farmacêutico seja *patient and clinically oriented*.

Dreyer (1994), refere que desta forma o farmacêutico pode tornar os cuidados de saúde mais próximos dos seus utentes e além disso mais acessíveis.

Munroe (1997) refere que nos Estados Unidos da América os farmacêuticos são sujeitos a um treino antes de participarem na prestação de serviços farmacêuticos. Estes treinos são abrangentes: *physical assessment skills*, técnicas de comunicação, monitorização clínica e laboratorial.

Strachan (1993) mencionou que além das competências dos farmacêuticos mudarem, também os locais onde exercem estas actividades deve ser adaptado.

Turner (1997) lembra o sucesso do *upgrade* do *role profile* do farmacêutico hospitalar. Quanto à farmácia comunitária o sucesso no UK⁴ foi menor, muito devido ao desacordo com os médicos.

Strickland (1991) aborda o conflito entre médicos e farmacêuticos, os primeiros pelas responsabilidades morais e legais perante o utente, os segundos pela

responsabilidade de funções adicionais como a prescrição, que sempre foi do âmbito do médico.

Segundo o relatório *Good Pharmacy Practice* da OMS, assistimos hoje à implementação de orientações para a prática farmacêutica que respondam às necessidades das pessoas que utilizam os serviços das farmácias. Estes procedimentos são fundamentais para que existam *guidelines* e *standards* de qualidade globais.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. Introdução

O presente capítulo inicia-se com uma revisão da literatura existente sobre a investigação em serviços farmacêuticos englobando a temática em estudo, a satisfação global e a atitude comportamental.

De seguida apresentamos uma revisão detalhada sobre as variáveis que compõem o modelo desta investigação académica.

3.2. Enquadramento teórico

Este tema de investigação é um tema muito actual e que carece da realização de mais estudos, segundo os investigadores e as Autoridades de Saúde Europeias, (Infarmed, 2012) e (PWC, 2012).

Quando pesquisamos sobre o tema nas principais bases de dados, encontramos inúmeros estudos publicados. Estudos que incidem essencialmente nas áreas chave para os serviços farmacêuticos: (1) satisfação global, (2) apoio ao cliente, (3) gestão da terapêutica, (4) atitude comportamental, fidelização e lealdade.

A atractividade do tema a nível Mundial reside no facto de inúmeros Países pagarem por estes serviços às farmácias comunitárias. Pelo que a sua realização é obrigatória, no sentido de otimizar estratégias.

Em Portugal, poucos estudos têm sido desenvolvidos devido à ausência de uma estrutura efectiva de serviços farmacêuticos. No entanto, assistimos actualmente ao seu arranque, com a formalização da parceria entre Ministério da Saúde e Associação Nacional de Farmácias.

Alguns dos modelos mais importantes foram: Gourley et al. (2001) criou um modelo de satisfação chamado ECHO¹⁷ (*Economical, Clinical and Humanistics Outcomes*); Kucukarlsan et al. (2002) estudaram a referenciação e as expectativas do

mercado face aos serviços farmacêuticos; Tranverso et al. (2007) validaram uma escala para avaliar satisfação utilizada hoje em vários Países; Ware et al. (1983) desenvolveu um questionário utilizado ainda hoje em vários estudos, o PSQ¹⁸ (*Patient Satisfaction Questionnaire*).

Numa pesquisa desenvolvida por Panvelklar et al. (2009), através das bases de dados académicas foram identificados 560 artigos. Utilizando termos de pesquisa como: satisfação do utente/cliente/consumidor; farmácias/farmácia comunitária e serviços farmacêuticos/programas farmacêuticos/ intervenções/estudos.

3.3. Determinantes da gestão da terapêutica

A gestão da terapêutica tem sido alvo de vários estudos que avaliam a atitude dos farmacêuticos perante a implementação dos serviços farmacêuticos.

Latif e Boardman (2008) referem que a gestão à terapêutica é uma forma dos farmacêuticos aplicarem os seus conhecimentos e de terem um papel mais activo na população que servem.

Bradley et al. (2008) salienta que o aumento das competências do farmacêutico leva a uma melhoria da saúde pública e a uma redução do *workload* de outros profissionais de saúde.

Marcel et al. (2003) referem que a falta de *compliance* é o principal risco de mortalidade para os utentes, sendo os custos psicológicos e monetários associados a este processo enormes. Claramente que um investimento nesta área irá significar reduções em custos indirectos.

Hoes et al. (1998) referem que estes custos estão a aumentar exponencialmente, mesmo nos Países mais industrializados. Podendo de alguma forma serem minimizados com as intervenções certas.

Vários estudos envolvendo farmacêuticos têm sido realizados. Stewart et al. (1999), Gatis et al. (1999), Linnie et al. (1999), em que os resultados têm demonstrado claras vantagens em termos de efectividade de ganhos de saúde e de poupança. Estes serviços são demonstrativos do valor do farmacêutico e da validade do serviço

farmacêutico. Este tipo de serviço é valorizado pelo cliente e claramente validado junto das Autoridades de Saúde pelos resultados obtidos.

3.4. Determinantes do apoio ao cliente

A profissão de farmacêutico é de extrema importância na sociedade, sendo este reconhecido pela sua relação de confiança com os seus clientes. No entanto, muitas vezes continua a ser desvalorizada pelo Governo e pelos parceiros de saúde.

Segundo Edmunds e Calnan (2001) existe uma clara necessidade de ouvir os clientes e identificar as suas necessidades. Só desta forma será possível apoiar e trabalhar em conjunto com eles valorizando os serviços farmacêuticos.

Apesar de não serem remunerados, continuam a prestar um serviço de alto valor à sociedade. Em áreas tão vastas como: gestão dos tratamentos, a monitorização de efeitos adversos, aconselhamento de produtos OTCs⁸, vacinação, entre muitos outros serviços.

Aspectos como a simpatia dos farmacêuticos, a sua disponibilidade para responderem a questões, a implementação de serviços na farmácia proporcionados sem terem de ser solicitados, de forma voluntária e com a possibilidade de preços favoráveis está no topo das questões referenciadas pelas farmácias, segundo Norman e Gagnon (1984).

Barlow (1992) refere a importância do farmacêutico diferenciar os serviços *core* de serviços *added value*. Desta forma o *feedback* do cliente perante a sua experiência é mais claro.

Na maioria das vezes a avaliação dos clientes a um serviço é realizada na perspectiva do desempenho, da sua experiência. Não estando relacionada com a qualidade do mesmo ou com a competência do profissional.

3.5. Determinantes da satisfação global

Tranverso e MacKeigan (2005) referem que nas últimas décadas os clientes tornaram-se o foco central para todas as entidades que promovem saúde.

Iglesias et al. (2005) e Clearly e McNeill (1998) consideram que com o crescimento da procura de cuidados farmacêuticos, tem sido fundamental para a melhoria da qualidade. O que leva a melhores índices de satisfação.

A satisfação reflecte a forma como os clientes vêm as suas necessidades e expectativas cumpridas.

Bastos e Gallego, 2008) referem que as variáveis satisfação global e qualidade devem ser analisadas de forma individual, uma vez que a qualidade rapidamente influencia negativamente a satisfação global.

Cada vez mais a satisfação global e a lealdade são influenciadas pela relação de confiança criada com o farmacêutico e com a farmácia visitada regularmente pelo cliente.

Segundo (Pacoe, 1983) e Iglesias et al. (2005), podemos traduzir satisfação como “uma avaliação cognitiva de um sistema e é uma resposta emocional à estrutura, ao processo e aos resultados de um sistema”.

Quando falamos em qualidade e satisfação do utente perante os serviços, este avalia muitas vezes o acesso aos mesmos.

Airksinen et al. (1995) destacam a importância dos questionários de satisfação com métricas efectivas que permitam ao cliente dar *feedback* e ao farmacêutico melhorar os serviços.

Berry e Parasuraman (1991) referem que o marketing relacional deve ser praticado independentemente do cliente que pretendemos envolver. Os autores referem a componente social e a criação de valor fundamentais. Referem ainda que o produto dos serviços é a *performance* e que os *performers* são os farmacêuticos.

Berry (1983) refere que as farmácias devem todos os esforços em atrair, desenvolver, motivar e manter os farmacêuticos mais qualificados. A satisfação vai se fazer sentir pela percepção transmitida pelo profissionalismo do *staff*.

Reichheld (1993) refere que qualquer farmácia ou empresa deve saber qual é o seu perfil de clientes, e de que forma os seus farmacêuticos são os mais adequados para esse *target*. Se sim, então devemos retê-los uma vez que são eles que contribuem para a retenção de clientes.

Schlesinger e Heskett (1991) referem que os empregados altamente produtivos e eficientes desencorajam o investimento nas suas *skills* por parte das empresas, algo que deve ser completamente contrariado.

Rothman (1993) refere a importância dos empregados entenderem a sua missão “espiritual” e financeira para a empresa, e que esta lhes transmita orgulho e sentimento de pertença.

O modelo de Morgan e Hunt (1994) refere que existe uma íntima ligação entre a satisfação e a confiança, sendo esta a chave de sucesso do relacionamento com os clientes.

3.6. Determinantes do comportamento atitudinal

Quando falamos em atrair e manter clientes fiéis aos nossos serviços é muito importante perceber o seu comportamento.

Traverso e MacKeigan (2005) referem que as estratégias de saúde têm uma linha de pensamento orientada para *market oriented reforms*. Avaliando a experiência do cliente e o efeito desta no seu comportamento. De que forma vai existir uma nova utilização ou um aconselhamento.

É fundamental sabermos qual a frequência de contacto dos nossos clientes com os nossos serviços farmacêuticos e qual o tipo de experiências que obtêm com esse contacto.

Crosby e Stephens (1987) referem que é fácil conduzir a lealdade dos clientes quando as diferenças não são acentuadas. Referem mesmo que o investimento é reduzido. Será importante o investimento colocado nesta altura nas equipas que operam nas farmácias, tentando aprofundar os comportamentos de venda, isto é, as equipas devem: manter o contacto regular com os seus clientes; devem ser cooperantes e terem

uma atitude responsável perante os serviços; estabelecer relações de qualidade que permitam fortalecer relação de confiança e satisfação perante o cliente e o empregado; por fim antecipar e prever as futuras necessidades do cliente antecipando contactos seguintes.

Barlow (1992) referia que a fidelização é uma estratégia que identifica, mantém e aumenta o rendimento dos melhores clientes, sempre numa relação de ganho mútuo e com o pensamento no longo prazo.

Ward e Dagger (2007) mencionam que a qualidade dos serviços ou dos produtos está intimamente ligada com a satisfação e com a lealdade dos clientes.

Existem duas formas dos clientes demonstrarem fidelidade, uma está relacionada com a atitude e a outra com o comportamento. Na primeira existe, por exemplo, uma identificação com a farmácia. Na segunda tem mais a ver com a forma de estar, como a palavra indica com o comportamento propriamente dito. Neste sentido para clientes diferentes devemos aplicar estratégias diferentes.

Para conseguirmos fidelizar os clientes devemos tratá-los como únicos, ou seja, estratégias diferentes para clientes diferentes. Neste sentido é importante que o *front office* esteja sensível para as motivações e necessidades dos clientes de forma a torná-los fiéis.

Reicheld (1993) menciona a importância de identificar os clientes certos, e criar estratégias que criem valor e que os tornem mais leais. Os clientes não são todos iguais, existem clientes transaccionais que são essenciais pela parte do produto, e clientes relacionais que devem ser abordados pela via serviços. A correta segmentação destes clientes permite reduzir custos e otimizar esforços.

Bastos e Gallego (2008) referem que as farmácias adoptam geralmente uma de duas estratégias: fidelizar os clientes que já têm, ou tentar conseguir novos clientes aumentando a sua quota de mercado. É claro que analisando as duas, consideramos à partida a primeira como a menos rentável. No entanto, a primeira consegue captar clientes através do *word-of-mouth*, ou seja, os clientes satisfeitos com o serviço vão ajudar a conseguir novos clientes. Este tipo de publicidade é mais forte que qualquer campanha que a farmácia implemente, tendo impacto directo nas vendas.

Parasuraman et al. (1991) referem que lealdade é expressa quando os clientes de uma farmácia a recomendam a outros, mencionando argumentos positivos sobre serviços ou experiências.

Bloemer et al. (1999) destacam que existem quatro comportamentos atitudinais: *word-of-mouth*, intenções de compra, sensibilidade ao preço e por último comportamento relacionado com reclamações.

A fidelização dos clientes tem duas vantagens: a primeira é conseguir aumentar as vendas e carteira de clientes, a segunda é aumentar o volume de vendas nos clientes satisfeitos. Um cliente satisfeito é um cliente que vai comprar mais.

Schommer (1997) refere que as expectativas e conhecimento dos clientes das farmácias comunitárias sobre os serviços farmacêuticos são baixas. Este factor contribui para que exista uma baixa procura por este tipo de serviços.

Spencer (1974) salienta que as barreiras de comunicação existentes entre clientes e farmacêuticos levam a um desconhecimento perante os serviços disponíveis na farmácia comunitária.

Bastos e Gallego (2008) referem que existem diferenças significativas entre as farmácias dos grandes centros urbanos e as farmácias de interior. Estas diferenças verificam-se ao nível da satisfação global, do comportamento atitudinal e do processo de comunicação.

As estratégias de comunicação devem estar assentes no *engagement* dos clientes. A comunicação será mais efectiva se as estratégias estiverem adequadas ao *target* alvo. Sendo que para clientes diferentes as estratégias devem ser diferentes.

A comunicação deve igualmente estar adaptada à sua localização, sendo igualmente diferentes as prioridades e estratégias a implementar.

Devem ser considerados igualmente factores como: a idade da população, as necessidades existentes, a facilidade de acesso ou a necessidade de criação de serviços de entrega, os parceiros de saúde existentes na área, e por fim as competências e a senioridade dos farmacêuticos. Todos estes factores vão influenciar a comunicação e os meios a serem utilizados para a divulgação.

É importante apresentar o plano de comunicação ao *staff* da farmácia para que exista envolvimento de todos. Qual é o propósito da comunicação, que barreiras e preocupações podem existir e por fim quais são as estratégias de curto e longo prazo.

A comunicação existente em farmácias comunitárias com uma gestão antiga ou tradicional é claramente inferior às farmácias onde a gestão é mais moderna e actual. Sendo os materiais e o treino dos profissionais virado para a comunicação com o cliente, transmitindo-lhe a criação de valor.

O processo de comunicação deve ser feito de forma cuidada, segundo Schommer (1997), devido a existirem diferentes patamares de conhecimento entre os clientes das farmácias comunitárias. Existem clientes que utilizam e estão muito satisfeitos, e por outro lado, clientes a quem nunca lhe foram apresentados estes serviços.

Sem uma correcta estratégia de promoção e divulgação dos serviços farmacêuticos e sem a presença de profissionais bem preparados será difícil implementar eficientemente serviços farmacêuticos.

A percepção e satisfação dos clientes das farmácias vão aumentar à medida que tiverem conhecimento e contacto com os serviços farmacêuticos.

3.7. Conclusões

Num mercado altamente competitivo, em que as farmácias lutam com inúmeras dificuldades, importa manter e reforçar a sua carteira de clientes. É muito importante que as farmácias percebam e reforcem as suas estratégias de satisfação dos seus clientes no sentido de conseguirem alterar o seu comportamento atitudinal.

Conseguir trabalhar áreas de grande impacto para os clientes como a gestão da terapêutica e o relacionamento interpessoal elevam a satisfação dos clientes e o reconhecimento dos mesmos perante as mais-valias da relação farmácia – cliente.

Estes objectivos são objectivos de longo prazo, ou seja, nunca estão concluídos e têm sempre oportunidades de melhoria.

O processo de decisão do cliente na escolha de produtos e serviços deve ser igualmente alvo de uma reflexão. Sendo necessário o trabalho conjunto de todos os profissionais de farmácia para elevarem o seu nível de participação neste processo. Todos devem contribuir de forma significativa e com atitude positiva nas decisões partilhadas dos cuidados de saúde dos seus clientes.

De acordo com a revisão da literatura verificamos que existem igualmente áreas de melhoria que estão relacionadas com a comunicação e divulgação dos serviços. É importante que os clientes os reconheçam como tal, e que saibam em que consistem para os poderem comparar, classificar e aconselhar. Sabemos que as estratégias de comunicação variam consoante a maturidade das farmácias e dos seus profissionais mas é algo que importa trabalhar.

Conhecendo as diferentes realidades das farmácias urbanas e rurais, percebemos que a satisfação global está presente em ambas, as diferenças residem na forma e na estrutura como são apresentados os serviços.

Segundo a revisão da literatura, também não existem atitudes comportamentais negativas. Os clientes mantêm uma relação estável e regular com as suas farmácias habituais.

4. QUADRO CONCEPTUAL E METODOLÓGICO

4.1. Introdução

Tendo por base a revisão da literatura, neste capítulo inicia-se com o quadro conceptual deste estudo, onde será apresentado o paradigma de investigação, o modelo conceptual da investigação, a consequente derivação de hipóteses e finalmente a operacionalidade das variáveis.

Segue-se o quadro metodológico no qual são definidas as medidas necessárias à operacionalização do instrumento de recolha de dados, como tal definiu-se a amostra, seleccionou-se o instrumento e os procedimentos de recolha de dados, e averiguou-se a forma mais adequada de o fazer chegar à amostra.

Recolhidas as percepções dos clientes das farmácias comunitárias Portuguesas sobre as variáveis em estudo, seguiu-se o necessário tratamento estatístico através do programa SPSS que permitiu a caracterização da amostra e a constituição das variáveis finais, preparando assim o estudo empírico.

Por último, avaliamos as características psicométricas do instrumento de medida, nomeadamente no que respeita à sua fidedignidade e validade.

4.2. Quadro conceptual

Neste ponto apresentamos o paradigma de investigação que motivou o desenvolvimento deste estudo. No seguimento deste, são apresentados os objectivos de investigação e as questões inerentes ao paradigma de investigação.

De seguida, é apresentado o modelo de investigação proposto e as hipóteses a ele associadas, tendo como referencia os ensinamentos retirados da revisão da literatura efectuada e descrita no terceiro capítulo deste estudo.

4.2.1. Paradigma de investigação

O actual contexto de crise nas farmácias comunitárias Portuguesas e a possibilidade destas implementarem serviços farmacêuticos como fonte extra de rendimento, serviu de mote para a realização deste estudo. A realidade do Sistema Nacional de Saúde Português está a evoluir para um modelo semelhante ao adoptado por outros Países.

O modelo de prestação de serviços farmacêuticos já está implementado com sucesso em vários Países como: Inglaterra, África do Sul, Suécia, etc. Permitindo a descentralização de alguns cuidados de saúde primários para a farmácia.

No entanto, como resultado da revisão da literatura, existem problemas identificados nestes Países. Essencialmente resultante da preparação dos farmacêuticos para a implementação dos serviços e do desenho dos mesmos.

Desta forma pretendo investigar de que forma os utentes Portugueses estão satisfeitos com os serviços prestados nas farmácias comunitárias. Analisando a forma como estas variáveis interferem com a atitude do cliente: gestão da terapêutica, relação interpessoal, satisfação global e atitude comportamental.

Kassam et al. (2012) refere que ouvindo os clientes vamos conseguir ter ideia de que estes pretendem claramente, daí a importância da realização destes estudos. Igualmente mencionam a importância de três áreas cruciais: gestão da terapêutica e estratégias de suporte aos clientes; disponibilizar materiais educacionais que permitam inverter tendências de saúde e ganhos de qualidade de vida e por fim intervir directamente no curso da saúde dos clientes com estratégias de prevenção e aconselhamento adequadas a cada cliente.

Traverso et al. (2007) referem que as avaliações dos serviços farmacêuticos servem para vários fins: os resultados obtidos na investigação científica permitem identificar áreas de melhoria e oportunidades de prestação de novos serviços; permitem avaliar a satisfação dos clientes perante os serviços farmacêuticos e compará-los entre si em termos de resultados práticos; permitem avaliar a satisfação dos clientes, qualidade dos serviços e comportamentos de saúde.

Inúmeros estudos e escalas surgiram ao longo dos anos para avaliar os serviços farmacêuticos. No entanto, existem questões de investigação que continuam a necessitar ser investigadas. Por um lado porque os serviços sofrem melhorias ou adaptações, porque surgem novos serviços, ou porque temos novos clientes com novas necessidades.

Bastos e Gallego (2008) referem a importância da contínua investigação sobre a qualidade dos serviços farmacêuticos e do seu impacto na satisfação global e na atitude comportamental.

Será fundamental para as farmácias comunitárias Portuguesas adoptarem esta metodologia de melhoria continua. Aferirem de que forma os serviços que praticam são conhecidos dos seus clientes, se estão disponíveis de igual forma para todos e se vão ao encontro das expectativas dos seus clientes. Desta forma será possível que a farmácia e os seus profissionais sejam reconhecidos e considerados como *experts* nesta área tão crítica para a saúde dos Portugueses.

4.2.2. Modelo conceptual de investigação proposto

Como já foi referido anteriormente o modelo de investigação que pretendemos testar representa uma extensão do modelo de investigação realizado por Traverso et al (2007). Este autor testou a influência das variáveis: relacionamento interpessoal e gestão da terapêutica face à satisfação global.

Não ficando apenas pelo modelo de Tranverso et al. (2007), testamos também, a variável satisfação global em conjunto com o comportamento atitudinal, revelam de que forma os clientes são fiéis ou leais às suas farmácias.

Em baixo podemos ver o desenho do estudo.

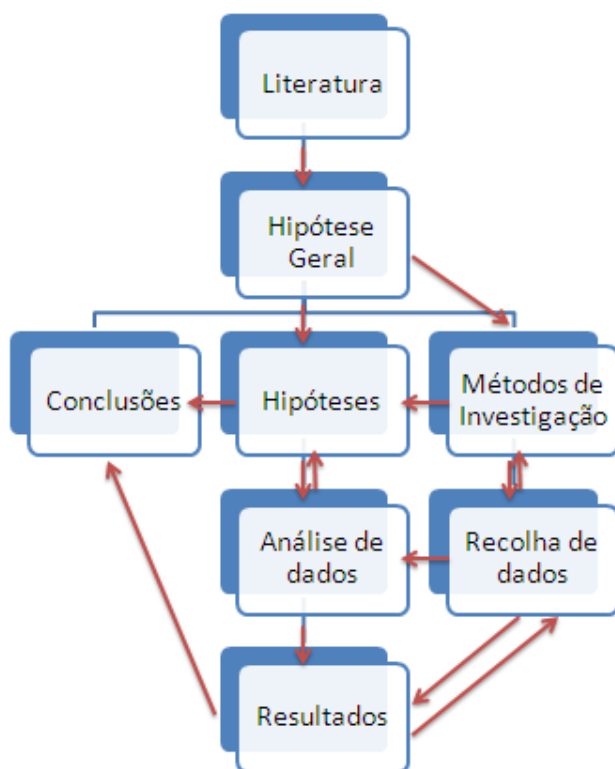


Ilustração 3 - Desenho do estudo

Fonte: Adaptado de Tranverso et al. (2007)

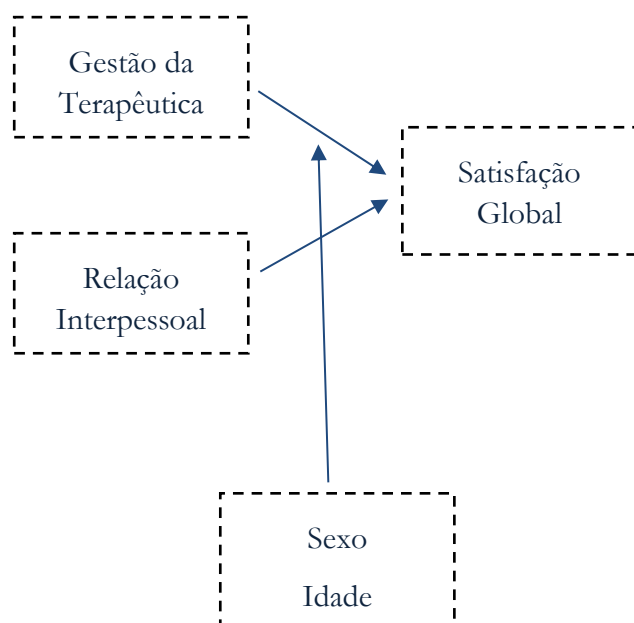


Ilustração 4 - Modelo de investigação testado por Tranverso et al. (2007)

Fonte: Adaptado de Tranverso et al. (2007)

Finalmente é analisada a influência da variável satisfação global na variável dependente lealdade/fidelidade. Igualmente foi avaliada a variável género e a sua influência no modelo.

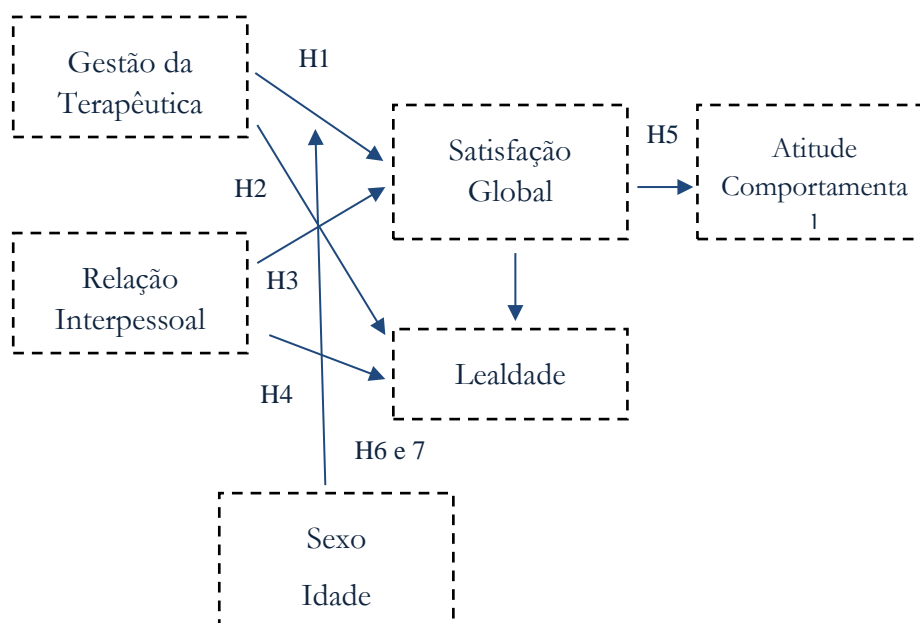


Ilustração 5 – Modelo conceptual de investigação proposto e relações entre variáveis

Fonte: Adaptado de (Bastos e Galego, 2008)

De seguida apresentamos as hipóteses operacionais que resultam das relações estabelecidas no modelo conceptual.

4.2.3. Derivação de hipóteses

Explicitada a problemática em investigação e identificados os objectivos a atingir com o presente estudo, enunciamos as hipóteses a submeter ao escrutínio da evidência empírica no sentido de se determinar os níveis de satisfação dos participantes deste estudo com os serviços farmacêuticos e investigar a sua relação com fidelidade dos clientes. Adicionalmente, também se investiga a influência das variáveis

demográficas, nomeadamente a idade e o género, nos níveis de satisfação com os serviços farmacêuticos, assim como a eventual existência de diferenças entre os dois diferentes grupos de respondentes. Com este propósito, enunciámos as seguintes hipóteses:

4.2.3.1. Relação entre a gestão da terapêutica e satisfação global

O cliente atribui um elevado valor à gestão da sua terapêutica pelo seu farmacêutico. Segundo Gastelurruntia et al. (2006), os clientes referem que as respostas às suas questões sobre medicamentos e doenças: tal como a sua capacidade de aconselhamento, como fundamentais para a sua satisfação. Wiederholt e Rosowski (1996) referem também que este tipo de prática vai influenciar positivamente os clientes, deixando-os mais satisfeitos. Alguns dos cuidados a ter será o facto de muitos utentes ainda não conhecerem os serviços farmacêuticos por esta designação e sim pelo normal funcionamento da farmácia e do seu *staff*.

Destaco o efeito positivo sobre os clientes das farmácias que têm serviços efectivos de gestão à terapêutica

Neste sentido consideramos que faz sentido formular-se a seguinte hipótese de investigação:

H₁: Existe uma relação positiva entre as experiências de contacto com a farmácia e a satisfação com a gestão da terapêutica.

4.2.3.2. Relação entre a gestão da terapêutica e a atitude comportamental (fidelidade/lealdade)

A revisão da literatura permitiu concluir que as farmácias que prestam melhores serviços de gestão da terapêutica são aquelas que têm clientes mais leais.

Schoomer (1997) refere que é importante um bom processo de comunicação com o utente que o informe sobre o tipo de serviços prestados. Quando isto acontece os clientes ficam mais atentos às diferenças e conseguem diferenciar experiências.

Panvelkar et al. (2009) referem que elevadas frequências de aconselhamento, monitorização e *guidance* aos clientes levam a índices elevados de satisfação. Consequentemente esta satisfação leva a diferentes atitudes comportamentais, nomeadamente a recompra.

Jonhson et al. (1997) salientam que os resultados que obtêm dos clientes sobre a sua satisfação viabilizam a sustentabilidade dos serviços. Só desta forma é possível mantê-los activos e alargar o leque de ofertas.

Na presença desta informação derivou-se a seguinte hipótese de investigação:

H₂: Existe uma relação positiva entre a probabilidade de aconselhar a farmácia e a satisfação com a gestão da terapêutica.

4.2.3.3. Relação entre relação interpessoal e a satisfação global:

El Hajj et al. (2011) referem a importância do conhecimento dos clientes que visitam as farmácias. As necessidades e expectativas dos clientes devem ser descobertas

e confirmadas durante a visita à farmácia. O farmacêutico não deve partir do princípio que as conhece e que não será necessário qualquer tipo de confirmação.

Segundo Wazaify et al. (2008) a primeira oportunidade de experimentar os serviços farmacêuticos surgiram numa situação em que o médico estava indisponível. Sendo esta uma oportunidade única para resolver um problema ao cliente e obter um alto índice de satisfação global.

Bernesten et al. (2001) salientam que muitos clientes reportam elevada satisfação global em situações em que o farmacêutico proporcionou uma valiosa ajuda com impacto na sua saúde, e que ao mesmo tempo os aconselhou a nível financeiro, adoptando a melhor proposta.

Três áreas chave no relacionamento interpessoal são o *assessment* das necessidades dos doentes, a educação dos clientes e por fim a monitorização dos doentes. Desta forma vai existir uma verdadeira criação de valor.

Assim estabelece-se a seguinte hipótese de investigação:

H₃: Existe uma relação positiva entre as experiências de contacto com a farmácia e a satisfação com a atenção ao utente.

4.2.3.4. Relacionamento entre a relação interpessoal e a atitude comportamental (fidelidade/lealdade)

Em todos os Países os clientes das farmácias comunitárias mantém uma relação de lealdade para com farmácias/farmacêuticos que lhe permitam uma melhor experiência de relacionamento profissional e pessoal.

Bastos e Gallego (2008) referem que as *skills* dos farmacêuticos, o seu conhecimento dos temas abordados, a sua experiência na função, a sua aparência, a

rapidez e eficácia na resolução das questões colocadas, leva a uma maior lealdade para com esta farmácia.

Os clientes são fiéis aos farmacêuticos e não às farmácias, é preciso ter este aspecto em consideração.

Neste contexto delinea-se a seguinte hipótese de investigação:

H₄: Existe uma relação negativa entre a probabilidade de mudar de farmácia e a satisfação com a atenção ao utente.

4.2.3.5. Relacionamento entre a satisfação global e a atitude comportamental (fidelidade/lealdade)

Bastos e Gallego (2008) referem que a satisfação global é um conjunto de experiências positivas que contribui para uma média final positiva. Quase sempre, estes dados são recolhidos após o cliente vivenciar a serviço ou o produto, sendo algo que o resultado final.

Parasuraman et al. (1991) referem que no caso de a experiência ser satisfatória, o cliente de forma natural aconselha este serviço/farmácia a outros clientes. Sendo este tipo de divulgação ou comunicação a mais eficaz.

Desta forma estabelece a seguinte hipótese de investigação:

H₅: Existe uma relação positiva entre a probabilidade de se manter fiel à farmácia e a satisfação global.

4.2.3.6. A satisfação global dos doentes é influenciada pelo género dos doentes ou pela sua idade

Assistimos na revisão da bibliografia realizada, a diferenças não muito expressivas entre a satisfação global dos clientes das farmácias e o seu género. No

entanto sabemos que claramente quem frequenta mais as farmácias e os seus serviços são as mulheres.

Quanto à idade, existe uma maior satisfação global à medida que a idade vai aumentando, ou seja clientes mais velhos são mais frequentadores e mais satisfeitos com os serviços.

Neste sentido foram estabelecidas as seguintes hipóteses de investigação:

H₆: A satisfação com os serviços farmacêuticos é significativamente influenciada pela idade dos utentes.

H₇: A satisfação com os serviços farmacêuticos é significativamente influenciada pelo género dos utentes.

4.2.4. Operacionalização das variáveis em estudo

No decorrer da revisão bibliográfica tivemos a preocupação de avaliar de que forma os investigadores estavam a estudar e a investigar o tema em causa nos vários Países, mas também quais as variáveis que estavam a ser estudadas/investigadas e como estavam a ser medidas. No seguimento desta análise, escolhemos um conjunto de métricas já estudadas e validadas pelos autores. Estas métricas foram ao longo de vários estudos desenvolvidos validadas e refinadas pelos vários autores.

As métricas usadas no nosso estudo foram validadas através do método de recolha de dados usado na nossa investigação. Tendo os autores o validado através do método de recolha de dados por questionário. Desta forma podemos utilizar estas métricas uma vez estarem validadas. Existiu apenas a necessidade de realizar a tradução para a língua Portuguesa, tendo sido feito uma tradução e respectiva retroversão, com o objectivo de não perder o sentido das questões utilizadas. Tendo sido usado de seguida como questionário de auto-avaliação.

A primeira parte do questionário tinha 27 questões relacionadas com o Questionário de Satisfação dos Serviços Farmacêuticos (QSSF)¹⁹. Uma segunda parte com 4 questões relacionadas com o comportamento atitudinal. Uma terceira parte relacionadas com questões demográficas dos participantes, tais com o género e a idade

dos participantes. E por fim duas questões mencionando o número de visitas a farmácias comunitárias no último mês e o número de farmácias diferentes visitadas.

O QSSF¹⁹ foi um questionário validado e desenvolvido por Traverso et al. (2007)

Trata-se de um instrumento de auto-avaliação constituído por 27 descritores, que visam perceber a satisfação dos pacientes com os serviços farmacêuticos. Alguns destes itens foram recolhidos pelos autores de questionários de satisfação com os serviços farmacêuticos previamente desenvolvidos por outros autores e com boas características psicométricas, embora tenham adequado alguns itens ao tipo de escala de respostas que se propuseram utilizar. Os primeiros 27 itens foram redigidos por Traverso et al. (2007), de forma a uma melhor compreensão dos “cuidados farmacêuticos praticados” na Argentina (p. 218). O QSSF¹⁹ utiliza uma escala de respostas do tipo Likert, de cinco pontos, em que as opções de resposta variam entre: 5) *excelente* e 1) *mau*. Tratando-se de um modelo tridimensional, contempla as seguintes três dimensões: 1) *Gestão da Terapêutica*; 2) *Relacionamento Interpessoal*; e 3) *Satisfação Global*.

Os restantes 6 descritores foram utilizados de um instrumento de auto-avaliação que tem como objectivo perceber o comportamento atitudinal dos consumidores, nomeadamente a lealdade e fidelidade às farmácias comunitárias. Os itens utilizados foram validados por (Bastos e Gallego, 2008) através de um questionário de auto-avaliação, “*Pharmacies Customer Satisfaction and Loyalty – A Framework analysis*” tendo sido usado em farmácias comunitárias Portuguesas. Este questionário usa uma escala de respostas do tipo Likert, de cinco pontos, em que as opções de resposta variam entre: 5) *excelente* e 1) *mau*. Tratando-se de um modelo unidimensional, analisando o comportamento atitudinal. As duas últimas questões tratam-se apenas de questões demográficas como descrito acima.

A versão utilizada neste estudo baseou-se num procedimento estandardizado de tradução e retroversão do instrumento original.

As métricas utilizadas para medir cada variável usada no estudo, são detalhadas no final deste ponto. É feita referência em cada uma delas, o nome dos autores que as aplicaram.

No estudo de validação do QSSF¹⁹, verificou-se a existência de itens com saturações factoriais elevadas em mais do que um factor, existindo dois itens com saturações similares em dois factores que Traverso et al. (2007) decidiram manter associando-os ao factor que consideraram estar mais relacionados. Apesar de a consistência interna evidenciar *alphas de Cronbach* superiores a .90, nomeadamente para a globalidade do instrumento e para o primeiro factor, e porque se tratava de um estudo inicial a este questionário, os autores decidiram manter todos os itens, sugerindo a exclusão de alguns no caso de este valor se manter elevado em estudos futuros. Traverso et al. (2007) concluíram que o instrumento era detentor de boas características psicométricas, descrevendo-o como um “instrumento confiável e válido” (p. 223).

A métrica de Gestão da Terapêutica (Gest T) foi medida utilizando o modelo já validado por Traverso et al. (2007), sendo para isso utilizadas 14 questões.

A métrica Relacionamento Interpessoal (R Int) foi medida utilizando o modelo já validado por Traverso et al. (2007), sendo para isso utilizadas 9 questões.

A métrica Satisfação Global (Sat Glo) foi medida utilizando o modelo já validado por Traverso et al. (2007), sendo para isso utilizadas 4 questões.

A métrica de Comportamento Atitudinal (Comp), fidelidade e lealdade, foram medidas utilizando o modelo já validado por (Bastos e Gallego, 2008), tendo sido para isso utilizadas 6 questões.

Factores	Itens
Gestão da Terapêutica	5, 8, 9, 13, 15, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26
Relacionamento Interpessoal	1, 2, 3, 6, 10, 12, 14, 17, 19
Satisfação Global	4, 7, 11, 27
Atitude Comportamental	28, 29, 30, 31, 34, 35
Demográficas	32, 33

Tabela 1 - Variáveis utilizadas

Fonte: Adaptado de Traverso et al. (2007)

Nº	Questão	Var.
1	Como classifica o interesse do seu farmacêutico pelo seu estado de saúde	R Int
2	Como classifica a relação profissional do seu farmacêutico consigo	R Int
3	Como classifica a cortesia e respeito do pessoal da farmácia para consigo	R Int
4	Como classifica a privacidade do local onde fala sobre a sua saúde com o seu farmacêutico	Sat Glo
5	Como classifica a disponibilidade do seu farmacêutico para responder a questões relacionadas com a sua saúde	Gest T
6	Como classifica o aconselhamento dado pelo seu farmacêutico sobre problemas que podem ocorrer com a sua medicação	R Int
7	Como classifica o tempo que depende para ser atendido na sua farmácia	Sat Glo
8	Como classifica a forma como o seu farmacêutico o ajuda na gestão da sua medicação	Gest T
9	Como classifica a frequência com que o seu farmacêutico avalia consigo a eficiência e eficácia da sua medicação	Gest T
10	Como classifica o aconselhamento dado pelo seu farmacêutico no sentido de evitar custos desnecessários com a medicação	R Int
11	Como classifica a aparência profissional da sua farmácia	Sat Glo
12	Como classifica o tempo que o farmacêutico dispensa consigo	R Int
13	Como classifica o empenho do farmacêutico para o ajudar a melhorar o seu estado de saúde e a sua qualidade de vida	Gest T
14	Como classifica a explicação dada na farmácia, pelo farmacêutico, sobre a forma de tomar a sua medicação	R Int
15	Como classifica a explicação dada pelo seu farmacêutico sobre a forma correta de conservar a sua medicação	Gest T
16	Como classifica o aconselhamento dado pelo seu farmacêutico quando tem problemas de saúde relacionados com a sua medicação	Gest T
17	Como classifica o profissionalismo do staff da sua farmácia	R Int
18	Como classifica a informação escrita dada pelo seu farmacêutico sobre a sua medicação, patologia ou estilos de vida saudáveis	Gest T
19	Como classifica a forma como o seu farmacêutico responde às suas questões	R Int

20	Como classifica a informação dada pelo seu farmacêutico referente aos resultados que pode esperar da sua medicação	Gest T
21	Como classifica a ajuda dada pelo seu farmacêutico quando a sua medicação não produz o efeito pretendido	Gest T
22	Como classifica a forma como o seu farmacêutico utiliza o seu histórico de saúde / medicamentos, quando avalia a sua nova terapêutica	Gest T
23	Como classifica a prestação do pessoal da farmácia na disponibilização atempada da medicação	Gest T
24	Como classifica o trabalho conjunto com o seu farmacêutico para a obtenção dos melhores resultados com a sua medicação	Gest T
25	Como classifica a forma como o seu médico e o seu farmacêutico trabalham em conjunto para lhe proporcionarem a melhor medicação possível	Gest T
26	Como classifica a responsabilidade assumida pelo seu farmacêutico sobre a sua medicação	Gest T
27	Como classifica o serviço global prestado pela sua farmácia	Sat Glo
28	Como classifica a sua experiência no contacto com a sua farmácia	Comp
29	Como classifica a probabilidade de aconselhar a sua farmácia a um familiar, amigo ou colega de trabalho	Comp
30	Numa próxima oportunidade, como classifica a probabilidade de mudar de farmácia	Comp
31	Como classifica a sua vontade de mudar de farmácia	Comp
32	Qual a sua idade	Demog
33	Qual é o seu sexo	Demog
34	Número de vezes que foi à farmácia no último mês	Comp
35	A quantas farmácias diferentes foi no último mês	Comp

Tabela 2 – Instrumento de Auto-avaliação – Questionário

Fonte: Elaboração própria

4.3. Quadro metodológico

O quadro metodológico reúne todos os procedimentos conducentes a um profícuo e robusto trabalho de campo, visando alcançar dados o mais representativos

possível das percepções da população Portuguesa. Foi definida então a amostra sobre a qual vai ser aplicado o instrumento de recolha de dados.

O instrumento de recolha de dados seleccionado foi o questionário estruturado, este foi definido como o mais indicado considerando a amostra definida e os objectivos propostos para esta investigação.

4.3.1. Definição da amostra

A amostra é constituída por 761¹ participantes de ambos os sexos 374 (49.1%) do sexo feminino e 384 (50.5%) do sexo masculino, tendo-se registado três casos (0.4%) de não resposta a esta variável. Obtivemos respostas de clientes das farmácias comunitárias Portuguesas entre ao 18 anos e os 76 anos, sendo a média (M) de idades de 39,95 e o desvio-padrão (DP) de 9.98 anos. Para o sexo feminino, as idades oscilam entre um mínimo de 18 e um máximo de 67 anos, sendo a média de 39.22 anos (DP = 10.44 anos). A amostra masculina compreende-se entre uma idade mínima de 18 anos e máxima de 76 anos (M = 40.59, DP = 9.53 anos).

4.3.2. Método de recolha de dados

A selecção do método de recolha de dados está directamente relacionado com o problema a ser estudado. Sendo o objectivo de Traverso et al. (2007) que o método de recolha de dados seja claro, compreensivo e de confiança.

¹ Dos 761 questionários recolhidos, excluímos catorze casos por apresentarem uma proporção de não respostas (*missing values*) superior a 10%. Para os 747 questionários retidos, a taxa global de respostas válidas foi de 99.7 (0.3% de taxa de não respostas). Para o Questionário de Satisfação com os Serviços Farmacêuticos, a taxa de respostas válidas situou-se em 99.6% (0.4% de *missing values*). Relativamente aos itens avaliadores da lealdade/fidelidade à farmácia, obtivemos 99.5% de taxa de respostas válidas (0.5% de taxa de não respostas). No que se refere aos itens relativos às variáveis demográficas, obtivemos 99.9% de taxa respostas válidas para a variável Idade e 99.6% para a variável Sexo. Por último, a taxa de respostas válidas aos itens avaliadores da quantidade de idas à farmácia no último mês, assim como da quantidade de diferentes farmácias utilizadas no último mês, situou-se, respectivamente, em 100%.

O questionário foi alvo de tradução e retroversão no sentido de perceber se o sentido das questões não era alterado.

O método escolhido está validado e deve adequar-se ao problema a ser investigado, às hipóteses levantadas e ao tipo de clientes a serem abordados.

Tendo em conta o modelo de investigação utilizado, os objectivos propostos com a investigação, e os recursos humanos e financeiros que dispomos para estas tarefas, pareceu-nos mais adequado utilizar um inquérito por questionário disponibilizado através de uma plataforma *online*.

Todos os questionários foram recolhidos respeitando os procedimentos formais e éticos, por forma a respeitar a confidencialidade e o anonimato dos respondedores.

Por outro lado foi pedida a autorização para a recolha, tratamento e publicação dos resultados. Sempre tendo em mente a melhoria contínua dos cuidados de saúde no que se refere aos serviços farmacêuticos.

A análise dos dados recolhidos foi efectuada através do *software* estatístico SPSS²⁰ – *Statistical Package for Social Sciences*, versão 20.0, para o sistema operativo Windows.

4.3.3. Processo de elaboração do método de recolha de dados

Após a elaboração do questionário e respectiva validação do instrumento, defini a forma de realização de recolha de dados. Esta recolha foi efectuada utilizando um questionário disponibilizado *online* através da internet.

O questionário baseou-se na disponibilização do questionário a nível Nacional, sendo respondido pela internet. O questionário foi realizado através do Google doc.

O processo de elaboração do questionário obedeceu às seguintes etapas:

(1) Objectivos, recursos e constrangimentos; (2) Escolha do método de recolha de dados; (3) Acordar formato das questões a adoptar; (4) Validação da terminologia das questões, tradução e validação através da retroversão; (5) Formatação e sequência do questionário; (6) Avaliação do questionário; (7) Validação do questionário; (8) Pré-teste e revisão; (9) Validação do questionário final; (10) Implementação do questionário e início da recolha dos dados;

4.3.3.1. Definição dos objectivos, recursos e constrangimentos do estudo

Os objectivos do presente estudo de campo estão directamente relacionados com os objectivos que definimos anteriormente. Todos os objectivos e questões de investigação já foram detalhados anteriormente.

Pretendemos dar suporte ao modelo de investigação que propomos e às variáveis definidas, pensamos que com a metodologia adoptada vamos conseguir cumprir os objectivos da investigação.

Em termos de limitações do estudo e alocação de recursos, saliento as dificuldades de recursos humanos e financeiros. A falta de tempo para recolha de dados e a dificuldade de presença a nível Nacional foram algumas das dificuldades encontradas.

Estes factores influenciaram as decisões de escolha do instrumento usado e da respectiva metodologia.

4.3.3.2. Selecção do método de recolha de dados

A recolha de dados decorreu durante o período que teve início de Agosto de 2013 e o final de Setembro de 2013.

Seleccionamos o uso do questionário *online* através do *Google docs* no sentido de ultrapassar barreiras logísticas, financeiras e de recursos humanos. Este método é amplamente utilizado a nível Mundial nas pesquisas científicas, sendo de enorme valor e facilidade para a produção de conteúdos científicos.

Nos últimos anos vários autores concluem que o método mais usado é realmente a utilização de inquéritos por questionários, sendo o método mais pratico. Igualmente é destacado a forma *online* como a mais rápida e custo-efectiva na recolha de respostas.

Algumas das vantagens imediatas: são a possibilidade de exportação directa dos dados para excel; o facto de o serviço ser gratuito; permitir enviar o número de questionários que o investigador pretenda enviar; por fim as perguntas só aparecem à medida que se vai respondendo, podendo a progressão estar pendente da resposta anterior.

Em termos de limitações, podemos enunciar algumas que encontramos durante a nossa pesquisa: o desconhecimento do que são serviços farmacêuticos; o facto de algumas questões não serem de resposta obrigatória pode levar a que não sejam respondidas; o questionário teve de ser optimizado ao máximo não podendo ser demasiadamente extenso; perdemos algumas faixas etárias menos digitais; os questionários são extensos para serem respondidos em *smartphone* ou *iPhone*; maior volume de respostas em regiões do País mais urbanas e menos rurais e por fim existe a limitação da resposta *online*.

Tendo em consideração estas limitações tentamos desenvolver algumas medidas com vista a melhorar a capacidade de resposta da população Portuguesa ao questionário.

Apresentamos também alguns procedimentos que criamos no sentido de operacionalizar o questionário junto da população Portuguesa.

4.3.3.3. Medidas com vista a melhorar a capacidade de resposta

A construção ou escolha de um questionário é considerada uma arte imperfeita, segundo Aaker et al. (2001), não existindo procedimentos que possam ser considerados perfeitos. A experiência e o bom senso do investigador são essenciais para o sucesso das questões de investigação e por consequência do questionário a utilizar. No entanto, existem procedimentos que podem facilitar ou minimizar riscos, procedimentos que passamos a descrever abaixo.

Fases	Procedimentos
Planeamento do que vamos Avaliar / estudar	Evidenciar os objectivos da pesquisa
	Definir o assunto da pesquisa no questionário
	Obter informações adicionais sobre o assunto da pesquisa a partir de fontes de dados secundários e de pesquisas exploratórias
	Determinar o que vamos perguntar sobre o tema da pesquisa
Formato do questionário	Para cada assunto determinar o conteúdo de cada questão
	Decidir sobre o formato a ser usado em cada questão
Texto usado na formulação das questões	Determinar a melhor forma de redigir as questões
	Avaliar cada questão em termos da sua facilidade de compreensão, quais os conhecimentos necessários e disposição dos inquiridos
Aparência e sequência do questionário	Disposição das questões ao longo do questionário
	Agrupar as questões de forma a obter a estrutura final do questionário
Pré-teste e correcção do problema	Fazer uma avaliação do questionário, ler e mesurá-lo
	Ver possíveis erros
	Se possível fazer um pré teste do questionário
	Corrigir o problema

Tabela 3 - Passos para a elaboração de um questionário

Fonte: Adaptado de Aaker et al. (2001)

Tentamos na formulação das perguntas tenta-mos reduzi-las ao número mínimo essencial, retirando perguntas desnecessárias ou repetidas. Foi evitado o uso de abreviações, tentando que o conteúdo da pergunta fosse o mais claro possível. Eliminamos as hipóteses de existirem objecções a responder às questões, assim como questões em que as pessoas não possuam toda a informação para responderem.

Optamos por perguntas de escolha múltipla, permitindo um determinado número de opções, o que facilita a disponibilidade para a resposta. Evitamos ser tendenciosos na formulação da questão, emitir juízos de valor ou influenciar a resposta. Mattar (1994) refere estes cuidados a ter na elaboração das questões que podem alterar ou influenciar as respostas.

4.3.3.4. Disposição da estrutura do questionário

Após a definição do modelo a ser utilizado e das respectivas métricas, dedicamos atenções para a formatação e estrutura do questionário.

Tentámos que o questionário fosse o mais sucinto possível de forma a evitar as não respostas ou clientes de farmácias comunitárias que não respondessem na totalidade.

Sendo o questionário *online*, a probabilidade de existirem desistências ou questionários parcialmente respondidos era muito grande, daí todas as medidas que o simplificassem tornando-o objectivo eram essenciais.

O questionário utilizado estará em anexo.

No início do questionário cada cliente das farmácias comunitárias habilitado a responder ao questionário poderia encontrar um pequeno enquadramento à investigação em causa. Esta nota introdutória fazia referência: ao âmbito do estudo; aos seus objectivos; apresentava uma nota introdutória aos serviços farmacêuticos e ao porquê de serem realizados; destacava a importância do maior número de respostas possível no sentido de tornar o mais válido possível o estudo em causa. Nesta primeira parte poderíamos encontrar também o *disclamer* de confidencialidade e um contacto disponível para questões e para solicitação dos resultados finais do estudo.

De seguida tínhamos as 35 questões que compoñham o questionário. Em 31 das questões propostas foi utilizada a escala de Likert com cinco pontos. Duas questões os clientes das farmácias respondiam com resposta numérica. As variáveis sociodemográficas eram respondidas da seguinte forma: Sexo, resposta de escolha múltipla (feminino ou masculino) e idade em que a resposta era numérica.

Após este trabalho preparatório, o questionário foi testado por forma a poder ser avaliado. O questionário foi submetido a um teste a clientes semelhantes ao da população alvo.

4.3.3.4. Avaliação e pré-teste

Depois de todos os passos anteriores serem efectuados com sucesso, validamos o questionário com outros questionários já usados para avaliar serviços farmacêuticos. Esta análise levou a alguma alteração na formulação de algumas questões.

Finalizado o processo anterior, o questionário foi submetido ao Orientador deste estudo/dissertação. Tendo sido validado por um conjunto de clientes das farmácias comunitárias representativos da nossa amostra.

A realização deste teste piloto, demonstrou-nos que o questionário estava perceptível, com as questões claras, podendo ser respondido com facilidade pelos clientes das farmácias comunitárias.

O facto de já ter sido implementado com sucesso por Traverso et al. (2007) e por Bastos e Gallego (2008) dava-nos alguma tranquilidade de também no caso do nosso estudo a implementação teria resultados positivos.

4.3.3.6. Implementação do questionário e recolha de dados

Face às razões apontadas nos pontos anteriores, a forma mais custo-efectiva para a implementação do questionário de avaliação dos serviços farmacêuticos foi através da internet. As limitações financeiras para a realização de um estudo com esta

dimensão teriam um impacto enorme nos investigadores, à semelhança do tempo que seria necessário para obter uma representatividade Nacional.

A plataforma *online* utilizada foi o *Google docs*, que é uma plataforma que permite realização de questionários *online* sem limitações de perguntas ou de respondedores. Esta plataforma é amplamente utilizada pelos alunos de mestrado e doutoramento, sendo de fácil uso e de rápida implementação. Os resultados recolhidos são disponibilizados automaticamente em excel o que facilita o seu *upload* para o *software SPSS*²⁰.

Sabendo das dificuldades encontradas solicitamos o envio por email do link para o questionário utilizado, nomeadamente: (1) listagem de contactos dos investigadores; (2) listagem de contactos dos alunos da Faculdade de Economia de Coimbra, MBA; (3) farmacêutico que se disponibilizaram a enviar o questionário para a sua lista de clientes.

O questionário este disponível durante dois meses, do início de Agosto ao final de Setembro, tendo sido recolhidos 761 questionários. Apenas 747 questionários foram considerados válidos para serem utilizados neste estudo.

4.4. Procedimentos estatísticos

Chegando ao início de Outubro de 2013 concluiu-se a recolha de dados, pelo que iniciamos a exportação dos dados do *Google docs* para o programa estatístico. O programa utilizado foi o *SPSS*²⁰ cuja licença era pertença do investigador.

De seguida procedemos à caracterização da amostra tendo em consideração as variáveis sociodemográficas.

4.4.1. Caracterização da amostra

A amostra será caracterizada neste ponto utilizando as variáveis sociodemográficas, género e idade.

Vamos analisar as frequências absolutas, ou seja, o número de vezes que cada elemento se repete. E as frequências relativas, que normalmente é apresentada em valor percentual e que se traduz pelo número de vezes que o valor da variável se verifica no total das observações.

4.4.1.1. Género

O estudo empírico contou com uma amostra composta por 761 participantes de ambos os sexos, 374 (49.1%) do sexo feminino e 384 (50.5%) do sexo masculino, tendo-se registado três casos (0.4%) de não resposta a esta variável, conforme disposto na tabela abaixo.

Género	Frequência absoluta	Frequência relativa
Feminino	374	49,1%
Masculino	384	50,5%
Não respostas	3	0,4%
Total	761	100%

Tabela 4 - Distribuição de respondedores por Género

Os resultados são interessantes sendo opostos à realidade Portuguesa, onde existem mais mulheres do que homens.

Género	Idade			
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Feminino	18	67	39,22	10,44
Masculino	18	76	40,59	9,53
Total	18	76	39,92	9,99

Tabela 5 - Frequências absolutas e relativas (idade e género)

4.4.1.2. Idade

Objectivando um mais fácil manuseio dos dados, procedemos ao agrupamento dos dados etários dos participantes, de forma a reduzi-los a uma menor dimensão (Field, 2009), tendo sido consideradas as seguintes oito classes etárias: 1) até aos 25 anos ($n = 59$); 2) dos 26 aos 30 anos ($n = 65$); 3) dos 31 aos 35 anos ($n = 122$); 4) dos 36 aos 40 anos ($n = 183$); 5) dos 41 aos 45 anos ($n = 122$); 6) dos 46 aos 50 anos ($n = 107$); 7) dos 51 aos 55 anos ($n = 48$); e 8) 56 ou mais anos de idade ($n = 54$).

Conforme se pode constatar, a classe etária mais representada é a que se compreende entre 36 e os 40 anos, com 182 participantes (24% da amostra), ao que se segue o grupo dos respondentes com idades compreendidas entre os 31 e os 35 anos (122 ocorrências, 16.1% da amostra). Já o grupo etário com menor representatividade é o grupo dos 51 aos 55 anos, com 48 respondentes (6.3% da amostra). No que respeita ao sexo dos participantes, a predominância quantitativa do sexo masculino verifica-se em todas as classes etárias, com excepção das mais jovens (≥ 25 anos e dos 26 aos 30 anos) e da de maior idade (≥ 56 anos) onde se registam ligeiramente mais participantes femininas.

Idade	Total	
	n	%
≤ 25 anos	59	7,8
26 a 30 anos	65	8,6
31 a 35 anos	122	16,1
36 a 40 anos	182	24
41 a 45 anos	120	15,9
46 a 50 anos	107	14,1
51 a 55 anos	48	6,3
≥ 56 anos	54	7,1
Total	757	100

Tabela 6 - Distribuição da amostra por classes etárias

4.5. Metodologia de análise das variáveis

Após termos caracterizado a amostra e da análise descritiva das variáveis de controlo, procede-mos à análise das variáveis do modelo. Devemos em primeiro lugar assegurar a operacionalização das variáveis garantindo a consistência dos dados e a unidimensionalidade das medidas que foram utilizadas. Devemos garantir que os itens que utilizamos para cada variável, a representam efectivamente, que representam o mesmo conceito, garantindo assim que são confiáveis para o efeito. Devemos então, proceder ao refinamento das escalas através da análise factorial e da análise de consistência interna.

A análise factorial é elaborada a partir de um conjunto de técnicas estatísticas multivariadas, possuindo como objectivo a redução do número de variáveis iniciais para um número de variáveis hipotéticas menor.

Hair et al. (2005) refere que se as variáveis pertencem a um único factor quando partilham uma variância comum, seguindo a influência do mesmo constructo.

(Damásio, 2012) salienta que antes de realizarmos uma análise factorial devemos verificar se a matriz de dados é passível de facturação. Existindo a possibilidade de utilização de dois métodos de avaliação, o critério de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO^{21}) e o teste da Esfericidade de *Bartlett*.

O KMO^{21} é uma medida de adequação da amostra, é um teste estatístico, que compara as correlações simples com as correlações parciais que se verificam entre as variáveis. O índice KMO^{21} indica a forma como é ou não adequada a análise factorial exploratória ao conjunto de dados, de acordo com os limites abaixo apresentados. Este indicador varia entre zero e um. Sendo que um KMO^{21} perto da unidade (1) é explicado por coeficientes de correlação parciais pequenos, enquanto valores próximos de zero (0) indicam que a análise factorial pode não ser viável.

Interpretação dos valores de KMO²¹

Valores do índice de KMO ²¹	Interpretação dos Valores
➤ 0,5	Valores inaceitáveis
0,5 – 0,6	Valores medíocres
0,6 – 0,7	Valores razoáveis
0,7 – 0,8	Valores médios
0,8 – 0,9	Valores bons
0,9 – 1	Valores excelentes
Valores iguais a (0) ou muito próximos de (0)	Inapropriado para a análise fatorial

Tabela 7 - Adjectivação dos valores de KMO segundo Kaiser

Fonte: Adaptação do modelo de Kaiser

O teste de Esfericidade de Barlett avalia, a significância das correlações de uma matriz de dados. Ou seja, procura avaliar a hipótese da matriz de correlações ser a matriz identidade e o seu determinante ser igual a 1. Isto iria implicar que as variáveis não estariam correlacionadas entre si. Sendo valores inferiores a 0,05 indicam a possibilidade de factoração dos dados em função da rejeição da hipótese nula, ou seja, que a matriz de dados é similar a uma matriz identidade. Geralmente consideram que valores próximos de zero (0) são os mais desejáveis, no entanto inferiores a 0,05 já são aceitáveis.

Hair et al. (2005) refere como sendo satisfatória uma solução que explique 60% da variância total. Desta forma pretendemos evidenciar a percentagem de explicação dos dados pelos factores, verificou-se a variância total explicada em função das componentes obtidas.

Na análise dos dados consiste em verificar a consistência interna das variáveis que queremos utilizar. Neste sentido usamos o teste de Alfa de Cronbach (α) sendo que a interpretação dos valores encontra-se na tabela abaixo.

Interpretação dos Valores para o Alpha de Cronbach

Valor de Alfa de Cronbach	Interpretação
Maior que 0,9	Excelente
Maior que 0,8	Bom
Maior que 0,7	Aceitável
Maior que 0,6	Questionável
Maior que 0,5	Pobre
Menor que 0,5	Inaceitável

Tabela 8 - Interpretação dos valores para o Alpha de Cronbach

Fonte: George e Mallery (2003)

É fundamental na análise dos dados, verificar a consistência interna das variáveis que pretendemos utilizar. Vamos verificar a fiabilidade das escalas utilizadas para medir cada uma das variáveis.

Devemos para iniciar a nossa análise factorial explorar individualmente cada uma das variáveis, por forma a verificar a existência de valores considerados discrepantes, enviesamentos, achatamentos, normalidade das respostas e não respostas.

4.6. Constituição final das variáveis

A submissão de todas as variáveis à análise factorial e à análise de consistência interna, permitiu-nos verificar a adequabilidade da amostra à análise factorial.

Passamos a descrever os valores na tabela abaixo.

Variável	Itens	Itens	KMO	Teste Barlett	α	% Variância explicada
Gestão da terapêutica	Gt5; Gt8; Gt9; Gt13; Gt15; Gt16; Gt18; Gt20; Gt21; Gt22; Gt23; Gt24; Gt25; Gt26	14	0,941	0,000	0,921	51%
Relação Interpessoal	Ri1; Ri2; Ri3; Ri6; Ri10; Ri12; Ri14; Ri17; Ri19	9	0,901	0,000	0,876	52,12%
Satisfação Global	Sg4; Sg7; Sg11; Sg27	4	0,719	0,000	0,679	53,6%
Atitude comportamental	Ac28; Ac29; Ac30; Ac31; Ac34; Ac35	6	0,677	0,000	0,818	69,7%

Tabela 9 - Resultados da análise factorial e análise de consistência interna

Fonte: Elaboração própria

Da análise dos dados podemos concluir que:

- (1) Quando analisamos o grau de ajuste dos dados à análise factorial, e tendo em consideração os resultados obtidos para KMO^{21} , verificamos para a variável “Gestão da Terapêutica” apresenta um $KMO^{21}=0,941$ um valor considerado muito bom (KMO^{21} entre 0,9–1); para a variável “Relação Interpessoal” com um $KMO^{21}=0,901$ obtivemos valores igualmente considerados muito bons (KMO^{21} entre 0,9–1); para a variável “Satisfação Global” obtivemos valores considerados médios, valores de $KMO^{21}=0,719$, (KMO^{21} entre 0,7–0,8), por fim a variável “Atitude Comportamental” obtivemos valores considerados razoáveis com um $KMO^{21}=0,677$ (KMO^{21} entre 0,6–0,7).
- (2) O Teste de Esfericidade de Barlett apresenta um nível de Sig = 0,000 evidenciando a existência de correlação entre as variáveis.

- (3) Quando analisamos a consistência interna, a variável: “Gestão da Terapêutica” ($\alpha = 0,921$) apresenta valores de excelência ($\alpha > 0,9$); as variáveis “Relação Interpessoal” ($\alpha = 0,876$) e a variável “Atitude Comportamental” ($\alpha = 0,818$), apresentam uma boa consistência interna ($\alpha > 0,8$); a variável “Gestão da Terapêutica” ($\alpha = 0,679$) valores que correspondem a uma fraca consistência interna ($\alpha < 0,7$).
- (4) Para os instrumentos de medida aplicados, os valores relativos à variância explicada situam-se entre 51% e 69,7%.

Considerando os resultados obtidos e apresentados na tabela acima, é seguro referirmos que todos os pressupostos da análise factorial foram verificados e os testes realizados mostraram a adequação das métricas utilizadas para cada uma das variáveis do modelo.

4.7. Conclusões

A elaboração deste capítulo permitiu-nos perceber que é realmente crucial a realização de uma cuidada revisão da literatura existente para que seja possível definir um modelo de investigação robusto e bem alicerçado. Este trabalho reflecte também na derivação das hipóteses e na operacionalização das variáveis.

Por outro lado neste capítulo, aprofundamos a importância da análise de vários modelos que nos permitam escolher o método de operacionalização do instrumento de recolha de dados que realmente consiga medir o que pretendemos investigar.

A análise das respostas das variáveis sociodemográficas, género e idade, permite tecer considerações sobre a amostra e sobre a sua qualidade. No fundo o que se pretende é uma amostra representativa e heterogénea, que nos permite recolher informação válida e rica sobre os serviços farmacêuticos. No fundo, conseguimos esse equilíbrio quer na idade, quer no género, tendo sido interessante numa amostra tão grande encontrar números equilibrados.

Finalmente, quando submetemos as variáveis à análise factorial permitiu-nos concluir a adequabilidade das métricas usadas para medir as variáveis em estudo, permitindo-nos assim a sua submissão ao procedimento estatístico regressão linear múltipla que vamos detalhar no próximo capítulo.

5. RESULTADOS DO ESTUDO EMPÍRICO

5.1. Introdução

O presente capítulo é dedicado à análise dos resultados obtidos no estudo empírico. Ao longo deste, tentamos sustentar empiricamente as variáveis em estudo: as experiências de relacionamento interpessoal com os farmacêuticos, a gestão da terapêutica e a probabilidade e vontade de mudar de farmácia podem influenciar a satisfação com os serviços farmacêuticos. Desta forma vamos conhecer a percepção dos inquiridos em relação às mesmas.

Adicionalmente, procura-se analisar o impacto das variáveis demográficas na satisfação com os serviços farmacêuticos, no entanto estas, como verificamos não influenciam as variáveis em estudo. As estatísticas descritivas do instrumento de medida fazem as honras de abertura do capítulo, ao que se seguem os testes das hipóteses equacionadas, procurando responder às questões que orientaram a presente investigação.

Por fim, procedemos à discussão dos resultados obtidos no sentido de corroborar ou não, as hipóteses de investigação delineadas.

5.2. Análise descritiva das variáveis em estudo

Na tabela seguinte apresentamos uma visão geral sobre as respostas dos inquiridos ao conjunto de variáveis em estudo.

Utilizamos a observação da média, máximos, mínimos e desvio padrão das mesmas.

Variável	Mínimo (Mín)	Máximo (Máx)	Média (Méd)	Desvio Padrão (DP)
Gestão da Terapêutica (GestTerap)	1	4,67	3,46	0,57
Relação Interpessoal (RelInter)	1	5	3,80	0,51
Satisfação Global (Satglob)	1	4,68	3,66	0,56
Comp. Atitudinal (CompAt)	1	5	3,56	0,65

Tabela 10 - Distribuição dos valores médios e desvio padrão das variáveis do modelo

Os valores dos variáveis acima descritos e em estudo no modelo resultam do cálculo das médias dos vários *itens* que compõe cada variável.

Como é possível observarem os valores mínimos variam entre um (1) e cinco (5), uma vez que utilizamos uma escala de Likert de cinco pontos para medir cada um dos *itens* das variáveis descritas na tabela acima.

Neste sentido podemos afirmar que foram alcançados valores extremos na variável: Comportamento Atitudinal e na variável Relacionamento Interpessoal. Nas restantes variáveis foram atingidos os seguintes valores máximos: Gestão da Terapêutica (Max=4,67) e Satisfação Global (Max=4,68).

Como referido anteriormente, foi utilizada uma escala de Likert de cinco pontos para medirmos as percepções dos clientes das farmácias comunitárias sobre as variáveis em estudo, sendo que o ponto 3 (Nem boa nem má) dividia a parte discordante (1 a 2) da parte concordante (4-5).

A variável Gestão da Terapêutica apresenta os valores mais baixos ($M = 3,46$); seguindo-se o Comportamento Atitudinal com valores ligeiramente acima ($M = 3,56$); por fim as duas variáveis com valores superiores são a Satisfação Global que apresenta ($M = 3,66$) e a Relação Interpessoal com valores de ($M = 3,80$).

Podemos no fundo concluir que o cliente da farmácia comunitária na sua maioria classifica os serviços farmacêuticos de forma positiva, mas praticamente neutra. O que se traduz também pelo desconhecimento dos clientes sobre os serviços farmacêuticos e pela falta de divulgação dos mesmos pelos farmacêuticos.

Como referido anteriormente e aqui demonstrado, apesar de existirem valores altos em termos de valores máximos, o conhecimento não é igual em todos os utilizadores das farmácias comunitárias, existindo um trabalho profundo de comunicação e divulgação do serviço farmacêutico e da sua criação de valor.

5.3. Impacto da variável sociodemográfica nas variáveis em estudo

Neste ponto fomos avaliar o impacto das variáveis sociodemográficas nas variáveis em estudo: Gestão da Terapêutica, Satisfação Global, Relacionamento Interpessoal e Comportamento Atitudinal. Neste sentido foi medido através da aplicação do teste paramétrico t-Student, no entanto, foram assegurados os pressupostos de normalidade e homogeneidade necessários para a sua aplicação.

O teste t-Student permite-nos avaliar se existem diferenças entre duas medidas de amostras independentes e de que forma estas diferenças são significativas ou não. A hipótese nula do teste t-Student descreve o valor médio recolhido nas duas amostras igual, para níveis de significância de (p) inferiores a 0,05.

Para que seja possível submetermos as variáveis sociodemográficas ao teste t-Student, é realmente necessário dividi-las em duas amostras independentes, sendo necessário utilizar a funcionalidade *cut point*, diferenciando o género masculino do feminino, que no SPSS foram inseridos como 1 e 2. E igualmente para diferenciar a idade, subdividindo-os em dois grupos também. Os clientes de serviços farmacêuticos com idades compreendidas entre os 18 anos e os 39 anos de idade e o grupo de clientes com idade igual ou superior a 40 anos de idade.

5.3.1. Género

Pretendemos analisar e entender se os clientes das farmácias comunitárias, do sexo masculino e feminino tinham diferentes interpretações em relação às variáveis em estudo.

Desta forma consideramos como variável independente o género. Sendo que o teste t-Student não apresenta diferenças estatisticamente significativas entre ambos os sexos.

Testamos a possibilidade do género modelar a relação entre a Gestão da Terapêutica e a Satisfação Global e a Atitude Comportamental. No entanto, foi estimado como modelo usando esta variável e verificou-se que esta não exerce efeito de modelação ($P \geq 0,05$).

Ao contrário do estudo desenvolvido por Traverso et al. (2007) tentamos avaliar se esta variável tinha efeito de modelação no modelo, dando-lhe mais robustez.

5.3.2. Idade

Pretendemos analisar e entender se a idade dos clientes das farmácias comunitárias Portuguesas apresentavam valores distintos que permitiam diferentes interpretações das variáveis em estudo.

Desta forma consideramos como variável independente a idade. Sendo que o teste t-Student não apresenta diferenças estatisticamente significativas entre clientes dos serviços farmacêuticos com idades compreendidas entre os 18 e os 39 anos e clientes com idade igual ou superior a 40 anos.

Testamos a possibilidade da idade modelar a relação entre a Gestão da Terapêutica e a Satisfação Global e a Atitude Comportamental. No entanto, foi estimado como modelo usando esta variável e verificou-se que esta não exerce efeito de modelação ($P \geq 0,05$).

Ao contrário do estudo desenvolvido por Traverso et al. (2007) tentamos avaliar se esta variável tinha efeito de modelação no modelo, dando-lhe mais robustez.

5.4. Análise de regressão linear múltipla

O termo regressão linear é usado para definir um conjunto de técnicas estatísticas que são usadas para calcular as relações entre as variáveis de um modelo em estudo. Permitem-nos tirar conclusões sobre uma variável dependente a partir de um conjunto de variáveis independentes.

Além de prever o comportamento das variáveis dependentes a partir da independente, permite também informar para a margem de erro desta previsão.

A expressão geral do modelo de Regressão Linear Múltipla é:

Expressão geral do modelo de Regressão Linear Múltipla

$$Y_i = \beta_0 + \beta_1 X_{1j} + \beta_2 X_{2j} + \beta_3 X_{3j} + \dots + \beta_X X_{Xj} + \epsilon_j$$

β	Coeficientes da regressão
ϵ	Erros ou resíduos do modelo

Tabela 11 - Expressão geral do Modelo de Regressão Linear Múltipla

Para o cálculo da análise de regressão linear múltipla devemos estimar os coeficientes, usando os mínimos quadrados.

Desta forma podemos minimizar os erros dos resíduos do modelo de regressão linear.

Estimamos que a média dos erros seja igual a (0) zero.

Após a análise aos coeficientes, vamos avaliar qual a influência das variáveis independentes sobre as dependentes na nossa amostra. Devemos igualmente avaliar a quantidade de ajustamento do mesmo, verificando se o modelo tem a capacidade de prever na população a variável dependente.

Quando pretendemos efectuar os testes aos coeficientes do modelo, normalmente utilizamos o coeficiente de correlação de Person (R) e o coeficiente de determinação (R^2).

Valores de referência do coeficiente de correlação de Pearson (R)

Valores = 1	Correlação perfeita - Positiva entre as variáveis Se uma aumentar a outra aumenta na mesma proporção
Valores = - 1	Regressão linear negativa perfeita entre ambas
Valores = 0	Valores nulos – Não existe regressão linear entre as variáveis

Tabela 12 - Coeficiente de Correlação de Person

Se considerarmos a medida de ajustamento coeficiente de determinação R^2 , esta vai medir a quantidade de variância da variável dependente explicada pelas independentes.

Os valores devem variar entre (0) zero e (1) um. Se os valores forem próximos de (1) um, então maior a percentagem de variação de uma variável explicada pela outra variável.

Caso os valores conseguidos sejam mais próximos de (0) zero, então obtemos o oposto, menor será a percentagem de variação de uma variável explicada pela outra.

Para o modelo, para a investigação, é preferível obter valores de R^2 próximos de (1) um.

Destacar ainda que o R^2 pode ser influenciado pela dispersão dos dados e pela dimensão da amostra.

Para fortalecer a robustez da análise devemos calcular igualmente o R^2 *adjusted*, sendo muito utilizado em modelos com mais do que uma variável independente.

Deve ser feito o teste F da ANOVA no sentido de testar a hipótese nula (H_0). Sabemos que quando temos um F elevado vamos ter uma regressão significativa. Neste caso devemos rejeitar H_0 . A não rejeição de H_0 indica que as variáveis explicativas contribuem pouco para a explicação da variável dependente.

Rejeitamos a hipótese nula quando obtemos valores de 0,05.

Passaremos a detalhar a análise descritiva que antecedeu a submissão do nosso modelo à análise da regressão linear múltipla.

5.5. Apresentação dos resultados dos submodelos

Vamos detalhar os resultados obtidos pela análise de cada um dos nossos submodelos da investigação no sentido de testarmos a sua validade. Iremos avaliar a influência exercida pelas variáveis na variável dependente.

Vamos avaliar também as hipóteses formuladas inicialmente, avaliando a sua adequação aos clientes das farmácias comunitárias Portuguesas e aos serviços farmacêuticos.

5.5.1. Submodelo de determinantes da Satisfação global face aos serviços farmacêuticos

Neste submodelo a variável Satisfação global representa a variável dependente, sendo explicada pelas variáveis independentes: Gestão da Terapêutica (GestTerap) e Relacionamento Interpessoal (RelInt).

Com este submodelo pretendemos avaliar em que medida as variáveis independentes descritas influenciam a Satisfação Global face à Gestão da Terapêutica e ao Relacionamento Interpessoal.

O modelo de regressão linear múltipla para esta relação é representado da seguinte forma:

$$\text{SatGlob} = \beta_0 + \beta_1 \text{RelInt} + \beta_2 \text{GestTerap} + \epsilon$$

O modelo tem a seguinte representação gráfica:

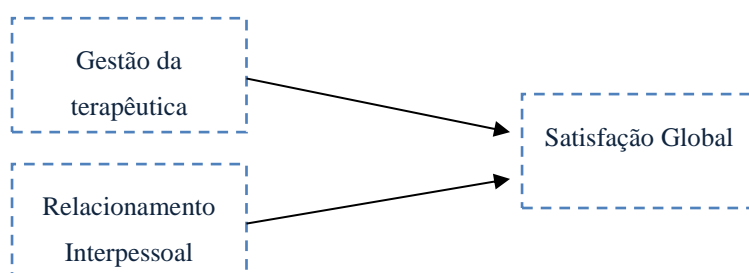


Ilustração 6 - Submodelo de determinantes da SatGlob face à RelInt e à GestTerap

A dedução do modelo pelo método de *Stepwise* deu origem à seguinte tabela:

R²	R² ajustado	F	Sig.		B	Beta Standardized
0,578	0,592	4,948	0,000	(Constant)	0,741	
				GestTerap	0,373	0,378
				RelInt	0,469	0,425

Tabela 13 - Resultado do submodelo determinantes da SatGlob face à GestTer e à RelInt

Com os dados descritos na tabela acima foi possível representar a regressão linear múltipla do submodelo que estamos a testar:

$$\text{Satisfação Global} = 0,741 + 0,373\text{GestTerap} + 0,469\text{RelInt} + \epsilon$$

Considerando um coeficiente de determinação obtido R^2 foi de 0,578 e R^2 *Adjusted* foi de 0,592. Este resultado permite-nos afirmar que este submodelo permite explicar 59,2% da variância da Satisfação Global do cliente dos serviços farmacêuticos face à Gestão da Terapêutica e à Relação Interpessoal, sendo que todas as variáveis incluídas no submodelo inicial se reflectem na explicação da Satisfação Global.

A significância da regressão foi testada através do teste F da ANOVA, e como podemos verificar o nível de significância associado ao teste F foi inferior a 0,05 (=

0,000) e F tem um valor de 4,948, rejeitamos a hipótese nula, concluindo-se que o modelo é ajustado aos dados.

Relativamente às hipóteses associadas a este submodelo, os dados que constam na tabela permitem assumir as seguintes afirmações:

H₁: Existe uma relação positiva entre as experiências de contacto com a farmácia e a satisfação com a gestão da terapêutica.

A Gestão da Terapêutica (GestTerap) proporcionado pelos farmacêuticos durante os serviços farmacêuticos tem um efeito positivo na Satisfação Global (SatGlob) dos clientes perante os serviços farmacêuticos.

Relativamente ao coeficiente obtido, podemos dizer que cada ponto adicional na variável Gestão da Terapêutica, representa um aumento de 0,373 ($p = 0,378$) na variável Satisfação Global face aos serviços farmacêuticos, com um *Beta Standardized* de 0,378 positivo. Esta variável Gestão da Terapêutica é a segunda variável a explicar de forma significativa a Satisfação Global dos clientes face à prestação do farmacêutico durante a experiência de contacto com o serviço farmacêutico.

Considerando os dados descritos, podemos afirmar que a hipótese H_1 é corroborada.

H₃: Existe uma relação positiva entre as experiências de contacto com a farmácia e a satisfação com a atenção ao utente.

A Relação Interpessoal (RelInt) proporcionado pelos farmacêuticos durante a visita dos clientes à farmácia tem um efeito positivo na Satisfação Global (SatGlob) dos clientes perante os serviços farmacêuticos.

Relativamente ao coeficiente obtido, podemos dizer que cada ponto adicional na variável Relacionamento Interpessoal, representa um aumento de 0,469 ($p = 0,425$) na variável Satisfação Global face aos serviços farmacêuticos, com um *Beta Standardized* de 0,425 positivo. Esta variável Relacionamento Interpessoal é a primeira

variável a explicar de forma significativa a Satisfação Global dos clientes face à visita às farmácias comunitárias e à sua experiência de contacto.

Considerando os dados descritos, podemos afirmar que a hipótese H_3 é corroborada.

5.5.2. Submodelo dos determinantes da Atitude comportamental

No seguinte submodelo, foram identificadas as variáveis: Relacionamento Interpessoal (RelInt), Gestão da Terapêutica (GestTerap) e Satisfação Global (SatGlob) como variáveis capazes de influenciar a variável dependente Atitude Comportamental (CompAt). Neste contexto, pretendemos perceber em que medida estas variáveis influenciam a lealdade e fidelidade dos clientes dos serviços farmacêuticos às farmácias comunitárias Portuguesas.

Igualmente, como no modelo anterior, estabeleceram o modelo de regressão linear múltipla.

$$\text{CompAt} = \beta_0 + \beta_1 \text{RelInt} + \beta_2 \text{GestTerap} + \beta_3 \text{SatGlob} + \epsilon$$

Em baixo podemos ver o esquema do referido modelo.

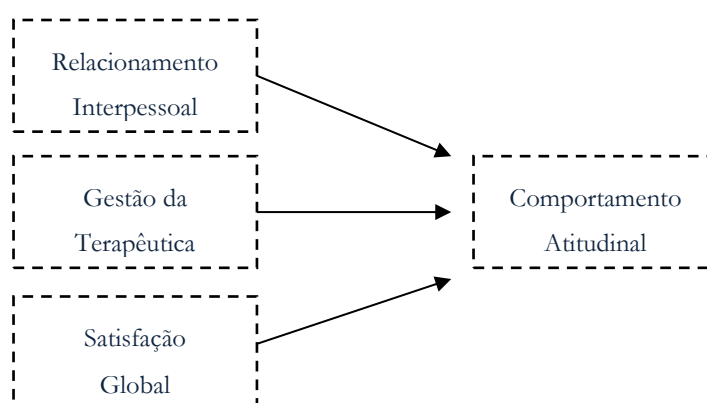


Ilustração 7 - Submodelo de determinantes da CompAtit face à RelInt, à GestTerap e à SatGlob

A dedução do modelo pelo método de *Stepwise* deu origem à seguinte tabela:

R ²	R ² ajustado	F	Sig.		B	Beta Standardized
-0,179	0,590	3,259	0,000	(Constant)	0,496	
				GestTerap	0,139	0122
				RelInt	0,658	0,517
				SatGlob	0,440	0,179

Tabela 14 - Resultado do submodelo determinantes do CompAtit face à SatGlob, à GestTer e à RelInt

Com os dados descritos na tabela acima foi possível representar a regressão linear múltipla do submodelo que estamos a testar:

$$\text{Comportamento Atitudinal} = 0,496 + 0,139\text{GestTerap} + 0,658\text{RelInt} + 0,440\text{SatGlob} + \epsilon$$

Considerando um coeficiente de determinação obtido R² foi de -0,179 e R² *Adjusted* foi de 0,590. Este resultado permite-nos afirmar que este submodelo permite explicar 59% da variância do Comportamento Atitudinal do cliente dos serviços farmacêuticos face à Gestão da Terapêutica, à Satisfação Global e à Relação Interpessoal, sendo que todas as variáveis incluídas no submodelo inicial se reflectem na explicação do Comportamento Atitudinal.

A significância da regressão foi testada através do teste F da ANOVA, e como podemos verificar o nível de significância associado ao teste F foi inferior a 0,05 (= 0,000) e F tem um valor de 3,259, rejeitamos a hipótese nula, concluindo-se que o modelo é ajustado aos dados.

Relativamente às hipóteses associadas a este submodelo, os dados que constam na tabela permitem assumir as seguintes afirmações:

H₂: Existe uma relação positiva entre a probabilidade de aconselhar a farmácia e a satisfação com a gestão da terapêutica.

A Gestão da Terapêutica (GestTerap) proporcionado pelos farmacêuticos durante os serviços farmacêuticos tem um efeito positivo no Comportamento Atitudinal (CompAt) dos clientes perante os serviços farmacêuticos.

Relativamente ao coeficiente obtido, podemos dizer que cada ponto adicional na variável Gestão da Terapêutica, representa um aumento de 0,139 ($p = 0,122$) na variável Comportamento Atitudinal face aos serviços farmacêuticos, com um *Beta Standardized* de 0,122 positivo. Esta variável Gestão da Terapêutica é a terceira variável a explicar de forma significativa o Comportamento Atitudinal dos clientes face à prestação do farmacêutico durante a experiência de contacto com o serviço farmacêutico.

Considerando os dados descritos, podemos afirmar que a hipótese H₂ é corroborada.

H₄: Existe uma relação negativa entre a probabilidade de mudar de farmácia e a satisfação com a atenção ao utente.

O Relacionamento Interpessoal (RelInt) proporcionado pelos farmacêuticos durante os serviços farmacêuticos tem um efeito positivo no Comportamento Atitudinal (CompAt) dos clientes perante os serviços farmacêuticos.

Relativamente ao coeficiente obtido, podemos dizer que cada ponto adicional na variável Gestão da Terapêutica, representa um aumento de 0,658 ($p = 0,517$) na variável Comportamento Atitudinal face aos serviços farmacêuticos, com um *Beta Standardized* de 0,517 positivo. Esta variável Relacionamento Interpessoal é a primeira variável a explicar de forma significativa o Comportamento Atitudinal dos clientes face à prestação do farmacêutico durante a experiência de contacto com o serviço farmacêutico.

Considerando os dados descritos, podemos afirmar que a hipótese H₄ é corroborada.

H₅: Existe uma relação positiva entre a probabilidade de se manter fiel à farmácia e a satisfação global.

A Satisfação Global (SatGlob) proporcionada pelos farmacêuticos durante os serviços farmacêuticos tem um efeito positivo no Comportamento Atitudinal (CompAt) dos clientes perante os serviços farmacêuticos.

Relativamente ao coeficiente obtido, podemos dizer que cada ponto adicional na variável Gestão da Terapêutica, representa um aumento de 0,440 ($p = 0,179$) na variável Comportamento Atitudinal face aos serviços farmacêuticos, com um *Beta Standardized* de 0,179 positivo. Esta variável a Satisfação Global é a segunda variável a explicar de forma significativa o Comportamento Atitudinal dos clientes face à prestação do farmacêutico durante a experiência de contacto com o serviço farmacêutico.

Considerando os dados descritos, podemos afirmar que a hipótese H₅ é corroborada.

H₆: A satisfação com os serviços farmacêuticos é significativamente influenciada pela idade dos utentes.

H₇: A satisfação com os serviços farmacêuticos é significativamente influenciada pelo género dos utentes.

Como tivemos oportunidade de referir durante a nossa análise, as variáveis sociodemográficas, idade e género, foram excluídas da análise por não exercerem efeito de moderação. Desta forma somos levados a afirmar que as hipóteses H₆ e H₇ não são corroboradas.

5.6. Discussão dos resultados

Como foi referido, desde o início deste estudo, temos como objectivo principal desta dissertação perceber quais são os determinantes da Satisfação Global dos clientes

face aos serviços farmacêuticos e o seu efeito no seu Comportamento Atitudinal (lealdade e fidelização).

Desta forma subdividimos o modelo em dois submodelos para que fosse possível a sua submissão à análise de regressão linear. Deste procedimento estatístico resultou a identificação dos determinantes que afectam as variáveis dependentes de cada modelo, bem como a corroboração e não corroboração das hipóteses definidas.

Apresentamos de seguida uma tabela de resumo das hipóteses corroboradas e não corroboradas pelo estudo que desenvolvemos junto dos clientes dos serviços farmacêuticos das farmácias comunitárias Portuguesas.

Hipótese	Tabela Resumo das Hipóteses Formuladas	Resultado
Submodelo determinantes da satisfação global do cliente dos serviços farmacêuticos		
H ₁	Existe uma relação positiva entre as experiências de contacto com a farmácia e a satisfação com a gestão da terapêutica.	Corroborada
H ₃	Existe uma relação positiva entre as experiências de contacto com a farmácia e a satisfação com a atenção ao utente.	Corroborada
Submodelo determinantes do Comportamento Atitudinal do cliente dos serviços farmacêuticos		
H ₂	Existe uma relação positiva entre a probabilidade de aconselhar a farmácia e a satisfação com a gestão da terapêutica.	Corroborada
H ₄	Existe uma relação negativa entre a probabilidade de mudar de farmácia e a satisfação com a atenção ao utente.	Corroborada
H ₅	Existe uma relação positiva entre a probabilidade de se manter fiel à farmácia e a satisfação global.	Corroborada
H ₆	A satisfação com os serviços farmacêuticos é significativamente influenciada pela idade dos utentes.	Não Corroborada
H ₇	A satisfação com os serviços farmacêuticos é significativamente influenciada pelo género dos utentes.	Não Corroborada

Tabela 15 - Tabela de resumo das hipóteses: corroboradas/não corroboradas

5.6.1. Submodelo determinantes da Satisfação Global

A submissão das variáveis do submodelo satisfação global do cliente à regressão linear múltipla permitiu corroborar as duas hipóteses, H_1 e H_3 , assim podemos corroborar a existência de uma relação positiva entre as variáveis: relacionamento interpessoal e gestão da terapêutica. Estes resultados estão em linha com a bibliografia utilizada Traverso et al. (2007).

A variável relacionamento interpessoal foi a que apresentou maior poder explicativo. O cliente Português, à semelhança de outros Países latinos, valorizam imenso a relação pessoal. Pelo que bem trabalhada pelos farmacêuticos pode ter imenso impacto nos clientes dos serviços farmacêuticos.

A variável gestão da terapêutica exige mais tempo e alocação de recursos, sendo mesmo assim de difícil reconhecimento pela maioria dos clientes.

Concluindo será fundamental conseguir crescer os valores do relacionamento interpessoal e ao mesmo tempo aumentar consideravelmente os da gestão da terapêutica. Sem dúvida que para esta última poderá contribuir treino e formação para o *staff* e um bom processo de comunicação e promoção dos serviços.

5.6.2. Submodelo determinantes do Comportamento Atitudinal

Da submissão do submodelo determinantes do Comportamento Atitudinal do cliente dos serviços farmacêuticos das farmácias comunitárias à análise de regressão linear múltipla ficou provado que a intenção de comportamento afecta positivamente o comportamento atitudinal, sendo corroborada as hipóteses H_2 e H_5 .

Estes resultados estão alinhados com a bibliografia, sendo referidos estes resultados por Traverso et al. (2007) e (Bastos e Gallego, 2008).

Destaco que o facto das farmácias se preocuparem com a gestão da terapêutica dos clientes leva a que estes se mantenham mais leais a estas farmácias, reconhecendo o valor deste serviço para a sua saúde.

Os resultados positivos obtidos com a satisfação global permitem com certeza mencionar que quem está satisfeito raramente decide mudar. Para finalizar destacar que o modelo corrobora também a variável H₅, que tem uma relação negativa entre o comportamento atitudinal e o relacionamento interpessoal. Quando existem relacionamentos interpessoais fortes os clientes estão mais ligados às pessoas e aos serviços.

5.7. Conclusão

Este capítulo foi um dos capítulos mais importantes, senão o mais importante deste estudo. Permitiu-nos entender quais são as métricas que utilizamos para medir as variáveis através do instrumento de recolha de dados foram bem definidos, neste sentido contribuiu a exaustiva revisão da literatura que nos conduziu à definição das mesmas.

Por outro lado foi uma surpresa, as variáveis sociodemográficas nomeadamente sexo e idade, não apresentando alterações quando comparamos sexo masculino e feminino ou jovens e meia-idade.

Os resultados obtidos acabam por ser muito sobreponíveis aos obtidos na literatura, não apresentando diferenças consideráveis como era de esperar.

6. CONCLUSÕES

6.1. Implicações para a gestão

Os resultados deste estudo são um importante ponto de partida para as farmácias comunitárias Portuguesas.

No actual contexto do País seria importante que as farmácias comunitárias Portuguesas alargassem o seu portfólio de serviços farmacêuticos, no sentido de colmatar as dificuldades de acesso dos Portugueses aos cuidados de saúde. Estas dificuldades são muitas vezes de ordem financeira e de acesso.

Os resultados desta investigação mostram-nos que os clientes das farmácias estão satisfeitos de modo geral com as farmácias comunitárias. No entanto, segundo a análise efectuada existe uma postura muito neutra dos clientes o que se traduz também por um desconhecimento das estratégias e serviços oferecidos pelas farmácias.

Na nossa opinião, será importante:

- (1) Na óptica da gestão da terapêutica, um reforço do treino e dos *skills* dos farmacêuticos para que os utentes percepcionem as vantagens e benefícios deste tipo de serviço. Destacando alguns aspectos mais negativos que incidem na informação partilhada com o cliente; na monitorização das terapêuticas de longo prazo e no aconselhamento aos doentes sobre estratégias de prevenção e qualidade de vida.
- (2) Em relação ao relacionamento interpessoal, destacar a necessidade de reduzir o *workload* do farmacêutico para que este tenha mais tempo disponível para cada cliente. Esta alocação de tempo vai implicar uma melhoria clara da relação cliente – farmacêutico.
- (3) A satisfação global, apesar de ter apresentado valores interessantes, pode ser claramente melhorada com a pequena alteração de alguns aspectos: o local de atendimento do cliente ser mais privado, o profissionalismo e a aparência do seu farmacêutico e por fim o profissionalismo com que é atendido.

- (4) O comportamento atitudinal dos clientes, nomeadamente a sua lealdade e fidelidade são claramente influenciadas pelas variáveis anteriores. Mas existe necessidade de aprofundar esta variável, uma vez que muitos clientes referem ser leais ou fiéis apenas porque existe um relacionamento de longa data com aquela farmácia, ou porque é a única naquela região ou devido à comodidade de utilização.

Para terminar penso ser importante que as farmácias providenciem treino adequado aos seus profissionais, sobre *soft skills* e também sobre patologias e estratégias farmacológicas.

Será importante realizar uma campanha de comunicação externa e interna sobre serviços farmacêuticos, no sentido de transmitir o seu valor aos clientes atuais e potenciais.

Reforçar o papel das instituições como: Ordem dos Farmacêuticos, Associação Nacional de Farmácias, etc. na criação de um novo *role profile* do farmacêutico, no processo de comunicação institucional e por fim na mediação dos interesses dos farmacêuticos com outros profissionais de saúde.

6.2. Limitações e investigações futuras

Existem algumas limitações identificadas no presente estudo que podem ser utilizadas em futuras investigações. Existe muito pouca investigação em Portugal nesta área de conhecimento pelo que pensamos que este estudo será um bom ponto de partida.

Em primeiro lugar penso que seria útil fazer a distinção entre quem já contactou com serviços farmacêuticos ou não, sendo este um ponto importante para validar o tipo de respostas apresentadas.

O atendimento normal dos farmacêuticos é muitas vezes confundido com um serviço farmacêutico, o que induz em erro o cliente e respondedor do questionário.

Devido às limitações financeiras e de tempo, foi-nos impossível a realização deste questionário presencialmente nas farmácias, penso que seria útil para a

investigação avaliarmos a localidade de resposta e o tipo de farmácia frequentada pelo cliente.

A realização do questionário *online* por um lado reduz custos e acelera o processo de recolha dos questionários, no entanto tem algumas limitações ao nível do apoio às dúvidas que possam surgir. Apesar da disponibilização de um *email* para esclarecimento de dúvidas, este não foi utilizado por nenhum cliente das farmácias comunitárias.

Os questionários *online* permitem obter respostas de clientes mais jovens em detrimento dos clientes adultos e com mais idade, sendo estes últimos os mais consumidores de serviços farmacêuticos.

O facto de nem todas as farmácias disporem de serviços farmacêuticos, pelo que existem dúvidas e questões que podem enviesar o questionário, uma vez que o individuo pretende responder mas não sabe nem nunca experienciou o dito serviço farmacêutico.

Por fim deveriam ter existido mais variáveis sociodemográficas no sentido de melhor caracterizar os clientes das farmácias Portuguesas.

6.3. Conclusão

A recolha, tratamento e posterior análise dos dados recolhidos através dos questionários permitiu-nos chegar á conclusão que a Satisfação Global assim como o Comportamento Atitudinal dos clientes dos serviços farmacêuticos praticados nas farmácias comunitárias Portuguesas é positivo, uma vez que se analisarmos as respostas dadas às variáveis, e a todas as suas antecedentes verificamos que estão concordantes com a escala de Likert que foi utilizada por nós.

Considero que chegamos às mesmas conclusões que Traverso et al. (2007), Bastos e Gallego (2008), Kassam et al. (2009) e Kassam et al. (2012).

Se analisarmos as variáveis mais favoráveis e que podem influenciar a Satisfação Global, são: (1) a Relação Interpessoal e (2) a Gestão da Terapêutica. Sabendo que apesar dos clientes terem atribuído uma pontuação intermédia, sabemos

que se existirem melhorias no Relacionamento Interpessoal, na atenção disponibilizada ao cliente, no tempo dispensado ao cliente, vamos conseguir aumentar a Satisfação Global.

As conclusões relativas à variável Gestão da Terapêutica são suportadas pela literatura, Traverso et al. (2007), que corroboram estas afirmações com a sua investigação e resultados obtidos.

Quanto ao Comportamento Atitudinal, nomeadamente a lealdade e a fidelidade, as variáveis mais favoráveis que a podem influenciar são: (1) Relação Interpessoal, (2) Satisfação Global e por fim (3) Gestão da Terapêutica. Desta forma podemos concluir que também aqui a Relação Interpessoal é a variável mais importante e com maior impacto na Lealdade às farmácias e aos serviços farmacêuticos. Por outro lado, a Gestão da Terapêutica é uma área que necessita uma melhoria significativa, devendo ser alvo de atenção e cuidado.

Estas conclusões são suportadas por Bastos e Gallego (2008), que verificam estes efeitos da Satisfação Global sobre o Comportamento Atitudinal.

Concluimos que de modo geral o cliente dos serviços farmacêuticos está satisfeito com os serviços proporcionados e é leal à sua farmácia de referência.

Em relação às variáveis sociodemográficas, concluimos de seguida sobre a idade e o género. Quanto à idade, este estudo evidenciou que os clientes jovens (entre os 18 anos e os 39 anos) têm uma percepção semelhante aos clientes adultos (valores iguais ou superiores a 39 anos) em relação a todas as variáveis em estudo. Concluimos que não existem diferenças significativas entre clientes jovens e clientes adultos nas variáveis: Gestão da Terapêutica, Relacionamento Interpessoal, Satisfação Global e Comportamento Atitudinal. Quanto ao género evidenciou-se que o sexo feminino e o sexo masculino apresentam valores sobreponíveis, sem diferenças significativas nas variáveis: Gestão da Terapêutica, Relacionamento Interpessoal, Satisfação Global e Comportamento Atitudinal.

Traverso et al. (2007) apresentaram resultados com diferenças significativas nas variáveis sociodemográficas, pelo que está em desacordo com os resultados apresentados. Estes resultados podem estar influenciados pela maturidade da

implementação dos serviços farmacêuticos e pelo conhecimento dos mesmos pelos clientes das farmácias.

Considerando os resultados da análise de regressão múltipla, os valores obtidos no nosso estudo estão de acordo com os resultados apresentados pelos investigadores, Traverso et al. (2007) e Batos e Gallego (2008). Variáveis como a Gestão da Terapêutica e o Relacionamento Interpessoal contribuem para uma maior Satisfação Global dos clientes para com os serviços farmacêuticos. E por sua vez a Satisfação Global, Gestão da Terapêutica e o Relacionamento Interpessoal contribuem para que os clientes se mantenham fieis às suas farmácias habituais.

Considerando os resultados obtidos nesta amostra, permitem-nos afirmar que os objectos inicialmente estabelecidos foram atingidos, na medida em que se ficou a conhecer quais as variáveis que influenciam de forma positiva da Satisfação Global dos clientes face aos serviços farmacêuticos. Por outro lado, foi possível conhecer as variáveis que afectam a Satisfação Global e a sua influência no Comportamento Atitudinal perante os clientes dos serviços farmacêuticos. Foram igualmente evidenciadas as percepções dos clientes jovens e adultos, tais como clientes do sexo feminino e masculino, sem diferenças significativas.

7. BIBLIOGRAFIA

Aaker, et al. (2001). *“Marketing research”* (7th edition), New York.

Airksinen, Marja; Ahonen, Riitta; Enlund, Hannes. (1995). *“Customer feedback as a tool for improving pharmacy services”*.

Anderson, Claire; Blenkinsopp, Alison; Armstrong, Miriam. (2004). *“Feedback from community pharmacy users on the contribution of community pharmacy to improving the public’s health: a systematic review of the peer reviewed and non-peer reviewed literature 1990-2002”*.

Anderson, E. W.; Fornell, C.; Lehmann, D. R. (1997). *Customer satisfaction, productivity, and profitability: differences between goods and services*. Marketing Science, No. 16, pp. 129-145.

Antão, Avelino Azevedo; Grenha, Carlos Manuel. (2012). *“Avaliação económica e financeira do setor das farmácias”*.

Ashcroft, D.; Elvey, R.; Morecroft, F.; Noyce, P. (2006). *“National evaluation of repeat dispensing by community pharmacists.”*

Babakus, E.; Mangold, G.W. (1992): *“Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation”*. Health Services Research. Vol. 26, pp. 767-86.

Barlow, R. (1992). *“Relationship Marketing – The ultimate in customer services, retail control”*.

Bastos, Augusto; Gallego, Pablo. (2008). *“Pharmacies customer satisfaction and loyalty – a framework analysis”*.

Berry, Leonard L. (1995). *“Relationship Marketing of Services – Growing Interest, Emerging Perspectives”*.

Bissel, P; Ward, P.R.; Noyce, P.R. (2010). *“Appropriateness measurement: application to advice-giving in community pharmacies”*.

Blenkinsopp, Alison; Anderson, Claire; Armstrong, Miriam; Edmunds, June; W. Calnan, Michael. (2001). *“The re-professionalisation of community pharmacy? An*

exploration of attitudes to extend roles for community pharmacists amongst pharmacists and general practitioners in the United Kingdom”.

Bouvy, Marcel L.; Heerdink, Eibert R.; Urquhart, John; Grobbee, Diederick; Hoe, Arno W.; Leufkens, Hubert G.M. (2003). *“Effect of a pharmacist-led intervention on diuretic compliance in heart failure patients: a randomized controlled study.*

Bradley, Fay; Elvey, Rebecca; Ashcroft, Darren M.; Hassell, Karen; Kendall, Juliette; Sibbald, Bonnie; Noyce, Peter. (2008). *“The challenge of integration community pharmacists into the primary health care team: A case study of local pharmaceutical services (LPS) pilots and interprofessional collaboration”.*

Bronlund, Michael; Kirk, Ray; Basu, Arindam. (2010). *“Identifying e-learning opportunities for a pharmacist led healthcare service: The Medication Use Review (MUR)”.*

Brown, Carolyn M; Cantu, Roxanne; Corbell, Zach; Roberts, Kristy. (2004). *“Attitudes and interests of pharmacist regarding independent pharmacy ownership”.*

Caldwell, Pete; Gareth, Fitzgerald. (2011). *“Success in the Pharmacy channel”.*

Carroll, Norman V.; Gagnon, Jean Paul. (1984). *Consumer Demand for Patient-Oriented Pharmacy Services.*

Cavaco, Afonso M.; Dias, J. P. Sousa; Bates, Ian P. (2004). *“Consumers’ perceptions of community pharmacy in Portugal: a qualitative exploratory study”.*

Cipolle, R.J.; Strand, L.M.; Morley, P.C. (1998). *Pharmaceutical Care Practice.* 1st ed. New York, MacGraw-Hill.

Connie C. Revell, MA; Margaret B Meriwether. (2003). *“Applying the performance partnership model to smoking cessation: lessons learned by the smoking cessation leadership center”.*

Deloitte. (2011). *“Saúde em análise, uma visão para o futuro”.*

DT, Kennedy; Small, R.E. (2002). *“Development and implementation of a smoking cessation clinic in community pharmacy practice”.*

Edmunds, June; Calman, Michael W. (2001). *“The reprofessionalisation of community pharmacy? An exploration of attitudes to extended roles for community pharmacists amongst pharmacists and general practitioners in the United Kingdom”*.

El Hajj, M.; Kheir, AN.; Al-Zaidan, MB.; Jewesson, PJ. (2011) *Pharmacist characteristics, medication use perceptions and professional satisfaction: a first national survey in the state of Qatar*. J Healthcare Leadership. pp. 3:9-28.

El Hajj, Maguy Saffouh; Salem, Samah; Mansoor, Hend. (2011). *“Public’s attitudes towards community pharmacy in Qatar: a pilot study”*. College of Pharmacy, Qatar.

Feletto, Eleonora; Wilson, Laura Kate; Roberts, Alison Sarah; Benrimoj, Shalom Isaac. (2010). *“Building capacity to implement cognitive pharmaceutical services: Quantifying the needs of community pharmacies”*.

Field, A. (2009). *“Descobrimo a estatística usando o SPSS (2ª ed.)”*. São Paulo, SP: Artmed Editora.

Gans, John A. (2009). *“The pharmacist will see you now”*, Journal of American Pharmacist Association.

Gourley, Greta; Gourley, Dick; Rigolosi, Elaine; Reed, Pamala; Solomon, David; Washington, Edvenna. (2001). *“Development and validation of the pharmaceutical care satisfaction questionnaire”*.

Grönroos, C. (1996) *“Relationship Marketing: Strategic and tactical implications. Marketing Management Decisions”*.

Gummersson, E. (2000). *“Total relationship marketing”*.

Gummersson, E. (2002). *“Marketing relacional”*.

Hair, J. F.; Tatham, R. L.; Anderson, R. E.; Black, W. C. (2005), *“Análise Multivariada de dados.”*. 5ª edição. Porto Alegre: Bookman.

Hargie, Owen; Norman C Morrow and Catherine Woodman (1999); *“Pharmacists’ evaluation of key communication skills in practice”*.

Harrison, Donald L. (2005). *“Strategic planning by independent community pharmacies”*.

Hawthorne, G. (2006). *“Review of patient satisfaction measures”*. Canberra: Australian Government Department of Health and Ageing.

Heffler, S.; Smith S.; Keehan, S. (2003). *“Health spending projections for 2002-2012: spending on Hospital services and prescription drugs continues to drive health care’s share of the economy upward”*, Health Aff (Millwood).

Hepler, S. D. e Strand, L. M. (1990). *“Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care”*. American Journal of Hospital Pharmacy.

Hipólito de Aguiar, António. (2005). *“Caraterização profissional – Farmacêuticos 2015. Uma reflexão sobre a evolução da profissão”*. Lisboa.

Hong, S. H.; D.; Spadaro, West, D.; Tak, S. H. (2005). *“Patient valuation of pharmacist services for self care with OTC medications”*.

Hunt, S. D.; Arnett, D. B.; Madhavaram, S. (2006). *“The explanatory foundations of relationship marketing theory”*.

Iglesias, Paula; Santos, Henrique; Llimós, Fernandez; Fontes, Ermelindo; Leal, Marina; Monteiro, Carla. (2005). *“Translaction and validaction of the Pharmacy services questionnaire to Portuguese”*.

Infarmed. (2012). *“Relatório de Vendas de Medicamentos não sujeitos a receita Médica fora das Farmácias (MNSRM)”*. N° de Junho de 2012.

Infarmed. (2012). *“Análise do Mercado dos Medicamentos, em ambulatório”*. N° de Junho de 2012.

IPF. (2008). *“Health and beauty retailing – Europe, retail intelligence 2008”*, *“The European pharmaceutical industry”*. Mintel, 2008.

Jeson, J.; Wilson, K. (2003). *“One-stop health centers: What co-location means to pharmacy”*.

John, O. P.; Benet-Martínez, V. (2000). *“Measurement: Reliability, construct validation, and scale construction.”* Em H. T. Reis & C. M. Judd (Eds.), *“Handbook of research methods in social and personality psychology”* (pp. 339-369).Cambridge: University Press.

Kjoenniksen, Inge; Lindbaek, Morten; Granas, AnneGerd. (2006). *“Patients’ attitudes towards and experiences of generic drug substitution in Norway”*

Knapp, David A. (2002). *“Professionally determined need for pharmacy services in 2020”*.

Kotler, Phillip.; Armstrong, G.; Keller, K. (2007). *“Principios em Marketing”*.

Kotler, Philip; Keller, K. (2006). *“Administração de Marketing”*.

Kreling, David H.; William, R. Doucette; Mott, David A.; Gaither, Caroline A.; Pederson, Craig A.; Schommer, Jon C. (2006);. *“Community Pharmacists’ work environments: Evidence from the 2004 National Pharmacist Workforce study”*.

Larson, Lon; Rovers, John; MacKeigan, Linda. (2002). *“Patient Satisfaction with Pharmaceutical care: update of a validated instrument”*.

Latif, Asam; Boardman, Helen. (2008). *“Community pharmacist’ attitudes towards medicines use reviews and factors affecting the numbers performed”*.

Latif, Asam; Pollock, Kristian; Boardman, Helen F. (2011). *“The contribution of the medicines use reviews (MUR) consultation to counseling practice in community pharmacies”*.

Laurant, M.; Reeves, D., Hermans, R.; Braspenning, J.; Grol R.; Sibbald, B. (2004). *“Substitution of doctors by nurses in primary care (review)”*.

Leah, Gilbert. (1995). *“The present and future role of community pharmacy in South Africa: a study of retail pharmacies in Johannesburg, south africa”*.

Leah, Gilbert. (1996). *“Community Pharmacies in South Africa: A changing profession in a society in transition”*.

Leah, Gilbert. (1998). *“Pharmacy’s attempts to extend its roles: A case study in South Africa”*.

London department of Health. (2004). *“Department of Health 2004. Local Pharmaceutical Services (LPS) guidance notes: Third wave applications. London department of Health.*

MacKeigan, Linda D.; Larson, Lon N. (1989). *“Development and validation of an instrument to measure patient satisfaction with pharmacy services”*.

MacKinnon, George E.; Mahrous, Hisham. (2002). *“Assessing consumers’ interest in Health Care Services offered in community pharmacies”*.

McDonald, Ruth; Cheraghi-Sohi, Sudeh; Sanders, Caroline; Ashcroft, Darren. (2010). *“Professional status in a changing world: The case of medicines use reviews in English community pharmacy”*.

McLean, Robert A. et Garis, Robert I. (2005). *“Accounting principles, revenue recognition, and the profitability of pharmacy benefit managers”*.

Manguy, Saffouh; El, Hajj; Samah, Salem; Hend, Mansoor. (2011) *“Public’s Attitudes towards community pharmacy in Qatar: a pilot study”*; Patient Preference and Pharmacy. pp.405-419.

Mattar, F. N. (1994). *“Pesquisa de Marketing: Metodologia, Planeamento, execução e análise”* (2ª edição). São Paulo: Atlas.

Miguel Gouveia, Fernando. (2012). *“Valorização dos atos farmacêuticos em farmácias comunitárias”*

Mil, J. W. F. Van; de Boer, W. O.; Tromp, T.H. F. J. (2001). *“European barriers to the implementation of pharmaceutical care”*.

Munroe, Wendy P.; Kunz, Kimberly; Dalmady, Israel; Potter, Lorry; Schonfeld, Warren H. (1997). *“Economic Evaluation of Pharmacist Involvement in Disease Management in a Community Pharmacy Setting”*.

Natexis Bieichroeder Equity Research. (2007). *“Pharma wholesale”*.

N.D., Shah; Hoffman, JM; Vermeulen, LC.; (2003); *“Projecting future drug expenditures – 2003”*. AM J Health Syst Pharm.

Nilsson, Lars; Johnson, Michael D.; Gustafsson, Anders. (2001). *“The impact of quality practices on customer satisfaction and business results: product versus service organizations”*.

Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.

Panvelkar, Pradnya Naik; Bandana, Saini; Armour, Carol. (2009). *“Measurement of patient satisfaction with community pharmacy services: a review”*.

Parasuraman, A.; Berry, L.L.; Zeithaml, V.; (1991): “*Refinement and assessment of the SERVQUAL.*” *Journal of Retailing*. Vol. 67, pp. 420-49.

Pascoe, C.G. (1983). “*Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. Eval program plan*”.

P.D., Clearly; B.J., McNeill. (1998). “*Patient satisfaction as an indicator of quality care. Inquiry*”.

Peacock, Gina; Kidd, Robert; Uahman, Atesqur. (2007). “*Patient care services in independent community pharmacies: a descriptive report*”.

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). “*Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS (5ª ed.)*”. Lisboa: Edições Sílabo.

Peterson, G. (2009) “*Promise to document clinical interventions in Australian community pharmacies*”. *Australian Pharmacist*.

PWC. (2012). “*Experience Radar 2012, Customer insights for the US healthcare provider industry*”.

Rahmqvist, Mikael. (2001). “*Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors: a model for comparisons of care units*”.

Roberts, Alison S.; Shalom, I. Benrimoj; Chen, Timothy F.; Williams, Kylie A.; Aslani, Parisa. (2008). “*Practice change in community pharmacy: quantification of facilitators*”.

Rodrigues, António. (2006). “*Estudo do setor das farmácias em Portugal. Lisboa: Ordem dos Farmacêuticos*”.

Rui Pita, João. (2010). “*A Farmácia e o Medicamento nos últimos 25 anos*”, Publicação semestral do CIEJD e do CIEDA. Vol. Janeiro/Dezembro.

Schommer, Jon C.; Wiederholt, J. B. (1994). “*Pharmacists’ perceptions of patients’ needs for counseling*”. *Am. J. Hosp. Pharm.*

Schommer, Jon C. (1996). “*Roles of normative and predictive expectations in evaluation of pharmacist consultation services*”. *J Consum Satisfac Dissatisfac Complain Behav.*

Schommer, Jon C. (1997). *“Patients’ expectations and knowledge of patient counseling services that are available from pharmacists”*. College of Pharmacy.,

Spencer, E. *“The attitudes of ambulatory patients toward a hospital-based pharmacy service: The patient as consultant”*. Drug intell. Clin. Pharm.

Stergachis, Andy; Maine, Lucinda L.; Brown, Lawrence. (2002). *“The 2001 National Pharmacy Consumer Survey”*.

Steward, Derek; Johnson George; Bond, Christine M.; Scott, Cunningham; Diack, Lesley; McCaig, Dorothy. (2008). *“Exploring patients’ perspectives of pharmacist supplementary prescribing in Scotland”*.

Tinelli, Michela; Bond, Christine; Blenkinsopp, Alison; Jaffray, Mariesha; Watson, Margaret; Hannaford, Phillip. (2007). *“Patient Evaluation of a community pharmacy medications management service”*.

Traverso, Maria Luz; MacKeigan, Linda D. (2005). *“Instruments for measuring patient satisfaction with pharmacy services in the Spanish language”*.

Traverso, Maria Luz; Salamano, Mercedes; Botta, Carina; Colautti, Marisel; Palchik, Valeria; Pérez, Beatriz. (2007). *“Questionnaire to assess patients satisfaction with patient satisfaction with pharmaceutical care in Spanish language”*. *International Journal for Quality in Health Care* 19(4), 217-224.

Tully, M. P.; Seston, E. M.; Cantrill, J. A. (2000). *“Motivators and barriers to the implementation of pharmacist-run prescription monitoring and review services in two settings”*.

Watson, M.C.; Grimshaw, J.M.; Ludbrook, A.; Walker, A.E. (2002). *“Educational strategies to promote evidence-based community pharmacy practice: a cluster randomized controlled trial (RCT)”*.

Watson, M.C.; Grimshaw, J.M.; Ludbrook, A.; Walker, A.E. (2003). *“Systematic review of the effectiveness of community pharmacy-based interventions to reduce risk behaviors and risk factors for coronary heart disease”*.

Wiedenmayer, K.; Summers, RB.; Mackie, CA.; Grous, GA.; Everard, M. (2006). *Developing pharmacy practice: a focus on patient care. Switzerland*. World Health Organization.

Wood, Kristina D.; Offenberger, Megan; Mehta, Bella H.; Rodis, Jennifer L.; (2011). “*Community Pharmacy Marketing: Strategies for Success*”.

World Health Organization. *Good Pharmacy Practice, joint FIP/WHO guidelines on GPP: Standards for quality of pharmacy services*

Zeithaml, V. A.; Parasuraman, A.; Berry, L.L. (1990). *Delivering service quality*. New York: The free press.

Zenone, L. (2007). “*Customer Relationship Management*”.

Zillich, A.; Donough R.M.C.; Carter, B.; Doucette, W. (2004). “*Influential characteristics of physician/pharmacist collaborative relationships*”.

8. NETGRAFIA

<http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED>

Acedido em Junho de 2013

http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_g61_eng.pdf

Acedido em Maio de 2013

<http://www.npa.co.uk/>

Acedido em Novembro de 2012

<http://www.pharmacist.com>

Acedido em Dezembro de 2012

<http://www.pharms.com/home/home.asp>

Acedido em Novembro de 2012

<http://www.fip.org/>

Acedido em Março de 2013

<http://www.who.int/en/>

Acedido em Abril de 2013

<http://www.anf.pt>

Acedido em Julho de 2013

<http://www.infarmed.pt/>

Acedido em Novembro de 2012

<http://www.apfh.pt/>

Acedido em Abril de 2013

<http://www.apifarma.pt/>

Acedido em Abril de 2013