



Instituto Politécnico de Tomar

Escola Superior de Gestão

Rui Alexandre Pincante de Carvalho

Integração das Actividades Logísticas e Vantagens Competitivas nas Farmácias Comunitárias

Dissertação de Mestrado

Orientado por:

Doutor Jorge Manuel Marques Simões
Professor Especialista Dr. António Manuel Alves Cúrdia
Instituto Politécnico de Tomar

Dissertação
apresentada ao Instituto Politécnico de Tomar
para cumprimento dos requisitos necessários
à obtenção do grau de Mestre
em Gestão de Recursos de Saúde

Página deixada em branco propositadamente

DECLARAÇÃO

Nome: Rui Alexandre Pincante de Carvalho

Endereço Electrónico: esgt12086@ipt.pt

Título da Dissertação de Mestrado:

Integração das Actividades Logísticas e Vantagens Competitivas nas Farmácias Comunitárias

Orientador:

Doutor Jorge Simões

Co-orientador:

Professor Especialista Dr. António Manuel Alves Cúrdia

Ano de Conclusão: 2013

Designação do Mestrado:

Gestão de Recursos de Saúde

DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR, NÃO É PERMITIDA A REPRODUÇÃO DE QUALQUER PARTE DESTA DISSERTAÇÃO.

Instituto Politécnico de Tomar, 2013/11/12

Assinatura: _____

RESUMO

Seja qual for o seu sector, a logística nasce dentro das organizações, não estando as actividades das farmácias comunitárias obstante a esta lógica. Esta define-se como um processo que dirige estrategicamente as movimentações dos materiais essenciais às actividades da organização. Neste sentido, não podemos ignorar a necessidade de construir estratégias inerentes às actividades logísticas, para que seja possível o abastecimento e continuidade das actividades nas farmácias comunitárias.

Contudo, esta estratégia poderá ainda ser potencializada caso esteja agregada a uma rede de conhecimento, conseguindo por isso obter uma vantagem competitiva com cooperação interorganizacional. É necessário reformular estratégias e serviços, para que seja possível actuar junto dos desafios do sector das farmácias comunitárias. Os consumidores têm hoje a possibilidade de encomendar medicamentos sem se deslocarem às farmácias e outros locais de venda. Por esse motivo, foi com esta abordagem, objectivo da presente investigação, relacionar a logística, num contexto da estratégia e vantagem competitiva das farmácias comunitárias, agregada ao serviço de domicílios de medicamentos.

A amostra recolhida foi explícita no que respeita à escolha da definição de técnica de compra e armazenamento, quando se tratou do tema da logística e abastecimento do medicamento. Quanto ao relacionamento interorganizacional na obtenção da vantagem competitiva, através da cadeia de abastecimento, é possível constatar na amostra, um grande relacionamento de dependência destas variáveis. Embora, com pouca representatividade, as farmácias admitem que disponibilizam um serviço de dispensa de medicamentos ao domicílio. É possível compreender que as mesmas identificam este serviço potenciador da tão desejada vantagem competitiva.

Palavras-Chave: Logística, Estratégia, Vantagem Competitiva, Domicílios e Farmácias Comunitárias

ABSTRACT

Logistics is born within organizations, whichever, and so, community pharmaceutical sector also takes into account this logic. This is defined as a process that strategically directs the movements of the materials essentials to the activities of the organization. In this way, we can't ignore the need to build strategies inherent to the logistical activities, to make it possible the supply and the continuity of the activities in the community pharmacies.

However, this strategy can also be potentialized if aggregated to a network of knowledge, getting so, a competitive advantage with inter-organizational cooperation. It is necessary to reformulate strategies and services, so that it is possible to perform with the challenges of the sector of the community pharmacies. Consumers now have the opportunity to order medicines without traveling to pharmacies and other local sales. Therefore, it was with this approach, purpose of this research, to relate the logistic, in a context of strategy and competitive advantage of the community pharmacies , to the service of delivering drugs at home .

The sample collected was very explicit with regard to the choice of definition of technical purchasing and storage, when it addressed the issue of logistics and supply of the drug.

As for the inter-organizational relationships in achieving competitive advantage through supply chain, it can be seen in the sample, a large dependency of relationship of these variables. Although, with little representation, pharmacies admit to a service that provides a dispensing of medications at home. It is possible to understand that they identified it with the potential to create that so much desired competitive advantage.

Keywords: Logistics, Strategy, Competitive Advantage, Household and Community Pharmacies

AGRADECIMENTOS

O trabalho que aqui apresento, representa muito, mas muito mais que um trabalho de investigação ou dissertação de Mestrado. Desenvolvido no âmbito do Mestrado em Gestão de Recursos de Saúde do Instituto Politécnico de Tomar, Escola Superior de Gestão de Tomar, após a conclusão das unidades curriculares, em Dezembro de 2012. Este é o fim, considerado por mim, como um “muito bom” ciclo de aprendizagem intelectual, técnica e profissional.

É todo este conhecimento adquirido, que quero aplicar na minha vida profissional, até conseguir alcançar, o tão desejado sucesso como Gestor em Saúde que sonhei um dia ter. E de que mais é feita a vida, senão de sonhos...

Em primeiro lugar, quero dirigir uma palavra de gratidão ao Instituto Politécnico de Tomar na pessoa do Doutor Eugénio de Almeida, Presidente desta Instituição de Ensino Superior, bem como à Escola Superior de Gestão de Tomar na pessoa da Doutora Maria da Conceição Fortunato, Directora da Escola Superior de Gestão de Tomar, que me permitiram tornar possível esta minha tão desejada realização académica e profissional.

Em segundo lugar, quero agradecer à própria investigação apresentada, por me ter feito crescer, por me ter desenvolvido pessoal e profissionalmente com todas as barreiras e desafios a que me propôs, pois sem elas não teria crescido na vida.

Ao meu orientador, o Doutor Jorge Simões, um muito obrigado por toda a disponibilidade, conhecimento transmitido, apoio e rigor que sempre demonstrou ao longo deste percurso, realização da dissertação mas também durante todo o meu percurso académico. A sua entrega às causas da investigação, a sua dedicação e elevado empenho no que respeita à performance profissional, faz e sempre fará, a diferença no seu sucesso, e no sucesso dos que o rodeiam. Por todas estas razões agradeço todo o seu empenho e dedicação a esta minha fase académica, porque sem ela, tenho a plena consciência que não seria possível crescer como cresci.

Ao meu Co-orientador, o Professor Especialista Dr. António Cúrdia, um igualíssimo muito obrigado por disponibilizar o seu tempo, o seu grandioso conhecimento, apoio e rigor que sempre demonstrou ao longo deste percurso na dissertação. Acredite que a sua experiência académica, tanto como a profissional e de vida que me transmitiu, causou muitas consequências positivas nesta minha fase de crescimento. Agradeço de igual forma todo o seu empenho e dedicação a esta minha fase académica, porque sem ela, tenho a plena consciência que também não seria possível crescer como cresci.

No que respeita aos orientadores, quero ainda agradecer por tudo o que possam ter dispensado para que esta dissertação fosse conseguida. Esta é consequência do esforço e trabalho de todos nós. MUITO OBRIGADO.

De nenhuma forma, foi diferente a colaboração da Mestre Maria João Inácio. Fico-lhe muito grato por toda a disponibilidade demonstrada no tratamento dos dados estatísticos, e por toda a transmissão de conhecimento. Demonstrou desde logo, aquando docente na unidade curricular do presente mestrado, o seu grande sentido profissional, e ainda mais sentido de investigação. Foi uma colaboração essencial nesta minha fase académica do Mestrado. MUITO OBRIGADO.

Apesar de tudo, o meu agradecimento não pode esquecer todos os docentes da Escola Superior de Gestão de Tomar que, de inúmeras formas, transmitiram todo o seu conhecimento, acreditando estar a formar potências profissionais na área da Gestão de Saúde.

Quanto aos meus amigos e colegas de mestrado, gostaria de agradecer a todos eles sem excepção, salientando o Mestre Rodrigo Morais, que esteve sempre presentes em todas as nossas reuniões de mestrado, partilhando sempre conhecimento e apoiando em todas as fases fulcrais deste meu percurso académico. Pela prontidão no esclarecimento e auxílio na resolução de problemas, deixo aqui um MUITO OBRIGADO. Não menos importante, o Dr. Luís Godinho, pelo auxílio na investigação, pelos momentos descontraídos e pela disponibilidade residencial que sempre demonstrou. Deixo aqui, esta mensagem de

gratidão pelo companheirismo que temos vindo a desenvolver, porque se concretizei esta minha fase académica, a ti te devo o grande apoio.

Muito importante, não só nesta fase académica, foi a minha “esposa”, Enfermeira Cátia Fonseca, pela sua pessoa, pelo seu companheirismo, pelo conhecimento técnico e por toda a sua paciência, compreensão, respeito, orientação, colaboração, motivação e empenho demonstrado ao longo deste caminho de investigação. A TI TE DEVO, E DEDICO, TODO O ESFORÇO QUE LEVOU À CONCLUSÃO DESTA DISSERTAÇÃO.

À Técnica Superior de Farmácia, Marta Silva, pela sua colaboração exemplar, pelo sentido profissional demonstrado e por todo o tempo despendido, MUITO OBRIGADO.

Aos meus pais, Joaquim e Jesuína, que sempre acreditaram em mim, nas minhas capacidades, por continuarem a incentivar-me e a acreditar em mim e na minha força, em crescer e melhorar. Pelos sacrifícios pessoais que vos tenho obrigado. Por todo o apoio incondicional, porque sem ele não teria sido possível concluir esta minha investigação. O meu sucesso será o resultado exemplar do vosso trabalho enquanto pais.

Ao meu irmão, Rafael, dispar no modo de vida, mas nem por isso distante, muito obrigado por me fazeres crescer como pessoa e profissional. A ti, também te agradeço pelas longas horas de construtivas discussões, que nos fazem crescer juntos.

Aos meus avós, Visitação, Jesuíno e Urbina, um GRANDE OBRIGADO por me educarem, criarem e ajudarem nesta luta permanente que é a vida. A ti, avô Manuel, distante mas tão perto, um especial agradecimento pelos valores e referência de vida.

Por fim, aqui deixo o meu sincero e honesto agradecimento a toda a minha família, pessoas muito especiais na minha vida, ao grupo de pessoas e amigos que, directa ou indirectamente, ajudaram a que eu crescesse e que este trabalho fosse realizado e concluído. Assim, Agradeço a todos...

Rui Alexandre Pincante de Carvalho
Instituto Politécnico de Tomar, Tomar, Novembro de 2013

ÍNDICE

RESUMO	VII
ABSTRACT	IX
AGRADECIMENTOS	XI
ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES	XVII
ÍNDICE DE TABELAS	XIX
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	XXI
1. INTRODUÇÃO	1
1.1 Importância e justificação do tema	1
1.2 Objectivo da investigação	1
1.3 Estrutura da dissertação	2
2. LOGÍSTICA E O MEDICAMENTO	3
2.1 Introdução	3
2.2 Logística e a sua evolução conceptual	3
2.2.1 Logística e a gestão integrada de actividades	7
2.2.2 Logística, estratégia e vantagem competitiva	9
2.3 Logística e a dispensa de medicamentos ao domicílio	12
2.3.1 Logística e o circuito do medicamento	13
2.3.2 Serviços de domicílios de medicamentos	19
2.4 Síntese.....	21
3. CARACTERIZAÇÃO DO SECTOR DAS FARMÁCIAS COMUNITÁRIAS EM PORTUGAL	25
3.1 Introdução	25
3.2 Evolução do sector farmacêutico	25
3.3 Distribuição geográfica.....	29
3.4 Farmácias e desafios actuais	31
3.5 Síntese.....	33

4. METODOLOGIA	35
4.1 Introdução	35
4.2 Inquérito por questionário	36
4.2.1 Escalas de medidas	40
4.2.2 Diversidade de canais de comunicação	41
4.2.3 Pré-Teste do inquérito por questionário	42
4.3 Conceitos e objectivo da análise	43
4.3.1 População e amostra	43
4.3.2 Análise descritiva e teste de independência entre duas Variáveis.	45
4.4 Síntese	46
5. ANÁLISE DOS DADOS	49
5.1 Introdução	49
5.2 Farmácias comunitárias	49
5.2.1 Distribuição geral da amostra	50
5.2.2 Distribuição das variáveis da investigação	52
5.3 Clientes das farmácias	59
5.3.1 Distribuição geral da amostra	59
5.3.2 Distribuição das variáveis da investigação	61
5.4 Síntese	66
6. CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES PARA FUTURAS INVESTIGAÇÕES	69
6.1 Principais conclusões	69
6.2 Limitações da investigação	72
6.3 Sugestões para futuras investigações	73
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
ANEXOS	79
Apêndice 1 – Inquérito por Questionário	81
Apêndice 2 – Tratamento dos dados	87

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1- Distribuição do medicamento	14
Ilustração 2 - Género dos profissionais das farmácias	50
Ilustração 3 - Actividade profissional dos profissionais das farmácias	51
Ilustração 4 -Abastecimento do medicamento	52
Ilustração 5 - Importância da imediata dispensa/aquisição do medicamento	52
Ilustração 6 - Importância da variedade de bens e serviços disponibilizados na continuidade da farmácia	58
Ilustração 7 - Considera um serviço de dispensa de medicamentos uma vantagem competitiva	58
Ilustração 8 - Género dos clientes das farmácias	59
Ilustração 9 - Frequência habitual dos clientes à farmácia	61
Ilustração 10 - Imediata dispensa/aquisição do medicamento	63
Ilustração 11- Disponibilidade para recorrer a um serviço de domicílios de medicamentos	65
Ilustração 12 - Importância da variedade de bens e serviços disponibilizados.....	87
Ilustração 13 - Impacto do serviço de dispensa de medicamentos ao domicílio, na estrutura de custos da farmácia.....	89
Ilustração 14 - Utilizador de Internet.....	90
Ilustração 15 - Utilizador de algum serviço ao domicílio.....	91
Ilustração 16 - Importância da variedade de bens e serviços disponibilizados.....	92

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Gestão de <i>stocks</i> nas farmácias comunitárias	16
Tabela 2 - Gestão de <i>stocks</i> e análise ABC.....	17
Tabela 3 - Farmácias e postos de medicamentos por distrito	30
Tabela 4 – Modelos dos questionários.....	37
Tabela 5 – Tipo de questões a utilizar num inquérito por questionário	39
Tabela 6 – Escalas de medidas.....	40
Tabela 7 – População e amostra das farmácias Comunitárias	44
Tabela 8 – Actividade profissional dos farmacêuticos	50
Tabela 9 - Distribuição etária dos profissionais das farmácias	50
Tabela 10 - Habilitações literárias dos profissionais das farmácias.....	51
Tabela 11 -Abastecimento do medicamento	53
Tabela 12 -Transversalidade do circuito do medicamento	53
Tabela 13 - Estratégia para obter vantagem competitiva.....	53
Tabela 14 - Cadeia de abastecimento na obtenção de vantagem competitiva	54
Tabela 15 - Relacionamento interorganizacional na obtenção de vantagem competitiva através da cadeia de abastecimento.....	54
Tabela 16 - Política de compras agregada à estratégia empresarial.....	55
Tabela 17 - Valorização de uma farmácia (Bens e Serviços Complementares, Serviços Diferenciados, tais como Domicílios e Preço).....	55
Tabela 18 - Cadeia de abastecimento e o foco no cliente Final.....	56
Tabela 19 - Relevância da imediata dispensa do medicamento	56
Tabela 20 - Factor relevante no momento da dispensa do medicamento (Diversidade de bens e serviços, Custo/Preço e Imagem/marca da sua Farmácia).....	56
Tabela 21 - Serviço de dispensa de medicamentos ao domicílio.....	57
Tabela 22 - Valorização dos serviços diferenciados, tais como domicílios pela actividade profissional	57
Tabela 23 - Distribuição etária dos clientes das farmácias	59
Tabela 24 - Habilitações literárias dos clientes das farmácias.....	60
Tabela 25 - Actividade profissional dos clientes das farmácias	60
Tabela 26 - Valorização de uma farmácia (Bens e Serviços Complementares, Serviços Diferenciados, tais como Domicílios e Preço).....	61
Tabela 27 - Frequência habitual dos clientes à farmácia considerando pela Idade	62
Tabela 28 - Compreende a indisponibilidade do medicamento	63

Tabela 29 - Utilização do serviço de dispensa de medicamentos, sem se deslocar à farmácia	64
Tabela 30 - Meio utilizado para dispensa de medicamentos ao domicílio.....	64
Tabela 31 - Importância do serviço de domicílios de medicamentos	64
Tabela 32 - Utilização de serviços de domicílios considerando pela Idade.....	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANF – Associação Nacional de Farmácias;

DCI – Denominação Comum Internacional;

INE – Instituto Nacional de Estatística;

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

LVT – Lisboa e Vale do Tejo;

MNSRM – Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica;

SPSS – Statistical Package For the Social Sciences;

UE – União Europeia;

χ^2 – Qui Quadrado.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Importância e justificação do tema

A logística nasce dentro das organizações, seja qual for, não estando o sector farmacêutico obstante a esta lógica (Carvalho e Ramos, 2009). Esta define-se como um processo que dirige estrategicamente as movimentações dos materiais essenciais à organização (Cooper, 1990).

Tendo várias envolventes, a logística tem diversos intervenientes internos e externos que contribuem, deste modo, para o processo global (Vanvactor, 2011). Neste sentido, não podemos ignorar a necessidade de construir estratégias inerentes às actividades logísticas, para que seja possível o abastecimento e continuidade das actividades nas farmácias comunitárias (Carvalho e Ramos, 2009).

Uma organização apenas possui vantagem competitiva, quando detém uma estratégia que cria valor para o seu produto/serviço, que não deve ser acompanhada pelos seus concorrentes (Barney, 1991). Contudo, esta poderá ainda ser potencializada caso esteja agregada a uma rede de conhecimento, obtendo por isso obter uma vantagem competitiva com cooperação interorganizacional (Dyer e Singh, 1998).

É necessário reformular estratégias e serviços, para que seja possível actuar junto dos desafios do sector das farmácias comunitárias (Ferreira e Santos, 2011). Os consumidores, hoje em dia têm a possibilidade de encomendar medicamentos sem se deslocarem às farmácias e outros locais de venda (INFARMED, 2008b).

Neste seguimento, e com esta abordagem, é objecto da presente investigação, relacionar a logística, num contexto da estratégia, vantagem competitiva e com o serviço de domicílios de medicamentos das farmácias comunitárias.

1.2 Objectivo da investigação

A definição da questão da investigação, sabendo que é uma frase clara, sucinta e precisa, deve de ir ao encontro de obter uma resposta ou solução sobre uma lacuna existente entre o estado actual e o expectável (Sekaran 2003). Para a presente investigação foi definida a seguinte questão de investigação: *Numa perspectiva estratégica, como é que a Logística se afirma como vantagem competitiva e como é que a distribuição dos medicamentos até ao domicílio pode ser determinante e factor diferenciador?*

O objectivo geral, considerado como a razão que leva a realizar o trabalho, contribuindo deste modo para a área científica, está definido na presente investigação por pretender compreender, analisar e identificar a logística e cadeia de abastecimento como estratégia para obtenção de vantagem competitiva nas farmácias comunitárias (Barañano, 2004).

Já os objectivos específicos são definidos pelo caminho e diferentes metas possíveis de atingir o objectivo geral, estando compreendido na presente dissertação identificar, analisar e compreender (i) a logística e suas actividades; (ii) a logística como estratégia; (iii) vantagens competitivas e relacionamento interorganizacional e por último (iv) os serviços de dispensa de medicamentos ao domicílio (Barañano, 2004).

Neste sentido, a presente dissertação, para além de apresentar a análise e constatação dos objectivos específicos para atingir o objectivo geral, contempla também, a aplicação das metodologias de investigação para que se possa obter os resultados para os objectivos propostos para o tema.

1.3 Estrutura da dissertação

A apresentação da dissertação está repartida em sete capítulos, embora esteja bem presente a sua divisão em dois grandes grupos. Existe delimitado uma ampla base de investigação para fundamentar o tema, que se encontra disposta no capítulo de revisão bibliográfica e enquadramento do sector. É nestes capítulos que está desenvolvido à evolução e definição dos temas abordados nesta dissertação. Depois, delimitado nos capítulos da metodologia e análise dos dados, encontra-se explicado as opções e técnicas utilizadas, para que fosse possível retirar conclusões da amostra recolhida.

Neste sentido, o primeiro capítulo delimita os objectivos do estudo, ficando criado no capítulo segundo, uma base ampla sobre os temas referenciados bibliograficamente. O enquadramento do sector está referenciado no capítulo terceiro, tendo como objectivo perceber o contexto sectorial da presente investigação. Por último, os capítulos quarto, quinto e sexto, focam os objectivos, contemplando deste modo a investigação desde a apresentação e justificação da metodologia, bem como a sua própria aplicação e conclusão.

2. LOGÍSTICA E O MEDICAMENTO

2.1 Introdução

Neste capítulo está contemplada uma abordagem aos conceitos da logística e a sua evolução conceptual com visão holística, compreendendo o ponto de partida para uma organização eficiente e eficaz. É abordado com o objectivo de se perceber qual a sua importância, o seu posicionamento e segmentação intra e interorganizacional que se aborda nesta dissertação o tema da logística. No presente capítulo pretende-se ainda, fazer uma abordagem global ao termo da logística, podendo com isso verificar se nele, está inerente, uma fonte de vantagem competitiva. Esta fonte é explicada através das suas potencialidades ligadas com o planeamento e o controle organizacional.

O presente capítulo pretende também obter a percepção e compreensão da importância da logística no sector do medicamento. É objectivo neste sentido, constatar o estabelecimento forte entre o medicamento e o seu processo logístico, verificando a eficiência e a eficácia dos serviços operacionais das farmácias comunitárias. O sector farmacêutico, por estar inserido numa envolvente caracterizada pela prestação de cuidados/serviços de saúde, e não estando afastado da realidade de movimentações físicas de materiais e pessoas, tem todo o potencial de utilizar a logística aplicada ao sector, fornecendo, deste modo, a dispensa de medicamentos ao domicílio, obtendo todas as suas possíveis consequências organizacionais.

2.2 Logística e a sua evolução conceptual

O conceito de logística tem vindo a admitir uma constante evolução determinada por vários autores. Na Grécia antiga, o termo logística, foi utilizado como a distinção entre o raciocínio correcto e determinado pela dedução e analogia. Conceito bastante antigo, no entanto já possuía uma conotação filosófica, tendo derivado do termo logística, teve por base o raciocínio alicerçado em algarismos e símbolos (Carvalho, 1996).

Para Tixier, Mathe e Colin (1983), a definição de logística teve como primórdio o General Jomini, no ano de 1937, visando a ciência aplicada a todas as ciências militares como enfoque principal. Neste sentido, os autores referem que a logística abarca todos os meios e disposições que venham a permitir a aplicabilidade estratégica.

A lógica da distribuição meramente física, por não estar a ser integrada num conjunto de movimentações de materiais e sistemas, não resolverá os desafios que os gestores têm pela frente. Esta não deve apenas, integrar-se a jusante da produção mas também a montante de todas as actividades, deste o abastecimento até à distribuição. O conceito lato da logística é decisivo para a contribuição da integração da mesma, numa perspectiva estratégica (Scharman, 1984). O sistema logístico deverá responder às necessidades estratégicas das organizações, integrando e enfatizando, na óptica do serviço total em função dos objectivos das organizações, pois só desse modo poderá ser criado valor (Shapiro, 1984).

Porter (1985) referencia, ao estudar a estratégia da logística, a introdução do conceito de cadeia de valor, constatando deste modo duas frentes importantes para a mesma, o *Inbound Logistics* e *Outbound Logistics*. A introdução destes conceitos na cadeia de valor, ou seja, a inserção das actividades logísticas nesta abordagem é definida, pelo autor, como a contribuição necessária para obtenção de vantagem competitiva criando valor para a organização.

Com a Segunda Guerra Mundial, verificou-se uma grande determinação e integração das variadas actividades logísticas, ficando deste modo reconhecido a importância destas actividades. Por consequência foi determinado o primeiro sistema de logística que justificou a vitória dos Aliados (Carvalho, 1996).

A posteriori, existiu uma viragem no final da década de 80 para a de 90, com o início do interesse da logística em todo o mundo empresarial. Foi nesta fase, que o autor refere, que a logística deixa de ter a visão centrada unicamente na distribuição física e passou a abordar vários temas, tais como, (i) o serviço ao cliente, (ii) a gestão do tempo e do ciclo da encomenda, (iii) integração organizacional, (iv) gestão do processo de transformação e por fim (v) a globalização (Christopher, 1992).

Carvalho (1996) constata que, a logística é mais que a mera distribuição física, colocando o conceito mais abrangente, podendo mesmo aplica-lo às actividades da Administração Pública. O autor refere que a logística apresenta-se com características de extrema importância, tal como a transversalidade de todas as funções da organização. Esta abordagem implicou uma visão da organização diferente da abordagem tradicional (deixou de ser vertical para passar a exercer uma função horizontal). Neste sentido, a logística

funciona como característica de um sistema complexo que agrega várias actividades com um objectivo comum.

Lambert e Stock (2001) referenciam Weld (1916) como um dos pioneiros a definir a logística com factores relevantes para a estratégia, como o tempo, o lugar e a quantidade. Para Coyle, Bardi e Langley (2003), a evolução da logística, demonstra-se em três fases, estando as mesmas dimensionadas até à década de 70, década de 80 e, por fim, a mais actual, a década de 90 e posterior.

Os autores referidos, em concordância com Cos e Navascués (2001) e Carvalho e Filipe (2004), denominam a fase até à década de 70 como a de Distribuição Física ou *Outbound Logistics Systems*. Nesta fase, era dada extrema importância a todas as actividades organizacionais, mas com grande enfoque em assegurar uma distribuição eficiente dos produtos finais. A segunda fase, denominada por Logística de Aprovisionamento, enquadrada na década de 80, foi referenciada pelos autores como a designação dada à logística que não integrava meramente as actividades de distribuição, tendo sido reconhecida a potencialidade da integração da gestão. Nesta fase foi reconhecido o benefício da redução de custos, caso optasse por combinar o lado interno. A terceira fase, a mais actual, referenciada pelos mesmos autores, em concordância com Bowersox e Closs (1996), denominam-na como Logística da Cadeia de Abastecimento, pois passa por ter como cuidados, não só o envolvimento individual da organização, mas transversalmente numa óptica de gerir todo o processo logístico num processo de abastecimento.

Como constatámos ao longo do presente capítulo, o conceito de logística, tem vindo a admitir uma constante evolução. Neste sentido, podemos verificar que, o seu objectivo primordial é de maximizar a rentabilidade por via da minimização dos custos operacionais. Assim define-se como o processo que dirige estrategicamente todas as movimentações dos materiais essenciais à organização, sejam eles de aquisição, movimentação dentro dos armazém e os seus fluxos de informação, consequentes destas duas fases (Cooper, 1990).

Termo que deriva da movimentação de produtos e da informação, a logística é determinada por fases, tais como: (i) transporte, (ii) armazenamento, (iii) movimentação de material, (iv) *stocks* e (v) a informação inerente a tudo isto (Bowersox e Smykay, 1969). A logística é um acontecimento mundial que nunca pára, estando mesmo a decorrer sobre todas as horas e minutos, todos os dias do ano, sendo poucos os negócios e áreas

operacionais que não envolvem a complexidade ou variedade geográfica (Bowersox e Closs, 1996).

Por esse motivo, a logística pode ser definida através do denominado 7 C's de Certos. A logística deve garantir e disponibilizar o produto/serviço certo, na quantidade certa, na condição certa, no lugar certo, no momento certo, para o cliente certo e ao preço certo. Nesta base, a logística não é só um processo, mas sim, vários, que podem numa só visão obter o objectivo pretendido, alavancar o produto/serviço traduzindo o menor custo total praticável com o maior valor possível para o cliente (Robles, 2000).

No mesmo sentido, a logística é entendida como uma força integrada na organização através de um processo estratégico, de planeamento, implementação e controle de fluxos sejam de materiais ou produtos, serviços e informação relacionada desde o ponto onde é produzido até ao lugar de consumo. Ao potencializar e acrescentar valor, determina deste modo a criação de vantagens competitivas porque aumenta a produtividade e torna uma organização mais rentável (Bowersox e Closs, 2001 e Carvalho, 2002).

Por consequência e responsabilidade da logística é criada (i) a movimentação de materiais e/ou produto, (ii) utilização de equipamentos, (iii) mão-de-obra e (iv) acomodações, proporcionando ao consumidor a obtenção do produto/serviço no momento certo ao menor custo (Dias, 2005a). Neste sentido, a logística ou gestão logística é definida como parte da cadeia de abastecimento, responsável por planear, implementar e controlar o eficiente e eficaz fluxo directo e inverso das movimentações, operações de armazenagem de bens, serviços e informação relacionada, entre o ponto de origem e o ponto de consumo efectivo (Costa, Dias e Godinho, 2010 e Carvalho, 2010).

Com a percepção de todas as definições, abordadas por todos os autores, é de fácil percepção que a logística detém várias componentes essenciais para a obtenção do seu objectivo global. Considera-se por isso, como um conjunto de processos que antecipam as necessidades e ambições dos clientes, obtendo capital, material, tecnologia e pessoal, para satisfazer na melhor condição todas as necessidades do cliente (Courtois, Pillet e Bonnefous, 2011).

2.2.1 Logística e a gestão integrada de actividades

A gestão das actividades da logística, quer a montante quer a jusante da produção, implica um inúmeras de actividades operacionais. As características sistémicas e processuais das actividades logísticas, devem por isso ser geridas e avaliadas num todo, potencializando o *output*, consequência do sistema lógico. Esta é a integração que a logística pretende (Langley e John, 1986).

A logística e a gestão integrada de actividades, contemplando uma visão conceptual das actividades da logística segundo a cadeia de valor mais hierarquizada, têm como definição apenas duas actividades diferentes, as primárias e as de suporte. Ficou reconhecido como actividades primárias as que estão intrinsecamente ligadas com o (i) transporte, (ii) gestão de *stocks* e com os (iii) processos de encomendas. As actividades denominadas de suporte estão direccionadas para (i) a movimentação, (ii) armazenamento, (iii) aquisição, (iv) planeamento logístico e respectiva gestão e processamento da informação (Ballou, 1987).

Lambert e Stock (2001) apresentam uma visão menos hierarquizada, tomando com isso uma posição mais horizontal da organização. Os autores definem catorze actividades integradas na logística: (i) localização das unidades fabris/armazenamento, (ii) movimentação de materiais/produtos, (iii) serviço a clientes, (iv) *procurement*, (v) serviço de apoio/pós-venda, (vi) movimentação de materiais/produtos para devolução, (vii) processamento de encomendas, (viii) comunicação do processo logístico, (ix) transporte, (x) armazenamento, (xi) formulação e gestão de stocks, (xii) embalagem de materiais, (xiii) previsão de vendas e por fim (xiv) reaproveitamento de materiais/produtos.

É importante referir que, Bowersox e Closs (1996) e Lambert e Stock (2001), são os autores que mostram uma maior consonância e aproximação à realidade das actividades logísticas no actual, estando os mesmos em convergência quanto à perspectiva da gestão de fluxos físicos e informacionais numa organização.

A integração das actividades da logística, bem como o seu planeamento e controlo, traduz-se em ganhos superiores. Pelo contrário, a gestão das mesmas de forma mais individualizada não potencializa as actividades organizacionais. A satisfação total dos clientes, só é conseguida através da integração das actividades logísticas, criando com isso um ambiente sistémico dentro e fora da organização (Bowersox e Closs, 1996).

A cadeia de abastecimento integra todas as actividades que as organizações recorrem para desenvolver as suas actividades, desde a (i) aquisição, (ii) a movimentação, (iii) a armazenagem e a (iv) distribuição dos produtos em todas as suas fases, até mesmo ao cliente (Ratliff e Nulty, 1996).

Após ter existido a percepção da evolução do conceito da logística e gestão integrada das actividades, Bowersox e Closs (1996) determinam uma visão da logística com actividades integradas, englobadas em cinco grandes grupos. Em primeiro lugar, os autores apresentam a definição e gestão de infra-estruturas como a definição das unidades e respectivos *Lay-outs*, determinando deste modo a localização de todas as unidades operacionais desde o armazém, manutenção e produção. A informação, apresentada em segundo lugar, é dada pelos autores, como uma das áreas importantes para o processamento de encomendas, previsão de procura e por fim a programação e respectivo controlo do desempenho de todas as actividades da logística. O transporte, apresentado como o terceiro grupo, é o factor determinante entre a compra efectiva e os produtos em *status* de fabrico, até mesmo aos produtos finais. Os *stocks* são definidos pelos autores como o quarto grupo, sendo a actividade necessária da aquisição e gestão dos materiais, como é o caso das matérias-primas para conseguir a efectivação da produção. Por último, mas ainda assim não menos importante, o armazenagem e movimentação de embalagens. Todas as actividades têm como objectivo primordial permitir e disponibilizar a distribuição dos materiais ou produtos, seja à entrada, dentro ou à saída da unidade operacional.

A formulação das actividades da logística, agrupadas em cinco divisões, estando as mesmas integradas, é apresentada por Carvalho (2002), possível de se analisar numa organização genérica. A gestão de (i) infra-estruturas, (ii) constituição de stocks e gestão de inventário, (iii) gestão da comunicação e da informação, (iv) movimentações de materiais e/ou produtos e o (v) transporte são actividades que estão inerentes ao funcionamento de uma organização.

Todas as actividades logísticas estão integradas numa perspectiva de gestão integrada de actividades, tendo com isso o intuito de ir ao encontro da valorização que o cliente necessita, juntamente com optimização operacional da organização (Carvalho 2002).

De uma forma genérica, os objectivos operacionais da logística com a integração de actividades são: (i) dar resposta rápida às encomendas, (ii) eliminação de erros/defeitos na

encomenda, (iii) mínimo volume de *stocks*, (iv) optimização na gestão de infra-estruturas e frota própria, (v) melhoria contínua e (v) a incrementação da fiabilidade das previsões de vendas. Neste sentido, a gestão integrada das suas actividades, deverão ser analisadas fortemente na sua individualidade pois a sua unificação por si só poderá não significar uma redução de custos e eficiência nos serviços por ela englobados (Dias, 2003).

2.2.2 Logística, estratégia e vantagem competitiva

As vantagens competitivas são a base para se obter um desempenho acima da média, podendo com isto ser distinguido em dois tipos, a diferenciação ou o baixo custo. A liderança no custo, a diferenciação ou a sua focalização nestes dois tipos de vantagem competitiva, são apontados por Porter (1985) como as três estratégias genéricas para alcançar o tão desejado desempenho superior.

Para obter sucesso, as vantagens competitivas devem ser sustentáveis, pelo facto de estarem sujeitas a muitos factores depressíveis por parte da concorrência. As barreiras à imitação é um dos mecanismo que tornam a vantagem competitiva como sustentável, devendo por isso ser inimiga da imitação por parte dos concorrentes. É sempre necessário investir e melhorar continuamente a posição face à concorrência, para que se obtenha uma boa vantagem competitiva (Porter, 1985).

A logística tem um papel fundamental, tornando-se numa questão essencial e incontornável, cria deste modo um suporte importante para a estratégia global de qualquer organização capaz de atingir objectivos com elevado grau de satisfação (Persson, 1991).

A crescente concorrência, em mercados cada vez mais globalizados, leva a que as organizações tendem cada vez mais a ajustar a sua estratégia à realidade actual do mercado onde se inserem. A sua capacidade de criar valor, podendo com isso gerar lucros, tem diminuído bastante devido à forte concorrência e conseqüente evolução dos mercados. Deste modo, pode-se considerar que o objectivo fundamental da estratégia de uma organização é a de criar estratégias que levem à concretização de uma posição dita com vantagem competitiva (Grant, 1991).

É inevitável que, em qualquer que seja o segmento de mercado ou actividades desenvolvidas pelas organizações, exista a conquista de uma vantagem competitiva, ponto-chave para a continuidade/sobrevivência de qualquer organização. Assim sendo, identificam-se vários factores que determinam a obtenção de vantagem competitiva, tais

como o (i) contexto, (ii) o mercado, (iii) o produto/serviço, (iv) posicionamento, (v) as opções estratégicas, (vi) entre outros, estando sempre a ser considerado a empresa e envolvente em que se insere (Grant, 1991).

A reformulação da cadeia de valor faz com que o cliente esteja no centro da actividade impulsionando o sistema (Hines, 1993). Os recursos utilizados devem ser (i) valiosos, (ii) raros entre os concorrentes, (iii) impossíveis de imitar e (iv) insubstituíveis quanto à qualidade de recurso (Barney, 1991).

Para Fabbe e Colin (2007), em concordância com Persson (1991), referem que estamos perante dois desígnios da estratégia, a logística como ferramenta da estratégia, ou a logística como suporte de motor da estratégia. São duas visões distintas, uma delas mais actual e a outra emergente, mas ambas caracterizadas pela potencialidade de criar valor para as organizações. Deste modo, é importante referir que a estratégia logística tende a ser suporte à estratégia com diferentes percepções/ópticas da logística, tendo as mesmas como efeitos na organização a evolução e melhoria das práticas. Enquanto a logística como estratégia reporta a um motor da estratégia implementando deste modo a mudança e transmutação das práticas implementadas na organização.

Já Peters (1994) referia que, apenas com estratégias alicerçadas à logística, se poderia promover a competitividade e deste modo assegurar a sustentabilidade, criando valor para um futuro cheio de mudanças.

A logística e a estratégia têm vindo a convergir num modelo conceptual dentro das organizações do futuro. No desenvolvimento deste novo modelo conceptual, podemos descrever, três grandes marcos na evolução da estratégia e logística (Carvalho e Dias, 2000). Denominado por estádios da logística, o primeiro marco, sugere que quanto maior número de actividades logísticas forem tuteladas por uma única área autónoma, maior é o desenvolvimento logístico da organização. No segundo marco, baseado no modelo da cadeia de valor de Porter (1985), divide o mesmo em actividades de relevo, podendo com isso compreender da melhor forma as fontes de diferenciação e comportamentos de custos. Os autores referem que o terceiro e último marco, reporta à referência de Stalk (1988), que descreve a gestão das actividades da logística, alicerçado ao tempo para a obtenção de vantagens competitivas (Carvalho e Dias, 2000).

Uma vantagem competitiva, depois de criada e implementada, deve ser sustentável (Macmillan e Tampoe, 2000). Conforme referido por Carvalho (2001), é através do

sistema logístico que o valor chega ao cliente, e por isso, é necessário tratar com excelência os processos que criam valor acrescentado. Para o autor, e em termos competitivos, o valor não é mais nem menos que a quantia que o cliente está disposto a despende para obter o produto ou serviço.

Segundo Macmillan e Tampoe (2000), a vantagem competitiva poderá ser distinguida através de vários meios, assim como, (i) a vantagem com base no custo, (ii) o produto ou serviço diferenciado, (iii) as vantagens com base no tempo, (iv) a vantagem do primeiro a entrar ou seja, *First mover advantage* e por fim (v) a vantagem com base na tecnologia.

Neste sentido, a cadeia de valor de Porter explica exemplarmente a logística com a integração na estratégia organizacional (Carvalho, 2001). Para além de todas as exposições de todos os autores, Eiriz (2001) refere que, a cooperação interorganizacional é um mecanismo cada vez mais valorizado pelas organizações do futuro. O autor refere ainda que esta cooperação é encarada como um meio para enfatizar o desenvolvimento e a criação de vantagens competitivas.

Porém, todas as vantagens competitivas, depois de derivar de uma rede de conhecimento, são, dificilmente, alvo de imitação por parte da concorrência. A vantagem competitiva é um elemento fundamental para o sucesso das organizações empresariais, derivando-as dos relacionamentos interorganizacionais identificados e aplicados a mercados segmentados (Kay, 1993).

Existindo objectivos estratégicos partilhados e privados, os mesmos podem ser modificados ao longo do tempo, determinando deste modo a sua constante alteração, que por sua vez poderá ser acompanhada consoante o objectivo de vantagem competitiva que se pressupõe (Doz, 1996).

Dyer e Singh (1998) identificam duas perspectivas de fontes de vantagens competitivas. Numa perspectiva da indústria e numa perspectiva de recursos, sendo esta última o desenvolvido no estudo apresentado. Uma organização tem disponíveis inúmeros recursos para concretizar a vantagem competitiva, dos quais podem ser também considerados os recursos externos à mesma, adquiridos também através da sua rede de relacionamentos, ou seja, parceiros estratégicos. Neste sentido, (i) a ambiguidade casual, (ii) as deseconomias de compreensão do tempo, (iii) a escassez de parceiros, (iv) a interligação de bens inter-organizacionais, (v) a invisibilidade de recursos e (vi) o ambiente

institucional socialmente complexo, difíceis de imitar, são identificados como ganhos conseguidos como vantagens competitivas, resultantes das alianças estratégicas.

A cooperação interorganizacional é um dos meios para se conseguir obter uma vantagem competitiva, tornando-se essencial para a continuidade e competitividade de uma organização (Håkansson e Ford, 2002). Embora, esta cooperação interorganizacional esteja cada vez mais presente, ainda existam barreiras e limitações nesta partilha organizacional que, muitas vezes, dificultam o desenvolvimento das mesmas (Eiriz e Wilson, 2006).

A cooperação estratégica poderá desenvolver por si só vantagem competitiva, ainda assim, as organizações deverão desenvolver metodologias de organização difíceis de imitação, criando deste modo, várias barreiras às suas vantagens competitivas (Hansen e Nohria, 2004). Concluindo, por isso, que a rede de relacionamentos é considerado como o principal recurso para criar uma vantagem competitiva (Ford e Håkansson, 2006).

2.3 Logística e a dispensa de medicamentos ao domicílio

A logística nasce dentro das organizações, para as organizações seja ela qual for, não estando o sector da saúde obstante a esta lógica. Influenciada numa primeira fase pela área militar, mas com muitas mais influencias, tais como, da estratégia e sistemas de informação, a logística, atinge hoje em dia uma dimensão impensável de contornar, seja qual for a organização (Carvalho e Ramos, 2009).

Nesta lógica, pode-se constatar que a logística na saúde está identificada em todos os processos inerentes a uma prestação de cuidados de saúde, tais como, no processo de compra a fornecedores, materiais de consumo clínico, equipamento, material de farmacêutica, lavandaria e todos os restantes serviços inerentes às actividades das organizações (Carvalho e Ramos, 2009).

A gestão financeira da saúde apresenta responsabilidades em reduzir os custos, podendo deste modo, acolher modelos de outros mercados, que em todo o caso, são possíveis de melhorar a operacionalidade dos prestadores de cuidados de saúde, tornando-os mais eficientes, aumentando a qualidade e a segurança do paciente (Belkoski, 2008).

Para Carvalho e Ramos (2009), a logística na saúde atinge uma dimensão desde a (i) entrada do utente, (ii) até à triagem do mesmo, (iii) à própria marcação de consultas e meios complementares de diagnóstico, (iv) à logística de encaminhamento ou redireccionamento do utente para outro serviço clínico, (v) desde a logística da espera,

atendimento e tratamento, (vi) logística de intervenções do cirurgião e de recobro e por fim (vii) logística da alta integrando o utente no sistema de saúde. Os autores referem que o contexto da abordagem da logística da saúde deve tender, a ser uma logística de avaliação dos resultados, mostrando deste modo uma medição da performance de todas as actividades económicas.

A gestão logística procura alguma proximidade com a parte de cadeia de abastecimento, onde é considerada responsável por (i) planear, (ii) implementar e (iii) controlar de forma mais eficaz e eficiente, todos os fluxos, sejam eles directos ou inversos, até mesmo a própria paragem desses mesmos fluxos (Carvalho e Ramos, 2009).

A logística na saúde tem várias envolventes que exigem uma colaboração entre vários intervenientes externos e internos, que contribuem para obter o processo global ao qual denominamos logística. Os processos em saúde têm uma abordagem complexa, podendo deste modo, ir ao encontro de vários clientes, desde o próprio cirurgião até ao próprio utente que necessita da sua prescrição e atendimento, tanto ao nível do tratamento como do abastecimento de fármacos (Vanvactor, 2011).

Carvalho e Ramos (2009, p.19) referem que “...a Gestão da Cadeia de Abastecimento, seguindo a mesma lógica do *Council of Supply Chain Management Professionals*, compreende o planeamento e gestão de todas as actividades de *sourcing*, *procurement* e transformação, física ou não, e ainda todas as actividades de gestão logística.”

2.3.1 Logística e o circuito do medicamento

Para além de todas as especificidades apresentadas anteriormente, a logística no âmbito da saúde e do medicamento, apresenta características inerentes às actividades desenvolvidas no âmbito do circuito e logística do medicamento.

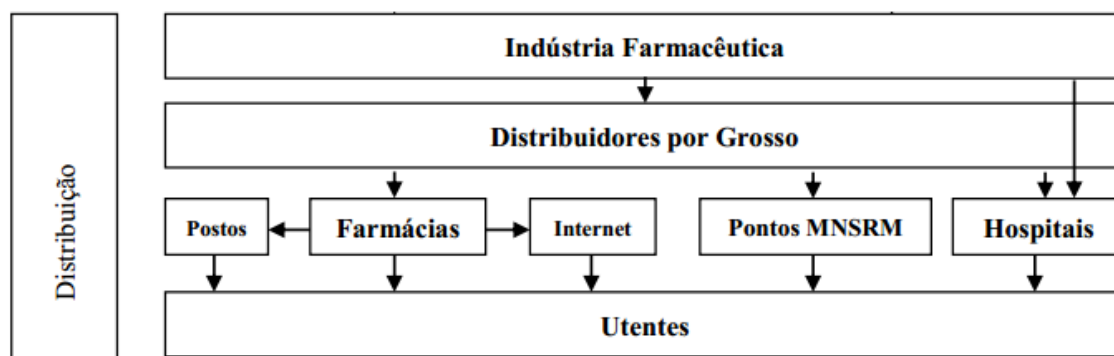
Ao longo de todo o ciclo de vida do medicamento, o mesmo está sujeito a vários padrões de qualidade e segurança, acompanhado por autoridades nacionais e comunitárias, alicerçadas de uma actuação responsável na colocação do medicamento no mercado (INFARMED, 2008a). Neste sentido, é necessário apercebermo-nos do funcionamento do mercado do medicamento, para que seja possível abordar a logística e o seu envolvimento com os medicamentos e produtos dispensados nas farmácias comunitárias.

A Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P. (INFARMED, IP), é actualmente a entidade responsável pela autorização da introdução do medicamento no mercado nacional. Compete-lhe, por isso, a obrigação de acompanhar e garantir a aplicação de todas as normas de segurança e qualidade. Esta actuação é feita junto de todas as organizações intervenientes, tais como industriais, distribuidores, prescritores, farmácias e outros locais de venda de medicamentos (INFARMED, 2008a).

Para além de todas as competências anteriormente referidas, o INFARMED, define o circuito do medicamento em várias fases: (i) a investigação e desenvolvimento, (ii) os ensaios clínicos, (iii) a autorização e introdução no mercado, (iv) o fabrico e distribuição e por último (v) a prescrição, dispensa e utilização ou consumo. Dentro de todas estas categorias, existe uma constante actividade de inspecção e confirmação da qualidade, ou seja, existe farmacovigilância (INFARMED, 2008a).

Neste sentido, a presente investigação debruça-se na fase da distribuição e respectivo consumo dos medicamentos. Por isso, é possível identificar três grandes grupos de intervenientes na distribuição de medicamentos, sendo estes a indústria, o distribuidor e as farmácias comunitárias, hospitais ou pontos de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) (INFARMED, 2008a).

Ilustração 1- Distribuição do medicamento



Fonte: Adaptação do PPRI Country Report (2008)

O comportamento do medicamento é influenciado por vários aspectos de natureza social, política e económica. Relativamente às de natureza económicas, o aspecto temporal, afecta de forma determinante, pois as previsões no curto e médio prazo melhoram, enquanto as de médio longo prazo são mais facilmente caracterizadas pelas perdições (Fusco e Sacomano, 2007).

Todas as organizações pretendem ser competitivas, não podem ficar à espera do mercado, de acordo com as necessidades dos clientes. Neste seguimento, no caso das farmácias comunitárias, estas não se encontram fora deste desígnio de planeamento estratégico. A previsão da procura e a planificação das actividades estará na base de toda a informação necessária para aplicar um bom modelo de desenvolvimento e funcionamento da organização (Fusco e Sacomano, 2007).

Ritzman e Krajewski (2004), em concordância com Fusco e Sacomano (2007) identificam vários planos de actividades envolventes no plano estratégico de uma organização como é o caso das farmácias comunitárias. Neste sentido, o plano estratégico de uma farmácia comunitária deve conter, (i) plano de capacidade, onde engloba toda a capacitação dos espaços, (ii) plano de vendas, que actua junto da procura, (iii) plano de produção, que permite a distribuição óptima dos volumes previstos, (iv) plano de compras, onde se insere os fornecedores com respostas mais rápidas, (v) plano de *stocks*, permitindo a monitorização da actividade da organização e respectivas quantidades disponíveis e por fim (vi) o plano de mão-de-obra, que permite encontrar as necessidades de contratação e manutenção dos colaboradores.

Estas ferramentas de planeamento ajudam a identificar todos os determinantes que podem flutuar dentro do mercado onde se inserem as farmácias comunitárias. Para Fusco e Sacomano (2007), (i) a análise prévia, (ii) a recolha de dados, (iii) a selecção do modelo de previsão, (iv) a aplicação do modelo e obtenção das previsões bem como (v) a monitorização são etapas fundamentais para uma boa previsão, capaz de produzir informação útil à organização. A gestão dos fluxos de mercadorias, considerando-se como o movimento de entrada e saída dos produtos, sejam eles medicamentos ou outros, numa determinada organização comercial, como é o caso das farmácias comunitárias, tem sempre como desejável o equilíbrio financeiro da actividade (Aguiar, 2012).

Neste sentido, todas as unidades de prestação de cuidados, inseridas neste sector, necessitam de vários tipos de recursos dos quais se destacam os medicamentos (Carvalho e Ramos, 2009). Sendo impossível dispor de todos os tipos de produtos/medicamentos para utilização imediata, Gomes (2004) e Novaes, Gonçalves, *et al* (2008), referem que os *stocks* são de extrema importância, não apenas por traduzirem um valor monetário mas também, pela essência da prestação de serviços de saúde. Para os autores é extremamente importante manter a organização dotada de *stocks* disponíveis de fazer face à procura na

mesma proporção, conseguindo por isso reduzir os custos para a organização inerentes ao desalinhamento da actividade com a efectivação dos consumos.

Constituir *stocks* surge na face da necessidade de abastecimento para cumprir com as necessidades do consumo, por isso o comportamento é distinto ao longo do tempo, estando os mesmos desalinhados, no que diz respeito, à continuidade do consumo, ao contrário da descontinuidade do abastecimento e respectiva logística (Carvalho e Ramos, 2009).

Tabela 1 - Gestão de *stocks* nas farmácias comunitárias

Constituição de Stocks	Características que torna complexa a gestão do medicamento
<ul style="list-style-type: none"> - Permite ir ao encontro das flutuações da procura e oferta (visto não ser conhecida as necessidades dos consumidores e também não se saber a disponibilidade das entregas pelos fornecedores); - Permite a compra económica e obter descontos de quantidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Variedade; - Criticidade; - Valor; - Perfil do consumidor; - Prazos de validade; - Ciclo de vida.

Fonte: Adaptado de Carvalho e Ramos (2009)

Como já referido anteriormente por Fusco e Sacomano (2007), também referido por Novaes, Simonetti *et al* (2008), a previsão da procura é um dos mecanismos que facilita a gestão de *stocks*. O controlo desta permitirá verificar a divergência entre a quantidade de produtos já processados e a quantidade realmente necessária para suprir as necessidades. Ainda assim, os autores referem que na base de toda a actividade, a previsão da procura, é um dos factores determinantes e responsáveis pelo sucesso ou fracasso de todas as etapas subsequentes.

Os medicamentos e produtos disponibilizados, assentam no pressuposto de desigualdade no padrão de armazenamento, por isso e por não se apresentarem com as mesmas características, nem com o mesmo grau de relevância, os *stocks* devem ser alvos de cuidadosas análises (Freitas e Vieira, 2009).

A análise ABC, baseada no princípio de Pareto ou princípio 80-20, ordena e classifica os medicamentos e produtos mediante o seu valor para *stock*, correspondente ao investimento unitário multiplicado pela sua procura (Freitas e Vieira, 2009). Neste sentido,

a análise ABC une por grupos os produtos/medicamentos em função dos seus valores e consumos com precedência do tratamento diferenciado por cada união grupal (Moraes e Oliveira 2002; Novaes, Gonçalves *et al.* 2008). Com esta potencialidade, os medicamentos e produtos acabam por poderem ser monitorizados pela gestão, estando com uma maior atenção aos itens com maior representação no consumo e valor (Novaes, Gonçalves *et al.* 2008).

Neste seguimento Carvalho e Ramos (2009), referem que podem os medicamentos e produtos serem agrupados em três classes:

Tabela 2 - Gestão de *stocks* e análise ABC

Classes	Descrição
A	- Artigos mais relevantes, 20% dos produtos representam 80 % do valor consumido;
B	- Artigos com relevância intermédia, onde 30% dos produtos corresponde a 15% do valor consumido;
C	- Artigos com menor relevância, onde apenas 50% dos produtos corresponde 5% do valor consumido.

Fonte: Adaptado de Carvalho e Ramos (2009)

Ao concentrar a maioria dos recursos da gestão nos artigos da classe A obtém-se resultados muito mais significativos do que se utilizar uniformemente ou indiscriminadamente esses mesmos recursos pela totalidade dos artigos. Esta análise, é um instrumento da gestão operacional e logística da organização, que permite decidir em que medicamentos ou produtos deve ser feito um investimento maior no que respeita ao controlo de *stocks* (Carvalho e Ramos, 2009).

Para Aguiar (2012), a aquisição de produtos e medicamentos sem procura, originam desequilíbrios que podem pôr em causa a saúde financeira ou, no limite, resultar na insolvência da farmácia. Neste sentido, o autor refere que uma farmácia utópica, com boa actividade de rentabilidade das suas vendas, teria que ter ao dispor dos seus consumos todos os produtos existentes no mercado, possibilitando a satisfação da procura, o que seria inexequível no que diz respeito à saúde financeira da organização.

A crescente evolução na investigação farmacêutica, neste caso, dificulta a gestão logística e de abastecimento das farmácias comunitárias. A crescente perda de patentes dos medicamentos, bem como do patenteamento de novos medicamentos faz derivar um

crescente volume de produtos comercializáveis que contrasta com o reduzido número de medicamentos retirados do mercado (Aguiar, 2012).

A rotação dos *Stocks* é determinada pela procura de medicamentos com prescrição médica. Esta determinante deve estar sempre presente em todo o processo logístico, pois poderá traduzir vantagens na negociação e até mesmo na dispensa do medicamento. Na maioria das vezes, a procura é realizada por aconselhamento médico, o que permite à farmácia uma maior monitorização dos medicamentos e por consequência uma maior capacidade de gestão das suas actividades (Aguiar, 2012).

A boa negociação, bem como o seu forte relacionamento com fornecedores, aumenta a competitividade através da prática de preços mais acessíveis ao consumidor ou obter melhores margens de comercialização. Nesta fase da compra, quanto maior for a eficiência, maior será o resultado dela, pois na fase da dispensa o valor está definido pela entidade reguladora. Neste sentido, (i) o prazo de médio de pagamentos, (ii) o prazo de recebimentos, (iii) o prazo médio de existências, (iv) o ciclo de caixa, (v) o fundo de maneio e (vi) os fundos de tesouraria são ferramentas da gestão que permitem ter uma monitorização real da situação da organização, como é o caso das farmácias comunitárias (Aguiar, 2012).

Para Aguiar (2012), em conformidade com Robles (2000), determina que para as farmácias comunitárias, ter o medicamento, produto ou serviço certo, na quantidade certa e no momento certo é fundamental para que exista o abastecimento do consumidor, bem como a sua satisfação. A acumulação de produtos com baixo índice de rotatividade poderá condicionar a fluidez e até mesmo arruinar a actividade da organização. Por ser muito importante, a gestão e a logística dos *stocks* tem aqui um papel fundamental na continuidade da organização, tendo neste caso de ser capaz de colmatar todas as necessidades operacionais da organização.

2.3.2 Serviços de domicílios de medicamentos

Para Ferreira e Santos (2011), é necessário reformular e adequar as políticas de saúde, tornando-as mais eficientes e capazes de fazer face aos desafios.

O apoio domiciliário é um serviço que presta cuidados individualizados e personalizados no domicílio das famílias ou indivíduos, com ou sem incapacidade física, seja temporária ou permanente. Os cuidados ao domicílio estão inteiramente ligados com serviços tais como, (i) revisão periódica dos perfis farmacêuticos, (ii) participação em sessões clínicas, (iii) visitas ao domicílio e por último, mas não menos importante, (iv) a dispensa de medicamentos ao domicílio. Neste sentido, os cuidados farmacêuticos ao domicílio têm três grandes áreas de actuação, tais como os hospitais, os cuidados de saúde primários e organizações privadas, que se apresentam como actos que os farmacêuticos podem prestar isoladamente ou integrados em equipas multidisciplinares (Ferreira e Santos, 2011).

Os cuidados farmacêuticos domiciliários em Portugal, determinados por legislação específica, apenas prevêm a possibilidade da dispensa de medicamentos ao domicílio, não integrando todas as outras actividades mencionadas anteriormente. Embora seja limitador, não impede que a actividade de cuidados farmacêuticos ao domicílio, tenha o farmacêutico como profissional de saúde com uma abordagem integrada, centrada no cliente, obtendo por isso vantagens evidentes para o relacionamento e seus objectivos terapêuticos. Esta é a clara evidência e consequência da integração das suas actividades (Ferreira e Santos, 2011).

Como referido anteriormente, os consumidores têm hoje a possibilidade de encomendar medicamentos sem se deslocarem às farmácias e outros locais de venda (NetFarma, 2009). Neste sentido, todos os estabelecimentos que detenham autorização cedida pelo INFARMED, IP estão habilitados para receber e fornecer a dispensa de medicamentos ao domicílio (INFARMED, 2008 b). É possível através dos vários meios, tais como (i) Internet, (ii) telefone, (iii) *site* electrónico e (iv) correio electrónico, realizar um pedido de dispensa de medicamentos, estando todos os parâmetros de segurança e qualidade assegurados por profissionais credenciados e regulamentados por legislação específica.

A Portaria nº 1427/2007 de 2 de Novembro regulamenta toda a actividade ligada à dispensa de medicamentos ao domicílio através da internet, estando contemplado também

neste diploma, toda a envolvente necessária à própria integração com a tradicional dispensa de medicamentos (INFARMED, 2008b).

No contexto actual, o INFARMED, IP. tem uma actuação muito relevante nesta nova fase de actividades das farmácias. Toda a actividade regulamentada e fiscalizada pela autoridade do medicamento, tem potencialidades de emergir e evoluir no segmento de mercado, estando por isso cada vez mais inerente à caracterização do serviço, dos seus riscos e potencialidades do mesmo (INFARMED, 2013).

No seguimento da legislação específica, todas as farmácias e MNSRM, desde que registados no INFARMED, IP, estão habilitados a desenvolverem a actividade de dispensa de medicamentos ao domicílio. Neste sentido, poderão dispor de mecanismos de entregas, como por exemplo, por estafeta ou outras, desde que não contrarie o predisposto legislativo da (i) integridade e identificação do medicamento, (ii) não contamine nem seja contaminado por outros produtos ou materiais, (iii) desde que sejam adoptadas medidas contra o derrame, rotura ou roubo e as condições de segurança, tais como o calor ou frio, luz ou humidade (INFARMED, 2013).

A dispensa de medicamentos ao domicílio, para além de condicionada nos parâmetros de segurança e qualidade, está também restrita pela forma geográfica de distribuição das farmácias comunitárias. Não podem dispensar medicamentos ao domicílio, atravessando a sua área geográfica de actuação, determinada pelo seu município de registo. A sua actuação e disponibilização de serviços, em termos geográficos, deverão estar bem definidas, através do seu registo que é imposto pelo INFARMED, IP. Esta informação bastante relevante, deve estar disponibilizada no *site* electrónico ou, se for o caso da dispensa por outros meios que não seja por pedido electrónico, deverá ser comunicado ao consumidor por forma a não violar as normas estabelecidas pela autoridade do medicamento (INFARMED, 2013).

Existe ainda a possibilidade de fazer dispensas de medicamentos fora do horário de atendimento. Neste sentido, nada impede que o mesmo seja dispensado fora do período de funcionamento das farmácias, permitindo deste modo o alargamento do serviço e até mesmo do consumidor alvo (INFARMED, 2013). A ausência de cobrança de preços fixados pelo INFARMED,IP. é uma das características deste serviço. O mesmo não impõe nenhum tipo de restrição ao preço e valor a cobrar pelo serviço de dispensa de medicamentos, deixando por isso ao critério das organizações de tabelarem os seus preços.

Ainda assim, caso exista algum tipo de cobrança pelo próprio serviço de dispensa ao domicílio, o INFARMED, IP. obriga que seja publicado e até mesmo informado ao consumidor, antes da própria efectivação do serviço.

Para que seja consistente com a actividade tradicional, a autoridade do medicamento, tem de assegurar todo o predisposto legal. Para isso, o organismo obriga também que toda a informação sobre o registo e dispensa de medicamentos ao domicílio, seja realizada no seu *site* electrónico, criando deste modo um controlo inerente a toda a actividade de dispensa bem como das localidades e/ou domicílios interlocutores do serviço disponibilizado (INFARMED, 2013).

2.4 Síntese

Em modo de conclusão é importante referir que todos os autores mencionados anteriormente, embora que discordantes em alguns pontos das suas literaturas, é possível identificar vários pontos que são comuns a todos os modelos conceptuais.

Identificada na Grécia antiga, quando já era utilizada numa forma de distinção entre o raciocínio correcto e determinado pela dedução e analogia, a logística nasce derivando da lógica, tendo o raciocínio baseado em algarismos e símbolos.

A ideia de processo, planeamento e controlo, e a incidência sobre as várias fases de produção bem como a abordagem desde o início até ao fim da movimentação do produto e por fim a focalização no cliente com o objectivo da satisfação das suas necessidades, foi um dos desenvolvimentos da logística, com grande impacto na sua edificação tal como a definimos actualmente.

Os objectivos da logística com a integração de actividades dão resposta rápida a encomendas, eliminação de erros/defeitos na encomenda, mínimo volume de *Stocks*, optimização na gestão de infra-estruturas e frota própria, melhoria contínua e por fim a incrementação da fiabilidade das previsões de vendas. Atingidos estes objectivos, consagra-se a criação de valor para o cliente, tendo deste modo concretizada a missão da satisfação total dos mesmos.

Neste sentido, é muito importante as organizações definirem os seus planos estratégicos, incorporando todas as actividades logísticas e organizacionais, possibilitando assim, a tão desejada, obtenção de vantagem competitiva. Cada vez mais, a logística tem um papel fundamental, tornando-se numa questão essencial e incontornável, gerando deste

modo um suporte importante para a estratégia global de qualquer organização capaz de atingir objectivos com elevado grau de satisfação.

A crescente concorrência, em mercados cada vez mais globalizados, leva a que as organizações tendem cada vez mais a ajustar a sua estratégia à realidade actual do mercado onde se inserem. Será inevitável que, em qualquer que seja o segmento de mercado, ou actividades desenvolvidas pelas organizações, a conquista de uma vantagem competitiva é a chave para a continuidade/sobrevivência de qualquer organização.

Uma organização possui vantagem competitiva, quando detém uma estratégia onde cria valor para o seu produto/serviço, estratégia essa que não é acompanhada pelos seus concorrentes de segmento de mercado. Determinado por vários autores que mencionam que estamos perante dois desígnios da estratégia, a logística como ferramenta da estratégia, ou a logística como suporte de motor da estratégia.

O sector da saúde, está inserido neste contexto, onde a logística é identificada em todos os processos inerentes a uma prestação de cuidados de saúde, tais como, no (i) processo de compra a fornecedores, (ii) materiais de consumo clínico, (iii) equipamento, material de farmacêutica, (iv) lavandaria e todos os restantes serviços inerentes à actividade das organizações. Os processos em saúde têm uma abordagem complexa, podendo ir ao encontro de variados clientes, desde o próprio cirurgião até o próprio utente que necessita da sua prescrição e atendimento tanto ao nível do tratamento como do abastecimento ou dispensa de fármacos.

Neste sentido, a logística no âmbito da saúde e do medicamento, apresenta características inerentes às actividades desenvolvidas no âmbito do circuito e logística do medicamento. O comportamento do medicamento é influenciado por vários aspectos, tais como de natureza social, política e económica. Por esse motivo, a gestão dos fluxos de mercadorias, considerando-se como o movimento de entrada e saída dos produtos, sejam eles medicamentos ou outros, numa determinada organização comercial, como é o caso das farmácias comunitárias, têm sempre como desejável, o equilíbrio financeiro da actividade.

Os *stocks* são de extrema importância, não apenas por traduzirem um valor monetário mas também pela essência da prestação de serviços de saúde. São importantes na medida em que existe a necessidade de abastecimento para cumprir com as necessidades do consumo, uma vez que o comportamento é distinto ao longo do tempo, estando os mesmos desalinhados com a própria actividade. Podemos ainda concluir que a

cooperação interorganizacional é um mecanismo cada vez mais valorizado pelas organizações do futuro. A cooperação é encarada como um meio para enfatizar o desenvolvimento e a criação de vantagens competitivas.

Neste sentido, o sector da saúde tende a se ajustar aos desafios actuais e por isso, deverá envolver-se num modelo de logística integrando na base as suas actividades organizacionais. Por esse motivo é necessário reformular e adequar as políticas de saúde, tornando-as mais eficientes capazes de fazer face aos desafios daí consequentes. Os consumidores têm hoje a possibilidade de usufruir de um novo serviços de dispensa de medicamentos, possibilitando a aquisição sem se deslocarem às farmácias e outros locais de venda.

Foram no presente capítulo, referidos todos os pontos fundamentais desta abordagem do estado de arte, que criou a interacção da logística, estratégia e vantagem competitiva, agregada ao sector da saúde, nomeadamente com o sector das farmácias comunitárias. Constatou-se deste modo, a evolução e conceptualização da logística, actividades logísticas e estratégia organizacionais atestando ainda, a interacção com os produtos e serviços hábeis de criar vantagens competitivas.

3. CARACTERIZAÇÃO DO SECTOR DAS FARMÁCIAS COMUNITÁRIAS EM PORTUGAL

3.1 Introdução

Após uma abordagem bibliográfica no capítulo 2, onde se constatou toda a evolução e conceptualização dos temas em estudo, segue-se a contextualização do sector farmacêutico. Neste capítulo, aborda-se a evolução e contextualização do sector das farmácias comunitárias, estando também aqui contemplado a sua distribuição geográfica e os seus desafios actuais.

As farmácias comunitárias têm um papel fundamental e crucial para a manutenção e sustentação da saúde pública, por esse motivo o sector em Portugal é regulamentado por legislação própria.

A distribuição geográfica das farmácias em Portugal é considerada uma das melhores redes da União Europeia (EU) (Rodrigues *et al.*, 2007). Existem cerca de 2789 estabelecimentos abertos, sendo que as regiões de Lisboa e Vale do Tejo, Norte e Centro são as que apresentam o maior número disponível.

Neste sentido, e porque a distribuição geográfica anteriormente referida tem influência sobre o consumo de medicamentos, os farmacêuticos estão envolvidos não só na efectivação da dispensa de medicamentos mas também, nas envolventes económicas, financeiras e sociais.

Cada vez mais, a gestão de uma farmácia comunitária toma um respeitado lugar na continuidade da actividade perante o mercado onde se insere.

3.2 Evolução do sector farmacêutico

As farmácias comunitárias, também designadas por farmácias de oficina, são organizações que integram a prestação de cuidados de saúde, representando, deste modo, uma importante função no que respeita à acessibilidade aos cuidados de saúde (Duarte, Nunes e Martins, 2007).

A sua distribuição geográfica, por todo o território nacional, com horários alargados e com serviços vastos no que respeita à prestação de cuidados, faz com que as mesmas sejam um pilar fundamental da continuidade de cuidados de saúde em Portugal. As

farmácias comunitárias orientam-se por uma política de prevenção de saúde, não ficando por isso seguradas apenas à dispensa de medicamentos (Duarte *et al.*, 2007).

São conhecidas por espaços de saúde pública, dando por isso um enorme contributo para (i) a prevenção, (ii) educação, (iii) monitorização e (iv) acompanhamento aos seus utentes. Duarte *et al.* (2007), referem que a qualidade e diversificação dos serviços são os factores que determinam a reputação reconhecida pelos seus utentes, traduzindo-se por isso no valor acrescentado para o sector.

Por estar inerente, esta responsabilidade fundamental para a saúde pública, o sector em Portugal é regulamentado por legislação própria, assentando por isso nas organizações com actividades farmacêuticas (Duarte *et al.*, 2007).

Nos últimos anos, verificaram-se inúmeras alterações a operar em Portugal, no que respeita ao sector das farmácias comunitárias e do medicamento (Pita, 2010). Dias (2005b) refere que a partir do século XIII, a denominação de *Botica*, conhecida nos nossos dias por farmácia, era o local responsável pela preparação dos medicamentos à base de espécies vegetais, estando intrínsecos os conhecimentos fundamentais em botânica. O autor refere ainda que o número de boticários teve, desde o ano de 1338, um crescimento muito acentuado em Portugal, mas ainda assim insuficiente para responder às necessidades crescentes da população fortemente “atacadas” por epidemias.

Desde aí, até aos dias de hoje, as farmácias têm um papel fundamental e crucial para a manutenção e sustentação da saúde pública. Com a evolução dos acontecimentos e do próprio sector, sendo aí utilizada a produção de medicamentos personalizada, sucedeu-se a produção industrial dos fármacos, o que motivou o aparecimento da indústria farmacêutica por volta do final do século XIX e início do século XX. Assim, a realidade dos medicamentos produzidos de forma tradicional, viu alterado o tipo de procedimento na produção e comercialização dos medicamentos, levando por isso à mudança dos tempos. Começou por volta dessa altura a ser predominante a utilização de medicamentos de origem química, sintetizados em laboratório, originando a introdução e incorporação de novos serviços e métodos de fazer crescer a indústria e as farmácias (Dias, 2005b).

No geral, Sriwong (2004) refere que as farmácias colocam à disposição dos seus clientes uma ampla gama de serviços diferenciados no âmbito da promoção da saúde e tratamento da doença, muito para além da dispensa de medicamentos e outros produtos de saúde. As farmácias nos dias de hoje, não só determinam parâmetros bioquímicos como

também fazem (i) administração de vacinas fora do plano nacional de vacinação, (ii) realizam pequenos curativos, (iii) realizam e monitorizam a farmacoterapêutica, (iv) disponibilizam o serviço de troca de seringas, (v) a avaliação de risco actuando também, através de campanhas na promoção da saúde e prevenção da doença (Dias, 2005b).

Sriwong (2004) refere ainda que a prática farmacêutica, estava unicamente centrada no medicamento e na sua dispensa ao cliente, ficando aquém das necessidades da população dos tempos contemporâneos. Por esse motivo, refere o autor, que existiu uma alteração do paradigma, estando cada vez mais implícita para as farmácias, a importância do cliente e respectiva interacção que se estabelece.

Contudo, e mesmo havendo esta descentralização, o farmacêutico continua a ter um papel fundamental como técnico do medicamento, estando o mesmo cada vez mais centrado no cliente, disponibilizando-lhe um espaço de saúde habilitado e com uma vasta gama de serviços de que os clientes procuram para satisfazer as suas necessidades.

Para Rodrigues *et al.* (2007), as farmácias tem passado por tempos muito conturbados, de grandes dificuldades. Em 1975, com o objectivo de auxiliar as farmácias em tempos difíceis, um grupo de farmacêuticos fundou a Associação Nacional de Farmácias (ANF), que começou a representar, dar formação e dar apoio jurídico e de aspectos tangíveis, obtendo como moeda de troca 1,5% do volume de facturação dos seus associados.

Para além dos tempos difíceis e conturbados, as farmácias deixaram de ter a exclusividade como ponto de venda de medicamentos à população. Neste contexto, na realidade de Portugal, são colocados diante das farmácias, concorrentes, como por exemplo os espaços de saúde de venda de MNSRM, denominadas por Parafarmácias, que colocam à disposição um leque variado de serviços de saúde (Rodrigues *et al.*, 2007).

Este novo paradigma fez com que despoletasse novos desafios e com isso, implicasse uma maior complexidade organizacional. As novas áreas que até aqui, estavam ignoradas passaram a ter para os profissionais comunitários um interesse acrescido, tais como a qualidade, marketing e novos serviços diferenciadores capazes de fazer face aos desafios dos novos tempos (Rodrigues *et al.*, 2007).

Dentro da evolução descrita anteriormente, Pita (2010) refere que o sector farmacêutico e do medicamento, tem vindo a sofrer grandes alterações, em grande medida devido à adesão de Portugal à UE. Muito da evolução temporal do sector farmacêutico

comunitário, deve-se à aposta imperativa na indústria farmacêutica. Esta aposta traduz-se no maior plano científica e evolução tecnológica melhorando por isso o acesso e o número de serviços no âmbito farmacêutico.

O regime jurídico sobre a propriedade da farmácia e regulamentos das actividades farmacêuticas, até à entrada de Portugal na Comunidade Europeia eram estabelecidos pela Lei nº 2125, de 20 de Março de 1965 e pelo Decreto-Lei nº 48547, de 27 de Agosto de 1968. Para Pita (2010), os diplomas tiveram uma construção muito detalhada e pormenorizada sobre o exercício dos farmacêuticos e sobre as actividades das farmácias comunitárias.

O Decreto-Lei de 1968, mencionado por Pita (2010), descrito como complexo e muito claro, sendo ao mesmo tempo muito objectivo, determinam o exercício das actividades da farmácia. Embora sujeito a muitas alterações ao longo da sua aplicação, o diploma foi vendo alguns artigos substituídos, nomeadamente por razões de cariz técnica e científica que vinham operando no mundo da farmácia do medicamento, não sendo necessário fazer alterações no âmbito da doutrina.

O diploma de 1968, no ano de 1985, sofreu algumas actualizações necessárias, transformando com isso o sector, levando a que as farmácias ficassem sujeitas a novos desafios consequentes da adesão de Portugal à UE (Pita, 2010).

Desde então, têm existido diversas directivas comunitárias, às quais Portugal teve de se adaptar. Surgiram diversos diplomas oficiais relacionados com a questão da segurança, da qualidade e da eficácia das instituições e dos medicamentos. Na prática farmacêutica, não só no âmbito comunitário, hospitalar, industriais mas também nos armazéns grossistas, tem existido um grande esforço para implementar boas práticas farmacêuticas e de procedimentos capazes de responder à satisfação de necessidade da comunidade (Pita, 2010).

No ano de 2004, deu-se a promulgação de vários diplomas que vieram aumentar a segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, proporcionando uma intervenção nas instituições intervenientes no sector do medicamento (Pita, 2010).

Pita (2010) identifica que a Lei 2125, mencionada anteriormente juntamente com o Decreto-Lei nº 48547, foram revogados pelo Decreto-Lei nº 307/2007, de 31 de Agosto conjuntamente com legislação conexas, determinando a possibilidade dos não farmacêuticos adquirirem a propriedade das farmácias. O autor refere que para além da alteração de

várias determinantes relacionadas com a propriedade das farmácias, os diplomas anexos à mencionada legislação, determina, ainda assim, com algumas lacunas, a possibilidade da venda de medicamentos à distância e a transferência de farmácias. O autor refere ainda que, estas modificações, consideradas pouco discutidas, trouxeram uma enorme necessidade de ajuste para as organizações actuantes no sector.

No caso de Portugal, Pita (2010) refere que existem diversos armazéns grossistas no sector farmacêutico, estando diferenciados por diversos regimes, tais como em regime de cooperativas (40%), por empresas multinacionais (29%), por empresas nacionais (9,5%) e classificadas como de outros regimes (21,5%). Esta diversidade é justificada pelo autor, pelo facto do sector ter passado, e ainda estar a passar por uma fase de modernização bastante profunda. As instalações apropriadas, tal como o tipo de direcção-técnica, são exigências impostas pelas boas práticas de distribuição grossista. Estas foram algumas determinantes legislativas que actualizaram e modernizaram o sector, consequência dos regimes jurídicos, resultantes da adaptação das directivas comunitárias aos regimes praticados e legislados em Portugal.

Como referido no capítulo anteriormente, os consumidores têm hoje a possibilidade de encomendar medicamentos sem se deslocarem às farmácias e outros locais de venda (NetFarma, 2009). Neste seguimento, a Portaria nº 1427/2007 de 2 de Novembro, veio regulamentar toda a actividade ligada à dispensa de medicamentos ao domicílio, estando contemplado também neste diploma, toda a envolvente necessária à própria integração com a tradicional dispensa de medicamentos (INFARMED, 2008b).

3.3 Distribuição geográfica

No ano de 2011, segundo dados do INFARMED, IP, existiam cerca 406 armazéns de medicamentos, tendo um crescimento desde do ano de 2007 na ordem dos 16%, estando estes distribuídos estrategicamente pelo país. No caso das farmácias comunitárias, é possível verificar um crescimento na ordem dos 5%, representado por 2789 unidades por todo o país.

Neste sentido, as farmácias comunitárias, apresentam um crescimento menos acentuado do que os locais de venda de MNSRM, que tiveram um crescimento mais favorável a rondar os 36% chegando a atingir 926 locais no ano de 2011. Estas unidades

surgiram em 2007, devido à alteração legislativa que possibilitou a abertura a outras organizações, que não fossem farmácias comunitárias e pudessem comercializar MNSRM.

Em contra ciclo, temos os postos avançados das farmácias, também denominadas por extensões de farmácias que demonstraram nos últimos anos, um decréscimo acentuado de 37%, passando de 241 extensões em 2007, para apenas 152 postos avançados em 2011.

No que se refere à distribuição geográfica por região, é possível aferir que Lisboa e Vale do Tejo (L.V.T.), em 2011, existem 1009 farmácias comunitárias, representando cerca de 36% do total de farmácias comunitárias do país. Em contrário, o Algarve é a região do país que se apresenta com menor números de farmácias, tendo apenas 115 farmácias que representam cerca de 5% do total de farmácias comunitárias de todo o país.

Tabela 3 - Farmácias e postos de medicamentos por distrito

Região	Distrito	Farmácias (Subtotal)	Habitantes por Farmácia (Média)
Norte	Braga	182	4660
	Bragança	41	3323
	Porto	433	4197
	Viana do Castelo	65	3767
	Vila Real	70	2952
	Subtotal/Média	791	4113
Centro	Aveiro	189	3779
	Castelo Branco	63	3115
	Coimbra	152	2829
	Guarda	59	2728
	Leiria	135	3488
	Viseu	114	3313
	Subtotal/Média	712	3300
Lisboa e Vale do Tejo	Lisboa	661	3405
	Santarém	147	3086
	Setúbal	201	4235
	Subtotal/Média	1009	3524
Alentejo	Beja	56	2727
	Évora	61	2733
	Portalegre	45	2632
	Subtotal/Média	162	2703
Algarve	Faro	115	3922
	Subtotal/Média	115	3922
Total/Média		2789	3602

Fonte: Adaptação INFARMED, IP. (2012)

Neste contexto apresentado pela autoridade do medicamento, podemos constatar que no ano de 2011, temos um total de 2789 farmácias comunitárias, sendo uma por cada 3602 habitantes (valores relativos). A região onde se verifica maior actividade

farmacêutica, identificada pelo número de farmácias existentes, é a L.V.T., contrastando-se com o Alentejo e Algarve, detendo assim mais de 72% do número de farmácias comunitárias que as regiões mais a sul.

Ainda assim, é considerada uma das melhores redes da UE, tal como refere Rodrigues *et al.* (2007), as farmácias portuguesas encontram-se bem estruturadas geograficamente e com um número muito capaz de suprir as necessidades da população.

Regulamentado pela portaria 1430/2007 de 2 de Novembro, as instalações das farmácias comunitárias, estão regimentadas por critérios geográficos e demográficos, que determina um número mínimo de 3500 habitantes por farmácia, com uma distância mínima de 350 metros entre os estabelecimentos. Esta regulamentação promove uma distribuição homogénea pelo território, porque impossibilita a concentração de farmácias nos grandes centros urbanos em detrimento das zonas menos urbanas ou rurais.

3.4 Farmácias e desafios actuais

Na base da redução da despesa do estado, aquando da descida abrupta dos preços dos medicamentos no ano de 2005, houve efeitos significativos nas margens praticadas pelas farmácias e grossistas reduzindo-as para 26,6 % (Aguiar, 2009). No ano de 2007, como já mencionado anteriormente, foram realizadas alterações no sector que vieram modificar ainda mais o modo actuante das farmácias. As medidas supra referenciadas, causaram uma alteração bastante visível para o mercado. Medidas como o aumento do número de colaboradores, as participações sociais e o alargamento do horário de funcionamento, foram algumas das razões que levaram ao aumento abrupto dos custos fixos das farmácias (Luciano, 2011).

Segundo o estudo realizado pela ANF (2012), resultou numa estimativa, entre 2010 e 2012, que o mercado de dispensa de medicamentos em ambulatório, ou seja, a venda de medicamentos em farmácias comunitárias, terá reduzido a facturação em cerca de 997,9 milhões de euros, correspondendo por isso a uma redução efectiva de 722,8 milhões de euros da despesa pública. Já no que respeita aos dados de 2012, poderá ser referenciado para uma redução de mercado dos medicamentos na ordem dos 10,5% equivalentes aos 294,4 milhões de euros da facturação das farmácias comunitárias, estando na sua origem uma poupança de 125,5 milhões de euros para a despesa pública.

A evolução da quota de mercado dos medicamentos genéricos, a obrigatoriedade de prescrição por princípio activo ou denominação comum internacional (DCI), é apresentado pelo estudo, a fonte das principais reduções dos volumes das facturações das farmácias comunitárias, colocando-as numa situação particularmente difícil.

Estas dificuldades são demonstradas pela acentuada redução dos preços, ainda assim com uma redução progressiva, no entanto causaram problemas nos abastecimentos das farmácias em todo o país (ANF, 2012).

A redução das margens criou complicações de tesouraria às farmácias, causando por isso inúmeras dificuldades no pagamento a fornecedores, causando quebras no fornecimento, colocando mesmo em causa a continuidade das organizações. Por outro lado, não menos importantes, o mercado exportador. Torna-se mais aliciante por apresentar valores bem mais compensatórios e impulsionado por todas as razões anteriormente descritas leva a uma modificação acentuada no mercado do medicamento causando por isso ruptura de *stocks* ao nível nacional.

No contexto actual, onde as restrições orçamentais estão ainda mais presentes todos os dias, as farmácias tenderam a arranjar novas formas de enfrentar o mercado e as suas repreensões. O farmacêutico está constantemente com desafios pela sua frente, tais como limites éticos e actividade comercial pretendendo com isso potencializar e rentabilizar de um modo geral a sua actividade (Cunha, 2012).

A quantidade de regulamentação que envolve o sector da saúde apresenta para as farmácias uma enorme dependência das políticas de saúde e do medicamento, envolvendo todas as características de uma farmácia comunitária, sejam elas éticas, deontológicas e profissionais ou de recursos humanos e materiais (Cunha, 2012).

Luciano (2011), clarifica que são cada vez mais significativas as várias dimensões ao qual o farmacêutico está exposto. O autor refere que os farmacêuticos estão envolvidos não só na efectivação da dispensa de medicamentos mas em outras, tais como, nas envolventes (i) económicas, (ii) financeiras e (iii) sociais, podendo por isso assegurar a continuidade da farmácia. Por esse motivo o farmacêutico apresenta cada vez mais um papel activo na sustentabilidade da sua farmácia, conseguindo deste modo detectar custos associados às actividades que desencadeiam prejuízos elevados quando não equacionados.

O farmacêutico vestindo o papel de gestor da organização, deverá atribuir competências aos seus colaboradores, responsabilizando-os e motivando-os, para além de todas as práticas diárias da boa gestão (Luciano, 2011).

Actualmente, o papel da gestão é fundamental, e no caso das farmácias comunitárias não é excepção. A denominação do farmacêutico capacitado de técnicas de gestão é, para Luciano (2011), um dos factores que podem levar ao controlo das constantes alterações dos preços dos medicamentos, diversificação dos serviços da concorrência, levando como consequência da prática adequada da gestão de farmácias.

Neste sentido, a gestão de uma farmácia comunitária toma um respeitado lugar na continuidade da actividade perante o mercado onde se insere. Usa por isso quatro funções que determinam o seu objectivo de transformação em acção empresarial de grande relevância, sendo estas o (i) planeamento, (ii) organização, (iii) direcção e (iv) controlo (Aguiar 2012).

3.5 Síntese

Com o objectivo de compreender a contextualização do sector das farmácias comunitárias, temos em modo de conclusão que as mesmas são um pilar fundamental da continuidade de cuidados de saúde em Portugal. As farmácias de oficina conhecidas, hoje em dia, por farmácias comunitárias, são organizações que integram a prestação de cuidados de saúde. Nos últimos anos, existiu inúmeras alterações a operar em Portugal, no que respeita ao sector das farmácias e do medicamento (Pita, 2010).

Para Pita (2010), o sector farmacêutico e do medicamento tem vindo a sofrer grandes alterações, em grande medida devido à da adesão de Portugal à UE. O autor refere ainda que a Lei 2125, juntamente com o Decreto-Lei nº 48547, foram revogados pelo Decreto-Lei nº 307/2007, de 31 de Agosto conjuntamente com legislação conexas, determina vários pontos de viragem, tais como o modo actuante, como também do perfil de proprietário de uma farmácia comunitária.

No que diz respeito à distribuição geográfica, podemos constatar que no ano de 2011, temos um total de 2789 farmácias comunitárias, sendo 1 por cada 3602 habitantes (valores relativos). A região de L.V.T., contrastando-se com o Alentejo e Algarve, é a região com maior número de farmácias comunitárias (72%) comparativamente às regiões mais a sul. As instalações das farmácias comunitárias, em conformidade com a distribuição

geográfica, estão regulamentadas por critérios geográficos e demográficos, que determina um número mínimo de 3500 habitantes por farmácia e com uma distância mínima de 350 metros entre os estabelecimentos.

Foi possível aferir que as restrições orçamentais estão ainda mais presentes todos os dias. Por consequência, as farmácias tenderam a arranjar novas formas de enfrentar o mercado e as suas repressões, pois aqui é que o farmacêutico vestindo o papel de gestor da organização, deverá atribuir competências aos seus colaboradores, responsabilizando-os e motivando-os, para além de todas as práticas diárias da boa gestão. Por todos os motivos, anteriormente referidos, é importante concluir com a ideia de que a gestão de uma farmácia comunitária toma um respeitado lugar na continuidade da sua actividade e da concretização dos seus objectivos.

4. METODOLOGIA

4.1 Introdução

Na sequência da investigação abordada, o presente capítulo aborda a metodologia inerente à obtenção dos objectivos pretendidos com o estudo. Com a visão de fundamentar e clarificar as decisões tomadas, são neste capítulo abordados os conceitos de universo, amostra e inquérito por questionário, bem como todos os procedimentos utilizados.

Existem três tipos de procedimentos para a recolha de dados, pesquisa documental, pesquisa bibliográfica e contactos directos (Lakatos e Markoni, 1996). No capítulo 2 e 3, recorreu-se ao procedimento de pesquisa bibliográfica, com o objectivo de analisar a progressão e evolução do tema tratado, proporcionando com isso uma abordagem evolutiva do contexto da investigação.

Segundo Carmo e Ferreira (2008), em ciências sociais a expressão metodologia é usada de uma forma precisa para designar processos de recolha sistematizada, no terreno, de dados susceptíveis de poder ser comparados e analisados posteriormente.

Neste capítulo está também desenvolvida toda a explicação e fundamentação das decisões metodológicas bem como, o objectivo primordial da dissertação, de analisar a obtenção de vantagem competitiva no sector farmacêutico comunitário através do serviço de domicílio de medicamentos.

A colheita de dados efectua-se segundo um plano predeterminado. Para Freixo (2011), a colheita de dados é recolha sistemática de informação junto dos participantes, com auxílio de instrumentos de medida pré-seleccionados. A observação, o inquérito por entrevista e o inquérito por questionário são metodologias de colheitas de dados, que permitem eventualmente confirmar uma ou mais hipóteses da investigação.

Com o objectivo de recolher dados susceptíveis de serem analisados cientificamente, na presente investigação, foi utilizado o inquérito por questionário para determinar o estado do tema ou assunto abordado, colocando-se numa estrutura de questões ordenadas de forma pormenorizada (Gil, 1999).

4.2 Inquérito por questionário

O inquérito por questionário define-se como um instrumento de investigação utilizado para recolher dados científicos, baseado num determinado grupo representativo do universo a estudar (Deshaies, 1992).

Os inquéritos por questionários traduzem-se numa oportunidade facilitadora de adquirir dados susceptíveis de serem tratados cientificamente, interrogando um elevado número de pessoas, num curto espaço de tempo. Para além de todas as características mencionadas, é importante referir que esta técnica pode ser usada, numa abordagem de investigação dentro dos temas de natureza social, familiar, económica e profissional (Deshaies, 1992).

São por isso, os instrumentos de colheita de dados e informação mais utilizados, porque utilizam um variado número de questões que permitem apreciar um conjunto de atitudes, opiniões e/ou informação dos inquiridos. É neste sentido, um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo capaz de avaliar variáveis mensuráveis (Freixo, 2011).

A edificação de um inquérito por questionário e a sua formulação são consideradas as etapas cruciais de qualquer investigação. Um ou mais erros cometidos na fase de construção do inquérito por questionário serão reportados para todas as fases seguintes da investigação, podendo até afectar os resultados e conclusões do trabalho de investigação (Ghiglione e Matalon, 1992).

A atitude favorável ou desfavorável dos inquiridos, quanto às primeiras impressões causadas por um questionário, são das principais determinantes para o sucesso dos mesmos. A decisão do preenchimento dos mesmos são definidos por dois principais aspectos a ter em conta, tais como o tamanho e *layout* da informação contida (Hill e Hill, 2005). O inquérito por questionário, ao contrário do inquérito por entrevista, é habitualmente preenchido pelos próprios inquiridos, sendo a utilização da assistência do investigador uma determinante que não traduz diferença (Freixo, 2011).

A apresentação formal e física é das características mais determinantes na recolha de dados por inquérito por questionários. A imagem funciona nestes casos como um elemento legitimador, tendo por isso uma grande responsabilidade no sucesso do mesmo.

Existem por isso vários elementos a ter em conta para que a apresentação seja um elemento a potencializar o sucesso dos inquéritos por questionário. É importante (i) a

apresentação do tema, com breve explicação da investigação, (ii) as instruções claras, curtas e precisas, evitando a contraproducência, (iii) a qualidade e cor do papel, fundamental para que se possa fazer impressão no verso e reverso da folha, (iv) a sua disposição gráfica, facilitando a compreensão dos inquiridos e por isso, adequada ao grupo que se pretende inquirir, (v) a revisão gráfica, não menos importante, evitando deste modo erros sintácticos e gralhas ortográficas e por fim (vi) o número de folhas e informação do tempo médio previsto, tendencialmente reduzido para evitar reacções negativas (Carmo e Ferreira, 2008).

O anonimato é apresentado como um dos factores que diminui os efeitos indesejados das tendências das respostas, por esse motivo, e para que exista uma maior aproximação à realidade dos temas abordados, os autores Hill e Hill (2005) mencionam que esta deverá ser uma característica importante no momento da construção e recolha dos dados através dos inquéritos por questionário.

Na presente investigação, para além da escolha da utilização de inquérito por questionários, por motivos incitais dos resultados da investigação, foi considerada toda a informação do tipo de questionário estruturado, tendo por isso sido criado sobre um *layout* apelativo e com o número de questões possíveis de abordar todo o tema a investigar. Os autores Hague e Jackson (1996) determinam que existem vários modelos de inquéritos por questionários, tais como estruturados, semi-estruturados e não estruturados que determinam a seguinte classificação por administração:

Tabela 4 – Modelos dos questionários

Modelos	Administração
Estruturados	- Inquéritos de Rua; - Inquéritos de Casa; - Telefone; - Preenchimento pelo inquirido.
Semi-estruturados	- Inquérito presencial; - Inquéritos por telefone
Não estruturados.	- Inquérito de Casa; - Inquérito por telefone mais demorados; - Inquéritos por seções de grupo; - Inquérito por visita a uma organização.

Fonte: Adaptado de Hague e Jackson (1996)

Na fase da construção do inquérito por questionário, foi determinado, relativamente ao objectivo do estudo, que a melhor técnica a aplicar, seria a do inquérito por questionário estruturado. Esta decisão é fundamentada pela necessidade científica de existir uma técnica de administração e análise comparativa com a revisão bibliográfica, possível de reflectir os resultados desejados.

É importante existir uma preocupação com a estrutura das questões apresentadas no inquérito por questionário. As primeiras questões deverão estar relacionadas com a descrição dos inquiridos, as seguintes questões deverão ter em conta os temas a abordar pelo tema a investigar (Hill e Hill, 2005 e Freixo, 2011).

Para além da preocupação da estrutura das questões, deverá estar definido o tipo de questões a utilizar, identificando por isso dois tipos possíveis de formular as mesmas, tais como questões abertas e questões fechadas (Freixo, 2011). As mesmas devem ser claras, com significado, para que a clareza, o significado e vocabulário esteja assegurado na percepção dos inquiridos. Neste momento da construção do questionário, deve-se pensar sempre em quem vai responder às questões, tendo por isso, que adequar todo o vocabulário às prováveis habilitações literárias dos inquiridos (Hill e Hill, 2005).

Na presente investigação, optou-se por um inquérito por questionário com perguntas fechadas, com o objectivo de obter uma melhor uniformização da recolha dos dados, permitindo com isso a sua análise estatística. Como mencionado por Freixo (2011), esta escolha possibilita uma maior uniformização, proporcionando por isso uma maior rapidez e simplificação na análise das respostas, embora se saiba que poderá não implicar uma grande concentração no inquirido.

Quanto à formulação das questões, Carmo e Ferreira (2008) referem que deverá ser organizado por temas e por consequência deverá ter uma configuração lógica. Para os autores, habitualmente, um questionário integra vários tipos de questões:

Tabela 5 – Tipo de questões a utilizar num inquérito por questionário

Tipo de questões	Objectivo
Identificação	- Identificam o inquirido; - Possibilitam a análise por grupos sociais.
Informação	- Recolher dados sobre factos e opiniões do inquirido. - Objecto da investigação.
Descanso ou preparação	- Elaboradas intencionalmente para que sirva de pausa para mudar de assunto.
Controlo	- Destinadas a verificar a veracidade de outras perguntas insertas noutros pontos do inquérito por questionário

Fonte: Adaptado de Carmo e Ferreira (2008)

A estrutura do presente inquérito por questionário teve na sua construção, uma grande preocupação, não só pelo motivo da sua aplicação, não se dever só a um grupo ou tipo de amostra, mas por se objectivar a sua aplicação a um grupo de inquiridos muito diversificado. Com o objectivo de aplicar os inquéritos por questionários às farmácias e seus clientes, este contem por isso duas finalidades e âmbitos na recolha de dados, que motivou a construção do inquérito por questionário estruturado com perguntas fechadas, ordenadas por identificação e informação.

A apresentação do inquérito por questionário, aplicado na presente investigação, contempla no seu início, uma breve exposição sobre o contexto e objectivo a que se aplica, tendo por isso a identificação geral sobre a investigação e respectivo inquiridor. Foram desde logo, definidas as questões para cada grupo de inquiridos, ou seja, para as farmácias e para os potenciais clientes, tendo existido a possibilidade de aplicar algumas questões a ambos, porque o objectivo das mesmas era dual. Esta estrutura foi desenhada com o objectivo de recolher os dados de ambas as amostras, num único questionário.

Não menos importante, foi a definição do tempo médio de 15 minutos para a recolha dos dados, segundo Carmo e Ferreira (2008), poderá diminuir os impactos negativos numa primeira abordagem.

4.2.1 Escalas de medidas

Torna-se necessário quando tratamos de construir um inquérito por questionário, determinar um conjunto de alternativas de respostas às questões colocadas no questionário possíveis, de posteriormente, serem analisadas por técnicas estatística. É possível identificar quatro possíveis categorizações de escalas, inumeradas por ordem crescente de precisão, sendo elas as (i) escalas nominais, (ii) escalas ordinais, (iii) escalas intervalares ou de intervalos e por fim (iv) as escalas de razão ou de proporção (Freixo, 2011).

Para Hil e Hil (2005), as escalas nominais e as escalas ordinais, são as mais comuns de se aplicarem em inquéritos por questionários. Neste seguimento é possível determinar, as características de cada escala, utilizando-as conforme o tipo de questão que se pretende elaborar no inquérito por questionário.

Tabela 6 – Escalas de medidas

Nível	Descrição
Escalas Nominais	- Permite distribuir os sujeitos, acontecimentos ou objectos por categorias. Atribui números sem valor numérico, não podendo ordena-los por grandeza.
Escalas Ordinais	- Os acontecimentos ou objectos são classificados segundo uma ordem de grandeza, indicando deste modo a graduação e não as quantidades.
Escalas de Intervalos	- Os intervalos entre os números são considerados como iguais, podendo neste caso ser adicionado ou subtraído. Como não se trata de números absolutos, o cálculo faz-se através de um zero arbitrário.
Escalas de Razão ou Proporção	- Apresenta-se com um zero absoluto com significado empírico, estando os seus números inteiramente ligados com a quantidade real da medida. Os números podem ser sempre submetidos a qualquer operação matemática.

Fonte: Freixo (2011: p. 211)

As questões apresentadas no inquérito por questionário, utilizado na presente investigação, tiveram uma edificação muito cuidada no que diz respeito às possíveis respostas que se pretendia obter dos inquiridos. Uma vez utilizado um inquérito estruturado, e dada a natureza de questões que se pretendia analisar, a escolha das escalas nominais e ordinais foi a mais adequada.

As escalas nominais e ordinais permitem normalizar e irmanar as respostas de todos os inquiridos, podendo com isso analisar todas as questões com relevância científica.

4.2.2 Diversidade de canais de comunicação

Existem vários canais de comunicação entre o inquiridor e inquirido. Por isso, aquando da sua construção deve-se ter em conta vários factores e determinantes relativamente à sua natureza. Podem ser enviados por correio, sendo neste caso necessário o envio de envelopes com resposta paga, para que se possa deste modo diminuir a possibilidade de não obter resposta. Poderá ser também utilizado o canal de comunicação por portador, onde é delegada a função de recolher a informação contida no inquérito por questionário, devendo nestes casos existir uma preocupação em preparar as mesmas para que não sejam apenas agentes de realização do inquérito por questionários (Carmo e Ferreira, 2008). Também podem ser aplicados por canais de comunicação de circuitos burocráticos. Normalmente recorre-se a este tipo de canal todas as investigações relacionadas com organizações, definindo-se por isso, por enviar os mesmos através dos canais de comunicação pertencentes aos grupos organizacionais que se pretende investigar, como por exemplo organizações profissionais e associações de cooperação (Carmo e Ferreira, 2008).

É possível o envio via telemática, embora este canal de comunicação não esteja acessível a toda a população, existe um grande potencial de respostas por parte dos *cibernautas*. Quanto a sua caracterização, este tipo de canal de comunicação possibilita a aplicação de um inquérito por questionário em grande escala, disseminando por todo o tipo de redes e por todo o mundo. Possibilita ainda a curto prazo uma recolha de dados em grande escala, tendo como inconveniente de não revestir todo o universo a inquirir (Carmo e Ferreira, 2008).

Por uma questão de agilidade e fiabilidade na recolha de dados, o canal utilizado para a aplicação do inquérito por questionário, da presente investigação, foi a recolha de dados directa. Embora apresentada como uma desvantagem, por causa da enorme necessidade da dispensa de tempo, para que se possível a efectivação do mesmo, todos os restantes canais possíveis de serem aplicados apresentavam igualmente desvantagens. A elevada taxa de não resposta, quando utilizado, por exemplo, como meio de comunicação os correios, a incongruência no que diz respeito à utilização telemática por motivos

amostrais e a impossibilidade de aplicação através dos meios burocráticos, foram os motivos que determinaram a aplicação dos inquéritos por questionários com recolha directa junto da amostra.

4.2.3 Pré-Teste do inquérito por questionário

A realização do pré-teste é de extrema importância para a continuação da aplicação de uma metodologia de investigação. Este pré-teste, não só permite confirmar todo o desenho formulado para o inquérito por questionário, como também definir o seu tempo de aplicação. Permitirá, caso seja necessário, ajustar e/ou confirmar se os inquiridos entendem toda a sua envolvente, e por consequência toda a sua objectivação. O *layout* e respectivo entendimento são assim testados por esta fase muito importante da aplicação do inquérito por questionário (Saunders, Lewis e Thornhill, 2009).

Neste seguimento, na presente investigação o inquérito por questionário foi aplicado numa fase de pré-teste, a uma farmácia comunitária e a dez possíveis clientes/habitantes da área envolvente das farmácias comunitárias em estudo. Obteve-se com isso todos os pontos possíveis de serem melhorados no que respeita à interpretação destes grupos que se pretendia inquirir.

Com a realização do pré-teste do inquérito por questionário da presente investigação, foi possível identificar alguns pontos possíveis de melhorar, nomeadamente no que diz respeito à clarificação de alguns termos científicos, que em alguns casos eram desconhecidos pelos clientes. No que respeita aos dados recolhidos do pré-teste realizado à farmácia comunitária, foi detectado alguns problemas de estrutura e terminologia das questões. Assim foi necessário reformular e melhorar os objectivos de cada pergunta, para que se aproximassem ainda mais da realidade das farmácias comunitárias. Nesta realização, verificou-se também a necessidade de colocar um novo campo de identificação do inquirido, ainda assim, anónimo mas que permitisse o envio posterior dos resultados da investigação, caso o mesmo o solicitasse. Por último, foi verificado que o tempo médio estimado inicialmente de 20 minutos, mas confirmou-se que era excessivo pelo que se adaptou o mesmo, a um tempo médio/máximo de 15 minutos para a realização do mesmo.

4.3 Conceitos e objectivo da análise

Após recolha de dados, são necessários alguns procedimentos para se poder obter uma ligação lógica com o objecto da investigação. A classificação, codificação e tabulação são para Freixo (2011), são os passos seguintes para que se possa proceder à análise e interpretação dos dados.

A validação da base dos dados recolhidos foi realizada com recurso ao *Software – Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Versão 21*.

Neste sentido, os quadros traduziram um potencial enorme na preparação da análise e obtenção das conclusões capazes de se transporem em resultados científicos. Os gráficos são outro modo de apresentação dos dados, definindo-se por serem capazes de reagrupar os dados recolhidos. Estes permitem a visualização sob a forma de ilustração, permitindo a visualização das distribuições para um ou mais sujeitos (Freixo, 2011).

4.3.1 População e amostra

Qualquer investigação empírica é determinada por recolha de dados, dados esses que se traduzem em informação. Define-se Universo ou População da investigação como sendo o conjunto de casos, tais como (i) famílias, (ii) empresas, (iii) concelhos, etc. onde se pretende retirar conclusões. A recolha de informação, por ser inexecutável de fazer a toda a população, é a razão pela qual o investigador opta por apenas aplicar a uma parte desse universo. O subconjunto da População sobre o qual a análise vai incidir designa-se por Amostra (Hill e Hill, 2005 e Freixo 2011).

No que respeita à amostragem probabilística, o autor refere que a técnica define-se por permitir a selecção aleatória dos elementos de uma população para constituir a amostra.

A questão relacionada com a dimensão da amostra, nem sempre é fácil de responder (Hil e Hil, 2005). Caso o investigador não possa utilizar análises de potências para determinar a dimensão da amostra, é recomendado que inclua o maior número possível de sujeitos a inquirir (Freixo, 2011).

Para ultrapassar esta questão da dimensão da amostra, são tomadas algumas recomendações a ter aquando da selecção de uma amostra (Freixo, 2011):

- Dimensão mínima de 30 unidades estatísticas;
- Amostras muito grandes, não necessitam de utilizar grupos importantes;

- Caso o comportamento flutue muito, deverá se ter em conta um maior número de unidades estatísticas;

- Menos exactidão no instrumento de medida traduz-se na necessidade de ter um maior número de unidades estatísticas.

Tendo em conta os recursos disponíveis para a presente investigação, foi considerada a técnica de amostragem probabilística aleatória simples, tendo como a população da região de L.V.T., distrito de Setúbal, nomeadamente dos concelhos do Barreiro, Moita e Setúbal como população em estudo.

Das 54 farmácias comunitárias com actividade nos concelhos mencionados anteriormente, foi recolhida uma amostra de 41 locais de venda de medicamentos (INE, 2012).

Tabela 7 – População e amostra das farmácias Comunitárias

	População	Amostra	Nº Relativo (%)
Barreiro	10	7	70,00 %
Moita	14	11	78,57 %
Setúbal	30	23	76,67 %
Total	54	41	75,93 %
Distrito	201	41	20,40 %

Fonte: Elaboração própria

De um total de 201 Farmácias comunitárias presentes no distrito de Setúbal, foi possível inquirir 20,40% locais de venda de medicamentos, o que representa 75,93 % do número de farmácias comunitárias dos concelhos do Barreiro, Moita e Setúbal.

Com o objectivo de complementar o presente estudo, foi também estudada uma amostra dos habitantes envolventes às farmácias comunitárias.

No que respeita aos inquéritos dos clientes e habitantes destes concelhos, a recolha da amostra teve por base um processo de amostragem aleatória simples, considerados os potenciais consumidores das farmácias comunitárias. Nesta amostra, foi recolhido o número mínimo de 147 inquéritos a clientes.

Na presente investigação, considerou-se uma amostra aleatória simples, por vários motivos relacionados com o objectivo do estudo, tais como a característica de (i) recolha directa dos inquéritos por questionários e (ii) pelo facto de ser objectivo do estudo ter vários grupos inquiridos.

4.3.2 Análise descritiva e teste de independência entre duas Variáveis.

Com já referido anteriormente, qualquer investigação empírica é determinada por recolha de dados, dados esses que se traduzem em informação (Hill e Hill, 2005 e Freixo 2011). Por esse motivo, a estatística visa revelar toda essa informação contida num grande número de dados. Por esse motivo, a redução efectiva dos dados possibilitando a sua interpretação, é objectivo primordial da estatística descritiva, debruçando-se neste sentido sobre as técnicas e métodos que o permitam fazer (Nunes e Afonso, 2005).

Neste sentido, o *Data Analysis* referenciado como um conjunto de técnicas estatísticas que aprofundam a aquisição e qualidade no tratamento dos dados, vem reconhecer duas componentes essenciais neste processo de análise dos dados recolhidos. Em primeiro lugar e mais próximo da estatística descritiva, temos a análise exploratória dos dados que pretende isolar as estruturas e padrões mais significativos e estáveis. Em segundo lugar, temos a estatística indutiva que efectiva uma análise confirmatória dos dados, avaliando deste modo a permanência das estruturas e padrões detectados (Nunes e Afonso, 2005).

O principal objectivo da análise da presente investigação, foi a caracterização geral dos inquiridos através de uma análise descritiva dos dados, tendo sido em alguns casos complementada por uma análise de dependência entre duas variáveis.

Para avaliar se duas variáveis eram dependentes (correlacionadas) ou independentes foi utilizado o teste de Qui Quadrado (χ^2) de independência ou o teste Exacto de Fisher (F).

Num teste de Qui Quadrado (χ^2) de independência, as hipóteses estatística envolvidas são:

H_0 : As variáveis são independentes

versus

H_1 : As variáveis não são independentes (estão correlacionadas)

A estatística de testes é dada por:

$$X^2 = \sum \sum \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

onde O_{ij} representam as frequências observadas em cada célula e E_{ij} as frequências que se esperaria encontrar se as variáveis fossem independentes (isto é, se H_0 fosse verdadeira).

Deste modo, o valor da estatística de teste mede o quanto é que os valores observados se desviam do valor esperado, caso as duas variáveis não estejam correlacionadas. Assim, quanto maior o seu valor, mais significativa é a relação entre a variável dependente e a variável independente (Nunes e Afonso, 2005).

Para que se possa aplicar o teste do Qui Quadrado (χ^2) de independência é necessário que estejam verificadas as seguintes condições: (i) a dimensão da amostra é superior a 20, (ii) Todos os E_{ij} são superiores a 1 e (iii) pelo menos 80% dos E_{ij} são superiores a 5.

O teste Fisher (F) pode ser aplicado em tabelas 2x2, como alternativa ao teste do Qui Quadrado (χ^2), quando os pressupostos deste não estejam garantidos (Marroco, 2011).

Para aplicação dos testes do Qui Quadrado (χ^2) e do teste Fisher (F), foi considerado o nível de significância 5%. Assim, se valor-p do teste for inferior ou igual a 0,05, então rejeitamos a hipótese de independência, ou seja, existe correlação entre as variáveis; se, por outro lado $\text{valor-p} > 0,05$, então não rejeitamos a hipótese de independência, ou seja, não há evidência de que exista uma estrutura de dependência entre as variáveis em estudo.

A formulação e delimitação da análise descritiva, bem como da inferência estatística através da análise da independência das variáveis, foram essenciais na condução da investigação para a obtenção dos objectivos inicialmente impostos pelo tema. Por todos os estes motivos, podemos concluir que a presente análise assentou num modelo de pesquisa transversal e exploratório (Nunes e Afonso, 2005).

4.4 Síntese

A técnica utilizada na metodologia da presente investigação, foi a do inquérito por questionário. É de extrema importância referir que toda a sua edificação, teve uma grande preocupação no que respeita (i) à estrutura das questões apelativa, (ii) *layout* aprazível, (iii) simplificação das questões de investigação, (iv) definição das escalas de medidas para obter o máximo de rentabilidade na estratificação dos resultados e (v) o anonimato para obter uma maior aproximação à realidade. O inquérito por questionário da presente investigação, teve ainda uma formulação mais cuidada, uma vez que foi objectivo, aplica-lo aos dois tipos de amostras recolhidas, ou seja, o mesmo deveria recolher os dados respeitantes às farmácias comunitárias e aos seus potenciais clientes. Este objectivo, criou

ainda uma maior preocupação na própria edificação e estrutura do mesmo, porque teve de ser capaz de repercutir os objectivos de ambas as amostras.

Na sequência da construção da estratégia de aplicação dos inquéritos por questionários, foi determinado, que o canal de distribuição mais rentável para a investigação seria a sua recolha directa pelo investigador. Esta decisão é fundamentada pela necessidade de obter o maior número possível de respostas às questões da investigação num curto espaço de tempo. Dado o canal de distribuição via telemática abranger apenas os *cibernautas* e porque o canal por correio, traduzia numa elevada taxa de não resposta, motivou conjuntamente como já mencionados anteriormente, a decisão da recolha dos inquéritos por questionários pelo próprio investigador.

Existiu uma grande preocupação, no que respeita à aplicação dos inquéritos por questionários numa primeira fase, denominada de pré-teste. Com a aplicação dos mesmos, nesta fase primária, foi possível determinar alguns pontos a reestruturar no inquérito por questionário, para o tornar mais eficaz. Foi identificado que existia vários termos que não estavam compreensíveis, originando por isso compreensões desajustadas com o objectivo primordial do mesmo. Foi também entendido que existiria a necessidade de incluir um campo de identificação anónima, caso os inquiridos pretendessem obter os resultados da investigação. A aproximação do tempo real de execução do inquérito para 15 minutos de tempo máximo de resposta, foi feita segundo uma reestruturação necessária, detectada através da realização do pré-teste do inquérito por questionário.

No que respeita à amostra da população inquirida, é possível concluir que num total de 54 farmácias comunitárias com actividade nos concelhos do Barreiro, Moita e Setúbal, foi possível obter um número de respostas de cerca de 75,93%, ou seja, das 201 farmácias comunitárias no distrito de Setúbal, foi possível obter uma taxa de respostas de cerca de 20,40%. Já no que respeita à amostra dos potenciais clientes, amostra essa meramente indicativa, foi possível recolher 149 inquéritos por questionário, realizada tal como no caso das farmácias comunitárias de forma aleatória simples.

Foi através SPSS Versão 21, que após a construção e aplicação dos inquéritos por questionários, foi realizada a análise dos dados obtidos. A codificação, validação e tratamentos dos dados, realizada sobre procedimentos rigorosos e sobre um plano estatístico, foi realizada também através do *Software* supra referenciado.

O principal objectivo da análise da presente investigação, foi a caracterização geral dos inquiridos através de uma análise descritiva dos dados, tendo sido em alguns casos complementada por uma análise de dependência entre duas variáveis.

Em forma de conclusão, é importante referir que, a delimitação do objectivo da análise da foi de caracterizar, num modo geral os inquiridos através da análise descritiva dos dados, tendo sido complementada por uma análise de dependência das variáveis, com o objectivo secundário de identificar padrões e dependências entre as variáveis em estudo.

Existiu por isso, sempre um cuidado especial em considerar os objectivos da presente investigação, em declínio da aplicação de modelos e técnicas estatísticas mais elaboradas que se traduzissem em desprendimentos dos objectivos inicialmente pretendidos com o tema.

A análise descritiva, bem como da inferência estatística através da análise da independência das variáveis, foram essenciais na condução da investigação para a obtenção dos objectivos inicialmente impostos pelo tema.

5. ANÁLISE DOS DADOS

5.1 Introdução

O presente capítulo, tem como objectivo descrever os resultados obtidos pela análise efectuada, e supra referenciada no capítulo 4. Esta análise teve por base, os inquéritos por questionário aplicados aos dois tipos de amostra (as farmácias e seus clientes), com o objectivo de (i) caracterizar (ii) compreender e (iii) analisar as variáveis que traduzem os objectivos primordiais do tema de investigação. Por esse motivo, o presente capítulo está dividido em duas partes, definidas por análise das farmácias e análise dos clientes. Estas convergem, dentro dos seus objectivos, para obter as conclusões sobre o tema da investigação.

A delimitação da análise e suas ferramentas estatísticas, foram essenciais neste processo, para atingir o objectivo da investigação. Foi por isso, aplicada as técnicas de estatística descritiva e de inferência estatística, nomeadamente o teste do Qui Quadrado (χ^2) teste exacto de Fisher (F). Todas estas ferramentas e testes estatísticos estão representados no presente capítulo, determinando uma logica coerente entre a revisão bibliográfica e os resultados obtidos.

É importante referir nesta fase introdutória, que na presente análise é fornecido todos os dados através de tabelas e ilustrações relevantes para atingir os objectivos da investigação, tendo sido remetido para os anexos da presente dissertação, os restantes dados das variáveis complementares aplicadas nos inquéritos por questionário.

5.2 Farmácias comunitárias

Numa primeira fase, torna-se essencial referir que o inquérito por questionário que fora aplicado às farmácias comunitárias, teve por base a disponibilidade dos profissionais das farmácias, ou seja, dos directores técnicos e técnicos superiores de farmácia. Sempre que existiu disponibilidade por parte do superior hierárquico, de responder às questões do inquérito por questionário, foi aplicado. Caso contrário, foi respondido pelo responsável pelo teatro das operações, ou seja por um técnico superior de farmácia.

5.2.1 Distribuição geral da amostra

Podemos verificar pela Tabela 8, que apenas foi possível obter 24,40 % de respostas por parte dos directores técnicos, tendo sido recolhidos na sua maioria pelos técnicos superiores de farmácia com responsabilidade operacional.

Tabela 8 – Actividade profissional dos farmacêuticos

Actividade Profissional	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)
Director(a) Técnico(a)	10	24.40
Técnico(a) Superior de Farmácia	31	75.60
Total	41	100.00

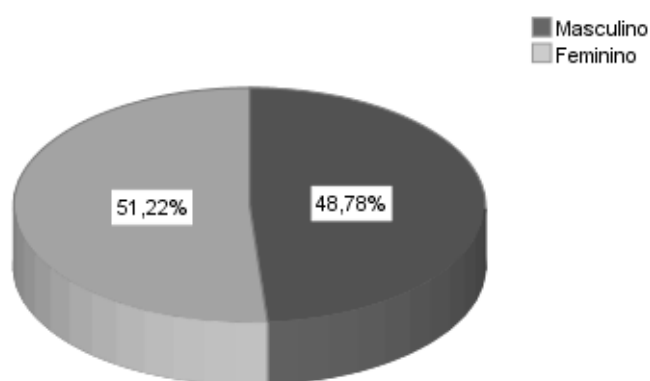
Fonte: Elaboração própria

Tabela 9 - Distribuição etária dos profissionais das farmácias

Classes	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)	Frequência Relativa Acumulada (Σf)
18-30	2	4,90	4,90
31-40	9	22,00	26,80
41-50	13	31,70	58,50
51-60	5	12,20	70,70
61-70	11	26,80	97,60
71 ou +	1	2,40	100,00
Total	41	100,00	

Fonte: Elaboração própria

Ilustração 2 - Género dos profissionais das farmácias

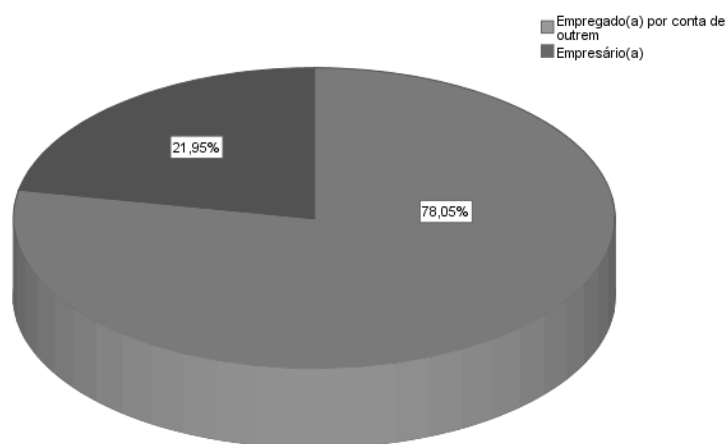


Fonte: Elaboração própria

Tabela 10 - Habilitações literárias dos profissionais das farmácias

Habilitações Literárias	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)	Frequência Relativa Acumulada (Σf)
Bacharelato	9	22,00	22,00
Licenciatura	8	19,50	41,50
Pós-Graduação	10	24,40	65,90
Mestrado	8	19,50	85,40
Doutoramento	6	14,60	100,00
Total	41	100,0	

Fonte: Elaboração própria

Ilustração 3 - Actividade profissional dos profissionais das farmácias

Fonte: Elaboração própria

No que respeita à distribuição etária dos profissionais das farmácias comunitárias inquiridas, podemos verificar que a maior parte dos respondentes, têm idades compreendidas no intervalo dos 18 – 50 anos, representando 58,50 % do total (Tabela 9). Relativamente ao género, podemos constatar que, a variável apresenta uma distribuição equitativa, tendo um pouco mais de respondentes do género feminino, representando estes 52,22 % do total (Ilustração 2).

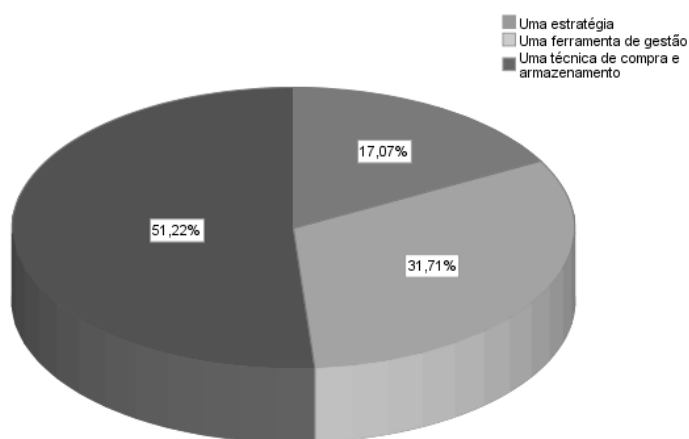
No que respeita às habilitações literárias, podemos verificar que os profissionais das farmácias inquiridas, têm na sua maioria habilitações literárias acima da licenciatura. Ainda assim, é possível identificar através da amostra, que a Pós-Graduação é o grau apresentado com maior número de respondentes, representando 24,40 % do total (Tabela 10).

Quanto à actividade profissional a grande maioria dos inquiridos pertence à categoria “Empregado(a) por conta de outrem”, representando 78,00% do total (Ilustração 3).

5.2.2 Distribuição das variáveis da investigação

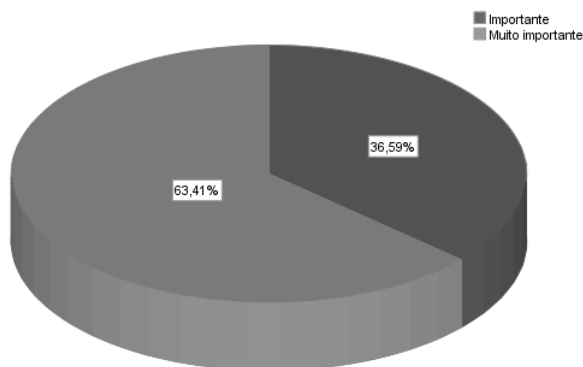
Relativamente à logística e abastecimento do medicamento, podemos verificar que, na amostra recolhida existe uma percepção contrária à do autor Persson (1991). O abastecimento do medicamento é identificada pela amostra, na sua maioria (51,22 %), como uma técnica de compra e armazenamento organizacional, não considerando por isso a sua integração na estratégia organizacional (Ilustração 4).

Ilustração 4 -Abastecimento do medicamento



Fonte: Elaboração própria

Ilustração 5 - Importância da imediata dispensa/aquisição do medicamento



Fonte: Elaboração própria

Os dados recolhidos encontram-se em concordância com o autor Dias (2005a), que menciona a importância da disponibilização do produto/serviço, no momento certo ao menor custo, constatámos que 63,41 % dos indivíduos classificam como “Muito Importante” a imediata dispensa de medicamentos (Ilustração 5).

No que se refere à importância do abastecimento do medicamento, a amostra recolhida é muito expressiva. Evidencia com uma resposta de 100,00 % que é muito importante para a continuidade da farmácia, as actividades logísticas ao serviço da estratégia organizacional (Costa, Dias e Godinho, 2010 e Carvalho, 2010) (Tabela 11).

Tabela 11 -Abastecimento do medicamento

Abastecimento	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)
Sim	41	100,00
Total	41	100,00

Fonte: Elaboração própria

A transversalidade das actividades logísticas, nomeadamente no circuito do medicamento, é encarado pela maioria dos inquiridos (80,50 %), como importante (Tabela 12). Assim, os dados recolhidos transmitem-nos que existe uma grande consideração em suprir as necessidades dos clientes tal como referencia o autor Carvalho (2002).

Tabela 12 -Transversalidade do circuito do medicamento

Transversalidade	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)
Não	8	19,50
Sim	33	80,50
Total	41	100,00

Fonte: Elaboração própria

Tabela 13 - Estratégia para obter vantagem competitiva

Estratégia	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)	Frequência Relativa Acumulada (Σf)
Custos	14	34,10	34,10
Diferenciação	17	41,50	75,60
Híbrida (custos e diferenciação)	10	24,40	100,00
Total	41	100,00	

Fonte: Elaboração própria

Tabela 14 - Cadeia de abastecimento na obtenção de vantagem competitiva

Vantagem Competitiva	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)
Não tenho opinião	7	17,10
Sim	34	82,90
Total	41	100,00

Fonte: Elaboração própria

Quanto à estratégia organizacional, a amostra recolhida não define propriamente uma estratégia organizacional. É possível identificar através da tabela 13 que, 41,50 % dos indivíduos identifica a estratégia da sua farmácia comunitária como diferenciada, ficando bem representado a opção por uma estratégia de custos ou diferenciação, desconsiderando a estratégia híbrida.

Com os dados recolhidos na amostra, podemos verificar que, 82,90 % dos indivíduos identificam que as actividades logísticas, tendo como enfoque na cadeia de abastecimento, englobadas na estratégia, traduzem-se na obtenção de vantagem competitiva (Tabela 14). O que se verifica em concordância com Persson (1991).

Tabela 15 - Relacionamento interorganizacional na obtenção de vantagem competitiva através da cadeia de abastecimento

			Relacionamento Interorganizacional		Total
			Indiferente	Sim	
Cadeia de Abastecimento	Não tenho opinião	Frequência Absoluta (F)	7	0	7
	Sim	Frequência Absoluta (F)	1	33	34
Total		Frequência Absoluta (F)	8	33	41
Teste de independência das variáveis (Valor p)					
Fisher (F)			0,00		

Fonte: Elaboração própria

Ao relacionar a importância do relacionamento interorganizacional com a importância na cadeia de abastecimento, podemos constatar que, existe uma forte relação, entre a cadeia de abastecimento e o bom relacionamento interorganizacional (Tabela 15). Relação esta comprovada pelo teste exacto de Fisher (F) (valor $p < 0,05$).

Este resultado vai ao encontro do referido por Dyer e Singh (1998) e Aguiar (2012), onde referem que numa perspectiva de recursos, existe a possibilitando de criar vantagem competitiva com base na criação de redes de relacionamentos.

Tabela 16 - Política de compras agregada à estratégia empresarial

			Política de compras (Estratégia de Custos)			Total
			Indiferente	Não	Sim	
Estratégia	Custos	Frequência Absoluta (F)	0	0	14	14
	Diferenciação	Frequência Absoluta (F)	1	2	14	17
	Híbrida (custos e diferenciação)	Frequência Absoluta (F)	1	1	8	10
Total		Frequência Absoluta (F)	2	3	36	41

Fonte: Elaboração própria

Quanto à política de compras agregada/estruturada a uma estratégia organizacional, a amostra não apresenta com uma distribuição que revele evidência estatística de dependência. Embora seja possível verificar através da tabela 16 que, uma boa política de compras é transversal a todos os tipos de estratégia estando representado por 87,8% do total de respostas.

Tabela 17 - Valorização de uma farmácia (Bens e Serviços Complementares, Serviços Diferenciados, tais como Domicílios e Preço)

Valorização	Bens e Serviços Complementares		Serviços Diferenciados, tais como Domicílios		Preço	
	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)
Valoriza	20	48,80	12	29,30	10	24,40
Não Valoriza	21	51,20	29	70,70	31	75,60
Total	41	100,00	41	100,00	41	100,00

Fonte: Elaboração própria

Os bens e serviços complementares e os serviços diferenciados, tais como os domicílios foram as variáveis mais referenciadas, tendo-se verificado que 48,80 % e 29,30 %, respectivamente, das farmácias valorizam estes factores. (Tabela 17).

A amostra revela ainda que as farmácias, definem o seu foco no cliente final em todas as fases da sua cadeia de abastecimento. Pode-se verificar através da análise da tabela 18, que 75,60% das farmácias inquiridas admitem pensar na satisfação do cliente em todas as suas actividades logísticas, em conformidade com os autores Ratliff e Nulty (1996).

Tabela 18 - Cadeia de abastecimento e o foco no cliente Final

Cliente Final	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)
Algumas vezes	10	24,40
Sim	31	75,60
Total	41	100,00

Fonte: Elaboração própria

Tabela 19 - Relevância da imediata dispensa do medicamento

Relevância	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)
Muito Relevante	13	31,70
Relevante	21	51,20
Sem relevância	7	17,10
Total	41	100,00

Fonte: Elaboração própria

Para Aguiar (2012) em concordância com Robles (2000), é muito importante dispor do medicamento no momento certo, à quantidade e preço certo. Neste sentido, 51,2% das farmácias inquiridas consideram relevante dispor do medicamento nestas condições embora 17,1%, das farmácias, consideram sem importância esta constatação dos autores (Tabela 19).

O factor mais relevante no momento da dispensa do medicamento, é o custo/preço, tendo sido referenciado como relevante por 80,5 % farmácias inquiridas (Tabela 20).

Tabela 20 - Factor relevante no momento da dispensa do medicamento (Diversidade de bens e serviços, Custo/Preço e Imagem/marca da sua Farmácia)

Relevante	Diversidade de bens e serviços		Custo/Preço		Imagem/marca da sua Farmácia	
	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)
Sim	15	36,60	33	80,50	1	2,40
Não	26	63,40	8	19,50	40	97,60
Total	41	100,00	41	100,00	41	100,00

Fonte: Elaboração própria

Tabela 21 - Serviço de dispensa de medicamentos ao domicílio

Domicílio	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)
Não	35	85,40
Sim	6	14,60
Total	41	100,00

Fonte: Elaboração própria

Tabela 22 - Valorização dos serviços diferenciados, tais como domicílios pela actividade profissional

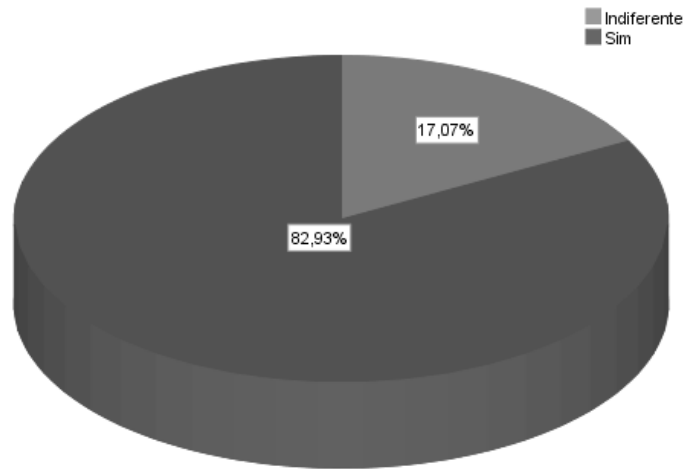
			Actividade Profissional		Total
			Empregado(a) por conta de outrem	Empresário(a)	
Domicílios	Valoriza	Frequência Absoluta (F)	11	1	12
		Frequência Relativa (f)	28,20%	2,60%	30,80%
	Não valoriza	Frequência Absoluta (F)	19	8	27
		Frequência Relativa (f)	48,70%	20,50%	69,20%
Total		Frequência Absoluta (F)	30	9	39
		Frequência Relativa (f)	76,90%	23,10%	100,00%
Teste de independência das variáveis (Valor p)					
Fisher (F)			0,28		

Fonte: Elaboração própria

Pode-se observar que, 14,6% das farmácias comunitárias admite dispor do serviço de dispensa de medicamentos ao domicílio (Tabela 21).

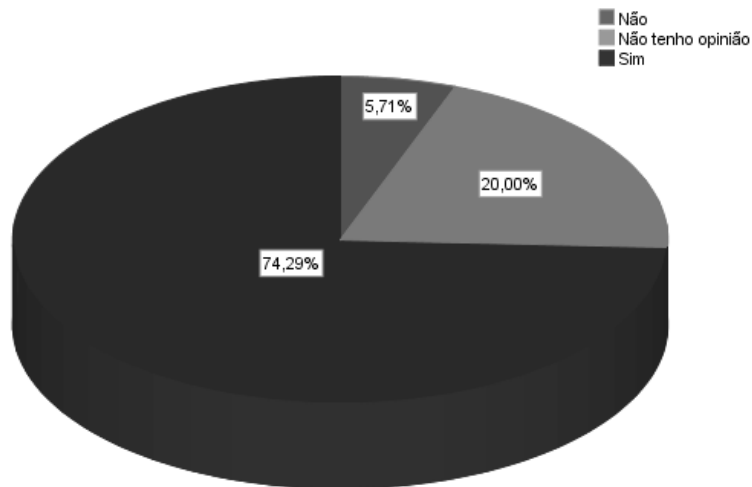
Pode-se também verificar através da tabela 22 que, a valorização do serviço de domicílios, é independentemente da actividade profissional. A conclusão está reforçada pelo teste exacto de Fisher (F), onde concluímos que existe evidência estatística que a valorização do serviço de dispensa de medicamentos ao domicílio seja dependente da actividade profissional (valor $p > 0,05$).

Ilustração 6 - Importância da variedade de bens e serviços disponibilizados na continuidade da farmácia



Fonte: Elaboração própria

Ilustração 7 - Considera um serviço de dispensa de medicamentos uma vantagem competitiva



Fonte: Elaboração própria

Da análise das ilustrações 6 e 7, podemos constatar que 82,93 % das farmácias inquiridas, consideram relevante existir variedade de serviços e bens disponibilizados, embora também considerem que o serviço de dispensa de medicamentos ao domicílio, traria impacto na obtenção de vantagem competitiva (74,29%).

5.3 Clientes das farmácias

A recolha de dados junto dos clientes das farmácias comunitárias, como já mencionado anteriormente, teve como objectivo primordial complementar os resultados obtidos das farmácias inquiridas. Pretendendo (i) identificar, (ii) compreender e (iii) analisar o modo como os clientes, acolhem e se relacionam com o serviço de dispensa de medicamentos aos domicílios.

5.3.1 Distribuição geral da amostra

Podemos constatar que, no que respeita à distribuição etária, a maioria dos clientes inquiridos, tem idade compreendida no intervalo 31- 40 e 51 – 60 anos de idade. Estes dois intervalos de idades, representam 55,00 % do total da amostra (Tabela 23).

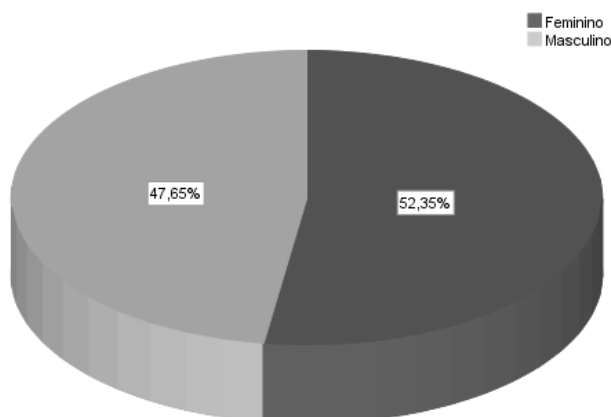
Tabela 23 - Distribuição etária dos clientes das farmácias

Classes	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)	Frequência Relativa Acumulada (Σf)
18-30	17	11.40	11.40
31-40	44	29.50	40.90
41-50	19	12.80	53.70
51-60	38	25.50	79.20
61-70	24	16.10	95.30
71 ou +	7	4.70	100.00
Total	149	100.00	

Fonte: Elaboração própria

Da ilustração 8, verifica-se que, embora a diferença seja mínima, o género feminino está em maioria (52,35 %).

Ilustração 8 - Género dos clientes das farmácias



Fonte: Elaboração própria

Ao realizarmos uma análise às habilitações literárias dos clientes inquiridos, conseguimos compreender que 78,5 % destes indivíduos detém nível de escolaridade igual ou inferior ao nível secundário (Tabela 24).

Tabela 24 - Habilitações literárias dos clientes das farmácias

Habilitações Literárias	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)	Frequência Relativa Acumulada (Σf)
Menos de 4 anos de escolaridade	14	9,40	9,40
1º Ciclo	53	35,60	45,00
2º Ciclo	9	6,00	51,00
3º Ciclo	10	6,70	57,70
Secundário	31	20,80	78,50
Licenciatura	16	10,70	89,30
Pós-Graduação	8	5,40	94,60
Mestrado	7	4,70	99,30
Doutoramento	1	0,70	100,00
Total	149	100,0	

Fonte: Elaboração própria

Tabela 25 - Actividade profissional dos clientes das farmácias

Actividade Profissional	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)
Empregado(a) por conta de outrem	72	48,3
Doméstico(a)	15	10,1
Empresário(a)	12	8,1
Reformado(a)	35	23,5
Profissional Liberal	4	2,7
Outra	11	7,4
Total	149	100,0

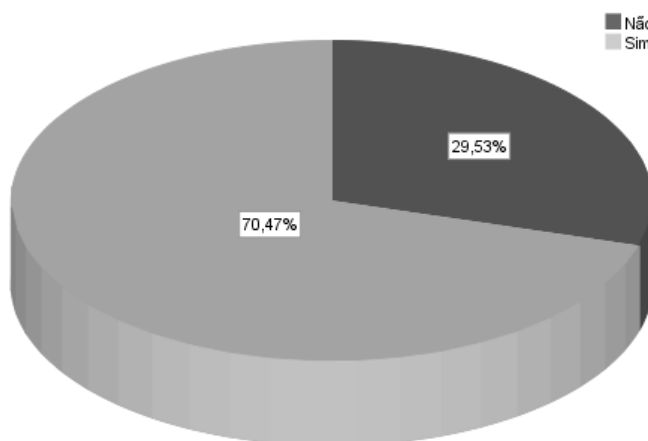
Fonte: Elaboração própria

No que respeita à actividade profissional, podemos constatar que os clientes que se disponibilizaram a responder às questões do inquérito por questionário, na sua maioria, são empregados (as) por conta de outrem (48,30 %), seguindo da situação de reformado com representatividade na presente amostra de 23,50 % (Tabela 25).

5.3.2 Distribuição das variáveis da investigação

Com a recolha dos dados, das variáveis em estudo sobre os clientes das farmácias comunitárias, podemos verificar através da ilustração 9, que 70,47 % dos inquiridos referiram que se deslocam habitualmente à farmácia comunitária.

Ilustração 9 - Frequência habitual dos clientes à farmácia



Fonte: Elaboração própria

Neste seguimento, 22,10 % dos clientes identifica os serviços diferenciados, tais como os domicílios como factor que valoriza uma farmácia. Ainda assim, entre a imagem; atendimento; disponibilidade do medicamento; bens e serviços complementares; serviços diferenciados, tais como domicílios, os indivíduos identificam o preço como o factor que mais valorizam, tendo este factor sido referenciado por 34,20 % dos inquiridos (Tabela 26).

Tabela 26 - Valorização de uma farmácia (Bens e Serviços Complementares, Serviços Diferenciados, tais como Domicílios e Preço)

Valorização	Bens e Serviços Complementares		Serviços Diferenciados, tais como Domicílios		Preço	
	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)
Valoriza	19	12,80	33	22,10	51	34,20
Não Valoriza	130	87,20	116	77,90	98	65,80
Total	149	100,00	149	100,00	149	100,00

Fonte: Elaboração própria

Tabela 27 - Frequência habitual dos clientes à farmácia considerando pela Idade

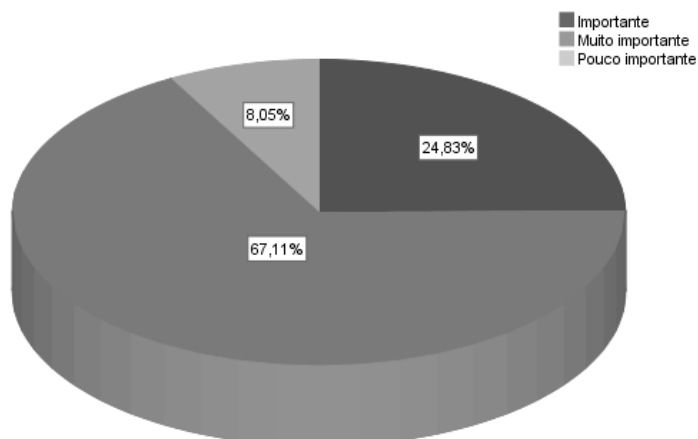
			Frequência habitual		Total
			Não	Sim	
Idade	18-30	Frequência Absoluta (F)	4	13	17
	31-40	Frequência Absoluta (F)	7	37	44
	41-50	Frequência Absoluta (F)	8	11	19
	51-60	Frequência Absoluta (F)	17	21	38
	61-70	Frequência Absoluta (F)	7	17	24
	71 ou +	Frequência Absoluta (F)	1	6	7
Total		Frequência Absoluta (F)	44	105	149
Teste de independência das variáveis (Valor p)					
		Qui Quadrado (χ^2)	0,56		

Fonte: Elaboração própria

Podemos verificar através da Tabela 27 que, 105 clientes demonstraram que frequentam habitual a farmácia. Ainda nesta análise, e por aplicação do teste do Qui Quadrado (χ^2) de independência, conclui-se que não existe evidência estatística de que a frequência habitual da farmácia esteja relacionada com a idade (Tabela 27).

Relativamente à questão colocada aos clientes das farmácias comunitárias, sobre a importância da imediata dispensa/aquisição do medicamento, podemos verificar que, apenas 24,83% identificaram a variável como importante, e 8,05% de pouco importante. Verifica-se por isso que, na amostra recolhida, a dispensa do medicamento tem uma grande importância no momento imediato (Ilustração 10).

Ilustração 10 - Imediata dispensa/aquisição do medicamento



Fonte: Elaboração própria

No seguimento da análise da variável apresentada na ilustração 10, sobre a dispensa do medicamento, podemos constatar que, 66,40% dos inquiridos não compreendem a indisponibilidade do medicamento (Tabela 28).

Tabela 28 - Compreende a indisponibilidade do medicamento

Indisponibilidade	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)
Não	99	66,40
Sim	50	33,60
Total	149	100,00

Fonte: Elaboração própria

É relevante ressaltar que embora não exista evidência na dependência das variáveis, a amostra demonstra, uma coerência entre as recolhas de dados sobre a importância da imediata dispensa do medicamento e a compreensão da indisponibilidade do medicamento.

Quanto à utilização do serviço de dispensa de medicamentos, sem se deslocar à farmácia, 76,50% dos clientes inquiridos revelam nunca terem participado num serviço de medicamentos ao domicílio. Os restantes 35 clientes inquiridos revelaram ter utilizado este serviço (Tabela 29).

Tabela 29 - Utilização do serviço de dispensa de medicamentos, sem se deslocar à farmácia

Utilização	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)
Não	114	76,50
Sim	35	23,50
Total	149	100,00

Fonte: Elaboração própria

Os clientes que mencionaram que tinham utilizado o serviço de dispensa de medicamentos, identificaram o telefone como a escolha/utilização para solicitar o serviço, tendo sido identificado pelos indivíduos em 62,90 %, seguido da interface *online* com 25,70 % (Tabela 30).

Tabela 30 - Meio utilizado para dispensa de medicamentos ao domicílio

Meio utilizado	Telefone		Correio Electrónico		Interface Online	
	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)
Sim	22	62,90	7	20,00	9	25,70
Não	13	37,10	28	80,00	26	74,30
Total	35	100,00	35	100,00	35	100,00

Fonte: Elaboração própria

Constatamos que 52,80 % dos indivíduos considera importante um serviço de dispensa de medicamentos ao domicílio. É importante referir ainda que 12,4% dos inquiridos considera o serviço como imprescindível (Tabela 31).

Tabela 31 - Importância do serviço de domicílios de medicamentos

Importância	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)	Frequência Relativa Acumulada (Σf)
Imprescindível	11	12,40	12,40
Muito Importante	31	34,80	47,20
Importante	47	52,80	100,00
Total	89	100,00	

Fonte: Elaboração própria

Quanto aos serviços ao domicílio, fica bem explícito nesta amostra que mais de metade dos Indivíduos já utilizou este tipo de serviços (Tabela 32).

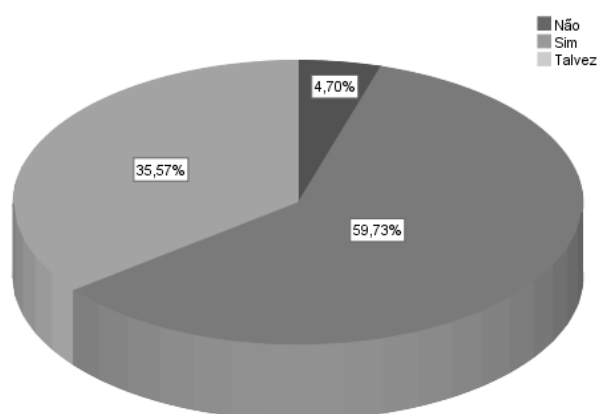
Tabela 32 - Utilização de serviços de domicílios considerando pela Idade

			Utilização de serviços de domicílios		Total
			Não	Sim	
Idade	18-30	Frequência Absoluta (F)	6	11	17
	31-40	Frequência Absoluta (F)	21	23	44
	41-50	Frequência Absoluta (F)	12	7	19
	51-60	Frequência Absoluta (F)	16	22	38
	61-70	Frequência Absoluta (F)	12	12	24
	71 ou +	Frequência Absoluta (F)	2	5	7
Total		Frequência Absoluta (F)	69	80	149
Teste de independência das variáveis (Valor p)					
		Qui Quadrado (χ^2)	0,513		

Fonte: Elaboração própria

Apesar de 69 dos clientes inquiridos ter respondido que nunca utilizaram um serviço de domicílios, o número de indivíduos que já o fizeram é superior. Através da análise da tabela 32, verifica-se (com base no teste do Qui Quadrado (χ^2)) que, não existe evidência estatística de que a utilização de domicílios esteja correlacionada com a idade.

Ilustração 11- Disponibilidade para recorrer a um serviço de domicílios de medicamentos



Fonte: Elaboração própria

No que respeita à disponibilidade para recorrer a uma serviço de domicílios de medicamentos, podemos verificar que a grande maioria demonstra disponibilidade para recorrer a este tipo de serviço para suprir o consumo de medicamentos. No entanto é relevante salientar que 4,70% dos inquiridos refere não ter intenção de solicitar a dispensa de medicamentos ao domicílio (Ilustração 11).

5.4 Síntese

Quanto à distribuição das variáveis gerais dos dados da amostra recolhida às farmácias comunitárias, podemos resumir que os mesmos, foram recolhidos na sua maioria a Técnicos Superiores de Farmácia, tendo os mesmos idades compreendidas no intervalo dos 18 aos 50 anos. O género maioritário foi o feminino, embora esteja bastante equilibrado com o masculino. No que respeita às habilitações literárias e actividades profissional, temos por conclusão que os inquiridos tem na sua maioria um grau académico superior à licenciatura e colaboram em regime de “Empregado(a) por conta de outrem”.

A amostra recolhida foi bem explícita no que respeita à escolha da definição de técnica de compra e armazenamento, quando se tratou do tema da logística e abastecimento do medicamento. Relativamente à importância da imediata dispensa do medicamento, a amostra, em concordância com os autores já anteriormente referenciados, demonstra que é fundamental na formulação das suas actividades, bem como na continuidade enquanto organização.

Relativamente ao pensamento transversal do circuito do medicamento, a amostra refere muito expressivamente que, actua no modo transversal, suprimindo as necessidades e exigências nas suas actividades inerentes ao medicamento. Quanto à formulação da estratégia, existe uma grande representatividade na escolha de uma estratégia em detrimento de outra. A escolha de uma estratégia híbrida, ou seja, de custos com diferenciação, é no caso da amostra recolhida, identificada em apenas 24,40 % dos inquiridos.

Quanto ao relacionamento interorganizacional na obtenção da vantagem competitiva, através da cadeia de abastecimento, é possível constatar na amostra, um grande relacionamento de dependência destas variáveis. Em concordância com os autores mencionados nos capítulos 2 e 3, consta que é imprescindível o bom relacionamento na obtenção de vantagem competitiva através da cadeia de abastecimento.

A logística e cadeia de abastecimento, ao serviço do cliente, é identificada pela amostra importante na satisfação do cliente. Esta constatação pode ser verificada através da interpretação dos dados recolhidos no que respeita às variáveis relevância da imediata dispensa do medicamento e cadeia de abastecimento em foco no cliente.

Embora, com representatividade, as farmácias admitem que a disponibilizam um serviço de dispensa de medicamentos ao domicílio. É possível compreender que as mesmas identificam-no com potencial de criar essa tão desejada vantagem competitiva.

Ainda assim, foi possível determinar que na amostra não existe relação entre actividade profissional e sua valorização na dispensa de medicamentos ao domicílio.

No que respeita à amostra recolhida aos clientes das farmácias comunitárias, análise essa complementar à análise principal das farmácias comunitárias, teve como representatividade um grande número de inquiridos com idades compreendidas nos intervalos dos 31 aos 40 anos e 52 aos 60 anos de idade.

A variável género, é equitativa nas suas possíveis respostas, ou seja, no que respeita ao género feminino e masculino não existiu uma grande diferença de inquiridos. Podemos constatar quanto à variável da actividade profissional que a maioria das respostas obtidas foram “Empregados(as) por conta de outrem”, ou por reformados(as).

O tratamento destes dados, revelou que existe uma grande frequência habitual às farmácias comunitárias, tendo sido também demonstrado que o preço é o factor mais valorizado pelos clientes.

Não existe na amostra recolhida, evidência de que exista dependência das variáveis entre as variáveis idade e frequência habitual dos clientes às farmácias comunitárias. Embora a idade não seja um factor relevante na procura dos serviços farmacêuticos, a imediata dispensa do medicamento e a sua incompreensão na disponibilidade do medicamento estão fortemente relacionadas na presente amostra.

Ainda assim, sem demonstrar que já utilizaram um serviço de dispensa de medicamentos ao domicílio, os inquiridos revelam que considera o serviço importante referindo até que estão disponíveis para recorrer a este tipo de serviço.

6. CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES PARA FUTURAS INVESTIGAÇÕES

Neste capítulo, apresenta-se as principais conclusões da investigação e evidencia-se as limitações que foram encontradas. Expor os resultados da investigação, é considerado neste capítulo o objectivo primordial, referindo por isso todas as principais conclusões empíricas e dos resultados obtidos na aplicação das técnicas metodológicas escolhidas. Por fim, será apresentado as principais limitações e sugestões para futuras investigações.

6.1 Principais conclusões

Como ponto de partida, onde se pretendeu a compreensão da logística, estratégia e a importância do relacionamento interorganizacional na envolvente das farmácias comunitárias, prosseguiu-se à aplicação metodológica para obter resultados. Todas estas fases permitiram, neste seguimento, atingir os objectivos da presente dissertação, porque através da amostra recolhida foi possível (i) identificar (ii) determinar e (iii) reconhecer as ideias dos autores até aqui referenciados.

Após a investigação desenvolvida, a primeira grande conclusão é que o tema da investigação, apresenta-se com uma série de especificidades, que torna a sua análise complexa mas muito pertinente. As farmácias comunitárias, na envolvente contextual a que estão sujeitas, tendem a criar mecanismos, que as levem ao desenvolvimento da logística e vantagens competitivas, quer seja por redes de relacionamento, quer seja pelos novos serviços tais como de domicílios.

Foi possível identificar que na Grécia antiga, o termo logística. Utilizado como a distinção entre o raciocínio correcto e determinado pela dedução e analogia. Com a evolução temporal, a logística tendeu a funcionar como característica de um sistema complexo que agrega várias actividades com um objectivo comum.

Nos dias de hoje, a logística ou gestão logística é definida como responsável por (i) planear, (ii) implementar e (iii) controlar o eficiente e eficaz fluxo directo e inverso das movimentações, (iv) operações de armazenagem de bens, serviços e informação relacionada, entre o ponto de origem e o ponto de consumo efectivo.

A logística é considerada por isso, como um conjunto de processos que antecipam as necessidades e ambições dos clientes, obtendo capital, material, tecnologia e pessoal, para satisfazer na melhor condição todas as necessidades do cliente.

A integração das actividades da logística, bem como o seu planeamento e controlo, traduz-se em ganhos superiores. A satisfação total dos clientes, só é conseguida através da integração das actividades logísticas, criando com isso um ambiente sistémico dentro e fora da organização.

A cadeia de abastecimento integra todas as actividades que as organizações recorrem para desenvolver as suas actividades, desde a (i) aquisição, (ii) a movimentação, (iii) a armazenamento e a (iv) distribuição dos produtos em todas as suas fases, até mesmo ao cliente.

Conclui-se também que, a logística tem um papel fundamental, tornando-se numa questão essencial e incontornável. Cria deste modo um suporte importante para a estratégia global de qualquer organização capaz de atingir objectivos com elevado grau de satisfação. É inevitável que, em qualquer que seja o segmento de mercado ou actividades desenvolvidas pelas organizações, exista a conquista de uma vantagem competitiva, ponto-chave para a continuidade/sobrevivência de qualquer organização.

Nesta lógica, pode-se constatar que a logística na saúde, está identificada em todos os processos inerentes a uma prestação de cuidados de saúde, tais como, no processo de (i) compra a fornecedores, (ii) materiais de consumo clínico, (iii) equipamento, (iv) material de farmacêutica, (v) lavandaria e todos os restantes (vi) serviços inerentes à actividade das organizações.

Ao longo de todo o ciclo de vida do medicamento, o mesmo está sujeito a vários padrões de qualidade e segurança, acompanhado por autoridades nacionais e comunitárias, alicerçadas de uma actuação responsável na colocação do medicamento no mercado.

A boa negociação, bem como o seu forte relacionamento com fornecedores, aumenta a competitividade através da prática de preços mais acessíveis ao consumidor ou obter melhores margens de comercialização. Nesta fase da compra, quanto maior for a eficiência, maior será o resultado dela porque na fase da dispensa o valor está definido pela entidade reguladora. Neste sentido, (i) o prazo de médio de pagamentos, (ii) o prazo de recebimentos, (iii) o prazo médio de existências, (iv) o ciclo de caixa, (v) o fundo de

manejo e (vi) os fundos de tesouraria, são ferramentas da gestão que permitem ter uma monitorização real da situação da organização, como é o caso das farmácias comunitárias

Outra grande conclusão no âmbito das farmácias comunitárias, é de que ter o medicamento, produto ou serviço certo, na quantidade certa e no momento certo é fundamental para que exista o abastecimento do consumidor, bem como a sua satisfação.

No seguimento da legislação específica, todas as farmácias e locais de venda de MNSRM, desde que registados no INFARMED, IP, estão habilitados a desenvolverem a actividade de dispensa de medicamentos ao domicílio. Por esse motivo, os consumidores têm hoje a possibilidade de encomendar medicamentos sem se deslocarem às farmácias e outros locais de venda. A dispensa de medicamentos ao domicílio, para além de condicionada nos parâmetros de segurança e qualidade, está também restrita pela forma geográfica de distribuição das farmácias comunitárias.

Por consequência da aplicação da metodologia, na envolvente das conclusões e resultados obtidos anteriormente descritas, temos em conclusão a extrema importância do foco no cliente e consequente imediata dispensa do medicamento.

Foi possível verificar que, ao contrário da investigação empírica, onde se define a logística e cadeia de abastecimento na estratégia ou como estratégia, a mesma foi identificada na amostra recolhida, como uma técnica de compra e armazenagem, não traduzindo por isso um ponto relevante na definição estratégica.

Quanto à formulação da estratégia, existe uma grande representatividade na escolha de uma estratégia em vez de outra, ou seja, existe uma grande representatividade no que respeita à definição das suas estratégias.

Uma outra conclusão da investigação, é os resultados do relacionamento interorganizacional na obtenção da vantagem competitiva. Podemos constatar que, em conformidade com os autores anteriormente referenciados, existe um relacionamento de dependência destas variáveis. É imprescindível o bom relacionamento na obtenção de vantagem competitiva através da cadeia de abastecimento. A logística e a cadeia de abastecimento, ao serviço do cliente, são identificadas como importantes na satisfação do cliente.

Conclui-se também que, embora com pouca representatividade, as farmácias admitem que disponibilizam um serviço de dispensa de medicamentos ao domicílio. É

possível compreender que na maioria identificam-no com potencial de criar essa tão desejada vantagem competitiva, mesmo as que não o disponibilizam.

Em síntese, a presente investigação obteve em resultados que, a logística e cadeia de abastecimento tem um importante “papel” no desenvolvimento das suas actividades enquanto farmácias comunitárias. Não consideram no entanto uma estratégia mas sim uma ferramenta de gestão, ainda que demonstrem ter, em todas as suas fases, o pensamento transversal e foco na satisfação do cliente.

Consideram ainda que, o relacionamento interorganizacional é um mecanismo importante na obtenção de vantagem competitiva, demonstrando ainda que é incontornável para as suas actividades organizacionais.

Por fim, e embora não disponibilizem um serviço de dispensa de medicamentos, as farmácias comunitárias consideram que o serviço de dispensa de medicamentos ao domicílios é um serviço que cria valor para a obtenção do tão desejado desempenho superior.

6.2 Limitações da investigação

Como resultado da análise dos dados recolhidos anteriormente referidos, é possível identificar algumas limitações da presente investigação.

A pouca disponibilidade de recursos, por vezes escassos com pouco potencial de elevar o grau de eficácia da investigação, é considerada a maior limitação da presente investigação. Por esse motivo, a presente recolha de dados teve como definição de universo, apenas três concelhos do distrito de Setúbal, ficando muito longe do inicialmente expectável.

Em consequência desta limitação, surge uma outra. Em muitos dos cruzamentos das variáveis, para que se pudesse analisar a correlação das suas variáveis, não foi possível aplicar um teste de Qui Quadrado (χ^2) de independência para inferir sobre a dependência ou independência das variáveis em causa, porque os pressupostos inerentes à sua aplicação não estavam verificados. Razão pela qual, nestas situações, se teve de limitar a uma análise meramente descritiva.

Provavelmente, se o Universo fosse maior e dispusesse de mais recursos com o objectivo de recolher uma amostra de dimensão superior, esta limitação seria ultrapassada.

6.3 Sugestões para futuras investigações

No seguimento das limitações supra referenciadas no ponto 6.2 da presente dissertação, reconhece-se como sugestão para futuras investigações, o alargamento do universo. Por esse motivo, acrescentará valor pelo meio da extrapolação dos dados num sentido de projecção, não ficando apenas ligado aos dados de uma amostra limitadora no campo da inferência estatística.

Em todo o caso, foi identificado que, na impossibilidade congruente da aplicação dos inquéritos por questionários a uma amostra maior, correspondente a um universo ainda maior, será mais significativo investigar o próprio universo em vez de uma amostra.

Apresentados os principais resultados, algumas limitações e sugestões para futuras investigações, determina-se que os principais objectivos da presente investigação foram atingidos, tendo-se deste modo acrescentado e desenvolvido algumas condições para o aprofundamento do tema abordado, da Logística; Estratégia e Vantagem Competitiva nas Farmácias Comunitárias, agregada ao Serviço de Domicílios de Medicamentos.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, H. (2009). A gestão da farmácia – ultrapassar novos desafios. (2ªed). Lisboa: Hollyfar.
- Aguiar, H. (2012). *Boas práticas de gestão na farmácia* (1ª ed). Lisboa: Hollyfar.
- Associação Nacional de Farmácias (2012). *Audiência Comissão de Saúde*.
- Ballou, R. H. (1987). *Basic Business Logistics* (2ª ed). USA: Prentice Hall, Inc.
- Barañano, A. M. (2004). *Métodos e técnicas de investigação em gestão*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Barney, J. (1991). Firm resources and sustained competitive advantage. *Journal of Management*, 17 (1), 99-120.
- Belkoshi, D. A. (2008, Abril). Stop the supply chain insanity: Retail as a model for hospitals. *Healthcare Financial Management*, 60-64.
- Bowersox, D. J. (1995). Executive summary of world class logistics: the challenge of managing continuous change. *Annual Conference Proceedings Council of Logistics Management da California*, 21-27.
- Bowersox, D. J. & Closs, D. J. (1996). *Logistical management – The integrated supply chain process* (3ª ed). New York: McGraw-Hill.
- Bowersox, D. J. & Closs, D. J. (2001). Logística empresarial: o processo de integração da cadeia de suprimento. São Paulo: Atlas.
- Bowersox, D. J. & Smykay, D. (1969). *Physical distribution management*. New York: Macmillan Company.
- Carmo, H. & Ferreira, M. (2008). *Metodologia da investigação: guia para a auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carvalho, J. C. (1996). *Logística* (1ª ed). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Carvalho, J. C. (2001). Operação logística: actividade económica nacional e perspectiva internacional - Ministério de Economia. *Revista Economia e Prospectiva*, 18, pp.39-52.
- Carvalho, J. C. (2002). *Logística* (3ª ed). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Carvalho, J. C. (2010). *Logística e Gestão da Cadeia de Abastecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Carvalho, J. C. & Dias, E. B. (2000). *E-logistics & E-business*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Carvalho, J. C. & Filipe, J. C. (2004). New paradigms in supply management: Fast supply Chain. *Revista do ISCTE Economia Global*, 1, (9), pp.65-76.
- Carvalho, J. C. & Ramos, T. (2009). *Logística na saúde*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Christopher, M. (1992). *Logistics and supply chain management*. Londres: Pitman, publishing.
- Cooper, J. (1990). Logística e planeamento da distribuição – Estratégias para uma gestão eficaz. Lisboa: Edições CETOP.
- Cos, J. P. & Navascués, R. (2001). *Manuel de logística Integral*. Madrid: Diaz de Santos.
- Costa, J.; Dias, J. & Godinho, P. (2010). *Logística*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Courtois, A.; Pillet, M. & Bonnefous, M. (2011). *Gestão da Produção* (6ª ed). Lisboa: Lidel.
- Coyle, J. J.; Bardi, E. J. & Langley, C. J. (2003). *The management of business logistics – A supply chain perspective* (7ª ed). Canada: Thomson.

- Cunha, L. (2012). *A gestão de stocks em farmácia comunitária*. Acedido a 2 de Agosto de 2013 em www.netfarma.pt.
- Deshaies, B. (1992). *Metodologia da investigação em ciências humanas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Dias, J. C. Q. (2003). Integração logística em tempo de globalização – que estratégias e políticas para Portugal. Lisboa: Cargo Edições.
- Dias, J. C. Q. (2005a). *Logística Global e Micrologística*, Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Dias, J. P. S. (2005b). A farmácia e a História – Uma introdução à história da farmácia, da farmacologia e da terapêutica. Lisboa: Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa.
- Doz, Y. L. (1996). The evolution of cooperation in strategic alliances: initial conditions or learning processes?. *Strategic Management Journal*, 17 (Summer 96 Special Issue), 55-83.
- Duarte, A.; Nunes, F. & Martins, L. (2007). Responsabilidade social no sector das farmácias em Portugal.
- Dyer, J. H. & Singh, H. (1998). The relational view: cooperative strategy and sources of interorganizational competitive advantage. *The Academy of Management Review*, 23, (4), 660-679.
- Eiriz, V. (2001). Proposta de tipologia sobre alianças estratégicas, *RAC*, 5, (2), 65-90.
- Eiriz, V. & Wilson, D. (2006). Research in relationship marketing: antecedents, traditions and integration. *European Journal of Marketing*, 40, (3/4), 275-291.
- Fabbe-Costs, N. & Colin, J. (2007). Formulating Logistics Strategy. In Waters, D. (5ª ed) *Global Logistics – New Directions in Supply Chain Management* (pp.33-53), London: Kogan Page Limited.
- Ferreira, P. I. & Santos, H. M. (2011). Cuidados farmacêuticos domiciliários: uma necessidade, um serviço clínico, uma oportunidade. *Boletim do Centro de Informação do medicamento*, 99 (Set/Out 2011).
- Ford, D. & Håkansson, H. (2006). IMP - Some things achieved: much more to do. *European Journal of Marketing*, 40, (3/4), 248-258.
- Freitas, F. F. T. & Vieira, G. E. (2009). Aplicação de sistemas inteligentes na reposição de estoques de medicamentos no sector público estadual.
- Freixo, M. V. (2011). *Metodologia científica: Fundamentos métodos e técnicas*. (3ª ed). Lisboa: Instituto Piaget.
- Fusco, J. P. A. & Sacomano, J. B. (2007). Operações e Gestão estratégica da Produção.
- Gil, A. C. (1999). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social* (5ª ed). Brazil: Editora Atlas.
- Ghiglione, R. & Matalon, B. (1992). *O inquérito – teoria e prática* (1ª ed). Oeiras: Celta.
- Gomes, C. F. S. (2004). *Em busca do Uau! Um guia para os tempos confusos* (1ª ed), Lisboa: Bertrand.
- Grant, R. M. (1991). Contemporary strategy analysis: concepts, techniques, applications. Massachusetts: Blackwell Publishers.
- Hague, P. & Jackson, P. (1996). *Como fazer Estudos de Mercado* (1ª ed). Lisboa: Edições Cetop.
- Håkansson, H.; Ford, D. (2002). How should companies interact in business networks?. *Journal of Business Research*, 55 (2), 133-139.
- Hansen, M. T. & Nohria, N. (2004). How to build collaborative advantage. *MIT - Sloan Management Review*, 46 (1), 22-30.
- Hill, M. M. & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário*. (2ª ed). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

- Hines, P. (1993). Integrated Materials management: the Value Chain Redefined. *The International Journal of Logistics Management*, 4 (1), 13-22.
- Infarmed (2008a). *Ciclo de vida de um medicamento*. Acedido a 3 de Agosto de 2013 em www.infarmed.pt.
- Infarmed (2008b). *Medicamentos e Internet*. Acedido a 4 de Agosto de 2013 em www.infarmed.pt.
- Infarmed (2012). Manual de utilizador externo – entregas ao domicílio e venda via internet, sistema de gestão de ciclo de vida de farmácias e gestão de ciclo de vida de locais de vendas MNSRM. Acedido a 3 de Agosto de 2013 em www.infarmed.pt.
- Infarmed (2013). *Medicamentos e Internet*. Acedido a 17 de Agosto de 2013 em www.infarmed.pt.
- Instituto Nacional de Estatística (2012). *Censos 2011*. Acedido a 1 de Setembro de 2013 em www.ine.pt.
- Kay, J. (1993). The structure of strategy. *Business Strategy Review*, 4 (2), 17-37.
- Lakatos, E. M. & Markoni, M. A. (1996). *Fundamentos de Metodologia Científica* (3ª ed). São Paulo: Atlas.
- Lambert, D. M. & Stock, J. R. (2001). *Strategic Logistics Management*, (4ª ed). USA: McGraw-Hill.
- Langley, Jr. & John, C. (1986). The Evaluation of the logistics concept. *Journal of Business Logistics*, 2 (7), 3-4.
- Luciano, S. (2011). *Gerir a farmácia em tempo de crise*. Lisboa: Associação Nacional de Farmácias. Acedido a 2 de Agosto de 2013 em www.anf.pt.
- Macmillan, H. & Tampoe, M. (2000). *Strategic management: process, content, and implementation*, Oxford: Oxford University Press.
- Marroco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS statistics* (5ª ed). Pero Pinheiro: ReportNumber.
- Morais, A. T. & Oliveira, C. M. (2002). *Logística*.
- Netfarma (2009). *Dispensa na Internet: medicamentos num clique*. Acedido a 17 de Agosto de 2013 em www.netfarma.pt.
- Novaes, M. L. O.; Simonetti, V. M. M.; et al (2008). Serviço de vacinação: a utilização do método da média móvel aritmética para previsão de demandas.
- Novaes, M. L. O; Gonçalves, A. A.; et al (2008). Métodos gerenciais da indústria aplicados à farmácia hospitalar: proposta para redução de custos.
- Persson, G. (1991). Achieving Competitiveness Through Logistics. *The International Journal of Logistics Management*, 1 (2), 1-11.
- Peters, T. (1994). Em busca do Uau! Um guia para os tempos confusos (1ª ed). Lisboa: Bertrand
- Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information (PPRI) (2008). *Portugal Pharma Profile*.
- Pita, J. R. (2010). A farmácia e o medicamento em Portugal nos últimos 25 anos. *Debate a Europa*, 2/3.
- Porter, M. E. (1985). *Competitive advantage: creating and sustaining superior Performance*. New York: The Free Press.
- Ratliff, D. & Nulty, W. (1996). Logistics Composite Modelling. Technical White paper series of the logistics Institute at Georgia Technology.
- Ritzman, L.P. & Krajewski, L. J. (2004). *Administração da Produção e Operações*.
- Robles, L. (2000, Setembro). *Serviços de logística integrada: em busca de alianças estratégicas*. Comunicação apresentada no 24º encontro da ANPAD - Associação Nacional dos Programas de Pós graduação em Administração, Florianópolis.

- Rodrigues, A.; Marques, F. B.; Ferreira, P. L. & Raposo, V. (2007). *Estudo do sector das farmácias em Portugal*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC).
- Saunders, M.; Lewis, P. & Thornhill, A. (2009). *Research methods for business students* (5ªed). Essex: Prentice-Hall.
- Scharman, G. (1984). The rediscovery of logistics. *Harvard Business Review*, Set-Out, 71-79.
- Sekaran, U. (2003). *Research methods for business a skill building approach* (4ª ed), Nova Iorque: John Wiley e Sons.
- Shapiro, R. D. (1984). Get leverage from logistics. *Harvard Business Review*, May-Jun.
- Sriwong, B. T. (2004). Application of quality gap model to measure the quality of pharmacist service in retail pharmacy settings: an examination of expectation and perception. *Thai Journal of Pharmacy*, 1 (4), 1-14.
- Stalk, G. (1988). Time the next source of competitive advantage. *Harvard Business Review*, Mar-April, 41-51.
- Tixier, Mathe & Colin (1983). *Logistique au Service de l'Entreprise*. Porto: Rés Editora, Lda.
- Vanvactor, J. D. (2011). Health care logistics: who has the ball during disaster?. *Emerging Health Threats Journal*,(4).

ANEXOS

Apêndice 1 – Inquérito por Questionário

Questionário

Eu, Rui Alexandre Pincante de Carvalho, encontro-me a desenvolver uma dissertação no âmbito do Mestrado em Gestão de Recursos de Saúde, pelo Instituto Politécnico de Tomar – Escola Superior de Gestão de Tomar, Subordinado ao tema “Integração das Actividades Logísticas e Vantagens Competitivas nas Farmácias Comunitárias”.

O presente questionário tem fins científicos e é inteiramente confidencial. Os clientes e colaboradores das farmácias comunitárias, participarão através do preenchimento deste questionário, podendo os mesmos não responder às questões que não se apliquem à sua interacção com o sector. A sua participação através do preenchimento deste, ajudará no desenvolvimento do estudo, com consequências de desenvolvimento nesta área de interesse geral. Terá uma duração máxima e aproxima de 15 minutos, pelo que lhe ficarei muito grato pela sua disponibilidade.

1- Idade:

- 18 – 30 31 – 40 41 – 50
 51 – 60 61 – 70 Mais 71

2- Género:

- Masculino
 Feminino

3 - Habilitações Literárias

- Menos de 4 anos de escolaridade 4 anos de escolaridade (1º ciclo)
 6 anos de escolaridade (2º ciclo) 9 anos de escolaridade (3º Ciclo)
 12 anos de escolaridade (Secundário) Bacharelato
 Licenciatura Pós-graduação
 Mestrado Doutoramento

4 - Actividade profissional:

- Empregado(a) por conta de outrem Domestico(a)
 Empresário(a) Reformado(a)
 Profissional Liberal Outra

5 - Relação organizacional com a Farmácia: (Cliente)

- Cliente Director Técnico Técnico Superior de Farmácia

6 - Frequenta habitualmente um estabelecimento de farmacêutico? (Cliente)

- Sim Não

7 - Caso tenha respondido “sim” na pergunta anterior, qual a periodicidade como que a frequenta? (Cliente)

- Mensalmente Semanalmente Diariamente

8 - Frequenta sempre o mesmo estabelecimento de farmácia? (Cliente)

- Sim Não Não aplicável

9 - No contexto farmacêutico, considera que o abastecimento de medicamentos é? (Farmácia)

- Uma estratégia Uma ferramenta de gestão
 Uma técnica de compra e armazenamento Outra _____.

10 - Qual o grau de importância que dá à imediata dispensa/aquisição do medicamento? (Cliente e Farmácia)

- Muito importante Importante Pouco importante

11 - É utilizador de internet? (Cliente)

- Sim Não

12 - Considera o abastecimento de medicamentos um ponto fundamental para a continuidade de uma farmácia? (Farmácia)

- Sim Não Talvez

13 - Compreende a indisponibilidade da dispensa imediata do medicamento que solicitou? (Cliente e Farmácia)

- Sim Não

14 - Pensa no circuito dos medicamentos de um modo transversal, ou seja desde a compra até à venda passando pelo armazenamento? (Farmácia)

- Sim Não

15 - Qual considera a melhor estratégia para obtenção de vantagem competitiva?
(Farmácia)

- Custos Diferenciação Híbrida (Custos e Diferenciação)
 Outra _____.

16 - Já solicitou algum serviço de dispensa de medicamentos, sem se deslocar à farmácia? (Cliente)

- Sim Não

17 - Se respondeu que sim à questão anterior, qual o meio que utilizou? (Cliente)

- Telefone Correio Electrónico
 Interface Online disponibilizado pela Farmácia Outro _____.

18 - Considera que a gestão da cadeia de abastecimento (compras; distribuição e armazenamento) traduz-se numa obtenção de vantagem competitiva? (Farmácia)

- Sim Não Não tenho opinião

19 - Já utilizou algum serviço de domicílio? (Cliente)

- Sim Não

20 - Se respondeu que sim à questão anterior, qual o tipo de serviço de domicílios?
(Cliente)

- Bens e serviços de primeira necessidade Serviços de Cuidados de Saúde
 Serviços de lojas de bens e serviços online Outros _____.

21 - Um bom relacionamento interorganizacional, ou seja uma boa relação com os parceiros do negócio são uma das fontes de vantagem competitiva? (Farmácia)

- Sim Não Indiferente

22- Considera relevante, para si a boa interacção e relacionamento entre as indústrias farmacêuticas, distribuição e às farmácias? (Farmácia)

- Sim Não Indiferente

23 - No caso de uma estratégia de custos, considera inevitável uma boa política de compras, distribuição e armazenagem? (Farmácia)

- Sim Não Indiferente

24- O que mais valoriza numa farmácia? (Cliente e Farmácia)

- Imagem da farmácia Atendimento
 Disponibilidade dos medicamentos Bens e serviços complementares
 Serviços diferenciados, tais como domicílios Preço

25 – Considera importância uma oferta variada de bens e serviços disponibilizados pela farmácia? (Cliente e Farmácia)

- Pouco importante Importante Muito Importante

26 - É importante para a continuidade das farmácias, a variedade de bens e serviços que dispõem? (Farmácia)

- Sim Não Indiferente

27 - Em todas as fases, processos da cadeia de abastecimento, considera que é importante ter no foco principal o cliente final? (Farmácia)

- Sim Não Algumas vezes

28 - Como classifica, quanto à importância o tempo de espera no atendimento? (Cliente e Farmácia)

- Pouco importante Importante Muito Importante

29 - A farmácia tem disponível um serviço de dispensa de medicamentos ao domicílio? (Farmácia)

- Sim Não

30 - No caso de ter respondido “Não” à questão anterior, não considera esta diferenciação de serviços, uma vantagem competitiva? (Farmácia)

- Sim Não Não tenho opinião

31 - Para além dos medicamentos, que outros produtos/serviços são procurados na farmácia? (Cliente e Farmácia)

- Medição de Tensão arterial; colesterol; glicemia e Triglicéridos;
 Produtos de cosméticas Produtos de higiene
 Produtos de puericultura Outros _____ .

32 - Considera que um serviço de dispensa de medicamentos ao domicílio teria impacto na estrutura de custos das farmácias? (Farmácia)

- Sim Não

33 - Qual o grau de importância que dá à dispensa imediata dos medicamentos? (Cliente e Farmácia)

- Muito relevante Relevante Pouco relevante Sem relevância

34 - Qual a importância que dá à proximidade de uma farmácia? (Cliente)

- Pouco Importante Importante Muito Importante

35 - Considera que um bom relacionamento entre todas as empresas, intervenientes na cadeia de abastecimento do medicamento, é fundamental para o agendamento de entregas de medicamentos urgentes? (Farmácia)

- Muito importante Importante
 Pouco importante Não tem importância

36 - Utilizaria a um serviço de domicílios de medicamentos? (Cliente)

- Sim Não Talvez

37 - Caso tenha respondido que “Sim” à questão anterior, qual a importância que dá ao serviço de entregas ao domicílio? (Clientes)

- Imprescindível Muito Importante Importante
 Pouco Importante Sem importância

38 - Qual o factor que considera mais relevante no momento da dispensa de medicamentos? (Cliente e Farmácia)

- Dispensa de medicamentos Tempo de espera
 Atendimento Diversificação de bens e serviços
 Custo/Preço Imagem/marca da sua farmácia

O questionário terminou...

Muito obrigado pela disponibilidade

Nota:

Caso pretenda receber os resultados do estudo que lhe apresentamos, queira-nos disponibilizar o seu contacto para que, no momento oportuno, lhe poderemos fornecer os mesmos.

Contactos:

Morada: _____, Localidade _____.

Correio Electrónico: _____ @ _____.

Apêndice 2 – Tratamento dos dados

1. Farmácias comunitárias.

Tabela 1 - Política de compras, distribuição e armazenamento numa estratégia de custos

Política de compras, distribuição e armazenamento	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)	Frequência Relativa Acumulada (Σf)
Indiferente	2	4,9	4,9
Não	3	7,3	12,2
Sim	36	87,8	100,0
Total	41	100,0	

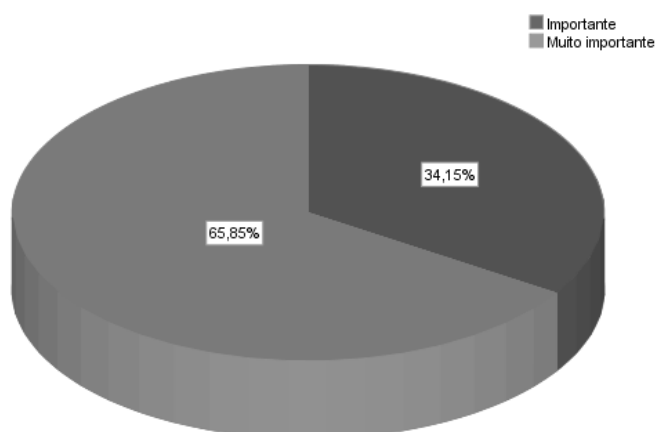
Fonte: Elaboração própria

Tabela 2 - Valorização de uma farmácia (Imagem, Atendimento e Disponibilidade dos Medicamentos)

Valorização	Imagem		Atendimento		Disponibilidade dos Medicamentos	
	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)
Valoriza	3	7,3	16	39,0	16	39,0
Não Valoriza	38	92,7	25	61,0	25	61,0
Total	41	100,0	41	100,0	41	100,0

Fonte: Elaboração própria

Ilustração 1 - Importância da variedade de bens e serviços disponibilizados



Fonte: Elaboração própria

Tabela 3 - Importância do tempo de espera

Tempo de espera	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)	Frequência Relativa Acumulada (Σf)
Importante	25	61,0	61,0
Muito importante	9	22,0	82,9
Pouco importante	7	17,1	100,0
Total	41	100,0	

Fonte: Elaboração própria

Tabela 4 - Outros Produtos/Serviços procurados nas Farmácias (Tensão Arterial; Colesterol; Glicemia e Triglicéridos e Produtos de Cosméticas)

Valorização	Tensão Arterial; Colesterol; Glicemia e Triglicéridos		Produtos de Cosméticas	
	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)
Valoriza	35	85,4	12	29,3
Não Valoriza	6	14,6	29	70,7
Total	41	100,0	41	100,0

Fonte: Elaboração própria

Tabela 5 - Outros Produtos/Serviços procurados nas Farmácias (Produtos de Higiene; Produtos de puericultura)

Valorização	Produtos de Higiene		Produtos de puericultura	
	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)
Valoriza	19	46,3	5	12,2
Não Valoriza	22	53,7	36	87,8
Total	41	100,0	41	100,0

Fonte: Elaboração própria

Tabela 6 - O relacionamento ao serviço da cadeia de abastecimento na entrega de medicamentos urgentes

Relacionamento	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)	Frequência Relativa Acumulada (Σf)
Importante	19	46,3	46,3
Muito importante	14	34,1	80,5
Pouco importante	8	19,5	100,0
Total	41	100,0	

Fonte: Elaboração própria

Tabela7 - Relacionamento Interorganizacional e boa interacção entre a Indústria; Distribuidores e Farmácias para a obtenção de vantagem competitiva

Relacionamento Interorganizacional	Interorganizacional		Indústria; Distribuidores e Farmácias	
	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)
Indiferente	8	19,5	7	17,1
Sim	33	80,5	34	82,9
Total	41	100,0	41	100,0

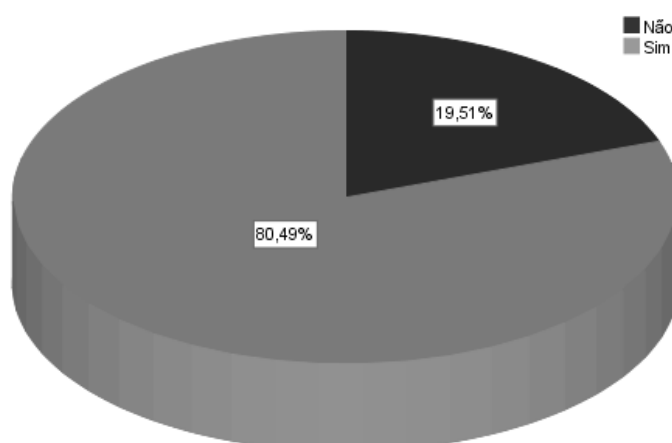
Fonte: Elaboração própria

Tabela 8 - Factor relevante no momento da dispensa do medicamento (Dispensa do medicamento, Tempo de Espera e Atendimento)

Relevante	Dispensa do Medicamento		Tempo de Espera		Atendimento	
	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)
Sim	6	14,6	10	24,4	15	36,6
Não	35	85,4	31	75,6	26	63,4
Total	41	100,0	41	100,0	41	100,0

Fonte: Elaboração própria

Ilustração 2 - Impacto do serviço de dispensa de medicamentos ao domicílio, na estrutura de custos da farmácia



Fonte: Elaboração própria

2. Clientes das farmácias comunitárias.

Tabela 9 - Periodicidade da frequência dos clientes às farmácias

Periodicidade	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)	Frequência Relativa Acumulada (Σf)
Mensalmente	83	55.7	79.0
Semanalmente	22	14.8	100.0
Total	105	70.5	
Não respostas	44	29.5	
Total	149	100.0	

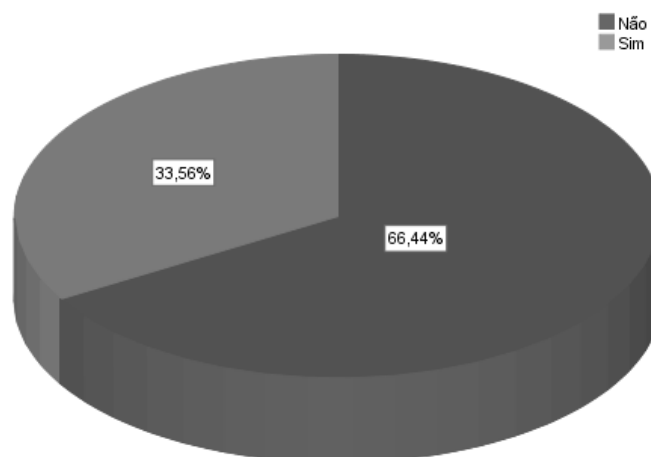
Fonte: Elaboração própria

Tabela 10 - Frequência dos clientes à mesma farmácia

Frequência à mesma farmácia	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)	Frequência Relativa Acumulada (Σf)
Não	97	65,1	75,2
Sim	32	21,5	100,0
Total	129	86,6	
Não respostas	20	13,4	
Total	149	100,0	

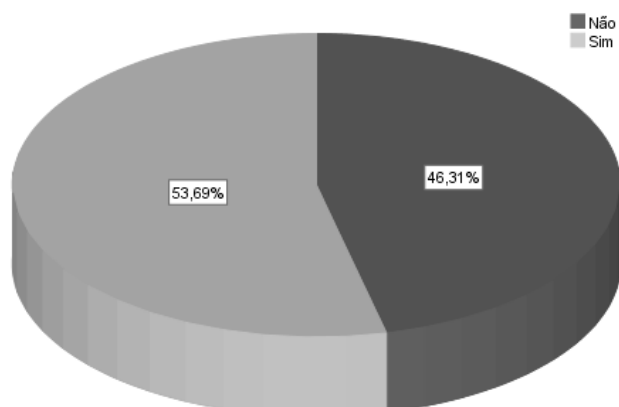
Fonte: Elaboração própria

Ilustração 3 - Utilizador de Internet



Fonte: Elaboração própria

Ilustração 4 - Utilizador de algum serviço ao domicílio



Fonte: Elaboração própria

Tabela 11 - Tipos de serviços utilizados ao domicílio

Meio utilizado	Bens e Serviços de primeira necessidade		Serviços de Saúde		Interface Online (Lojas)	
	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)
Sim	68	85,0	33	41,3	54	67,5
Não	12	15,0	47	58,8	26	32,5
Total	80	100,0	80	100,0	80	100,0

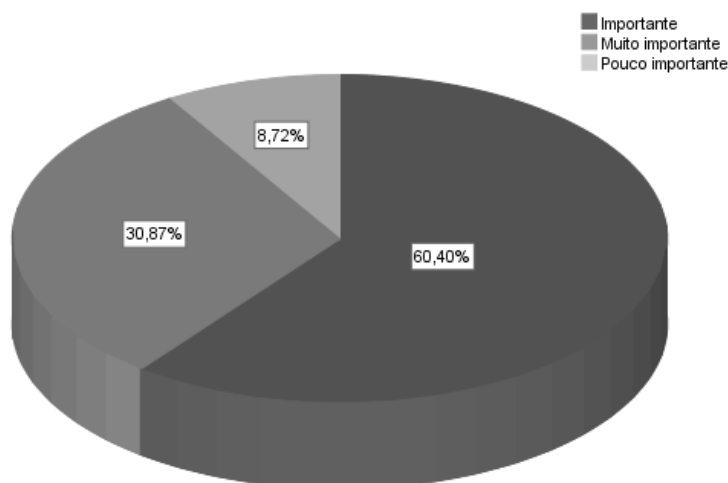
Fonte: Elaboração própria

Tabela 12 - Valorização de uma farmácia (Imagem, Atendimento e Disponibilidade dos Medicamentos)

Valorização	Imagem		Atendimento		Disponibilidade dos Medicamentos	
	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)
Valoriza	6	4,0	58	38,9	79	53,0
Não Valoriza	143	96,0	91	61,1	70	47,0
Total	149	100,0	149	100,0	149	100,0

Fonte: Elaboração própria

Ilustração 5 - Importância da variedade de bens e serviços disponibilizados.



Fonte: Elaboração própria

Tabela 13 - Importância do tempo de espera

Tempo de espera	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)	Frequência Relativa Acumulada (Σf)
Importante	95	63,8	63,8
Muito importante	39	26,2	89,9
Pouco importante	15	10,1	100,0
Total	149	100,0	

Fonte: Elaboração própria

Tabela 14 - Outros Produtos/Serviços procurados nas Farmácias (Tensão Arterial; Colesterol; Glicemia e Triglicéridos e Produtos de Cosméticas)

Valorização	Tensão Arterial; Colesterol; Glicemia e Triglicéridos		Produtos de Cosméticas	
	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)
Valoriza	94	63,1	42	94
Não Valoriza	55	36,9	107	55
Total	149	100,0	149	149

Fonte: Elaboração própria

Tabela 15 - Outros Produtos/Serviços procurados nas Farmácias (Produtos de Higiene; Produtos de puericultura)

Valorização	Produtos de Higiene		Produtos de puericultura	
	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)
Valoriza	57	38,3	31	20,8
Não Valoriza	92	61,7	118	79,2
Total	149	100,0	149	100,0

Fonte: Elaboração própria

Tabela 16 - Relevância da imediata dispensa do medicamento

Relevância	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)	Frequência Relativa Acumulada (Σf)
Muito Relevante	67	45,0	45,0
Relevante	26	17,4	62,4
Sem relevância	56	37,6	100,0
Total	149	100,0	

Fonte: Elaboração própria

Tabela 17 - Importância da proximidade da farmácia

Proximidade da farmácia	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)	Frequência Relativa Acumulada (Σf)
Importante	56	37,6	37,6
Muito importante	66	44,3	81,9
Pouco importante	27	18,1	100,0
Total	149	100,0	

Fonte: Elaboração própria

Tabela 18 - Factor relevante no momento da dispensa do medicamento (Dispensa do medicamento, Tempo de Espera e Atendimento)

Relevante	Dispensa do Medicamento		Tempo de Espera		Atendimento	
	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)
Sim	53	35,6	47	31,5	44	29,5
Não	96	64,4	102	68,5	105	70,5
Total	149	100,0	149	100,0	149	100,0

Fonte: Elaboração própria

Tabela 19 - Factor relevante no momento da dispensa do medicamento (Diversidade de bens e serviços, Custo/Preço e Imagem/marca da sua Farmácia)

Relevante	Diversidade de bens e serviços		Custo/Preço		Imagem/marca da sua Farmácia	
	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)	Frequência Absoluta (F)	Frequência Relativa (f)
Sim	56	37,6	61	40,9	2	1,3
Não	93	62,4	88	59,1	147	98,7
Total	149	100,0	149	100,0	149	100,0

Fonte: Elaboração própria

Página deixada em branco propositadamente

