

UNIVERSIDADE ABERTA



UNIVERSIDADE
AbERTA
www.uab.pt

**A farmácia comunitária Portuguesa - O paradigma do
marketing na satisfação e fidelização dos utentes**

Paulo José dos Santos Saavedra da Silva

Mestrado na área de especialização de Gestão/MBA

2016

UNIVERSIDADE ABERTA



UNIVERSIDADE
AbERTA
www.uab.pt

**A farmácia comunitária Portuguesa- O paradigma do
marketing na satisfação e fidelização dos utentes**

Paulo José dos Santos Saavedra da Silva

Mestrado na área de especialização de Gestão/MBA

Mestrado orientado pela Professora Doutora Maria do Rosário Almeida

2016

Agradecimentos

Aliar a vida profissional, nem sempre risonha, à vida académica, nem sempre beneficiada pela prioridade e motivação, torna-se uma tarefa árdua minimizada pelo apoio de quem nos rodeia. Assim, quero partilhar e agradecer a quem me acompanhou desde o início e me ajudou a atingir este objetivo.

Agradeço à minha mãe pela forma como me transmitiu o seu orgulho desde que reiniciei a vida académica.

Agradeço aos meus filhos, Daniela e Tiago, por me permitirem deixar-lhes um exemplo para o seu futuro. Que o usem nos momentos menos bons que, seguramente, defrontarão. À mãe dos meus filhos que me deu um grande apoio, entre muitos outros, na impressão deste trabalho.

Agradeço aos meus amigos salseiros pelos momentos de lazer que me permitiram reforçar forças para continuar.

Agradeço ao Prof. Dr. Paulo Pereira pela preciosa orientação na leitura dos dados obtidos na investigação.

Agradeço de uma forma muito especial à minha orientadora, Professora Doutora Maria do Rosário Almeida pela partilha da sua inesgotável sabedoria, paciência e permanente disponibilidade.

Por fim, agradeço e dedico totalmente este trabalho a quem partilhou comigo todos os momentos deste trabalho até ao último minuto, com uma infinita paciência, nunca me deixando desistir. Obrigado Arqta. Ana Rita.

Resumo

A envolvente atual das farmácias comunitárias caracteriza-se por ser altamente competitiva e estar em constante mudança, alvo da recente crise instaurada em Portugal. Os atuais gestores das farmácias comunitárias estão continuamente à procura de vantagens que lhes proporcionem um avanço competitivo em relação aos seus concorrentes de mercado de forma a não perderem recursos e fontes de rendibilidade, nem sempre da forma mais correta e eficaz. A opinião do consumidor, por vezes esquecida, é motivo para uma mudança organizacional, para a planificação de estratégias adequadas às dificuldades do meio envolvente e para a completa satisfação das suas necessidades mais elementares. Neste sentido, tornou-se pertinente entender a relação causa-efeito entre a gestão aplicada nas farmácias comunitárias portuguesas e a satisfação e conseqüente fidelização dos utentes. Assim, realizou-se um estudo através da recolha de dados e posterior tratamento estatístico de forma a apresentar propostas de solução à questão do problema. Foram desenvolvidos dois inquéritos: o primeiro abordou uma amostra de 8 gestores de farmácias comunitárias portuguesas. O segundo inquérito, com uma amostra de 80 utentes, avaliou o impacto da gestão aplicada pelas farmácias comunitárias portuguesas, em termos da satisfação e fidelização. Espera-se, com os resultados obtidos, contribuir para o desenvolvimento de estratégias mais eficazes, permitindo uma adaptação mais rápida ao meio envolvente.

Palavras-chave: Farmácias comunitárias; estratégia; marketing

Abstract

The current environment of community pharmacies is characterized by being highly competitive and constantly changing, the target of the recent crisis in Portugal. The current managers of community pharmacies are continually looking for advantages that will provide them with a competitive edge over their market competitors so that they do not lose resources and sources of profitability, not always in the most correct and effective way. Consumer opinion, sometimes forgotten, is a reason for organizational change, for the planning of strategies appropriate to the difficulties of the environment and for the complete satisfaction of their most basic needs. In this sense, it became pertinent to understand the cause-effect relationship between the management applied in Portuguese community pharmacies and the satisfaction and consequent loyalty of the users. Thus, a study was carried out through the collection of data and subsequent statistical treatment in order to present proposed solutions to the problem question. Two surveys were carried out: the first included a sample of 8 Portuguese community pharmacy managers (4 responsible for managing a pharmacy and 4 responsible for managing more than one pharmacy, making a total of 16 Portuguese community pharmacies). The second, with a sample of 80 users, evaluated the impact of the management applied by Portuguese pharmacies, in terms of satisfaction and loyalty. With the results obtained, it is hoped to contribute to the development of more effective strategies, allowing a faster adaptation to the surrounding environment.

Keywords: Community; pharmacies; strategy; marketing

“O melhor medicamento é aquele que o doente pode comprar”

Dr. Pedro Merlini

Índice

| | |
|------------------------|-----|
| Agradecimentos | II |
| Resumo | III |
| Abstract | IV |
| Índice | VI |
| Índice de tabelas | XI |
| Índice de figuras | XII |
| Índice de abreviaturas | XVI |

Capítulo 1 - Introdução

| | |
|--|---|
| 1- Enquadramento da investigação | 1 |
| 1.2- Questão da investigação | 3 |
| 1.3- Objetivo da investigação | 4 |
| 1.4- Objetivos específicos da investigação | 4 |
| 1.5- Argumentos que sustentam a importância e a originalidade da investigação | 4 |
| 1.6- As implicações práticas da investigação | 5 |
| 1.7- Metodologia | 6 |
| 1.8- Estrutura da dissertação | 6 |

Capítulo 2 - Revisão da literatura

| | |
|--|----|
| 2- O Marketing de serviços | 8 |
| 2.1- Os serviços – definições e características | 9 |
| 2.1.1- O produto versus o serviço | 11 |
| 2.1.2- Satisfação | 13 |
| 2.1.3- A satisfação do utente nas farmácias comunitárias | 14 |
| 2.2- A qualidade na perspetiva do marketing | 14 |
| 2.2.1- Modelos de qualidade de serviços | 15 |
| 2.2.1.1- O modelo de Grönroos | 15 |
| 2.2.1.2- O modelo 4Q de qualidade de Gummesson | 16 |
| 2.2.1.3- O modelo de Parassuraman, Zeithal e Berry | 16 |
| 2.2.1.4- O modelo GAP | 17 |

| | | |
|--|--|----|
| 2.3- | Métodos de avaliação da qualidade dos serviços | 21 |
| 2.3.1- | O Instrumento ou escala SERVQUAL | 21 |
| 2.3.2- | O modelo SERVPERF | 22 |
| 2.3.3- | Modelos de avaliação de qualidade dos serviços prestados pelas farmácias comunitárias portuguesas. | 23 |
| 2.4- | Conceito de valor | 27 |
| 2.4.1- | Criação e entrega de valor | 28 |
| 2.4.2- | A prestação de serviço e a cocriação de valor – Service Dominant Logic | 31 |
| 2.4.3- | A proposta de valor ao cliente – <i>Customer value proposition</i> | 34 |
| 2.5- | Os fatores emocionais do cliente – <i>Colin Shaw model</i> | 35 |
| 2.6- | A passagem do foco do produto para o cliente - <i>Marketing Myopia</i> | 36 |
| 2.7- | Marketing interno | 37 |
| 2.8- | Marketing relacional | 39 |
| 2.9- | Marketing digital | 40 |
| 2.10- | Marketing 3.0 | 42 |
| 2.11- | O plano de marketing | 43 |
| 2.12- | O marketing mix e o marketing mix expandido | 44 |
| 2.12.1- | Os 5p's do marketing mix | 45 |
| 2.12.2- | Os 7p's do marketing mix (expandido ou de serviços) | 46 |
| 2.12.3- | Os 8p's do marketing digital | 46 |
| 2.13- | A segmentação de mercado e o comportamento do utente | 47 |
| 2.14- | Segmentação de mercado | 47 |
| 2.15- | O comportamento do utente da farmácia comunitária Portuguesa | 49 |
| 2.16- | Resumo do capítulo | 50 |
| Capítulo 3 - A farmácia comunitária- definições e mercado | | |
| 3.1- | Conceito de farmácia comunitária | 51 |
| 3.2- | Da farmácia tradicional até à farmácia comunitária | 51 |
| 3.3- | A legislação vigente | 53 |
| 3.4- | A evolução do mercado farmacêutico (2007-2016) | 57 |

| | | |
|-------|---|----|
| 3.5- | O mercado do MNSRM | 65 |
| 3.6- | A farmácia comunitária na atualidade – Ameaças | 66 |
| 3.7- | A influência das Unidades de Saúde Familiar (USF) | 68 |
| 3.8- | Análise PEST das farmácias comunitárias portuguesas | 70 |
| 3.9- | Análise SWOT das farmácias comunitárias portuguesas | 72 |
| 3.10- | As 5 forças de Porter | 73 |
| 3.11- | Resumo do capítulo | 74 |

Capítulo 4 - Formulação das hipóteses e proposta do modelo teórico de investigação

| | | |
|--------|--------------------------------------|----|
| 4.1- | Formulação das hipóteses de trabalho | 77 |
| 4.2- | Variáveis | 78 |
| 4.2.1- | Variável dependente | 79 |
| 4.2.2- | Variáveis independentes | 79 |
| 4.3- | Resumo do capítulo | 80 |

Capítulo 5 – A investigação e a metodologia

| | | |
|--------|--|----|
| 5.1- | Modelo e método de análise | 81 |
| 5.1.1- | A estrutura do desenho da investigação | 84 |
| 5.1.2- | Tipo de investigação | 84 |
| 5.1.3- | Grau de influência do investigador | 84 |
| 5.1.4- | Ambiente de investigação | 84 |
| 5.1.5- | Unidade de análise | 84 |
| 5.1.6- | Horizonte temporal do estudo | 84 |
| 5.2- | Seleção e recolha da amostra | 85 |
| 5.3- | Resumo do capítulo | 85 |

Capítulo 6 - Análise estatística, discussão e interpretação dos resultados

| | | |
|--------|--|----|
| 6.1- | Inquérito ao gestor da farmácia comunitária portuguesa | 87 |
| 6.1.1- | Características do gestor | 87 |
| 6.1.2- | Variável independente “Liderança” | 87 |

| | | |
|--|--|------------|
| 6.1.3- | Variável independente “Atitude perante o utente” | 91 |
| 6.1.4- | Variável independente “Segmentação” | 93 |
| 6.1.5- | Variável independente “Partilha de responsabilidades” | 94 |
| 6.1.6- | Variável independente “Formação” | 96 |
| 6.1.7- | Variável independente “Resolução de erros e falhas” | 96 |
| 6.1.8- | Variável independente “Tecnologia de informação” | 98 |
| 6.1.9- | Variável independente “Comunicação interna/externa” | 100 |
| 6.1.10- | Cruzamento de variáveis independentes | 101 |
| 6.2- | Inquérito ao utente das farmácias comunitárias portuguesas | 104 |
| 6.2.1- | Métodos estatísticos utilizados | 104 |
| 6.2.1.1- | Estatística descritiva | 104 |
| 6.2.1.2- | Teste do Qui-quadrado | 104 |
| 6.2.2- | Análise Descritiva | 105 |
| 6.2.2.1- | Caracterização | 105 |
| 6.2.2.2- | Relacionamento | 106 |
| 6.2.2.3- | Processo de compra | 107 |
| 6.2.3- | Objetivos | 108 |
| 6.2.3.1- | Feedback do impacto das técnicas de gestão no Utente e na contribuição, ou não, da fidelização do mesmo | 108 |
| 6.2.3.2- | Relação entre o “Relacionamento” e a “Idade” “Habilitações”, “Preço” | 113 115 |
| 6.2.3.3- | Relação entre o “Acesso às compras” e a “Idade”, “Habilitações”, “Relacionamento”, “Preço”. | 115 |
| 6.3- | Resumo do capítulo | 118 |
| Capítulo 7 - Conclusões e recomendações | | |
| 7.1- | Conclusões | 120 |
| 7.2- | Contribuição para a otimização da sustentabilidade das farmácias comunitárias portuguesas | 126 |
| 7.3- | Limitações do estudo | 127 |
| 7.4- | Futuras linhas de investigação | 128 |
| | Bibliografia | 129 |
| | Netgrafia | 137 |

| | |
|---|-----|
| Anexo I - Inquérito ao gestor de farmácia | 141 |
| Anexo II - Inquérito ao utente de farmácia | 149 |
| Anexo III - O instrumento SERVQUAL | 151 |
| Anexo IV - Questionário aplicado a serviços | 152 |
| Anexo V - Determinantes da qualidade | 153 |
| Anexo VI - Tabelas de frequências | 154 |
| Anexo VII - Outputs das análises realizadas | 166 |

Índice de tabelas

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - Volume de vendas e quotas de mercado em 2008 | 58 |
| Tabela 2 - Quota de mercado dos medicamentos em 2009 | 58 |
| Tabela 3 - Mercado em valor e crescimento em 2010 vs. 2009 | 59 |
| Tabela 4 - Taxas de crescimento 2010 vs. 2009 e 2011 vs. 2010 | 60 |
| Tabela 5 - Mercado em unidades e crescimento em 2011 vs. 2010 | 60 |
| Tabela 6 - Evolução das quotas dos medicamentos no SNS no período de jan-out de 2015. | 63 |
| Tabela 7 - Evolução das quotas dos MNSRM fora do espaço farmácia No período de jan-set 2015 | 63 |
| Tabela 8 - Evolução do preço médio dos medicamentos no mercado total de 2010 a 2015 | 64 |
| Tabela 9 - Evolução mensal de quantidade e valor das vendas de MNSRM fora das farmácias jan-dez 2014 | 65 |
| Tabela 10 - Custos em medicamentos antes e depois da criação das USF | 70 |
| Tabela 11 - Análise PEST do setor das farmácias comunitárias portuguesas | 71 |
| Tabela 12 - As 5 forças de Porter – setor das farmácias comunitárias | 74 |
| Tabela 13 - Equivalência de poupança do Estado em medicamentos | 76 |
| Tabela 14 - Variáveis independentes relacionadas com as práticas e procedimentos de marketing | 80 |
| Tabela 15 - Hipóteses do questionário ao gestor em conformidade com as variáveis independentes | 83 |

Índice de figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1 - Modelo GAP de qualidade de serviços | 19 |
| Figura 2 - Determinantes de qualidade de serviços | 20 |
| Figura 3 - Formas de ver o processo de valor tradicional | 29 |
| Figura 4 - Formas de ver o processo de entrega de valor | 30 |
| Figura 5 - Criação de valor na nova economia | 30 |
| Figura 6 - Modelo de Colin Shaw | 36 |
| Figura 7 - Distribuição do mercado por entidade, top 5 em volume | 66 |
| Figura 8 - Análise SWOT- farmácias comunitárias portuguesas | 73 |
| Figura 9 - Modelo conceptual da relação entre as variáveis | 78 |
| Figura 10 - O utente é a principal base do negócio | 87 |
| Figura 11 - O utente é uma das principais fontes de lucro | 88 |
| Figura 12 - O relacionamento utente-colaborador é muito difícil | 89 |
| Figura 13 - O utente e o técnico complementam-se no negócio | 89 |
| Figura 14 - O técnico/farmacêutico tem obrigação de orientar o utente na compra | 90 |
| Figura 15 - A missão do técnico/farmacêutico é contribuir para o sucesso do negócio mediante a minha orientação | 91 |
| Figura 16 - O colaborador da farmácia é a principal ferramenta de sucesso do negócio | 91 |
| Figura 17 - Pergunto ao utente se ficou satisfeito com o atendimento | 92 |
| Figura 18 - O meu cliente é soberano e centro tudo na sua satisfação | 92 |
| Figura 19 - O utente tem sempre razão | 93 |
| Figura 20 - São disponibilizados, aos nossos colaboradores, os recursos para um excelente atendimento | 93 |

| | |
|---|----|
| Figura 21 - Os utentes são tratados de igual forma | 94 |
| Figura 22 - Não abrir exceções para utentes demasiado exigentes | 94 |
| Figura 23 - Comunico frequentemente a missão e os valores da farmácia aos meus colaboradores | 95 |
| Figura 24 - Partilho, com os meus colaboradores, todas as situações relacionadas com o atendimento e reclamações | 95 |
| Figura 25 - Qualquer colaborador é responsável pela opinião que o utente tenha sobre a farmácia | 95 |
| Figura 26 - Os colaboradores têm frequentes ações de formação em atendimento e outros relacionados com o utente | 96 |
| Figura 27 - Os colaboradores melhoram a sua <i>performance</i> após as formações disponibilizadas | 96 |
| Figura 28 - Uso a reclamação dos utentes para descobrir as suas necessidades e melhorar a sua satisfação | 97 |
| Figura 29 - O utente tem resposta rápida à sua queixa, independentemente da sua gravidade ou importância | 97 |
| Figura 30 - Tenho conhecimento de todas as queixas dos utentes | 97 |
| Figura 31 - O utente que se queixa tem oportunidade de falar comigo | 98 |
| Figura 32 - Os colaboradores têm ordens para registar todas as queixas | 98 |
| Figura 33 - Comunico com os meus utentes por <i>email</i> | 99 |
| Figura 34 - Tenho uma página no <i>facebook</i> e disponibilizo o acesso ao utente | 99 |
| Figura 35 - Tenho sistema de vendas <i>online</i> | 99 |
| Figura 36 - Uso <i>smartphone</i> para divulgar a minha farmácia | |

| | |
|---|-----|
| Figura 37- Registo de todos os utentes, medicação e dados pessoais | 100 |
| Figura 38 - Os colaboradores têm conhecimento de todas as queixas e são responsáveis pela sua resolução | 101 |
| Figura 39 - Tenho um sistema de entregas ao domicílio | 101 |
| Figura 40- Idade vs. tipo de gestão | 102 |
| Figura 41 – Idade vs. habilitações literárias | 102 |
| Figura 42 - Pergunto sempre ao utente se ficou satisfeito com o atendimento vs. idade | 103 |
| Figura 43 - Não se devem abrir exceções para utentes demasiado exigentes vs. idade | 103 |
| Figura 44 - Tenho pagina no <i>facebook</i> e disponibilizo o acesso ao utente vs. idade | 104 |
| Figura 45 - Gráfico de frequências: “Idade” | 105 |
| Figura 46 - Gráfico de frequências: “Habilitações literárias” | 106 |
| Figura 47- Gráfico de frequências: “Tratam-me pelo nome” | 106 |
| Figura 48 - Gráfico de frequências: “O farmacêutico conhece a minha medicação | 106 |
| Figura 49 - Gráfico de frequências: “Vendem-me sempre o mais barato” | 107 |
| Figura 50 - Gráfico de frequências: “Quando preciso ir à farmácia” | 107 |
| Figura 51- Gráfico de frequências: “Compro os medicamentos” | 108 |
| Figura 52 - Gráfico de frequências:” Fidelização” | 109 |
| Figura 53 - Gráfico de frequências: Relação entre “Fidelização” e “Idade” | 109 |
| Figura 54 - Gráfico de frequências: Relação entre “Fidelização” e “Habilitações Literárias “ | 110 |

| | |
|---|-----|
| Figura 55 - Gráfico de frequências: Relação entre “Fidelização” e “Tratam-me pelo nome” | 111 |
| Figura 56 - Gráfico de frequências: Relação entre “Fidelização” e “O farmacêutico conhece a minha medicação” | 111 |
| Figura 57 - Gráfico de frequências: Relação entre “Fidelização” e “Vendem-me sempre o mais barato” | 112 |
| Figura 58 - Gráfico de frequências: Relação entre “Fidelização” e “Compro os medicamentos” | 113 |
| Figura 59 - Gráfico de frequências: Relação entre “tratam-me pelo nome” e “Idade” | 114 |
| Figura 60 - Gráfico de frequências: Relação entre “Tratam-me pelo nome” e “Habilitações literárias”. | 114 |
| Figura 61 - Gráfico de frequências: Relação “O farmacêutico conhece a minha medicação” e “vendem-me sempre o mais barato” | 115 |
| Figura 62 - Gráfico de frequências: Relação entre “Acesso à compra” e “Idade” | 116 |
| Figura 63 - Gráfico de frequências: Relação Entre “Acesso à compra” e “Habilitações literárias” | 116 |
| Figura 64 -Gráfico de frequências: Relação entre “Acesso à compra” e “Tratam-me pelo nome” | 117 |
| Figura 65 - Gráfico de frequências: Relação entre a “Compra” e “O farmacêutico conhece a minha medicação” | 117 |
| Figura 66 - Gráfico de frequências: Relação entre o “Acesso à compra” e “Vendem-me sempre o mais barato” | 118 |

Índice de abreviaturas

ANF- Associação Nacional de Farmácias

APIFARMA - Associação Portuguesa da Industria Farmacêutica

ARS - Associação Regional de Saúde

DCI - Denominação Comum Internacional

INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde

MG - Medicamento genérico

MNSRM - Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

MSRM – Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

OF - Ordem dos Farmacêuticos

PVA - Preço de Venda ao Armazenista.

PVF- Preço de Venda à Farmácia

PVP- Preço de Venda ao Publico

PVP- Preço de venda ao Publico.

SNS - Serviço Nacional de Saúde

T5 - Grupo dos cinco medicamentos genéricos mais económicos

USF- Unidade de Saúde Familiar

Capítulo 1 - introdução

1.1- Enquadramento da investigação

A farmácia comunitária é um organismo que se caracteriza pelos dois objetivos da sua função: A missão social e o espaço comercial. No entanto as legislações vigentes oferecem uma realidade até então completamente estranha ao setor e que poderão alterar estes objetivos: A realidade concorrencial.

A farmácia comunitária é ainda um espaço dedicado à saúde, não permitindo o afastamento do perfil e atividade comercial que se pretende financeiramente sustentável. Desde a entrada no circuito comercial dos medicamentos genéricos em Portugal e a progressiva implementação de legislações e consequentes estratégias governamentais para controlo de preços e de prescrições, que todo o setor mergulhou numa profunda crise afetando as características e expectativas de retorno tradicionais.

Segundo Aguiar (2009), a dinamização do mercado de genéricos resultou numa redução de faturação anual das farmácias comunitárias e um consequente aumento de *stocks* na ordem dos 15% do inventário. A partir do aparecimento do mercado único europeu e da consequente globalização dos mercados, observou-se uma diminuição das margens do setor farmacêutico.

Alguns autores previram tempos difíceis, tendo como exemplo Barros (2012)¹ que refere, em 2012, o decréscimo de rentabilidade nas farmácias pertencentes aos escalões com volume de negócios mais baixos, embora as farmácias com um volume de negócio médio tivessem ainda hipóteses de apresentar resultados positivos. Este autor adianta que todos os escalões de farmácias apresentariam prejuízo a partir de 2012, situação que, conforme desenvolvido nesta dissertação, se veio a comprovar.

Independentemente do esforço das farmácias comunitárias na manutenção da sua sustentabilidade, o mercado é inconstante. Mesmo perante esta realidade, as participações do Estado aos medicamentos prescritos mostraram um

¹Barros, P., Martins, B. & Moura, A. (2012). "Evolução do setor das farmácias-revisitar o estudo" A situação concorrencial no setor das farmácias". *New School of Business and Economics*, p.31, <https://momentoseconomicos.files.wordpress.com/2012/07/margensfarmc3a1cias2012.pdf> [7 de abril de 2015].

aumento considerável devido aos encargos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) com os subsistemas de saúde. A reação do Estado perante este fenómeno tem sido rápida e eficaz. Foram criados sistemas de prescrição permitindo um controlo apertado na escolha dos medicamentos e mecanismos que obrigam a diminuição das prescrições mais onerosas.

Vários autores, tais como Blessa (2008), em alternativa, preconizam que a venda de medicamentos não é a principal fonte de proveitos das farmácias comunitárias e que o conjunto dos produtos de higiene e cosmética poderá deter um papel mais importante. Em particular, o segmento dos Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM) e os produtos de higiene e conforto são altamente beneficiados por estas novas estratégias. Estes segmentos fazem face ao incremento concorrencial oriundo da liberalização do setor, das legislações e dos processos comerciais muito diferentes.

Tatum (2008)² reforça os riscos inerentes à nova realidade, referindo que as farmácias vivem um ambiente perfeitamente concorrencial. Este autor considera os produtos de automedicação uma enorme oportunidade para o crescimento da sustentabilidade das farmácias.

Já Aguiar (2009) refere que o medicamento é o produto que sustenta o negócio. Com vendas de cerca de 85% é, claramente, o produto mais importante para a farmácia. Este autor ainda adianta que pelo menos 50% da faturação anual é proveniente de prescrições médicas, verificando assim uma enorme dependência de dois fatores fundamentais para a dinâmica comercial de qualquer unidade: os médicos e o Estado, (o maior cliente das farmácias). Perante estes aspetos compreender-se-á que a sustentabilidade deste setor, tendencialmente, estará ameaçada.

Este fenómeno exacerbou a abertura do setor às técnicas de marketing, entrando em paralelo com outros setores tipicamente ativos. Compreendeu-se finalmente que as farmácias comunitárias não são simples distribuidores, mas sim

²Tatum (2008). Los productos OTC, una gran oportunidad para las farmácias españolas, *Tatum*, Madrid. http://www.anefp.es/XXX_aniversario/Notas_Prensa/NP_Jornadas_anefp-Tatum.pdf [23 de fevereiro de 2016]

elementos críticos na cadeia de valor do canal de distribuição, carentes de uma planificação cuidada e eficaz e de ferramentas estratégicas que permitam uma rendibilidade sustentável. A inclusão do utente como peça fundamental nesta nova postura poderá permitir avanços consideráveis na planificação estratégica deste setor.

Assim, a atualidade exige das farmácias uma postura estratégica que carece do uso cuidado de boas práticas e procedimentos de marketing adaptadas às novas necessidades do consumidor. Garante-se, assim, a satisfação e a manutenção da fidelidade do utente cada vez mais exigente e conhecedor, como base de garantia de sustentabilidade deste setor. Cabe assim aos seus gestores planejar, organizar, dirigir e controlar um novo rumo para otimizar a rendibilidade.

Pita (2000) refere que o marketing começa, finalmente, a deter um papel de destaque nas necessidades de gestão deste setor. Verifica-se já um aumento progressivo da utilização de várias ferramentas de comunicação, sejam a publicidade ou o acesso às redes sociais, sempre com o fim de promover os seus produtos, mas sempre visando minimizar o decréscimo de rendibilidade do setor e aumentar a sua dinâmica concorrencial. Luta-se arduamente pela conquista de potenciais clientes, pela sua completa satisfação e pela fidelização sólida dos existentes.

Nesta atual envolvente, onde as inovações e as mudanças fluem rapidamente, os clientes tornam-se cada vez mais exigentes, mais informados e com diferentes necessidades a serem satisfeitas, obrigando à adequação célere de inovadoras formas de gestão. Desta forma, as farmácias comunitárias poderão aumentar as hipóteses de permanecerem no mercado aumentando a sua competitividade. Este ajuste é abordado por Kotler (2000) referindo que *“Quando uma organização não consegue responder a uma alteração do ambiente, fica cada vez mais difícil reaver a posição perdida”*.

1.2- Questão da investigação

As farmácias comunitárias portuguesas executam práticas e procedimentos de marketing orientados para a satisfação e fidelização do utente?

1.3- O objetivo da investigação

O objetivo desta investigação visa identificar as práticas e procedimentos de marketing aplicados pelos atores das farmácias comunitárias portuguesas e avaliar o seu impacto no utente em termos de satisfação, fidelidade e consequente contribuição para a sustentabilidade destas organizações.

1.4- Objetivos específicos da investigação

Pretende-se, com esta investigação, atingir os seguintes objetivos específicos:

- i) Identificar fatores de liderança e motivação aplicados nas farmácias comunitárias portuguesas e o seu impacto na satisfação e fidelização do utente;
- ii) Avaliar o impacto do uso das novas tecnologias de informação e comunicação nas farmácias comunitárias portuguesas na satisfação e fidelização do utente;
- iii) Identificar processos de comunicação interna e tratamento de reclamações e erros influenciadores na satisfação e fidelização do utente;
- iv) Detetar as posturas dos colaboradores das farmácias comunitárias portuguesas perante os diferentes fatores emocionais do utente;
- v) Identificar fatores de criação de valor no serviço prestado ao utente, influenciador da satisfação e fidelização.

1.5- Argumentos que sustentam a importância e a originalidade da investigação

Segundo Aguiar (2009) uma farmácia comunitária tinha, em 2009, um volume de faturação média de €1.350.000 e o seu resultado líquido obtido não ultrapassava os 4% desse resultado, sendo uma das mais baixas da Europa. Com a atualização das legislações, (desde o preço de referência até ao enquadramento legislativo existente a partir de 2005 e que dá a permissão a outras superfícies de comercializar medicamentos não sujeitos a receita médica), estes números baixaram ao ponto de colocar em risco o setor das farmácias comunitárias portuguesas, dando origem a inúmeras insolvências e penhoras (ANF, 2013).

A originalidade desta investigação centra-se numa abordagem ainda não considerada, ou muito pouco desenvolvida deste setor. Muito se tem escrito sobre a relação causa-efeito deste fenómeno, mas pouco se tem desenvolvido sobre a progressiva e necessária adaptação da farmácia comunitária às necessidades, desejos, condições sociais e económicas do consumidor, tão crítica na manutenção da sua fidelização.

As conclusões desta dissertação permitirão avaliar a estratégia atualmente aplicada, relacionando-a com o impacto no utente em termos de satisfação, relacionamento e consequente fidelização.

1.6- As implicações práticas da investigação

Pretende-se com esta investigação oferecer aos gestores das farmácias comunitárias algumas considerações no âmbito do marketing e suas práticas e técnicas que suportam o ciclo de valor, ligado à matéria crítica para a sua sustentabilidade, tais como:

- i) O posicionamento e diferenciação,
- ii) O *branding*;
- iii) A relação da empresa com os *stakeholders*, a partir dos seus atributos e valores exclusivos ligado a questões como o suporte a vendas; a gestão de serviços; a gestão do *customer life cycle* nos diversos segmentos e *clusters* de clientes; a gestão de canais e dos tradicionais instrumentos do marketing e marketing digital e a satisfação básicas das necessidades dos seus utentes enquadrado no equilíbrio entre o papel social e comercial.
- iv) Integração destas considerações com as boas práticas das leis do medicamento³.

Na generalidade, este trabalho poderá contribuir para a integração num ciclo de vida mais ativo deste setor, aumentando as hipóteses de sobrevivência, tentando assim retomar o caminho da sustentabilidade. O serviço final, onde se engloba a venda de medicamentos como um serviço prestado ao utente, terá

³ Objetivos ajustados com a experiência profissional do mestrando no setor farmacêutico.

necessidade de corresponder rigorosamente às expectativas criadas oferecendo criação de valor, que contribuirá para sua a satisfação e consequente fidelização.

1.7- Metodologia

Para o desenvolvimento desta dissertação foi necessária uma recolha de bibliografia de livros e artigos científicos de investigadores desta temática.

Foi, no passo seguinte, feita uma busca de dados secundários referentes ao setor das farmácias comunitárias, tendo como auxílio a experiência profissional do mestrando, oriunda de 24 anos de trabalho na indústria farmacêutica.

Seguiu-se a preparação, elaboração e distribuição de dois questionários, tendo o primeiro como alvo os gestores das farmácias comunitárias e o segundo os utentes desses mesmos espaços.

Foi utilizado, para análise e interpretação dos dados recolhidos no inquérito ao utente da farmácia comunitária Portuguesa, o *SPSS Statistics*⁴, versão 21.

Em termos de estatística descritiva apresentam-se, para as variáveis de caracterização, as tabelas de frequências e gráficos ilustrativos das distribuições de valores verificadas.

No somatório dos métodos e técnicas aplicadas, desenvolveram-se as conclusões, contribuições para a otimização da sustentabilidade das farmácias comunitárias portuguesas e futuras linhas de investigação.

1.8- Estrutura da dissertação

O primeiro capítulo aborda a revisão da literatura, referindo temas dos diversos autores pertinentes à investigação e temas sobre diversas técnicas e práticas de marketing. Neste capítulo são ainda abordados métodos de avaliação de qualidade, conceitos aplicados no relacionamento e fidelização do utente, tais como as propostas de valor aplicadas ao cliente e os fatores emocionais do mesmo, terminando com conceitos sobre segmentação e uma breve referência ao atual consumidor português, particularizado no utente das farmácias comunitárias.

⁴ Desenvolvimento no ponto 5.2.1- Métodos estatísticos utilizados

No segundo capítulo desenvolve-se os conceitos de farmácia comunitária e uma breve descrição histórica do seu percurso. Desenvolvem-se nos pontos seguintes e por ordem cronológica as legislações aplicadas ao setor, ou pelo menos as mais influentes, assim como dados de mercado do setor das farmácias comunitárias portuguesas até 2016. Finaliza-se este capítulo com a análise macro e micro do setor.

No terceiro capítulo, desenvolve-se a formulação das hipóteses e propostas do modelo teórico da investigação.

O capítulo quatro aborda a investigação e sua metodologia.

O capítulo cinco desenvolve a análise estatística, discussão e a interpretação dos resultados obtidos na metodologia da investigação.

O capítulo sexto reúne as conclusões extraídas dos resultados da investigação, a contribuição para a otimização da sustentabilidade das farmácias comunitárias portuguesas, as limitações do estudo e as futuras linhas de investigação.

A dissertação finaliza com as referências bibliográficas físicas e virtuais e anexos.

Capítulo 2 - Revisão da literatura

2- Marketing de serviços

Com o exponencial crescimento da indústria de serviços, alguns dos conceitos usados na área dos produtos foram adotados por esta, não obstante as suas particularidades relevantes, exigindo estratégias e abordagem perfeitamente personalizadas que o marketing de produtos não considera (Parasuraman *et al.*, 1985).

O interesse pelo marketing de serviços tem crescido bastante nos últimos anos. Está conectado com a importância económica dos serviços nas economias pós-industriais e claramente influenciado com a redução de diferenciação dos produtos e serviços, tendo em conta o amadurecimento do mercado e o aumento concorrencial.

O principal foco que centraliza todos os conceitos de marketing de serviços visa o cliente, sendo assumido que o ganho de competências relativamente à compreensão dos processos mentais influenciadores da escolha, seleção e consumo de serviços é crítico para o cumprimento de objetivos.

“O marketing de serviços deve ser definido como a área do conhecimento que engloba todas as atividades concernentes às relações de troca, orientadas para a satisfação dos desejos e necessidades dos clientes, visando alcançar determinados objetivos da organização ou indivíduo e considerando sempre o meio ambiente da atuação e o impacto que estas relações causam no bem-estar da sociedade.”

(Las Casas, 2002, p. 15).

Segundo Grönroos (2004), as expectativas dos consumidores assumem assim um papel de destaque no que concerne ao nível de qualidade dos serviços e à sua relação direta entre as expectativas e o resultado final como resultado das interações dos serviços. A boa qualidade percebida obtém-se quando a qualidade experimentada atende às expectativas do cliente, isto é, a qualidade esperada. Se as expectativas não forem realistas, a qualidade total percebida será baixa, mesmo que a qualidade experimentada medida de modo objetivo seja boa. Como resultado, as empresas viram-se obrigadas a uma evolução progressiva no sentido

de desenvolver vantagens competitivas centralizadas na oferta ampliada de serviços e no ajustamento dos produtos e suas características às reais necessidades dos clientes, usando para isso, ferramentas de relacionamento alavancadas pela criação de valor (Grönroos, 2004).

O marketing de serviços, pela sua associação a diversas atividades, pode tornar-se difícil de definir (Almeida & Pereira, 2014). Segundo os mesmos autores, vivemos uma época em que todo o marketing adota características marcadamente relacionais, sendo normal “*que os serviços assumam a liderança como principal área de intervenção das políticas de marketing e comunicação numa organização*”.

Tendo em conta que o tema desta dissertação se baseia num setor em que os serviços ocupam uma posição estrategicamente dominante, considerando que mesmo a venda de um simples medicamento (produto) é um serviço prestado ao utente, foram desenvolvidos alguns conceitos importantes da literatura e que deverão ser tomados em consideração.

2.1- Os serviços – definições e características

A *American Marketing Association* (1960) define “serviço” como atividades, benefícios ou satisfações que são colocadas à venda ou proporcionados em conexão com a venda de bens, sendo inúmeras as diferentes definições dos diversos autores.

Hill (1999) define o termo “serviços” como uma “*mudança nas condições de uma unidade económica produzida pela atividade de outra unidade*”. Este autor desenvolve, nesse sentido, uma proposta que clarifica as dúvidas em transações de serviços com características semelhantes às dos produtos, mas que mantém características bem patentes de serviços: nascem então os conceitos de bens tangíveis e intangíveis e serviços. Hill (1999) rompe com as teorias clássicas ou tradicionais da intangibilidade dos serviços sendo resultado de trabalho, independentemente das características formais do processo de produção ou do produto daí resultante.

Para Kotler (2000) “*serviço é qualquer ato ou desempenho, essencialmente intangível, que uma parte pode oferecer à outra e que não resulta na propriedade de nada. A execução de um serviço pode estar ou não ligada a um produto*

concreto”. O mesmo autor adianta que o crescimento do setor de serviços tem sido exponencial, não obstante o facto da teoria e prática do marketing ter sido desenvolvida, numa fase inicial, associada a produtos físicos.

Lovelock e Wirtz (2011) consideram ainda que “serviço” e “serviços” são distintos. Serviço é descrito como um ato ou desempenho oferecido por uma parte à outra. Embora o processo possa estar ligado a um produto tangível, o desempenho é essencialmente intangível e normalmente não resulta na posse ou propriedade de nenhum dos fatores de produção. Serviços são assim entendidos como atividades económicas que criam valor e fornecem benefícios para clientes em tempos e lugares específicos.

Las Casas (2002) mostra a variabilidade nos serviços dos seus tipos e categorias, sendo a sua intangibilidade muito variável considerando que, independente do tipo, o serviço é uma ação ou desempenho transferida para o cliente. Considerando que os serviços se transferem em vários níveis de duração e intangibilidade, não se pode considerar uma fórmula única. Segundo Grönroos (2004) “...um serviço não é uma coisa, mas processos que consistem numa serie de atividades que são produzidas simultaneamente” realçando a importância do envolvimento proactivo dos profissionais de produção do serviço, sendo sujeitos à avaliação do cliente no ato da produção/consumo e à respetiva análise dos resultados percebidos *versus* as expectativas.

“Os serviços são atividades económicas oferecidas de uma parte a outra. Frequentemente temporários, são performances que trazem resultados esperados a recipientes, objetos, ou outros bens sobre as quais os detentores têm responsabilidade. Em troca de dinheiro, tempo e esforço, os clientes dos serviços esperam valor do acesso aos bens, trabalho e competências profissionais, instalações, redes e sistemas, mas em termos gerais não detêm a posse de qualquer um dos elementos físicos envolvidos.” (Lovelock & Wirtz, 2011, p.37).

De acordo com vários autores [Hill (1999) Kotler (2000) e Kotler & Armstrong (2007)] e na sua tradicional especificidade, os serviços apresentam diferenças dos produtos. Citando Kotler (2000) “Os serviços apresentam quatro

características principais que afetam enormemente a elaboração de programas de marketing. São eles: intangibilidade, inseparabilidade, variabilidade e perecibilidade”.

2.1.1- O produto versus o serviço

No marketing clássico é notório o foco no produto, englobando o serviço como uma atividade intangível, provocando um simples acréscimo de valor.

Nos primórdios desta temática, Levitt (1881) concluiu que um produto pode facilmente ser reconhecido em termos de benefício, diferenciação e valor acrescentado, tendo as suas características tangíveis recolhidas ao mínimo em contraste com a relevância das características intangíveis. Já Hicks (1942) desenvolveu a teoria de que o ato de “produzir” não corresponde obrigatoriamente a obter algo tangível, mas também a serviços que não podemos tocar fisicamente e que são produzidos por profissionais específicos, tais como médicos, docentes, enfermeiros etc. Estes serviços são assim resultados de produção, sendo que tudo o que é produzido é consumido em dois tipos: bens materiais (tangíveis) e imateriais (intangíveis).

Rathmell (1966) define serviços como atos, ações, performances, ou esforços, contrariamente aos produtos que podem ser entendidos como objetos ou instrumentos, mas Levitt (1969) faz uma aproximação definitiva do produto ao serviço, sendo este último responsável por grande parte do seu valor.

A noção de “produto aumentado” levou a que a concorrência empresarial se focasse em tudo o que fosse considerado acréscimo ao produto, nomeadamente o aconselhamento ao cliente, o financiamento, serviços de entrega entre muitos outros. Esta postura facilitou o reconhecimento de elementos que tinham um impacto enorme no valor percebido pelo consumidor, estando reconhecidamente num estágio de algo que pode ser entendido em termos de benefícios diretos para o cliente. Compreende-se pela extensão do produto atual através de serviços adicionais como a entrega e crédito, o serviço pós-venda, a instalação e as garantias (Vieira, 2014)⁵.

⁵Fonte: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/17065/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Finalizada.pdf> [23 de fevereiro de 2016].

Perante esta perspectiva na gestão de qualquer negócio, em que a transação seja a base da sustentabilidade, dever-se-á olhar para o produto como um serviço global, tendo em conta que o serviço poderá garantir a venda do mesmo, a satisfação do cliente e a ancoragem do relacionamento com a empresa.

Direcionando estes conceitos ao tema desta dissertação, o reconhecimento da transformação da oferta de uma farmácia comunitária transformado num rol alargado de componentes tangíveis e intangíveis define a validade da noção de “produto aumentado” e, provavelmente, a base da sustentabilidade em face à diminuição exponencial da diferenciação no setor farmacêutico.

Conforme desenvolve Hill (1999), a área do marketing foca-se essencialmente no produto, como elemento tangível, material e completo com uma atividade adicional a que chama serviço, no entanto estes poderão possuir todas as características económicas dos produtos. Os produtos têm, ainda segundo este autor, *outputs* intangíveis provenientes da experiência, sabedoria, conhecimento e informação e ao serem manuseados como serviços.

Numa perspectiva mais recente, Grönroos (2006) afirma que a distinção dos serviços em relação aos produtos é a sua natureza do processo. “*Os serviços surgem em processos abertos, participando os consumidores enquanto coprodutores impedindo a influência direta pelo progresso destes processos*”. No conjunto destas características, extrai-se a complexidade individual para cada cliente no esforço na prospeção e escolha do consumo de serviços, contando com as suas expectativas, experiência, *word of mouth*. Da parte do prestador de serviços, somente poderá adiantar promessas que poderão ou não serem satisfeitas, concluindo-se que o resultado dos serviços dependerá sobremaneira do cumprimento dos fornecedores em relação às expectativas criadas pelo cliente.

Na envolvência deste assunto e reportando ao tema desta dissertação, a simples venda de um medicamento poderá despoletar, mediante uma estratégia direcionada, uma sequência de serviços. Neste caso, qualquer produto (medicamento ou produto não medicamento) transacionado deverá ser considerado um serviço. Esta teoria é confirmada por Grönroos, (2007), citado em Almeida e Pereira (2014), referindo que qualquer produto físico poderá ser

convertido num serviço, necessitando unicamente de uma orientação para a satisfação de determinados requisitos e necessidades do cliente.

Um serviço poderá, assim, complementar um bem e aumentar o seu valor. Como exemplo, um produto (podendo ser um medicamento) poderá ser valorizado com determinado serviço complementar, sendo necessária à sua orientação para a satisfação de determinados requisitos e necessidades dos clientes (Grönroos, 2007, citado em Almeida & Pereira, 2014).

Almeida e Pereira (2014) complementam esse tema afirmando que “*Os serviços são cada vez mais indissociáveis dos produtos ou bens de consumo que se adquirem, podendo influenciar o comportamento de compra dos consumidores*”.

2.1.2- Satisfação

A interpretação da satisfação dos utentes tendo como base a qualidade dos produtos ou serviços, está baseada na determinação dos atributos pelos gestores, o que poderá não corresponder ao esperado pelos clientes e representar um risco para a empresa (Zeithaml *et al.*, 1988). Assim, a qualidade deverá ser interpretada como o potencial existente num produto ou serviço capaz de criar satisfação, estando a sua perceção sempre dependente da utilidade que representa em relação ao nível de qualidade ou desempenho fornecido (Anderson *et al.*, 1992).

Anderson e Narus (1998) referem ainda que satisfação é uma avaliação contínua a respeito da habilidade de uma marca em proporcionar os benefícios procurados pelo cliente. Esse cliente utiliza frequentemente a análise dos principais atributos de um produto ou serviço para avaliar o seu desempenho (Olivier, 1997), originando que a satisfação que manifesta após a compra dependa do desempenho da oferta em comparação às expetativas por ele criadas.

Kotler (2000) avisa que as expetativas estabelecidas pelos profissionais de marketing não podem ser muito altas, sob o risco de desapontar o cliente, não obstante de, em caso de serem baixas, não atrair compradores suficientes. Este mesmo autor ainda afirma que as expetativas do cliente surgem a partir de experiências anteriores, muitas vezes influenciadas por amigos e pressão desenvolvida pelo marketing (Kotler & Keller, 2006).

O termo satisfação define-se então como a sensação de prazer ou desapontamento que resultou entre o desempenho percebido de um produto e as expectativas que foram criadas pelo cliente, que ao ser alcançado se manifestará em satisfação. Caso supere as expectativas criadas será motivo de encantamento, mas em caso de não as alcançar, o cliente ficará insatisfeito (Kotler & Keller, 2006).

2.1.3- A satisfação do utente nas farmácias comunitárias

A perceção do utente é um excelente indicador de avaliação da qualidade dos serviços de saúde (Cavaco *et al.*, 2005), sendo essa perceção cada vez mais consciente pelos cidadãos, tornando a qualidade dos serviços fator diferenciador na estratégia concorrencial entre as farmácias comunitárias.

Nestas organizações a concorrência pela variável “preço” é limitativa, não só pelo quadro legislativo, como pelas magras margens atualmente praticadas. Assim, a satisfação e a fidelização dos utentes das farmácias comunitárias resultam essencialmente da qualidade dos serviços praticada (Bastos & Gallego, 2008)⁶.

2.2- A qualidade na perspetiva do marketing

Grönroos (1990) afirma que os consumidores escolhem os prestadores de serviços comparando as perceções que têm do serviço recebido com o serviço esperado. Estamos perante o conceito de qualidade de serviço percebida.

Os bons resultados na qualidade percebida são obtidos quando os serviços recebidos ou experimentados atendem às expectativas dos clientes. O autor conclui que somente quando o prestador de serviços entender como os serviços serão avaliados pelos clientes é que será possível saber como gerir tais avaliações e como influenciá-las de forma eficaz.

⁶Fonte: Bastos, J. &Gallego, P. (2008) Pharmacies Customer Satisfaction and Loyalty-A Framework Analysis, Universidad de Salamanca, http://campus.usal.es/~empresa/09_master/pdf/01_08.pdf [7 de abril de 2015].

“Uma empresa prestadora de serviços ganha ao executar um serviço com qualidade consistentemente superior à da concorrência e superar as expectativas dos clientes. As expectativas são formadas pelas experiências anteriores dos clientes, pelo boca-a-boca e pela publicidade. Depois de receber o serviço, os clientes confrontam o serviço percebido com o serviço esperado. Se o serviço percebido não atender às expectativas do serviço esperado, os clientes perderão o interesse pelo prestador. Se o serviço percebido atender às expectativas ou for além do que se esperava, os clientes ficarão inclinados a recorrer novamente ao fornecedor.” (Kotler, 2000 p. 459).

São muitos os autores que se têm manifestado sobre esta temática, tendo como exemplo Zeithaml *et al.* (1992) que desenvolvem uma teoria de cinco dimensões responsáveis pela avaliação da qualidade dos serviços. Estas dimensões resumem-se, ainda segundo estes autores, numa *forma* dos clientes organizarem informações sobre a qualidade dos serviços nas suas mentes, sendo elas a confiança, empatia, segurança, sensibilidade e tangibilidade.

2.2.1- Modelos de qualidade nos serviços

Conhecer o cliente, o que verdadeiramente procuram, as suas necessidades e desejos e o que mais valorizam no relacionamento com uma organização que preste serviços é um objetivo crítico no desenvolvimento da gestão de marketing.

2.2.1.1- O modelo de Grönroos

Grönroos (1984) sublinha a qualidade percebida de um determinado serviço como uma função integrada do serviço esperado e do serviço percebido onde inclui uma nova variável como fator acessório: A imagem da empresa.

Segundo o modelo deste autor, quando um indivíduo adquire um serviço faz uma avaliação de abordagem aos níveis funcional e técnico relacionado com o nível da sua qualidade. A qualidade técnica relaciona-se com o resultado do que é recebido aquando a aquisição de determinado serviço. Enquanto a funcional se relaciona com o nível de desempenho do serviço observado de forma subjetiva, influenciada sobremaneira pela forma como o serviço foi prestado e com o contacto

com a empresa prestadora do serviço ou particularmente com o indivíduo que contactou.

Este autor desenvolve a teoria de que a qualidade funcional tem uma enorme influência na qualidade percebida do serviço. Tem a virtude de compensar eventuais falhas na sua aquisição, cumprindo o marketing a missão de satisfazer o consumidor, equilibrando as suas expectativas com o serviço ofertado. Nasce assim o conceito de “qualidade percebida” no resultado da diferença entre a expectativa e a avaliação final sobre o desempenho do serviço adquirido.

De modo a aplicar este modelo, Grönroos, (1984), explana um inquérito que aborda alguns executivos de empresas Suecas, utilizando uma escala de *Lickert* num questionário aplicado aos serviços (Anexo IV).

A definição da forma como a qualidade é percebida pelos clientes e a definição da forma pela qual a qualidade dos serviços é influenciada, será o ponto crítico a reter pelos gestores.

2.2.1.2- O modelo 4Q de qualidade de Gummesson

O modelo de qualidade de Gummesson, foi criado em 1993 pela multinacional *Ericson* e visava a qualidade dos bens, não obstante o facto dessa preocupação oferecer uma expansiva visão da influência da qualidade sobre os serviços. Neste caso a qualidade percebida é o nível de satisfação do cliente (idêntica à de Grönroos).

Este modelo faz enfrentar as expectativas, experiências e imagem (conceitos-chave) e os 4Q`s (qualidade de projeto, da produção, relacional e da entrega), onde todos os elementos da organização contribuem para cada um.

Embora este modelo trate da qualidade dos bens, os serviços contribuem ativamente para cada um dos 4Q`s.

2.2.1.3- O modelo de Parasuraman, Zeithal e Berry

O modelo de Grönroos serviu de base para o modelo criado pelos investigadores Parasuraman, Zeithal e Berry (1985). Assim, foram investigados os determinantes da qualidade dos serviços e a forma como o cliente avalia essa mesma qualidade.

Foram identificadas 10 dimensões que caracterizavam a qualidade dos serviços: **Fiabilidade; Responsabilidade; Competência; Acesso; Cortesia; Comunicação; Credibilidade; Segurança; Tangibilidade; Conhecimento do consumidor.**

Em 1988, estes investigadores, numa 2ª etapa da sua pesquisa, reduziram para 5 dimensões utilizadas pelos clientes na avaliação dos serviços na sua qualidade: **Tangibilidade** – aparência dos elementos físicos e humanos; **Fiabilidade** – capacidade de prestar o serviço de forma digna e cuidada; **Capacidade de resposta** – ajudar o cliente e prestar um serviço rápido; **Confiança/segurança** – serviço prestado sem erros com cortesia e conhecimento dos colaboradores; **Empatia** - cuidado na atenção individual dada ao cliente.

2.2.1.4 - O modelo Gap

Parasuraman *et al.* (1985), desenvolveram uma métrica aplicada à qualidade do serviço, baseados no modelo de satisfação de Oliver (1980)⁷ onde partilham a teoria de que a satisfação de um determinado cliente é uma função do diferencial entre a expectativa do cliente e o desempenho do serviço.

Estes autores referem que a avaliação de um serviço (Q_i) pelos clientes em relação a uma dimensão i é calculada pela diferença entre a expectativa (E_i) e a sua avaliação sobre o serviço D , para dimensões i da qualidade em serviço conforme a equação $Q_i = D_i - E_i$.

O *GAP*, ou diferença entre expectativa e percepção do desempenho, é uma medida do grau de satisfação do cliente. É igualmente uma métrica da qualidade de um serviço relacionado com uma determinada dimensão definida com características genéricas do serviço transacionado, fragmentadas em subdivisões que, no seu somatório, apresentam o serviço como um todo na perspetiva do cliente no papel de juiz desse mesmo serviço.

⁷Olivier (1980) acredita que os consumidores formam expectativas referentes ao desempenho das características dos produtos antes da compra. A compra e o uso subsequente (experiência) revelam ao consumidor os níveis de desempenho reais, que são comparados aos níveis de expectativa pelo uso de parâmetros do tipo melhor do que ou pior do que esperado, com base na experiência própria dos consumidores. O julgamento que resulta desta comparação é rotulado de negativamente se o produto é pior do que esperado; positivamente, se melhor do que esperado; simples confirmação ou “zero”, se correspondeu à expectativa.

O modelo *GAP* desenvolve as diversas discrepâncias que poderão ocorrer na temática da qualidade dos serviços nas perspetivas do cliente e da empresa. Neste âmbito tentou-se mostrar não só a forma como o cliente faz a sua avaliação e julgamento através dos eventos de satisfação nas variáveis que compõem as dimensões da qualidade, como também se direcionou a análise *GAP* ao gestor no sentido de fornecer competências para uma melhoria em toda a estratégia a aplicar no fornecimento de serviços. Tentou-se assim provar as causas, ou pontos críticos que podem causar discrepâncias entre expectativas e desempenho verificadas na prestação de serviços e minimiza-las ao máximo de forma a conseguir-se um patamar com um padrão de qualidade o mais adequado possível.

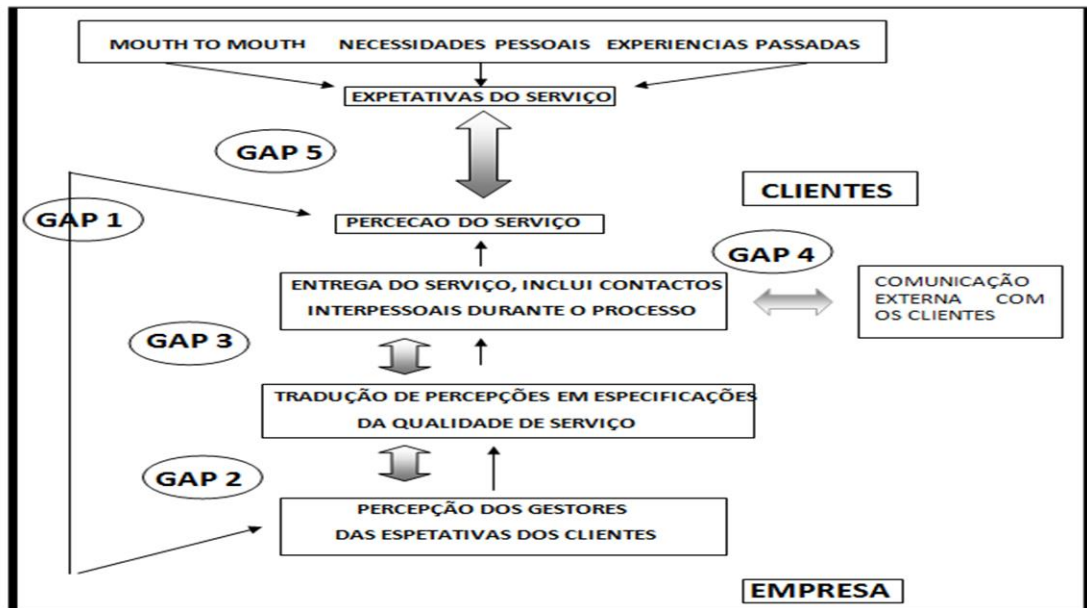
Para o desenvolvimento do teste deste modelo desenvolveram-se entrevistas exploratórias a diversos executivos dos Estados Unidos, todos responsáveis de empresas em diversos setores. Foram, para isso, desenvolvidos 12 “*focus group*”⁸ visando discutir e desenvolver competências e conhecimentos nos seguintes pontos:

- i) Identificação dos atributos chave de qualidade;
- ii) Levantamento e reconhecimento dos problemas referentes à gestão da qualidade nos serviços;
- iii) Mediante a perspetiva do cliente, identificar os principais atributos chave da qualidade dos serviços;
- iv) Detecção das diferenças entre a perceção do cliente e dos gestores de marketing das empresas;
- v) Definir pontos comuns referentes à temática do ponto iv e estabelecer possibilidades de combinação num modelo generalizado contendo qualidade de serviço na perspetiva dos clientes.

Como resultado desta pesquisa, desenvolveram-se pontos comuns nos setores de serviços presentes, conforme demonstrado na figura 1.

⁸*Focus group* define-se como um método/técnica de pesquisa qualitativa de recolha de dados, tendo como objetivo de análise a interação de um grupo mediante um problema.

Fig.1 – Modelo GAP de qualidade de serviços



Fonte: Adaptado de Parasuraman *et al.* (1998)

O **GAP 1** – engloba a discrepância entre as expectativas criadas pelo cliente e a percepção que a empresa (o seu gestor) tem sobre elas.

O **GAP 2** – engloba a discrepância entre a percepção que os gestores possuem sobre as expectativas do cliente relativas às especificações da qualidade dos serviços.

O **GAP 3** – engloba a discrepância dos padrões e características específicas da empresa com a realidade ofertada ao cliente, sabendo de antemão que o contacto interpessoal é crítico para a venda de serviços.

O **GAP 4** - engloba a discrepância entre as promessas transmitidas pelo processo de comunicação das empresas ao ofertar os seus serviços e a realidade do cliente ao adquirir esses mesmos serviços.

O **GAP 5** - engloba a discrepância entre a expectativa criada pelo cliente e a sua percepção do serviço, sendo eventualmente expresso como função dos outros GAP, dependendo das suas direções e magnitudes aliados com o marketing, os projetos e a entrega dos serviços das empresas. Assim, Parasuraman *et al.* (1995), oferecem um modelo de qualidade de serviços traduzida pela seguinte expressão:

$$GAP 5 = f(GAP 1, GAP 2, GAP 3, GAP 4)$$

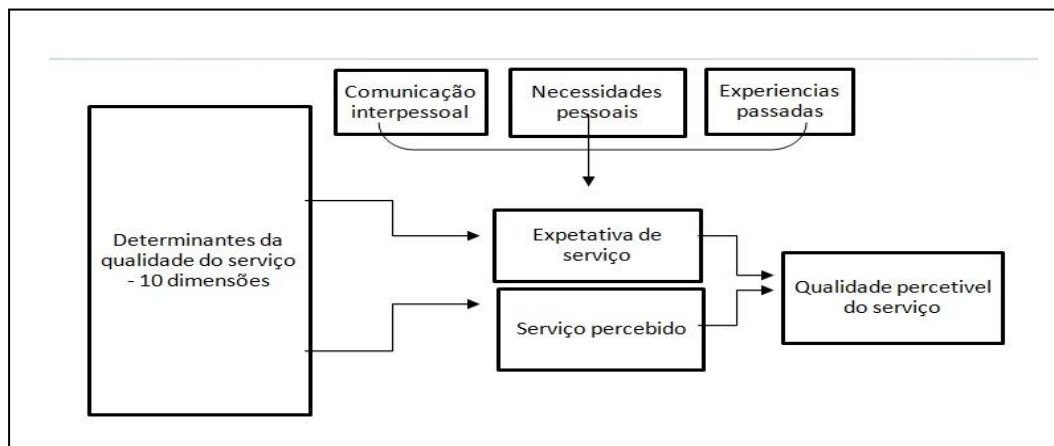
Como conclusões deste modelo temos:

i) A avaliação dos serviços no que refere ao seu nível de qualidade com variações originadas pela perceção dos clientes sobre o real desempenho desses serviços e de acordo com as suas expetativas.

ii) Os clientes usam critérios idênticos para avaliar e julgar a qualidade dos serviços prestados, independentemente do tipo de serviço que foi considerado. Estes critérios foram reunidos e generalizados em 10 categorias, chamados inicialmente de “determinantes de qualidade” e posteriormente “dimensões de qualidade” (Anexo V).

Durante o processo de compra (onde se inclui o espaço pós-compra), o cliente compara a expetativa, formada com base em 3 pontos: comunicação e necessidades interpessoais, experiências passadas sempre em contínua atualização e renovação de dados (fig. 2), criada com a sua avaliação e julgamento de desempenho, originando um conceito único definido como a qualidade percetível dos serviços.

Fig.2 – Determinantes da qualidade dos serviços



Fonte: adaptado, pelo autor, de Parasuraman *et al.* (1988)

Em resumo, pode afirmar-se que no decorrer de um processo de compra ou disponibilidade de um serviço, a diversidade dos níveis de satisfação resulta do julgamento da qualidade desse serviço.

2.3- Métodos de avaliação da qualidade de serviços

2.3.1- O instrumento ou escala SERVQUAL

Baseando-se num número de dimensões e atributos descritivos das diversas características que compõem um serviço e base de partida para pedir aos clientes a classificação desse serviço, a escala SERVQUAL define-se como “*um instrumento de medição que recorre a uma escala de múltiplos itens*” (Almeida & Pereira, 2014).

Parasuraman *et al.* (1985) baseando-se nas 10 dimensões da qualidade⁹ desenvolveu um questionário que chamaram “instrumento ou escala SERVQUAL”. Estes autores utilizaram, para o desenvolvimento desta ferramenta, as variadas ocorrências de satisfação proporcionadas pelo modelo *GAP*.

Assim, selecionaram algumas categorias de serviços representativos do mercado americano, desenvolvendo 97 itens, sendo distribuídos pelas 10 dimensões da qualidade, com potencial para identificarem de uma forma eficaz as percepções da qualidade.

As estruturas da escala (97 itens) têm duas declarações: uma referente à expectativa e outra referente à percepção da qualidade das empresas selecionadas. Desenvolveram-se três estágios que abordaram 100 homens e 100 mulheres adultos como inquiridos. Os itens foram registados em formatos positivo e negativo, aproximadamente em partes iguais, mas como os valores de escala de *Lickert* invertidos. Depois de algumas revisões, esta escala ficou acessível com um resultado de 5 dimensões da qualidade, a saber:

- i) **Aspetos tangíveis** (aspeto das instalações, equipamentos, pessoal e materiais);
- ii) **Fiabilidade** (cumprimentos em prazos, eficácia, erros de registo e promessas);
- iii) **Presteza** (prontidão, capacidade de resposta, procura e disponibilidade para ajudar o cliente);

⁹ Tabela 2

iv) **Segurança** (cliente seguro em relação à empresa e serviços propostos, confiança nos colaboradores em relação às necessidades do cliente, colaboradores aptos a dar resposta eficaz e assertiva);

v) **Empatia** (defesa dos interesses do cliente, horários compatíveis com a disponibilidade do cliente, bom relacionamento, simpatia, personalização e compreensão).

Estas dimensões são divididas por 22 itens (anexo III), descritos por afirmações e negações específicas para cada uma das dimensões da qualidade.

2.3.2 - O modelo SERVPERF

O modelo de análise de qualidade de serviço SERVPERF foi desenvolvido por Cronin e Taylor (1992), tentando ser uma alternativa válida ao SERVQUAL (Almeida & Pereira, 2014).

Este modelo centra a sua atenção na avaliação da qualidade realizada e com base nas perceções do cliente relativas às cinco dimensões da qualidade do serviço, não considerando a análise das expectativas.

Este modelo representa a qualidade de serviço na seguinte forma:

Qualidade de serviço = performance de serviço prestado.

Cronin e Taylor (1992) determinam a importância da ponderação de cada uma das cinco dimensões da qualidade:

Qualidade do serviço = importância da dimensão * performance da dimensão do serviço percebido.

Este modelo, tal como o SERVQUAL, apresenta-se na forma de uma escala.

2.3.3- Modelos de avaliação da qualidade de serviços das farmácias comunitárias portuguesas

Numa envolvente composta de utentes cada vez mais exigentes e informados, tornou-se fundamental na estratégia das farmácias comunitárias portuguesas, dominar todas as variáveis relacionadas com a qualidade de serviço, tendo em conta a correlação entre os conceitos de satisfação como uma das chaves para o sucesso do negócio. Alguns autores desenvolveram trabalhos no sentido de avaliar a dependência que a satisfação e a fidelidade têm da boa qualidade dos serviços prestados.

Faria (2009)¹⁰ desenvolveu uma métrica da qualidade, a que designou de PHARMAFERF. Este instrumento foi utilizado na avaliação da qualidade do serviço prestado em cinco farmácias Portuguesas.

Este modelo demonstrou possuir um índice de fiabilidade elevado e adequado para ser aplicado na avaliação da qualidade dos serviços prestados pelas farmácias comunitária.

Teve como resultados, nas cinco farmácias seleccionadas, um índice de satisfação aceitável nos serviços prestados, não obstante o facto de ter identificado alguns pontos fracos no registo da história clinica dos utentes e nas entregas ao domicílio.

Faria (2009) considera que este modelo terá utilidade em investigações que pretendam determinar associações entre qualidade de serviço e a performance financeira, disponibilizando à gestão das organizações preciosas informações sobre custos e benefícios da qualidade.

Este autor ressalva as limitações do seu trabalho, sublinhando o exagero ao recurso a amostras de conveniência; a não obtenção do número de respostas alvo que permitiam a validação do instrumento proposto; a exclusão de analfabetos¹¹ e a extensão do questionário. Estas limitações poderão comprometer

¹⁰Fonte: Faria, C. (2009). *A qualidade no serviço farmacêutico: Desenvolvimento do instrumento PHARMAFERF*, Dissertação de mestrado em Gestão Comercial na Faculdade de Economia, <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/56100/2/Tese%Mestrado%20Carla%Faria.pdf> [12 de abril de 2015].

¹¹Tendo em conta que em Portugal e em particular na zona abrangente deste trabalho (Norte de Portugal) a taxa de analfabetismo era, no ano em que este trabalho foi publicado e na população idosa elevada conforme http://portal.arsnorte.minsaude.pt/ARSNorte/dsp/ACES/PLS2012_1912_Porto.pdf ,

os resultados finais tendo em conta a importante quota do universo de inquiridos analfabetos e utentes das farmácias comunitárias.

Duarte *et al.* (2007) realizaram um estudo em Portugal que avalia a perceção do utente das farmácias comunitárias portuguesas em relação à qualidade dos seus serviços.

No geral os resultados foram positivos nos diversos parâmetros avaliados:

- i) Espaço disponível;
- ii) Privacidade no contacto;
- iii) Horário;
- iv) Espaço físico;
- v) Serviços disponíveis;
- vi) Rapidez na disponibilização de um medicamento;
- vii) Localização.

Não obstante os resultados terem sido muito satisfatórios, o parâmetro com o valor mais elevado foi a localização da farmácia.

É de salientar que este estudo foi anterior ao início da crise do setor farmacêutico, estando registado nesta dissertação só como referência e não servindo como exemplo do índice de satisfação do utente atual.

Fernandes (2012)¹² desenvolveu um trabalho de avaliação dos utentes com o serviço prestado por farmácias comunitárias portuguesas no concelho da Covilhã. Os objetivos deste estudo foram a avaliação da satisfação dos utentes e a identificação dos fatores e influências que exercem nessa mesma satisfação.

Foram avaliados parâmetros relacionados com o espaço físico e com os serviços farmacêuticos prestados.

O questionário foi estruturado em cinco grupos:

Grupo 1: Caracterização do Inquirido;

Grupo 2: Relação do Inquirido com a farmácia;

¹²Fonte: Fernandes, (2012). Estudo sobre a satisfação dos utentes com os serviços de Farmácia Comunitária Experiência Profissionalizante na Vertente de Farmácia Comunitária e Investigação; *Relatório de Estágio para obtenção do Grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas* <file:///C:/Users/Asus/Downloads/relatriomartafernand.pdf> [7 de abril de 2015]

Grupo 3: Opinião do Inquirido sobre as instalações e profissionais da farmácia;

Grupo 4: A visita do Inquirido à farmácia;

Grupo 5: Opinião geral.

Os resultados obtidos foram, no geral, bons ou muito bons. De salientar que o farmacêutico avaliado de uma forma mais positiva que o espaço físico realçando a importância do relacionamento desenvolvido com o utente. Como pontos menos positivos destacou-se a carência de tecnologias de informação (internet) disponíveis para o utente.

A avaliação referente aos fatores influenciadores do grau de satisfação dos utentes identificou três fatores estatisticamente significativos:

- i) Género;
- ii) Duração da relação com a farmácia;
- iii) Tempo de espera no espaço físico.

Concluiu-se mediante os resultados destes fatores que, além de as mulheres apresentam níveis de satisfação mais alta, este nível é acompanhado mediante a escolaridade baixa, provavelmente pelo facto das expectativas neste grupo serem menores.

Concluiu-se igualmente que, conforme a duração da relação da farmácia persiste no tempo, maior é o índice de satisfação. Os utentes mais jovens e adultos apresentam igualmente níveis de satisfação mais elevados que os idosos.

Convém referir que os inquéritos deste estudo foram entregues pelos colaboradores das farmácias envolvidas e não pelo autor, podendo ter sido seleccionados, por conveniência, os utentes que fornecessem as respostas com um índice de satisfação maior.

Mendes (2012)¹³ desenvolveu um estudo que envolve a temática relacional utente-farmacêutico. Foram aplicados inquéritos para recolha de opinião de utentes

¹³ Fonte: Mendes (2012). ESTUDO DOS MECANISMOS DE PROXIMIDADE NA RELAÇÃO ENTRE A FARMÁCIA E O UTENTE; Dissertação de mestrado da Universidade Lusofona de Humanidades e Tecnologias, consultado em <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/3262/Tese%20MICF%202012%20In%C3%AAs%20Mendes.pdf?sequence=1> [7 de setembro de 2015]

das farmácias selecionadas sobre o atendimento prestado e a forma de adaptar o atendimento prestado pelas farmácias ao contexto socioeconómico e às facilidades oferecidas no espaço físico.

Este estudo avaliou igualmente a coexistência de uma farmácia física com a farmácia virtual, na tentativa de melhorar a qualidade dos serviços e a satisfação daí proveniente. Este estudo limitou a idade dos inquiridos a 55 anos, partindo do pressuposto que seria a idade limite para um potencial uso de tecnologias de informação, nomeadamente a internet.

Os resultados deste estudo concluíram que o uso das farmácias comunitárias é mais frequente nas classes etárias mais velhas e a utilização das novas tecnologias mais usada pelas classes etárias mais novas.

Este trabalho permitiu identificar um conjunto de oportunidades que reforçam ligações mais fortes e permanentes com os utentes. Estas oportunidades são facilmente materializadas em novos serviços e mecanismos de proximidade que permitam reposicionar a farmácia comunitária portuguesa como um parceiro fundamental nas novas estratégias das farmácias comunitárias portuguesas sendo a considerar a utilização das novas tecnologias de informação, disponibilizando-as aos utentes, criando valor nos serviços prestados, assegurando a sustentabilidade, efetividade e qualidade dos cuidados de saúde.

Bastos e Gallego (2008) demonstraram que a lealdade é uma consequência da qualidade do serviço prestado e da consequente satisfação do utente num modelo criado pelos próprios. Os autores desenvolveram uma escala específica e aplicada em dois segmentos de farmácias Portuguesas: o rural e o urbano.

Segundo estes autores, as empresas esperam aumentar a qualidade e a satisfação do utente para obter um maior índice de fidelidade dos seus utentes como chave para o sucesso.

Tendo em conta que Portugal solidificou a sua presença no grupo dos poucos países em que os medicamentos éticos são vendidos exclusivamente em farmácias comunitárias, o desenvolvimento de um modelo de lealdade torna-se deveras importante pelos resultados que poderá proporcionar na elaboração de estratégias nos serviços prestados por estas organizações.

Bastos e Gallego (2008) afirmam ainda que o processo de tomada de decisão do utente de serviços relacionados com a saúde é modelado como um sistema complexo que incorpora efeitos diretos e/ou indiretos sobre as intenções comportamentais do utente.

Usando uma metodologia de modelagem de equações estruturais, foi demonstrado que os utentes das farmácias urbanas, pelo efeito de uma maior concorrência, são menos leais e mais dependentes da qualidade do serviço que lhes é prestado.

Foi também demonstrado que não houve intenções comportamentais negativas por parte dos utentes, devido à impossibilidade de estes mudarem para uma farmácia concorrente, causado pela dependência que tem nos serviços que lhe são prestados de forma periódica.

2.4- Conceito de valor

O termo “valor” surge nos primórdios do tempo (remontando aos anos 4000 e 3000 A.C.) no início do uso da escrita pelos Sumérios, com o fim de criarem um sistema ideográfico de registo de transferência de produtos. Com a evolução de técnicas da escrita, as sociedades evoluíram para a construção de leis e códigos de conduta com o fim de serem seguidos pelos homens, concomitantemente com as tentativas de definição dos valores presentes na sociedade em geral¹⁴.

Na antiga Grécia, Xenofonte (430 A.C.), assume que a valorização dos objetos e a sua riqueza dependiam dos conceitos e entendimentos individuais sobre o seu uso e utilidade, ou seja, tudo o que fosse utilizável era rentável, traduzindo-se em riqueza¹⁵.

Aristóteles (382-322 A.C.), que sempre se revelou um pioneiro na linha de pensamento ocidental, foi um dos primeiros pensadores a referir a distinção entre valor de uso e valor de troca e segundo ele as mercadorias têm um valor de uso pela utilidade que elas proporcionam aos seus utilizadores e têm um valor de troca pela sua capacidade para entrar em relações quantificáveis entre si¹⁶. Retomando

¹⁴Fonte <https://fenix.tecnico.ulisboa.pt/downloadFile/395142108129/DISSERTA%C3%87%C3%83O.pdf>

¹⁵ Idem

¹⁶ idem

esta distinção, Adam Smith (1790) e Karl Marx (1883) dela fizeram o ponto de partida de toda a economia política, clássica para os dois primeiros e o centro da sua crítica para o terceiro. O valor de uso é a razão pela qual uma mercadoria é produzida e comprada em seguida.

Enquanto o valor do uso abrange características muito específicas na utilização de um produto ou serviço, associadas por um indivíduo, com características subjetivas, o valor de troca traduz a diferença entre os benefícios adquiridos e o custo, monetário ou não, da aquisição.

O conceito de valor inserido na linha de pensamento do marketing recebe variadas influências de todas as áreas do conhecimento, tais como a psicologia e sociologia (comportamento do público envolvido), influenciando a sua interpretação no atual contexto socioeconómico. Na abordagem do marketing o valor não está relacionado apenas ao aspeto económico que envolva a transação do produto, mas confronta percepções e escolhas (Veludo-de-Oliveira & Ikeda, 2005).

2.4.2- Criação e entrega de valor

A criação de valor constitui uma temática crítica na gestão empresarial atual. Os seus caminhos definem-se cada vez mais complexos e difíceis de ultrapassar, tendo em vista a satisfação não só dos utentes, mas de todos os *stakeholders*.

O setor farmacêutico em geral, particularizado nas farmácias comunitárias, sofreu alterações profundas nos últimos anos sejam pelas adversidades económicas e revoluções tecnológicas, seja pela evolução normal da aprendizagem do utente e do aumento exponencial da sua exigência, tendo em conta a feroz oferta disponível. Como consequência, surge a necessidade de uma rápida adaptação a um novo meio envolvente, crucial para a sobrevivência destas empresas, não obstante o facto de algumas não se limitarem a sobreviver e lutarem arduamente para crescer, garantindo assim a manutenção da sua riqueza e gerando novos conhecimentos. Outras, não demonstram qualquer tendência de

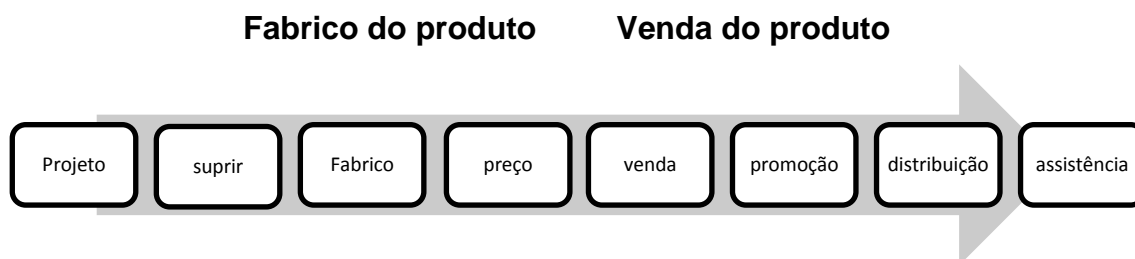
utilizar o seu conhecimento, limitando-se a repetir os processos habituais e/ou já utilizados por outros¹⁷.

Os primeiros casos, ao utilizarem novos processos atualizados e ganhando conhecimento e competências para desenvolverem novos métodos, criam mais valor. Esta postura é premiada com uma vantagem clara sobre todos os outros.

Kotler (2006) compara os dois processos, o físico tradicional e a sequência de criação e entrega de valor (figuras 3 e 4). As empresas têm necessidade de entender que “entregar valor” não se limita à identificação do que os clientes procuram e a partir dessa conclusão direcionar o processo de fabrico. É necessária uma interação para que o cliente participe na criação de valor.

Verifica-se na figura 3 um processo/visão tradicionalista onde a empresa fabrica um determinado bem e executa a sua venda que, segundo a opinião de Kotler (2006), terá dificuldade em funcionar em economias mais competitivas, tendo em conta as múltiplas escolhas possíveis.

Fig. 3 - Formas de ver o processo de entrega de valor tradicional



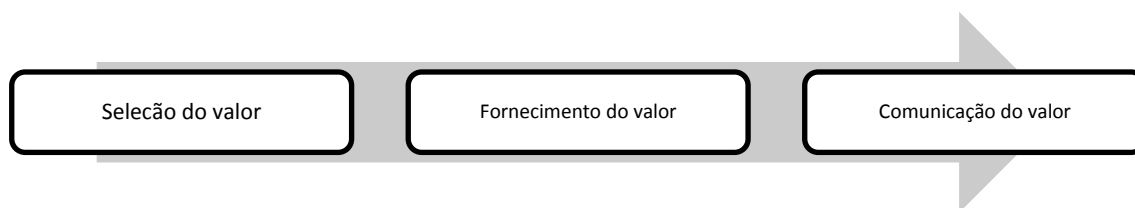
Fonte: Adaptado de Kotler (2006 p. 35)

Verifica-se, na figura 4, que a empresa não se limita à venda, estando então empenhada em criar e entregar valor. Esse valor inclui a segmentação dos clientes, desenvolvimento do serviço, foco no mercado e posicionamento do valor, preço, distribuição, assistência. Na comunicação de valor estão implícitas a promoção de vendas e publicidade¹⁸.

¹⁷ Experiência profissional do mestrando.

¹⁸ Só os MSRM estão sujeitos às normas legislativas que proíbem a publicidade. Os MNSRM e produtos de higiene e bem-estar são sujeitos a uma legislação diferente que permite o uso de publicidade, conforme http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/PUBLICIDADE_MEDICAMENTOS_USO_HUMANO

Fig. 4 - Formas de ver o processo de entrega de valor



Fonte: Adaptado de Kotler (2006 p. 35)

Churchill (2000) define marketing com o foco no cliente como “uma *orientação para alcançar objetivos, desenvolvendo valor superior para os clientes*”. O marketing que visa propostas de valor está orientado para o consumidor, proporcionando uma otimização na relação que existe entre valor e custo para o consumidor (Las Casas, 2006). Assim o conceito de valor é extremamente crítico neste processo, alavancando e desenvolvendo a fragmentação dos mercados que, conseqüentemente, apuram uma oferta cada vez mais direcionada às necessidades dos consumidores, aumentando a sua fidelidade. Kotler (2006) sublinha este fenómeno definindo proposta de valor como “*todo o conjunto de benefícios que a empresa promete entregar*”.

Na leitura da figura 5, constata-se que é necessária a interatividade empresa-cliente de forma a entender as reais necessidades do cliente, definindo uma estratégia sobre a oferta a desenvolver.

Fig. 5 – Criação de valor na nova economia



Fonte: Adaptado de Las Casas, 2006 p.22

Segundo Las Casas (2006), a interatividade do cliente percebe-se no momento onde ocorre a criação de valor, repetindo-se no momento da sua entrega. Assim, a interatividade com os clientes, constantemente adaptada e aperfeiçoada,

proporcionará um adequado nível de conhecimento para o consequente eficaz desenvolvimento das ofertas.

2.4.2- A prestação de serviço e a cocriação de valor- *service dominant logic*

Segundo Levitt (1960), a postura tradicional do marketing centrado no produto, onde se baseia na pura transação, já não faz qualquer sentido no contexto atual de mercado. O mesmo autor desenvolveu a ideia de que erros relacionados com a perceção das reais necessidades dos clientes levavam a fracas performances competitivas.

Para Levitt (1960), a exclusão do modelo mental das empresas de vender a qualquer custo é fundamental, tendo em conta que o caminho certo está no foco no cliente e no preenchimento possível da sua satisfação.

No caso particular dos serviços, estes não deverão separar-se. Isto significa que produtos e serviços convergem para a lógica de serviços dominantes, além de partilhar com outros autores a primazia do serviço mesmo quando desenvolvidos em simultâneo com a transação de bens tangíveis (Grönroos, 2000).

Kotler (2000) refere, realçando o âmbito dos serviços que *“Todas as empresas são empresa de serviços. Não existem indústrias de produtos químicos: existem empresas especializadas em serviços químicos”*.

O *“Service Dominant Logic of marketing”* é, em termos gerais, o desenvolvimento e a explanação de uma teoria de marketing alavancando esta postura estratégica. Esta teoria começou a ser discutida de uma forma global após a publicação do artigo de Vargo e Lush (2004), tendo sido apresentado, numa lógica de pensar inovadora, o marketing envolvido numa teoria suportada na ideia de que a troca é um processo onde clientes e fornecedores de serviço partilham benefícios e que todas as entidades trocam serviços por serviços. O dinheiro, bens e *network*, são meros intermediários em todo este processo. Assim, a empresa tem o papel de adaptar e aplicar os seus recursos unicamente na satisfação das necessidades e desejos dos seus clientes.

A *Service-Dominant Logic* (ou *S-D Logic*), na crença de que as novas perspetivas estão a convergir para formar uma nova lógica dominante de marketing que permite afirmar que a prestação de serviços, ao invés de bens, é fundamental

para o intercâmbio económico, tendo uma lógica concentrada em recursos intangíveis, cocriação de valor e relações.

A *S-D Logic* define serviço como a aplicação de competências para o benefício mútuo de outra entidade e vê prestações de serviço mútuo, ao invés da troca de bens. É ainda integrado no processo de cocriação de valor, redefinindo o papel do consumidor, colocando-o num papel exógeno, sendo sempre parte ativa nesse processo.

A prestação de serviços e a cocriação de valor implicam afirmar que essa troca de bens passa a ser relacional. Além disso, por causa da natureza participativa e dinâmica da visão centrada no serviço, a prestação de serviços é maximizada através de um processo interativo de aprendizagem entre empresa e cliente. Assim, o ponto de vista do serviço é centrado no consumidor e na relação onde o grande gerador de valor para os clientes se eleva como a utilidade fornecida pelo produto. Este facto não está necessariamente ligado à propriedade do bem, ou seja, as características físicas do produto perdem relevância em função dos benefícios por elas obtido.

É então explicada a forma como o pensamento da gestão evoluiu para uma lógica dominante, significando que os investigadores das disciplinas de gestão olham de uma forma evolutiva para o papel da função do marketing nas empresas.

Persiste a sugestão destes autores que os produtos são mecanismos que permitem a compra de serviços gerados por esses produtos, em lugar do bem tangível, provocando toda uma revisão nas teorias administrativas. Serviços e bens não são diferentes de *outputs* transacionáveis, mas sim filosofias rivais sobre todo o processo de criação de valor, comercialização ou troca (Vargo & Lush, 2004). Nesta perspectiva, valoriza-se a iniciativa das organizações direcionarem os seus esforços na satisfação das necessidades dos clientes em vez de apenas se focarem na transação, ou seja, na ideia de troca de um produto por um valor monetário. Emerge a ideia de que as empresas precisam entregar benefícios aos seus clientes e a própria criação do serviço gerado pela oferta da empresa é mais importante do que a transferência do bem físico.

Nesta lógica, a intangibilidade, o processo de troca e os relacionamentos são primordiais, sendo que passa a haver uma clara separação entre os conceitos

de serviços e de serviço. Serviço, enquanto componente da lógica serviço-dominante não pode ser entendido como um bem não tangível, nem como algo oferecido para enaltecer um bem (serviços de valor agregado), nem como o que tem sido tradicionalmente classificado como indústrias de serviços.

Dois conceitos são confrontados na sua transição: a transição do foco do estudo do marketing de uma lógica centralizada no bem ou serviço transacionado (*Good Dominant Logic – GDL*) e direcionado para uma lógica centrada em serviços (*Service Dominant Logic – SDL*) materializando o consumidor muito menos preocupado com as características técnicas de determinado produto, preferindo focar a sua escolha nos benefícios que obterá ao adquiri-lo.

Ballantine e Varey (2008) sublinham esta teoria, concordando que conseguiram aplicar o seu pensamento académico em velhos temas, com resultados sinérgicos. Esta tese desafiou o marketing ortodoxo com uma visão inovadora, tanto em termos teóricos com práticos.

O marketing tem sido muito limitado pela mentalidade *value in exchange*¹⁹, mas ao migrar para o *value in use*²⁰, os consumidores passam a determinar o que é o valor, sendo o papel estratégico do fornecedor apoiar a criação desse valor nas atividades dos serviços e prestadores. Assim, a estratégia do fornecedor passa a interagir como um serviço prestador de onde surgem oportunidades valiosas.

Ainda segundo Ballantine e Varey (2008), esta inovadora forma dominante de serviço permite que, mesmo quando os bens são produzidos de forma convencional, sejam desenvolvidos como um serviço, alargando o envolvimento do fornecedor desde a pré-venda até à linha da pós-venda e o consequente *value in use*. Obtém-se assim um impacto mais significativo no relacionamento e na fidelidade do consumidor.

Caso os conceitos de marketing optem por manter esta teoria, os mercados serão cada vez menos úteis como contexto de definição de valor para o cliente, tendo o fornecedor necessidade de se focar na gestão da comunicação através do relacionamento. Assim, segundo Ballantine e Varey (2008), surgirão serviços

¹⁹Requer apenas um determinado valor para funcionar eficazmente como meio de troca, sendo uma pura transação.

²⁰Criar valor que o consumidor usa (valor da utilização).

suportados na aprendizagem e conhecimento resultante do diálogo com os parceiros. Perante esta teoria, a tradicional distinção entre bens e serviços tende a ser afastada, sendo a variável “relacionamento” essencial. Assim, qualquer transação terá como base os serviços, sendo os produtos considerados meros instrumentos para justificar esses mesmos serviços, facilitando sobremaneira a cocriação de valor através das interações dos *stakeholders*. O uso constante do termo “serviço” e não “serviços” é propositado, materializando a principal característica que distingue os conceitos de *Good Dominant Logic* e *Service Dominant Logic*, na verdadeira concepção de serviço.

Particularizando estes conceitos e a sua utilidade na temática desta dissertação, o uso da *Service Dominante Logic* representará um impacto relevante nas seguintes aplicações²¹:

i) Os utentes das farmácias comunitárias são considerados como produtores de um serviço e geradores de valor, não podendo ser limitados a meros instrumentos do processo transacional;

ii) O marketing aplicado na farmácia comunitária será considerado um conjunto de interações continuadas, não limitado à pura transação, focando-se no aspeto relacional entre elas;

iii) A criação de valor é responsabilidade de todas as partes intervenientes nas transações efetuadas na farmácia comunitária, fruto das suas competências tão essenciais para a criação e manutenção de relacionamento;

iv) O marketing passa a ser uma função generalizada nos diversos departamentos ou diversos colaboradores da farmácia comunitária, independentemente da sua função. Qualquer interação com o exterior é considerada crítica para a criação de relacionamento.

2.4.3- A proposta de valor ao cliente – *Customer value proposition*

As propostas de valor ao cliente tornaram-se um dos termos mais utilizados nos últimos anos. Além disso, revelou-se que a maioria das propostas de valor

²¹Adaptado pelo mestrando de Grönroos, 2006; Vargo & Lush, 2004 e 2008.

(poupança e benefícios) são feitas sem a certeza de que, para o cliente, é verdadeiramente um motivo de decisão (James *et al.*, 2006)²².

As formas como os fornecedores usam a “proposta de valor” são, segundo James *et al.* (2006), classificadas em três tipos:

i) *All benefits* - Enumera simplesmente as características do produto. O foco é no produto e não é considerada a concorrência.

ii) *Points of differentiation* - Diferenciação entre concorrentes. Foco no produto.

iii) *Personating Focus* – Provoca “impacto” no cliente. É uma proposta baseada nas características da oferta que realmente tem valor para o cliente e que constitui toda a proposta de valor a utilizar. Necessita do profundo conhecimento do cliente e da concorrência. Estamos assim perante a evolução do foco no produto para o foco no cliente.

2.5- Os fatores emocionais do cliente – modelo de Colin Shaw

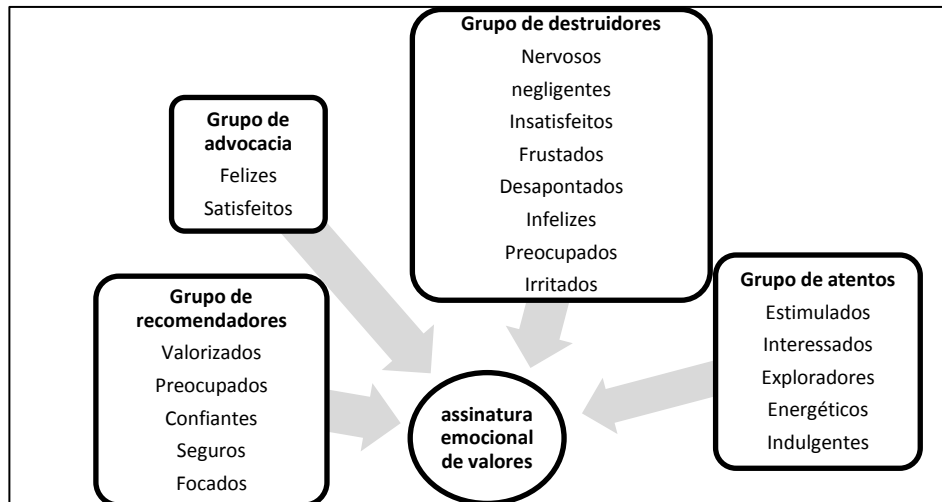
Este modelo demonstra as razões para uma construção sólida de “*Customer experience*”, sendo crítica no sentido de adquirir relacionamento com grupos importantes de emoções que poderão destruir ou gerar valor agregado na geração de cliente leais. Saber construir e utilizar o paradigma da experiência do cliente não pode ser negligenciada. A execução física e o impacto emocional das experiências do cliente permitem determinar a sua satisfação e fidelização. Shaw (2007)²³ refere-se aos fatores ou assinaturas emocionais do cliente e que tem impacto no valor e na fidelização que existe entre ele e o seu fornecedor. Que impacto têm os diversos tipos de clientes no negócio?

Os diversos tipos de cliente possuem perfis característicos e muito particulares (Fig. 6).

²²Fonte: James, A., James, N. &Wouter, R., (2006). Customer Value Proposition in Business Market, *Harvard Business Review*, Mar 2006, p. 3, <https://hbr.org/2006/03/customer-value-propositions-in-business-markets> [7 de setembro de 2015]

²³Fonte: Shaw. C. (2007). The DNA of customer experience- How emotions drive value. *PalgraveMcMillan*p.114, <http://openarchive.cbs.dk/bitstream/handle/10398/8986/QMODICQSS%202014%20CEM%20and%20business%20performance.pdf?sequence=1>[11 de fevereiro de 2016]

Fig. 6- Modelo de Colin Shaw



Fonte: Adaptado de Shaw, 2007

2.6- A passagem do foco do produto para o cliente - *marketing myopia*

A miopia em marketing é um problema que todas as empresas ou setores enfrentam num determinado momento da sua atividade. Quando essas empresas tem uma expansão muito rápida, o foco pode incidir no produto, deixando os clientes para segundo plano.

Levitt (1960) apresentou o clássico termo “Miopia de marketing”, mas perfeitamente atual para a temática, como um problema que envolve o perigo das organizações centrarem o seu foco no produto, descuidando a real necessidade dos seus clientes. Esse produto é apenas um meio para atender à necessidade do cliente e não o fim em si.

A razão pela qual alguns setores, tidos como de rápida expansão (onde as farmácias comunitárias são um exemplo) param de crescer, pode dever-se ao resultado das falhas dos gestores responsáveis pelas principais metas e diretrizes exigidas. A maioria destes gestores pode correr risco no caso de se preocupar só com o produto ou serviço que transaciona, esquecendo-se do cliente e das suas necessidades. Nestes casos poderá o marketing ficar esquecido ou restrito a meras ações promocionais (Levitt 1960).

Em conclusão, os gestores poderão falhar por não conhecer o seu negócio de forma a perceber que o foco tem que se centrar na satisfação das

necessidades dos clientes. Segundo Levitt (1960) “a organização precisa de aprender a pensar em si mesma, não como produtora de bens ou serviços, mas como produtora de coisas que farão as pessoas desejarem negociar com ela”.

2.7- Marketing interno

O marketing interno é definido como um processo contínuo desenvolvido no interior de uma organização, de forma a alinhar todos os processos e motivar os colaboradores independentemente da sua posição hierárquica, com o fim de proporcionar uma consistente satisfação do cliente (Carrera, 2013).

Carrera (2013) enuncia os principais benefícios e barreiras que se obtém do marketing interno:

Os benefícios são:

- i) Incentivo a maior performance no desempenho;
- ii) Oferta de responsabilidade e poder de decisão aos seus pares hierárquicos;
- iii) Entendimento transversal, a nível interno, sobre a missão, valores e objetivos da empresa;
- iv) Partilha de responsabilidades de marketing por todos os colaboradores;
- v) Integração da cultura organizacional, a sua estrutura, a gestão de recursos humanos, a visão, a estratégia com as necessidades profissionais e sociais dos colaboradores;
- vi) Incentivo para uma eficaz coordenação e partilha interdepartamental

As barreiras são:

- i) Manutenção de problemas de comunicação já integrados na estrutura;
- ii) Conceito difícil de entender pelos colaboradores;
- iii) Conflitos interdepartamentais;
- iv) Organizações resistentes à mudança e excesso de burocracias;
- v) Canal de comunicação interna pouco ativo ou mesmo inativo;
- vi) Pouca importância atribuída ao papel dos recursos humanos;

vi) Resistência à passagem de informação, considerando que essa pertença é poder.

Tendo em conta que o “indivíduo” está centrado neste processo interno, sendo o principal ator no objetivo de satisfazer cada vez mais e melhor o cliente, os colaboradores têm que estar devidamente preparados antes da promessa de um bom serviço. Têm que permitir o crédito e confiança, a capacidade de resposta, o conhecimento sobre o que a concorrência faz de diferente e uma atualização completa sobre as tendências de mercado (Kotler, 2000), assim como tratar o cliente pelo nome e o compromisso com as metas da empresa, não boicotando as estratégias de marketing. Este relacionamento entre o colaborador e o cliente é tão importante que pode levar ao afastamento deste sem qualquer responsabilidade do marketing externo (Kotler, 2004). Estes colaboradores terão ainda que ter a capacidade de responder às exigências do mercado e aos seus problemas com a necessária rapidez de resposta, propondo soluções (Massi, 2006).

A contrapartida de um excelente nível de satisfação, motivação e formação eficaz dos colaboradores, no âmbito da qualidade do atendimento, traduzir-se-á num aumento da satisfação dos clientes da farmácia comunitária e numa melhoria da sua taxa de lucro (Massi, 2006). Em resumo, a exaustiva formação é essencial quando nos referimos à manutenção do nível técnico exigido pelo mercado (Frias, 2007).

Como ferramenta de motivação para os colaboradores em termos individuais ou em equipas, disponibilizam-se incentivos. Estes poderão materializar-se na forma de prémios, pecuniários ou não, que se prometem dar como resultado do trabalho desenvolvido em conformidade com os objetivos da empresa.

Já Stoner e Freeman (1982) afirmaram que as recompensas e incentivos contribuem para a implementação de estratégias, moldando o comportamento individual e de grupo. Os planos de incentivos bem concebidos são coerentes com as metas e a estruturas das organizações. Aguiar (2009) complementa esta teoria afirmando que os incentivos motivam os colaboradores a direcionar o seu desempenho para os objetivos da organização e devem ser definidos de forma clara e mensurável antes da sua atribuição para que sejam, por eles, valorizados.

No caso específico das farmácias comunitárias constata-se que o desgaste de um colaborador integrado nesta atividade é elevado, tendo em conta que está permanentemente sujeito ao contacto direto com o público, às suas exigências, impaciência e intolerância, provocando uma saturação física e psíquica. Deverá igualmente ser contabilizado o facto destas organizações basearem o seu modelo de negócio no atendimento personalizado, sendo este mesmo modelo que faz com que os clientes continuem, dia após dia, a procurar os seus serviços (Aguiar, 2009).

2.8- Marketing relacional

O marketing relacional é alvo destacado na diversa literatura da especialidade. Está presente em todas as estratégias desenvolvidas no sentido de apurar a manutenção e relacionamentos de sucesso (Morgan & Hunt, 1994).

Ao longo dos anos, o marketing tem focado múltiplas abordagens, partindo da orientação para as massas (anos 50), passando pela orientação para a segmentação dos mercados (anos 70), até ao início do uso do marketing relacional como base de sustentação dos negócios (anos 80 e 90). Esta abordagem estratégica proporciona a criação e a manutenção de novas e rentáveis relações com o cliente, sendo este o intuito central da aplicação das estratégias de marketing relacional (Baron & Harris, 1995).

Grönroos (1994) resume o marketing relacional na identificação, estabelecimento, manutenção, valorização e, quando necessário, o fim de relações com os clientes e sempre através de trocas e compromissos.

Gummesson (2005) refere que a filosofia do marketing relacional tem necessidade de ser convertida em relacionamentos tangíveis de forma a serem integrados no plano de marketing de qualquer organização.

O marketing relacional insere-se nos fluxos de políticas e pressupostos do marketing de serviços, tendo como alvo o cliente e o equilíbrio entre a qualidade esperada e fornecida e o conseqüente grau de satisfação que daí nasce. Tem, perante as suas características, o princípio de reter o cliente na organização, percebendo que quanto maior for o seu nível de satisfação, maior será a probabilidade desse cliente solidificar a fidelidade à mesma.

2.9- O Marketing digital

Hortinha (2001) afirma que estamos perante um estágio de relacionamento entre clientes e empresas oferecido pelo mundo informático.

São claras as vantagens do marketing digital que são disponibilizadas com a utilização da internet (Chaffey *et al.*, 2003).

Carrera (2013) refere algumas vantagens da promoção virtual, a saber:

i) Relação custo-benefício otimizada. Verificam custos mais baixos em comparação com as ferramentas promocionais físicas (panfletos, brochuras, etc...). A publicidade gratuita é outra das vantagens sublinhadas por este autor.

ii) Globalização. A oferta virtual não tem qualquer barreira geográfica, além de estar disponível de uma forma permanente.

iii) Rapidez. O mundo virtual permite disponibilizar imediatamente qualquer informação promocional.

iv) Controlo. As métricas disponíveis no mundo virtual permitem, de uma forma simples e imediata, avaliar a reação do mercado a uma campanha de marketing em qualquer altura e em tempo real.

Carrera (2013) refere ainda algumas desvantagens do meio digital.

I) Diferenciação. Muita oferta concorrencial e de fácil acesso, o que torna a diferenciação difícil de demonstrar.

II) Segmentação. Mesmo com algumas ferramentas disponíveis em termos de segmentação no meio digital, o erro dos resultados disponibilizados é uma certeza a considerar.

III) Resistência à mudança. Um fenómeno que tende a reduzir a sua intensidade, mas que ainda demonstra ter algum impacto nos utentes menos jovens e consequentemente com menos apetências para o uso dos meios digitais.

A revolução digital criou a era da informação, prometendo levar a níveis de produção mais preciosos, a comunicações mais direcionadas e a uma determinação de preços mais consistentes (Kotler, 2013)²⁴. Exige-se, por isso, mais rapidez, fiabilidade, garantia e maior privacidade da informação, designando o e-

²⁴ Fonte: Intervenção de Philip Kotler no seminário HSM Marketing, Recife, Brasil, 2013 .

marketing como a utilização da Internet e as suas tecnologias inerentes com o propósito de atingir os objetivos de marketing.

As redes sociais, como complemento de uma estratégia de e-marketing, permitem a troca de informações entre usuários, dando todos os detalhes de um produto, características, defeitos, produtos substitutos e preços. Uma empresa que não cumpra o que promete terá problemas no mercado em que está inserido ou se tenta inserir, isto traduzindo as palavras de Kotler (2013) “*As empresas estão num grande aquário e todo o mundo pode ver o que acontece lá dentro*”²⁵.

“Este meio permite formas de interação apenas sonhadas no meio físico, para além de a qualquer hora e a qualquer lugar, ser possível recolher informações fiável das preferências dos clientes, possibilitando a criação de produtos e serviços na medida exata das necessidades de cada cliente ou grupos de clientes”. (Carrera, 2013, p. 31)

Segundo Kotler (2013)²⁶, “*O antigo marketing morreu*”. O consumidor atualmente tem a oportunidade de conhecer as empresas, de uma forma outrora impossível, pela maior e mais rápida disponibilidade das informações *online*.

Atualmente, os consumidores têm a possibilidade de encomendar medicamentos de forma virtual tanto nas farmácias comunitárias portuguesas, como nos locais de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica. Esta ferramenta agrega ainda, de forma frequente, concursos, descontos e outras formas de promoção.

As farmácias comunitárias portuguesas têm vindo a aumentar a sua adesão ao mundo virtual. Já em 2010 a Autoridade Nacional do Medicamento (ANM) anunciava a autorização de 65 *sites* de farmácias autorizadas a vender medicamentos na Internet depois da Associação Nacional de Farmácias advertir as autoridades legisladoras para os riscos da compra de medicamentos em *sites* ilegais²⁷. Em 2015, este número de autorizações aumentou para 90²⁸, não obstante

²⁵ Idem.

²⁶ Intervenção de Philip Kotler no seminário HSM Marketing, Recife, Brasil, 2013.

²⁷ Fonte: http://www.jn.pt/paginainicial/nacional/interior.aspx?content_id=1476242

²⁸ Fonte: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LICENCIAMENTO_DE_ENTIDADES/FARMACIAS/SERVICOS_AOS_UTENTES/DISPENSA_DOMICILIO_INTERNET/Tabela_Site_Farm_Locais_Venda_MNSRM_12_10_2015.pdf

a legislação em vigor²⁹ obrigar a alguns procedimentos que poderão ser fortes limitações para uma maior adesão a esta forma de comunicação, nomeadamente a obrigatoriedade do medicamento adquirido *online* ser entregue no domicílio do utente. Esta cláusula poderá obrigar a uma maior logística e conseqüentemente a maiores gastos na disponibilização de produtos que *per si* oferecem margens marginais.

Embora não existam dados disponíveis para quantificar a presença da farmácia comunitária portuguesa nas redes sociais, nomeadamente no *facebook*, facilmente se verifica numa simples consulta *online*³⁰, que se torna cada vez mais vulgar o uso desta ferramenta eficaz e gratuita. Verifica-se igualmente que a maior parte das farmácias comunitárias portuguesas presentes nas redes sociais interage com os utentes de uma forma proactiva, seja com informações sobre saúde e higiene, seja com promoções, concursos ou outras formas de comunicação.

2.10- O marketing 3.0

O Marketing, como disciplina de gestão, carece de permanentes atualizações compatíveis com o crescimento e evolução da sociedade. Assim transformou-se progressivamente num bem complexo em parceria com um mercado em constante mutação, de crescente complexidade e perigosamente imprevisível. No entanto, segundo Kotler (2000), grande parte das empresas continua sem entender esta ferramenta que permite um posicionamento diferenciado visando o relacionamento, realçando os valores, a missão e o compromisso em todo o canal de distribuição em que a empresa se situa. Estamos assim perante a total migração do foco do produto para o total entendimento das necessidades e expectativas dos clientes.

As empresas que pretendem alcançar um patamar de sustentabilidade a longo prazo, carecem de mecanismos que lhe permitam um adequado posicionamento, não sendo suficiente o investimento na eficácia e profissionalismo

²⁹<http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/B9EBB192-952E-4C97-94FD-6B54A9F75A58/17485/0799107992.pdf>

³⁰Conclusão obtida pelo mestrando numa consulta ao *Facebook* em 25 páginas desenvolvidas por farmácias comunitárias portuguesas.

dos seus colaboradores sem o complemento do desenvolvimento de um profundo relacionamento com o mercado em que se insere (Kotler, 2010).

O Marketing 3.0 defende a possibilidade de sobrevivência de uma organização centrada no cliente, tendo em conta que o foco no cliente e a sua rede de relacionamentos gera uma cultura que, em caso de ser praticada permanentemente, cria condições de sustentabilidade.

Kotler (2010) define os princípios básicos do marketing 3.0 e da sua aplicação no mercado que garantem a uma marca credibilidade e uma base sólida para o seu crescimento. Todos estes princípios se baseiam no amar e respeitar os clientes criteriosamente segmentados, adaptando as suas necessidades coordenadas com as novas e variadas tendências, fruto da rápida mutação do mercado e da crescente preferência e influência *online*. A marca terá que ser credível e respeitada, posicionada no termo qualidade a um preço justo e adaptado, culminando com a certeza de um bom serviço pós-venda. Este processo estará em constante processo de aprendizagem para ser melhorado permanentemente.

2.11- O plano de marketing

O plano de marketing é uma forma eficaz e sensata de gerir as funções de marketing, encontrando uma forma sistemática de elaborar uma gama de opções estratégicas e operacionais, escolher uma ou mais destas opções, programar e orçamentar o que deve ser decidido para cumprir os objetivos a que se propôs.

Segundo a opinião de Kotler (2000) “*O plano de marketing é um dos produtos mais importantes do processo de marketing*”, sendo ainda considerado o instrumento central que coordena e direciona todo o esforço de marketing das empresas. Sem ele não é possível a elaboração das linhas de guia que conduzam as empresas ao sucesso, torneando o mercado e as suas imprevisões (Kotler, 2006).

McDonald (2007) refere que, embora o plano de marketing pareça um processo simples e feito passo a passo é um processo complexo, multifacetado e multifuncional que toca em variadíssimos aspetos da vida organizacional.

Ainda segundo McDonald (2007), qualquer gestor minimamente competente e atento às incertezas e dificuldades do mercado, tem que concordar

que a melhor forma de gerir todo o processo de vendas, seja ele referente a produtos ou serviços, é encontrar uma forma sistemática de encontrar opções e escolher as disponíveis para que os seus objetivos sejam cumpridos. O plano de marketing não é mais que uma sequência lógica das atividades que levam à definição de objetivos, tendo disponível o planeamento e a forma de os alcançar.

A estrutura de um bom plano de marketing pode assumir formas muito diferentes, de acordo com os autores, o sector de atividade ou o país. No entanto, a estrutura básica que apresento servirá como indicador do que deve estar inserido no plano de marketing, mesmo que estruturado doutra forma:

- i) 1-Diagnóstico da situação (PESTE);
- ii) 2-Análise SWOT;
- iii) 3-Marketing estratégico;
- iv) 4-Marketing Mix;
- v) 5-Plano de Ação;
- vi) 6-Orçamento;
- vii) 7-Controlo e análise.

Toledo *et al.* (2007) clarificam a definição e o papel do plano de marketing nas empresas, como ferramenta essencial para a sua sustentabilidade, agregando mais valor ao cliente. Além dos benefícios, os autores ainda referem as barreiras da sua implementação.

Assim e embora essencial, o plano de marketing não resolve todos os problemas das empresas. No entanto é crítico para definir o melhor caminho, antecipando barreiras e elaborando estratégias que permitem um alinhamento estratégico e uma maior integração entre as diversas funções e departamentos da Empresa.

2.12- O marketing mix e o marketing mix expandido

O *Marketing mix* surge de uma combinação de variáveis que compõem as atividades do marketing, termo criado por Neil Borden, em 1949³¹, após ter lido que os executivos eram como *mixers* (misturadoras) que tinham como objetivo misturar

³¹Fonte: Borden, N. H. (1964). The concept of the marketing mix. *Journal of advertising research*, 4(2), 2-7

receitas de forma a serem posteriormente materializadas. McCarthy (1960), professor da Universidade de Michigan, aprimorou essa teoria (citado em Lancaster & Reynolds, 1999), definindo quais as atividades de marketing necessárias para implementar uma estratégia operacional de uma empresa de forma a atingir os resultados desejados³².

O marketing *mix* é o conceito base da teoria de marketing e consiste no uso de um conjunto de ferramentas, pelos *marketeers*, a fim de atingir as metas definidas pela empresa (Reis & Miranda, 2002)³³. A construção dos mercados, o aumento do poder do cliente e outras tendências do *e-marketing*, levaram as empresas a desenvolverem novos produtos e serviços, facultando novas oportunidades de criar valor para os consumidores (Hortinha, 2001).

O *marketing mix* é, provavelmente, o termo mais famoso em marketing, sendo uma componente essencial na sua estratégia (Cota & Rebelo, 2011).

Tradicionalmente são ainda referidos os 4 P's que, no seu desenvolvimento, englobam o "Produto", o "Preço", a "Praça" e a "Distribuição".

2.12.1- O 5º P do marketing mix

Alguns autores acrescentam ao *marketing mix* clássico dos 4P's, uma 5ª variável: "Participação" (Carrera, 2013). Esta variável surge "*não só da existência do meio digital, mas também do advento de um novo poder do consumidor com a emergência da web 2.0*". (Carrera, 2013).

O meio digital tem um impacto significativo nos 5 P do marketing, tendo em conta que o valor do serviço ou produto é uma função da capacidade que este meio digital possui em desenvolver soluções e satisfação de necessidades dos clientes, trazendo novos serviços, novos produtos bem como contribuir para a valorização dos existentes. Adiciona-se como vantagem o facto do serviço pré e pós-venda, através de plataformas digitais trazer valor acrescentado aos usuários, não obstante demonstrar ser um processo de lenta concretização, implicando uma renovação de processos, comportamentos e mentalidades (Carrera, 2013).

³²Fonte: artmixweb.com.br

³³Fonte: Palma-dos-Reis & Miranda, Teodónio (2002). E-mix – *The E-business Marketing Mix; Proceedings*. <https://www.authenticus.pt/en/publications/view/242483> [11 de dezembro de 2015]

2.12.2- Os 7 p's do *marketing mix* (*marketing mix* expandido ou de serviços)

Não obstante o supra descrito sobre as variáveis do mix de marketing, a política dos 4P's é já considerada como insuficiente para todas as necessidades e possibilidades de abordagem ao mercado num plano de marketing integrado. Na especificidade dos serviços demonstra alguma carência de combinação e em que considere as peculiaridades destes setores, integrando assim outras variáveis.

Assim, as empresas que comercializam serviços ou que encaram o serviço como uma alavanca de valor acrescentado aos produtos que transacionam encaram a realidade de uma forma diferente. “O *mix* de serviços é uma das ferramentas-chave para diferenciar uma loja de outra.” Kotler (2000). Por isso, no *marketing* dos serviços, para além do marketing externo (entre a empresa e os clientes), que faz uso dos 4 p's, existem outros dois tipos de marketing, o *marketing* interno (entre empresa e colaboradores) e o *marketing* interativo (entre colaboradores e clientes) (Kotler & Armstrong, 2007).

Então é necessário alargar ainda mais os 4 p's do *marketing mix* e adicionar em parceria outras variáveis relacionadas diretamente com a entrega do serviço e com a interface do cliente (Lovelock & Wirtz, 2011), a saber: “Pessoas”; “Evidências físicas”; “Processos”.

Os 7 p's do marketing ou o *marketing-mix* expandido é, em resumo, uma ferramenta estratégica que surge pelas características próprias e diferenciadoras que caracterizam os serviços e às implicações que trazem em qualquer processo de gestão.

2.12.3- Os 8 P's do marketing digital

O 8 P's do marketing digital, desenvolvido por Vaz (2012) é o mais recente conjunto disponível das variáveis de *marketing mix*, finalmente direcionadas ao marketing digital. Estas variáveis acompanham a evolução do marketing no ambiente digital e segundo estes autores, são a “Pesquisa”, o “Projeto”, a “Produção”, a “Publicação”, a “Promoção”, a “Divulgação” a “Personalização” e a “Precisão”.

2.13- A segmentação de mercado e o comportamento do utente da farmácia comunitária

Conforme já referido, o mercado das farmácias comunitárias constitui um campo altamente competitivo e complexo, com um peso económico muito considerável, estando a atravessar um período de transformações intensas com importantes reflexos no comportamento do seu utente.

Embora a variável preço seja, muito provavelmente, o maior critério de escolha de uma farmácia, a diferenciação através da qualidade dos diversos serviços disponíveis, representam uma oportunidade de desenvolvimento e sustentabilidade.

A diversidade e a multiplicidade de comportamentos do utente têm obrigado estas empresas a adquirir competências no manuseamento de ferramentas de gestão e marketing para que, de uma forma espontânea, se adaptem às características e necessidades do utente, respondendo de uma forma eficaz e contribuindo assim para a sua satisfação e conseqüente fidelidade.

2.14- Segmentação de mercado

Webster (1991) coloca a segmentação como a base da essência do marketing estratégico, tendo em conta que se suporta na repartição do mercado em pequenas frações mais homogéneas de modo a alcançar os clientes de uma forma mais efetiva. Este autor ainda adianta que é por meio de estratégias de marketing diferenciado e de segmentação que se poderão aplicar processos de gestão orientados para o cliente e de visão a longo prazo.

Schnaars (1998) refere que a segmentação transforma a desvantagem numa vantagem, sendo ainda definida por não tentar satisfazer todos os consumidores, mas oferecer alguma coisa de especial para uma pequena parte do mercado. Ainda segundo este autor a segmentação evita a competição, focando-se numa parte do mercado ignorada ou desprezada pela concorrência, seja por falta de interesse, seja pela dimensão das organizações.

Lambin (2000) define segmentação como um processo de desagregação do mercado, ou inversamente, um processo de agregação de compradores. Responde assim à limitação de satisfazer e atender todos os clientes com um único

produto ou serviço, isto devido aos variados interesses e desejos. Existem hábitos de compra, necessidades e expectativas em relação à oferta que diferem e que exigem uma rigorosa identificação dos grupos de clientes-alvo.

Kotler (2000) salienta a importância de se definir níveis na segmentação. Além de referir o marketing de massa, de segmento e de nicho, o marketing local ou de células de mercado (onde as empresas idealizam programas de marketing visando o atendimento de necessidades e desejos de grupos locais, onde inclui os bairros e áreas comerciais) e o marketing de cliente individual (sendo o extremo oposto do processo de segmentação), levando ao segmento de um e ao marketing customizado.

Como os consumidores são muito diferentes uns dos outros nos seus hábitos, gostos e exigências é necessário desenvolver metodologias que permitam uma atuação eficaz junto dos público-alvo dentro de uma organização (Moreira, 2003)³⁴. Assim, é importante conhecer a sua idade, nível sociocultural, estilos de vida, necessidades de saúde e os motivos pelo qual ele escolhe a farmácia (ou não) e as suas expectativas sobre ela.

“Segmentação é o meio pelo qual qualquer empresa busca obter uma vantagem diferencial sobre os seus concorrentes. Um segmento de mercado consiste num grupo de clientes ou consumidores que compartilham as mesmas necessidades ou necessidades semelhantes”.
(McDonald, 2004, p. 94).

É igualmente aconselhável que se conheça o tipo de comportamento do utente: os serviços que procura, categorias preferenciais, motivos de compra e como esta é processada e por fim a relação com os colaboradores da farmácia comunitária, o seu nível de fidelidade com a organização (Bobo, 2005).

Uma vez desenvolvida uma estratégia de segmentação eficaz, pode-se igualmente aplicar um plano que operacionalize técnicas de venda e de prestação de serviços no cliente (Fox, 2007).

³⁴Fonte: Moreira,A. (2003).Marketing em linha.
http://www2.ua.pt/cursos/files/EMP/ACM_Marketing03.pdf [11 de dezembro de 2015].

2.15- O comportamento do utente da farmácia comunitária portuguesa

O consumidor Português tem vindo a racionalizar os seus recursos financeiros pela crise instaurada nos últimos anos e, conseqüentemente, um novo perfil de consumidor começou a criar forma. Assistiu-se a uma mudança radical nos padrões clássicos de consumo, incutindo transformações estratégicas nas organizações que se manterão, muito provavelmente, depois da presente recessão terminar. Assim, o consumidor Português adquiriu uma especial apetência pelas promoções, cupões de descontos e cartões de fidelidade, procurando todas as oportunidades de poupar ou rentabilizar a sua compra e particularmente o seu orçamento. O menor preço com a maior qualidade é a regra a seguir³⁵.

O consumidor atual também constrói preferências direcionadas às organizações que valorizam a proteção ambiental e aproveita os recursos das tecnologias de informação para melhor se informar e direcionar o seu processo de decisão ao adquirir os serviços ou produtos mais simples e básicos que necessita. As redes sociais começam a ser, além de uma fonte de lazer, um processo dinâmico de troca de opiniões e consolidação de decisões de compra.

O fator preço emerge como catalisador de todas as estratégias comerciais, tendo em conta que será o fator decisivo do consumidor, mais informado e com menos recursos nas questões do medicamento, não obstante o facto de ter uma crescente preocupação com a saúde.

Lima (2011)³⁶, transforma o facto de o utente atual ser mais exigente e informado numa vantagem competitiva, tendo em conta que esse fator funcionará como motivação para a melhoria do ato farmacêutico e qualidade de serviços prestados.

Segundo esta investigadora, a mudança do termo “utente” para “cliente” será certa e deverá ser considerada pela gestão das farmácias comunitárias. A exigência dos serviços de qualidade e a satisfação das suas necessidades

³⁵Fonte: Revista Farmácia distribuição nº 236, outubro de 2011 www.top-service-academy.com/img/press/novoconsumidor.pdf

³⁶Fonte: Lima, S. S. (2011). Sistema de notificação de eventos adversos: Contributo para a melhoria da segurança do doente (Dissertação de mestrado, Universidade Nova de Lisboa). <http://run.unl.pt/bitstream/10362/9417/1/RUN%20%20Tese%20de%20Mestrado%20-%20Sara%20Lima.pdf> [7 de setembro de 2015].

mediante pagamento serão pontos críticos a abordar, sendo a simples venda satisfeita pela internet, não necessitando de qualquer contacto físico. Assim, as farmácias comunitárias deverão direcionar a sua oferta pela internet como opção de satisfação de necessidades, não deixando de conquistar clientes com recursos a serviços que este meio de comunicação não disponibiliza.

Lima (2011) adianta ainda que estão criadas, com esta nova envolvente, condições para o desenvolvimento do farmacêutico para a oferta de mais e melhores serviços, diferenciação e conhecimentos técnicos, caminhando para a reconquista da confiança dos “clientes”.

Madruço (2014) disponibiliza na sua investigação alguns indicadores importantes para entender o comportamento do utente da farmácia comunitária portuguesa, particularmente as mudanças observadas antes e depois da crise instaurada no setor.

A variável “preço” foi um dos principais motivos para a mudança de comportamento dos utentes das farmácias comunitárias portuguesas, traduzido na menor procura de perfumes, medicamentos veterinários, produtos dermocosméticos, protetores solares e produtos para bebé/criança. Outros produtos sofreram de uma forma menos significativa este fenómeno, tais como os produtos ortopédicos, dietéticos e produtos de higiene pessoal, no entanto apresentam igualmente quebras na sua procura. É de salientar, ainda no trabalho desta autora, que uma das principais motivações da visita à farmácia por parte dos inquiridos é a “preferência no atendimento”, sendo a “fidelização” uma das menos escolhidas, estando em igualdade com a “proximidade do centro de saúde”.

2.16- Resumo do capítulo

Este capítulo permite conhecer alguns conceitos de marketing referidas por diversos autores que disponibilizam diferentes formas de abordagem à temática desta dissertação. Assim, explanam-se conceitos de produtos e serviços e o entendimento da importância do “serviço” como gerador de valor. São igualmente abordados alguns conceitos de satisfação assim como métricas dessa variável. Algumas ferramentas de marketing direcionada a uma gestão de excelência são desenvolvidas para permitir uma planificação estratégica e operacional eficaz.

A forma de abordar o utente mediante os respetivos fatores emocionais mostrou facilitar o perfeito ajuste aos diferentes perfis dos utentes, essencial na construção do relacionamento e na conseqüente fidelização.

Em resumo, disponibilizam-se, neste capítulo, ferramentas que visam proporcionar a integração e alinhamento de estratégias e táticas dos planos de marketing das farmácias comunitárias portuguesas.

Capítulo 3- A farmácia comunitária- definições e mercado

3.1- Conceito de farmácia comunitária

A farmácia comunitária é uma das portas de entrada no sistema de saúde pela sua grande acessibilidade à população em geral. É um espaço que se caracteriza pela prestação de cuidados de saúde à comunidade, onde se realizam atividades dirigidas para o medicamento e atividades dirigidas para o doente³⁷.

A farmácia comunitária tem como principal objetivo a cedência de medicamentos em condições que minimizem os riscos associados ao seu uso e que permitam a avaliação dos resultados clínicos destes de forma a reduzir a morbilidade e mortalidade que lhe estão associados, tornando assim a farmácia comunitária um espaço não só de saúde, mas também de relação humana³⁸.

3.2- Da farmácia clássica ou tradicional até à farmácia comunitária

Foi comprovado que, já no período pré-histórico, as pessoas colhiam plantas com propósitos medicinais. As curas foram adquiridas através dos conhecimentos práticos do dia-a-dia, e as doenças tinham explicações místicas. Algumas mudanças foram, progressivamente, ocorrendo nos aspetos de cura a partir de auto-observações e no meio em que estavam inseridos. Foi aí que surgiu a separação da cura empírica e da cura puramente espiritual.

Galeno ou Claude Galien (129/130 d.C. - 199/200 d.C.) é considerado o pai da farmácia³⁹ por seus feitos na área da saúde. Contribuiu para a ciência médica mais do que qualquer outro homem e sua filosofia médica ainda persiste e constitui a base filosófica da medicina atual.

No século X a medicina e a farmácia eram uma só profissão e o boticário tinha a responsabilidade de conhecer e curar as doenças. Para exercer a profissão deveriam cumprir uma série de requisitos e possuir local e equipamentos adequados para a preparação e guarda dos medicamentos. Com o desenvolvimento dos conhecimentos da área da saúde e da necessidade de se preparar substâncias mais elaboradas houve a separação da farmácia da medicina,

³⁷Fonte http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/Doc3082.pdf

³⁸Fonte: Idem

³⁹Fonte: <http://pt.ars-curandi.wikia.com/wiki/Galeno>

que ocorreu em 1240. Foi o imperador Frederick II que apresentou um decreto separando completamente as responsabilidades do médico e do farmacêutico, regulamentando a profissão.

Em 1521, em Portugal, segundo o “Regimento do Físico-mor do Reino⁴⁰” declarou-se a ordem aos interessados em abrir uma botica ao público. Estes teriam que possuir o título de boticário obtido através de uma carta oficial passado por esse Físico-mor. Este boticário era o responsável pela preparação dos medicamentos e do exercício da sua atividade no geral e simultaneamente proprietário do estabelecimento, embora já nessa altura se detetasse inúmeras tentativas de intromissão no exercício dessa profissão, onde pessoas não habilitadas tentavam a sua sorte ao exercer essa atividade.

Em 1780 é publicada uma Ordem Real onde se decreta a obrigatoriedade de habilitações profissionais para exercer a profissão de boticário. Nasce assim as primeiras inspeções às boticas.

Os meados dos anos 20 foram característicos de uma expansão da indústria farmacêutica e do fabrico industrial de fármacos, afastando progressivamente o papel tradicional do boticário, ou já farmacêutico nessa altura. Perde-se assim o exclusivo desta atividade pelas farmácias de oficina cabendo-lhes preferencialmente o papel de dispensa de medicamentos (Pita, 2000). “As modificações operadas no Séc. XX modificaram a farmácia, não só na vertente técnica, como também científica e socioprofissional” (Pita, 2000).

Eram bastante frequentes, nesta altura, as queixas sobre a atividade de elementos não credenciados e da abertura incontrolada e sem qualquer critério, de farmácias, provocando concorrência desleal e fazendo perigar a saúde pública.

Surge então em 1929 a regulamentação do exercício da profissão de farmacêutico dando-lhe o exclusivo à preparação e fornecimento de medicamentos (Decreto nº 17636)⁴¹. Esta regulamentação não refere nada relativamente à questão da propriedade da farmácia, situação que é esclarecida no Decreto-lei 23422 de 1933⁴². Este Decreto restringe definitivamente a propriedade da farmácia a farmacêuticos.

⁴⁰Fonte: <http://www.cdf.pt/archeevo/details?id=1001828>

⁴¹Fonte: <http://www.cdf.pt/archeevo/details?id=1001566>

⁴²Fonte: <http://www.cdf.pt/archeevo/details?id=1001451>

Nos finais dos anos 70 e como consequência do fabrico dos medicamentos pela indústria farmacêutica, a problemática do doente começou a ser o foco de atenção dos farmacêuticos assim como o seu aconselhamento e bem-estar relacionado com os cuidados e riscos inerentes à utilização dos medicamentos (Pita, 2010)⁴³.

Progressivamente a atenção com o uso dos medicamentos de uma forma racional, a sua qualidade e a eficiência dos seus serviços vão sendo norma na normal atividade farmacêutica, fazendo com que a farmácia comunitária nasça, findando a farmácia tradicional (de oficina) onde a manipulação de medicamentos era a sua principal função. Assim, a farmácia comunitária possui não só uma inserção social perfeitamente definida como também possui um importante papel no sistema de saúde da comunidade e na atenção farmacêutica⁴⁴, além de ser um negócio que se pretende rentável.

3.3- A legislação vigente

A legislação vigente, no que concerne à indústria farmacêutica, tem sido progressivamente imposta como tentativa de equilíbrio entre o consumo de medicamentos e os gastos em participações do Estado, além de exacerbarem a competição entre farmácias e o consequente desequilíbrio proveniente das diversas estratégias competitivas desenvolvidas pelas mesmas.

Algumas decisões Governamentais são exemplo:

A publicação do Decreto-lei nº 134/2005, de 16 de agosto, onde foi dada a permissão a outras superfícies de comercialização de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM), que as cadeias de hipermercados implementaram novas áreas de vendas, alavancados pela venda simultânea de artigos de higiene e conforto. Retirou-se assim o monopólio das farmácias comunitárias na venda destes artigos que originaram grandes quebras de faturação; O Decreto-lei nº 65/2007, de 14 de março, possibilitou a prática de descontos em medicamentos participados pelo Estado; O Decreto-lei nº 307/2007, de 31 de agosto, (onde

⁴³Pita R. (2010). A farmácia e o medicamento em Portugal nos últimos 25 anos, consultado a 19 de Abril de 2015 em <http://www.europe-direct-aveiro.aeva.ru/debatereuropa/images/n2-3/jrp.pdf>

⁴⁴O conceito de atenção farmacêutica surge no apoio ao utente nas questões da qualidade da assistência farmacêutica relacionada com os efeitos secundários e consequente diminuição da qualidade de vida do utente.

permitiu que a propriedade da farmácia deixasse de estar limitada a farmacêuticos, sendo aberta a entidades individuais e coletivas), abriu portas a um aumento do investimento em novas farmácias e conseqüentemente criou um ambiente concorrencial até aí inexistente ou muito pouco significativo. Mesmo com a publicação de dois acórdãos pelo Tribunal de Justiça das Comunidades Europeias sobre a propriedade da farmácia, onde se pronunciam sobre a qualidade e segurança na dispensa de medicamentos e pelo interesse na reserva das farmácias a profissionais da área⁴⁵, a situação manteve-se inalterada até hoje, formando um quadro de concorrência perfeita, contrastando com um mercado de tradição oligopolista.

Outras legislações têm sido aplicadas pelo Estado em prol do controlo financeiro e estabilidade orçamental. São exemplos a Portaria nº 137-A/2012, de 11 de maio que permite a opção do utente por outro medicamento mediante o pagamento do remanescente e a revisão das margens de comercialização das farmácias promovendo a dispensa de medicamentos genéricos mais económicos, com a possibilidade de implementação de incentivos na forma de remuneração adicional e o Decreto-lei nº 171/2012, de 1 de agosto que obriga a farmácia a dispor de três dos cinco medicamentos com preço mais baixo em cada grupo homogêneo.

De acordo com Simoens (2009), o atual sistema de remuneração em vigor nas farmácias portuguesas conduz a uma dispensa mais acentuada de medicamentos caros, nomeadamente os genéricos, de maneira a controlar-se a despesa. Perante esta situação, o Governo Português lançou um programa de incentivo às farmácias para que colaborem no controlo da despesa com medicamentos. Assim, surge o acordo assinado em julho de 2014⁴⁶ entre o ministro da Saúde e pelo presidente da Associação Nacional de Farmácias (ANF) e que abrange o desenvolvimento de serviços farmacêuticos nas áreas da autovigilância da diabetes, acompanhamento da adesão à terapêutica, administração da vacina contra a gripe sazonal, troca de seringas e administração da terapêutica de substituição opiácea. Estas normas foram aplicadas por um período experimental de 12 meses, sem encargos para o Estado. Poderão também ser propostas,

⁴⁵Fonte: ANF, 2009

⁴⁶Fonte: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MAIS_NOVIDADES/Acordo_MS_ANF_09_%2007_2014.pdf

segundo o mesmo Acordo, outras áreas de intervenção das farmácias em programas de Saúde Pública, designadamente na realização de testes rápidos do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH).

Para acompanhar o funcionamento e desempenho dos serviços a desenvolver pelas farmácias, foi criada uma Comissão de Acompanhamento, presidida pelo INFARMED que integra representantes da Ordem dos Farmacêuticos (OF), da Administração Central do Sistema de Saúde, da Direcção-Geral da Saúde, do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências e da ANF, que reunirá, pelo menos, uma vez por mês. A esta comissão cabe ainda definir os serviços a implementar pelas farmácias, nomear uma entidade independente para estudar e avaliar os serviços a desenvolver, elaborar relatório de avaliação com base no qual, após o período experimental, o Estado decidirá a eventual implementação dos serviços propostos.

Além do incremento do mercado de genéricos apoiado pelas normas atrás descritas, cabe ainda ao Ministério da Saúde propor um regime de incentivos para o seu crescimento, tendo em conta o regime de comparticipações e de formação do preço dos medicamentos e a verificação de evidência da poupança global para os utentes. Surge assim o Decreto-lei nº 19/ 2014, de 5 de fevereiro, que determina a forma como a dispensa de medicamentos genéricos e de entre estes, os mais baratos, pode ser objeto de remuneração adicional às farmácias participantes em programas de saúde pública nos termos e nas condições a definir por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde⁴⁷.

Como compensação do impacto deste rigoroso conjunto de obrigações e da insuficiência de eficácia das medidas compensatórias, sempre no cumprimento da estratégia do Estado para a redução de despesas em comparticipações, surge ainda a Portaria nº 18-A/2015, de 2 de fevereiro. Esta Portaria disponibiliza uma remuneração adicional às farmácias participantes em programas de saúde pública pelo contributo para a redução da despesa do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e dos utentes com medicamentos, através do aumento da quota de mercado dos medicamentos genéricos comparticipados pelo SNS e dispensados na farmácia

⁴⁷Fonte: <http://www.rcmpharma.com/actualidade/direito-na-saude/07-02-14/preco-para-medicamentos-novas-regras-de-formacao-dos-precos>

comunitária. Não obstante esta remuneração ter um fim compensatório para as farmácias comunitárias, dificilmente compensará a evolução de faturação dos últimos anos.

A Portaria nº 224/2015, de 27 de julho de 2015, regulamentou a implementação de todo o circuito de receita sem papel – prescrição, dispensa e faturação. Através do Despacho de 25 de fevereiro de 2016, esse novo formato de receita surge adquirindo caráter obrigatório a 01 de abril de 2016 para todas as entidades do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Este regime jurídico que alargou e adaptou as regras da prescrição eletrónica às da dispensa e faturação cumpre a prioridade de privilegiar a utilização de meios eletrónicos nos serviços do SNS e substitui a portaria nº 137-A/2012 de 11 de maio.

Este modelo eletrónico permite, assim, a prescrição em simultâneo de diferentes tipologias de medicamentos, ou seja, a mesma receita poderá incluir fármacos comparticipados com tratamentos não comparticipados. O sistema traz vantagens para o utente, já que todos os produtos de saúde prescritos são incluídos numa única receita.

No ato da dispensa nas farmácias, o utente poderá optar por comprar todos os produtos prescritos ou apenas parte deles. É ainda possível adquirir os restantes em diferentes estabelecimentos e em datas distintas, no entanto, embora mais limitada, a farmácia tem a hipótese de fornecer os medicamentos mais caros, mediante a concordância do utente.

3.4- A evolução do mercado farmacêutico

Desde a redução das margens aplicadas pelas farmácias e grossistas (26,60%) em 2006, motivado pela necessidade do Estado reduzir drasticamente a sua despesa, que o caminho do mercado farmacêutico tem sido conturbado.

Em 2007, conforme já desenvolvido no ponto anterior, surgem várias propostas e alterações a nível legislativo que não auxiliam um setor que começa a mostrar alguma fragilidade face ao aumento de custos fixos necessários para um bom funcionamento e à ameaça concorrencial até aí quase inexistente.

Em 2007, altura em que as alterações se começam a fazer notar de uma forma mais significativa e logo após uma recente descida do preço dos

medicamentos em 6%, é forçada uma redução das margens em todo o canal de distribuição para 25,12%. No entanto, o mercado apresenta nesse ano um volume de negócios de €2.700 milhões, tendo os genéricos, numa fase ainda embrionária na sua penetração de mercado, a responsabilidade de €586 milhões⁴⁸ em vendas.

Em 2008, os preços dos medicamentos genéricos sofrem alterações radicais ao reduzirem 30%, (Portaria nº 1016-A, de 8 de setembro⁴⁹). Este fenómeno provocou um aumento deste segmento de medicamentos que, por consequência, obrigou a um decréscimo dos preços dos medicamentos originais⁵⁰ na tentativa de manter o volume de vendas. O resultado foi uma redução do preço de todos os medicamentos. Este fenómeno levou a uma queda nas vendas até à aplicação dessa Portaria, tendo em conta o período de espera dos utentes, no sentido de aproveitarem a descida de preço (Pita, 2011)⁵¹. Em 2008 a quota de genéricos fixa-se nos 18,50% com vendas de €622 milhões, conforme tabela 1.

Tabela 1 - Volume de vendas e quotas de medicamentos em 2008

| GRUPO | QM 2008 | Vendas (euros10 ³) |
|------------------|---------|--------------------------------|
| Marca | 81,50% | 2 673 000 |
| Genéricos | 18,50% | 622 000 |
| Total do mercado | 100% | 3300 000 |

Fonte: Adaptado de Primopraxis⁵²

Em 2009, as vendas de medicamentos originais recuperam quota de mercado (tab. 2) obrigando à redução da quota dos medicamentos genéricos, não obstante o número de embalagens se manter em relação ao mesmo período⁵³.

Tabela 2 - Quota de mercado dos medicamentos em 2009

| CLASSE | QM Val 2009 | QM Qt 2009 |
|----------|-------------|------------|
| Marca | 82,5% | 84% |
| Genérico | 17,3% | 15,4% |

Fonte: Adaptado de Primopraxis⁵⁴

⁴⁸Fonte: www.primopraxis.pt

⁴⁹Fonte: https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMA_CEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_V/083-H1_Port_1016-A_2008_5ALT.pdf

⁵⁰ Fonte: www.primopraxis.pt

⁵¹ Pita, B. & Nunes, L. (2011). 10 anos de Política de medicamento em Portugal. Patrocínio Pfizer.

⁵² Fonte: www.primopraxis.pt

⁵³ Fonte: idem

⁵⁴Fonte: www.primopraxis.pt

Em 2010⁵⁵ os medicamentos sofrem nova descida de preços. Os preços dos medicamentos genéricos decrescem cerca de 20% a 35% e os medicamentos originais 7%, o que não compensou as margens das farmácias mesmo verificando-se uma subida nessa variável para 28%. Verifica-se igualmente um decréscimo do volume de vendas das empresas farmacêuticas neste período⁵⁶.

Em 2010 há uma redução da transferência das margens para as farmácias e grossistas (Decreto lei 48/2010), com uma redução de 20-35% no preço de alguns medicamentos genéricos. Observa-se também uma redução média de 7% no preço dos medicamentos em geral resultante da revisão, de acordo com a metodologia de preços decorrente da portaria 312-A/2010⁵⁷. Ainda em 2010, determina-se uma redução no PVP de 6% nos medicamentos comparticipados, sob a Portaria nº1041-A/2010⁵⁸.

Em resumo, o ano de 2010 encerra com um decréscimo de -1,1%, comparado com o período homólogo e em relação ao mercado total em valor, muito atenuado pelas boas performances das vendas hospitalares (3,1%). Particularizando o crescimento exclusivo no mercado ambulatorio, este apresenta uma evolução de - 2,3%, sendo distribuído pelos MNSRM em -3,9% e os MSRM em -2,2%⁵⁹, conforme tabela 3.

Tabela 3- Mercado em valor e crescimento em 2010 vs. 2009

| | 2009 | 2009 | 2010 | 2010 |
|---------------|----------------------------------|---------|----------------------------------|---------|
| | Valor (euros10 ³) | % cresc | Valor (euros10 ³) | % cresc |
| Mercado total | 4 341 000 | 1,7% | 4 294 000 | -1,1% |
| Ambulatório | 3 334 200 | -0,8% | 3 266 000 | -2,3% |
| MSRM | 3 640 000 | -1,5% | 3 064 400 | -2,2% |
| MNSRM | 210 000 | 11,2% | 201 900 | -3,9% |
| Hospitalar | 997 300 | 11,3% | 1 028 000 | 3,1% |
| | | | | |

Fonte: Adaptado de Indústria farmacêutica em números, 2010- APIFARMA

O ano de 2011 abre com um cenário muito negativo para o setor farmacêutico, tendo em conta que sofre com a implementação das medidas da intervenção do resgate financeiro previstas no Memorando do Entendimento (maio

⁵⁵Fonte: <https://www.apifarma.pt/publicacoes/ifnumeros/Documents/IFemN%C3%BAmeros2010.pdf>

⁵⁶Fonte: idem

⁵⁷Fonte: <https://www.apifarma.pt/publicacoes/ifnumeros/Documents/IFemnumeros2011.pdf>

⁵⁸Fonte: <https://www.apifarma.pt/publicacoes/ifnumeros/Documents/IFemnumeros2011.pdf>

⁵⁹Fonte: idem

de 2011). Neste Memorando foi alterado o cálculo da margem de lucro de forma a incentivar as vendas dos medicamentos genéricos e, conseqüentemente, reduzir as participações do Estado⁶⁰. Embora mantendo-se o mesmo número de empresas farmacêuticas que o período homólogo (130), o ano de 2011 apresenta valores negativos na respetiva taxa de crescimento (-1,8%)⁶¹, não obstante a taxa dos medicamentos genéricos ter tido um crescimento, no mesmo período de tempo, muito significativo (de 7 891 000 para 8 979 000 unidades).

Este crescimento é acompanhado pelo aumento do número de apresentações genéricas disponíveis e pela preferência de receituário por DCI com MG no total de DCI, (de 18,9% para 20,3%) aumentando assim a decisão da escolha do medicamento para a farmácia, afastando progressivamente a decisão do médico nessa questão.

O mercado total em 2011 decresce significativamente. Com uma taxa de crescimento total de -6.5%, (como resultado dos valores de -9% no mercado ambulatorio e de -9,7% no MSRM), é relativamente minimizado pela performance positiva dos MNSRM (2%) e mercado hospitalar (1,2%), conforme tabela 4.

Tabela 4 - Taxas de crescimento 2010 vs 2009 e 2011 vs. 2010

| | 2010 | 2010 vs 2009 | 2011 | 2011 vs 2010 |
|---------------------|-------------------------------|--------------|-------------------------------|--------------|
| | Valor (euros10 ³) | % cresc. | Valor (euros10 ³) | % cresc. |
| 1-Ambulatório (2+3) | 3 266 400 | -2,3% | 2 973 100 | -9,0% |
| 2-MSRM | 3 059 000 | -2,2% | 2 767 300 | -9,7% |
| 3- MNSRM | 201 900 | -3,9% | 205 800 | 2,0% |
| 4- Hospitalar | 1 028 000 | 3,1% | 1 040 000 | 1,2% |
| Mercado total (1+4) | 4 294 000 | -1,1% | 4 014 000 | -6,5% |

Fonte: Adaptado de Indústria farmacêutica em números, 2011- APIFA

No que concerne ao mercado dos MSRM e MNSRM em unidades, verificou-se, ainda em 2011, uma evolução consideravelmente negativa dos MSRM (-3,8%), enquanto os MNSRM assinalaram um ligeiro crescimento (tab. 5).

Tabela 5 - Mercado em unidades e crescimento em 2011 vs. 2010

| | 2010 | 2010 | 2011 | 2011 |
|-------|----------|---------|----------|---------|
| | Unidades | % cresc | Unidades | % cresc |
| MSRM | 212 200 | -3,1% | 204 000 | -3,8% |
| MNSRM | 38 200 | -3,0% | 39 000 | 0,2% |

Fonte: Adaptado de Indústria farmacêutica em números, 2011- APIFARMA

⁶⁰Fonte: ANF

⁶¹Fonte: <https://www.apifarma.pt/publicacoes/ifnumeros/Documents/IFemnumeros2011.pdf>

Em 2012 foram aplicadas muitas alterações relativas a comparticipações, preços e margens levando a uma evolução de - 6,3% do mercado farmacêutico⁶². Essas alterações concentraram-se no Decreto-lei nº 112/2011, aplicado em Janeiro de 2012 e que apresentam cálculos diferentes para as margens de comercialização para armazenistas e farmácias, assim como preços ajustados dos medicamentos genéricos (50% abaixo do PVP do preço de referência, ou 25% abaixo se o PVA for inferior a 10€) e na revisão em agosto, do mesmo Decreto-lei, que revê a baixa de preços dos medicamentos de marca pela aplicação dos novos países de referência (Espanha, Itália e Eslovénia). Segundo a APIFARMA⁶³, o ano de 2012 contabilizou menos empresas farmacêuticas relativamente ao período homólogo e um conseqüente decréscimo do emprego neste setor, além de mais casos de insolvência das farmácias comunitárias estrategicamente mais desprotegidas.

O ano de 2013 apresenta-se com uma continuidade do decréscimo do número de empresas farmacêuticas em Portugal⁶⁴ embora os números de armazéns de medicamentos apresentem um ligeiro crescimento⁶⁵. O mercado português tem, nesse ano, um decréscimo recorde de -20,3% sendo, à exceção do mercado grego, o que apresenta a menor evolução⁶⁶, acompanhado pelo decréscimo de postos de trabalho no setor (-22%). Ainda neste período (2013), o preço médio (em PVP) dos medicamentos genéricos tem uma variação de -5,6%. O ano de 2013 fechou com um valor de -7,1% no mercado total em valor (PVP) no

⁶²Fonte: <https://www.apifarma.pt/publicacoes/ifnumeros/Documents/Ind%C3%BAstria%20Farmac%C3%AAutica%20em%20N%C3%BAmeros%202012%20%201%C2%AA%20Edi%C3%A7%C3%A3o.pdf>

⁶³Fonte: <https://www.apifarma.pt/publicacoes/ifnumeros/Documents/Ind%C3%BAstria%20Farmac%C3%AAutica%20em%20N%C3%BAmeros%202012%20%201%C2%AA%20Edi%C3%A7%C3%A3o.pdf>

⁶⁴Fonte: <http://www.apifarma.pt/publicacoes/ifnumeros/Documents/Ind%c3%baustria%20Farmac%c3%aautica%20em%20N%c3%bmeros%202013.pdf>

⁶⁵ Nota do mestrando: os últimos anos foram em junções de farmácias comunitárias no sentido de aumentarem a sua capacidade negociação com os produtores, originando assim a criação de grupos de farmácias e novos armazenistas. O crescimento dos armazéns farmacêuticos poderá ser uma consequência desse fenómeno.

⁶⁶Fonte: <http://www.apifarma.pt/publicacoes/ifnumeros/Documents/Ind%c3%baustria%20Farmac%c3%aautica%20em%20N%c3%bmeros%202013.pdf>

ambulatório, com uma ligeira recuperação em relação ao período homólogo, representando €2 446,1 milhões⁶⁷.

Em 2014 publica-se o Decreto-lei nº 19/ 2014 de 5 de fevereiro, que altera o regime das margens máximas de comercialização. Este Decreto-lei estrangula ainda mais a situação financeira deste setor, não obstante prever incentivos percentuais nos medicamentos mais económicos, mas que se traduzem em menos rentabilidade em comparação às margens anteriores.

As margens são calculadas segundo os seguintes critérios:

i) Preço de Venda ao Armazenista (PVA) igual ou inferior a 5 euros: Grossistas - 2,24 %, calculada sobre o PVA, acrescido de 0,25 euros; Farmácias - 5,58 %, calculada sobre o PVA, acrescido de 0,63 euros;

ii) PVA de 5,01 a 7 euros: Grossistas - 2,17 %, calculada sobre o PVA, acrescido de 0,52 euros; Farmácias - 5,51 %, calculada sobre o PVA, acrescido de 1,31 euros;

iii) PVA de 7,01 a 10 euros: Grossistas - 2,12 %, calculada sobre o PVA, acrescido de 0,71 euros; Farmácias - 5,36 %, calculada sobre o PVA, acrescido de 1,79 euros;

iv) PVA de 10,01 a 20 euros: Grossistas - 2,00 %, calculada sobre o PVA, acrescido de 1,12 euros; Farmácias - 5,05 %, calculada sobre o PVA, acrescido de 2,80 euros;

v) PVA de 20,01 a 50 euros: Grossistas - 1,84 %, calculada sobre o PVA, acrescido de 2,20 euros; Farmácias - 4,49 %, calculada sobre o PVA, acrescido de 5,32 euros;

vi) PVA superior a 50 euros: Grossistas - 1,18 %, calculada sobre o PVA, acrescido de 3,68 euros; Farmácias - 2,66 %, calculada sobre o PVA, acrescido de 8,28 euros.

Estas medidas levaram a que as despesas do Estado, logo no 1º trimestre de 2014, reduzissem 0,4%, não obstante o facto do número de embalagens

⁶⁷Fonte: <http://www.apifarma.pt/publicacoes/ifnumeros/Documents/Ind%c3%bastria%20Farmac%c3%aautica%20em%20N%c3%bameros%202013.pdf>

dispensadas ter uma evolução de 3,6%⁶⁸. Neste período e em comparação ao período homólogo, a quota de medicamentos genéricos aumenta 1,80%, chegando aos 46,6%. Assim, os preços globais dos medicamentos têm uma evolução negativa, atingindo os €12,24.

De janeiro a setembro de 2015, os encargos do Serviço Nacional de Saúde e dos utentes crescem 0,9% e 0,8% respetivamente. O número de embalagens acompanha estes indicadores, crescendo 1,4%, atingindo uma quota de 46,5% (+ 0,60% relativamente ao período homólogo em medicamentos genéricos). A quota de mercado dos medicamentos genéricos, em unidades, aumentou 15,5% em relação aos medicamentos originais)⁶⁹. Desde 2010, a taxa de crescimento neste período fixa-se em 3,6% (período de janeiro-setembro de 2015).

Os MNSRM continuam a ter *performances* muito dinâmicas em pontos de venda fora das farmácias comunitárias, embora menos acentuadas que no ano anterior. A taxa de crescimento deste segmento, no período de janeiro a setembro de 2015, fixa-se nos 7%.

O período de janeiro - outubro de 2015 apresenta indicadores ligeiramente positivos em unidades comparativamente ao período homólogo, no entanto o crescimento em PVP é menor em relação aos anos anteriores (tab. 6).

Tabela 6- Evolução das quotas dos medicamentos no Serviço Nacional de Saúde (SNS) no período de jan.-out de 2015.

| Ano | Embalagens unid10 ³ | % Cresc. Unidades | PVP (euros 10 ³) | % Cresc. PVP |
|--------------|-----------------------------------|----------------------|---------------------------------|-----------------|
| 2013 | 238,3 | -1,6% | 2.409.504 | 13,3% |
| 2014 | 237,3 | -0,4% | 2.397.614 | 13,1% |
| Jan-Out 2014 | 199,3 | - | 2.006.668 | - |
| Jan-Out 2015 | 237,3 | 0,8% | 2.079.456 | 3,6% |

Fonte: Adaptado do Relatório mensal do consumo de medicamentos no ambulatório do SNS, INFARMED. Jan-out 2015.

⁶⁸Fonte: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO/ANALISE_MENSAL_MERCADO/MEDICAMENTOS_AMBULATORIO_2/2016/Relat%F3rio_Ambulat%F3rio_Jun16.pdf

⁶⁹Fonte: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO/ANALISE_MENSAL_MERCADO/MEDICAMENTOS_AMBULATORIO_2/2015/Relat%F3rio_Ambulat%F3rio_Set15.pdf

Observa-se no período de janeiro a outubro de 2015 a manutenção da boa *performance* dos indicadores de vendas MNSRM nos espaços fora das farmácias comunitárias (tab. 7).

Tabela 7- Evolução das quotas dos MNSRM fora do espaço farmácia, no período de Jan-Set de 2015.

| Ano | Embalagens unid10 ³ | % Cresc Unidades | PVP (euros10 ³) | % Cresc. PVP |
|--------------|-----------------------------------|---------------------|--------------------------------|-----------------|
| 2013 | 7.386 | 8,7% | 36.851 | 14,3% |
| 2014 | 7.745 | 4,9% | 41.407 | 13,0% |
| Jan-Out 2014 | 6.366 | - | 34.249 | - |
| Jan-Out 2015 | 6.442 | 1,2% | 36.640 | 7% |

Fonte: Adaptado do Relatório mensal do consumo de medicamentos no ambulatório do SNS, INFARMED. Jan-Set 2015.

Não obstante o esforço e resultados conseguidos em desenvolver vendas, este manifesta-se insuficiente para equilibrar as taxas de crescimento dos preços dos medicamentos. As consecutivas reduções de preços impostas pelo Estado reduziram os preços desde 2010, chegando o preço médio do medicamento a € 12,21 em 2015 (tab. 8).

Tabela 8- Evolução do preço médio dos medicamentos no mercado total de 2010 a 2015.

| Ano | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| PVP MG € | 13,73 | 10,43 | 7,87 | 7,23 | 7,24 | 7,20 |
| PVP orig € | nd | nd | 16,19 | 15,72 | 15,69 | 15,75 |
| PVP médio | 13,20 | 12,42 | 13,25 | 12,41 | 12,24 | 12,21 |

Fonte: Adaptado do Relatório mensal do consumo de medicamentos no ambulatório do SNS, INFARMED.

O ano de 2016 oferece alguns indicadores de abrandamento da redução dos preços dos medicamentos. No período de janeiro a julho de 2016, verifica-se uma ligeira estagnação da descida do preço médio do medicamento genérico, fixado em €7,20. O preço do medicamento de marca atingiu os €15,46 e o preço médio global foi de €12,04⁷⁰. Não obstante estes dados serem algo animadores, o preço médio do medicamento desceu, considerando somente os últimos 4 anos, 9,2%⁷¹.

⁷⁰Fonte: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO/ANALISE_MENSAL_MERCADO/MEDICAMENTOS_AMBULATORIO_2/2016/Relat%F3rio_Ambulat%F3rio_Jun16.pdf

⁷¹Idem

2017 será, na estratégia prevista pelo Estado, rico em manobras direcionadas a limitações na redução dos preços dos medicamentos e à consequente recuperação do setor. O preço médio deixa de considerar os preços aplicados em Espanha, França e Eslovénia, substituindo este último pela Itália. Assim, e mediante esta previsão, será possível equilibrar a revisão dos preços em Portugal, limitando as futuras reduções de preços em menos do que 10% em relação ao preço que vigorar na altura.

Além deste mecanismo de retenção de preço, ficará ainda suspensa a revisão anual de preços máximos na aquisição de medicamentos genéricos pelos estabelecimentos e serviços do SNS. Será igualmente imposta a proibição de variações de preços provocadas pelos distribuidores, assim como a extensão do período de devolução de medicamentos com preços antigos, por mais 30 dias⁷².

3.4.1- O mercado dos MNSRM (2005-2015)

O enquadramento legal⁷³ permite a venda dos MNSRM em espaços de venda fora das farmácias, nomeadamente nos grandes espaços comerciais.

Verifica-se que o nível de vendas, no espaço compreendido entre 2005 e 2015, tem sido bastante significativo e com tendência a aumentar progressivamente em locais que não as farmácias comunitárias⁷⁴, conforme tabela 9.

Tabela 9- Evolução mensal de quantidade e valor das vendas de MNSRM fora das farmácias 2005-2007.

| MNSRM | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|-------------------------------|------|------|-------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Unidades (M) | 22 | 881 | 2924 | 4389 | 5428 | 6146 | 6451 | 6797 | 7385 | 7745 | 7778 |
| Valor em PVP€ 10 ³ | 94 | 3889 | 12753 | 191560 | 24605 | 28605 | 30702 | 32522 | 36851 | 41407 | 44287 |

Fonte: Monitorização trimestral das vendas de MNSRM fora das farmácias

Verifica-se ainda que as organizações que seguem estratégias com preços baixos têm um maior volume de vendas, nomeadamente as parafarmácias e os

⁷²Fonte: http://comunidade.jn.pt/PaginalInicial/Nacional/Interior.aspx?content_id=5501397&page=-1

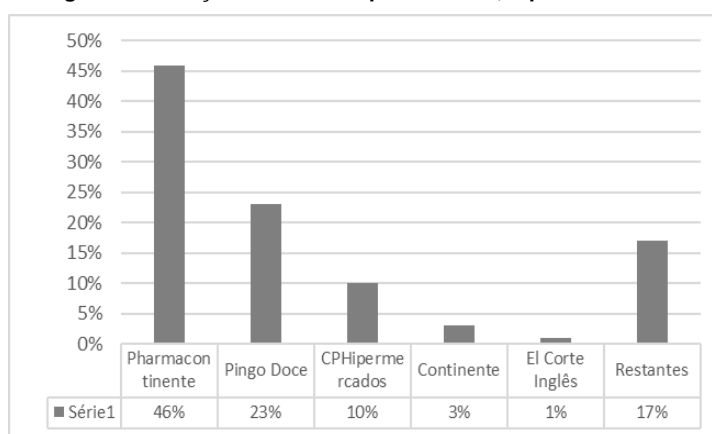
⁷³ Decreto – lei nº 134/2005 de 16 de agosto e Portaria nº 827/2005 de 14 de setembro.

⁷⁴ Fonte: Vendas de Medicamentos NSRM, INFARMED, Jan-Dez 2014.

grandes espaços comerciais. Este segmento é liderado pela Pharmacontinente⁷⁵ (fig.7). Estes espaços têm uma quota superior a 80% de todos os medicamentos vendidos fora das farmácias⁷⁶.

Este segmento de mercado é crítico na faturação das farmácias comunitárias portuguesas, tendo em conta a não regulamentação dos preços. Como medida de proteção, o INFARMED, sob pressão da ANF, criou uma lista de MNSRM de venda exclusiva em farmácias comunitárias. Essa lista compõe-se atualmente por 14 substâncias que correspondem a 24 medicamentos⁷⁷.

Fig. 7- Distribuição do mercado por entidade, top 5 em volume.



Fonte: Adaptado de Vendas de MNSRM fora das farmácias, Infarmed, janeiro – dezembro de 2015.

3.5- A farmácia comunitária na atualidade - ameaças

A realidade atual da farmácia comunitária em Portugal sofre a exacerbação do desequilíbrio entre a missão social e o espaço comercial, cada vez mais pressionado pelas quebras de faturação e do eminente perigo de falências.

Em 2009, o mercado dos medicamentos representava cerca de 9% do Produto Interno Bruto, (PIB) (Aguiar, 2009). Em 2011 e com a impossibilidade de

⁷⁵ Fonte: Vendas de Medicamentos NSRM, INFARMED, Jan-Dez 2014

⁷⁶ Fonte: ANF http://www.anf.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=1671&Itemid=26

⁷⁷ Fonte: <http://www.netfarma.pt/noticia/infarmed-mnsrm-venda-exclusiva-em-farmacias-llista-farmacia>

Portugal cumprir as metas estipuladas abaixo dos 3% referentes ao défice público⁷⁸ e com a dívida pública ao rubro, Portugal pediu auxílio à *Troika* de forma a usufruir da entrada de capitais essenciais para a manutenção do sistema financeiro ativo, tendo em conta o risco de colapso do sistema financeiro, social e económico.

O preço a pagar por estas decisões não se fez tardar repercutindo-se na baixa dos gastos públicos onde se englobam as despesas com os medicamentos. Um dos objetivos destas normas visava alcançar, em gastos nos serviços de saúde, 1,25% do PIB no final de 2012 e 1% do PIB em 2013, de acordo com o padrão Europeu.

Assim, o Estado implementou medidas referentes aos preços e reembolsos de produtos farmacêuticos, a saber:

- i) Revisão anual dos preços de referência, com base em preços internacionais e fixando os preços mais baixos tendo por base 3 países da União Europeia com os preços mais reduzidos, ou países com o mesmo PIB *per capita*;
- ii) Obrigação de prescrição eletrónica de medicamentos no setor privado e público;
- iii) Imposição dos preços de genéricos até 60% do produto de marca com princípio ativo semelhante;
- iv) Monitorização de prescrição por médico e comparação com os seus pares em termos de volume e valor;
- v) *Feedback* junto dos médicos a fim de monitorizar os medicamentos mais onerosos e os mais utilizados;
- vi) Indicação aos médicos para prescreverem os medicamentos mais económicos (Genéricos);
- vii) Reduzir o embargo à entrada de novos genéricos, acelerando o seu reembolso e as barreiras legais e administrativas.

Em 2012 e segundo a Associação de Farmácias de Portugal (AFP) outros motivos surgem como responsáveis das dificuldades que imperam na gestão deste setor, tais como a distribuição precipitada de dividendos, excesso de *stocks*, montantes elevados usados em divórcios dos proprietários das farmácias, compra

⁷⁸Fonte: Memorando da Troika- Portugal." *Memorando de entendimento sobre as condicionantes específicas na vida económica*" maio de 2011, p. 3

de casas e pagamento de férias sem ter em conta a futura necessidade de fundo de maneo para pagamento a fornecedores ou modernização⁷⁹. Segundo esta fonte, nenhuma farmácia deixou de ser lucrativa, simplesmente começou a necessitar de uma gestão mais eficiente.

Ainda segundo a AFP, um dos “produtos da crise” mais recentes são as farmácias à venda por €1, nem por isso são considerados bons negócios tendo em conta o passivo assumido no negócio acumulado.

No entanto fatores externos têm igualmente surgido, posicionando-se em somatório com os internos já referidos e que aumentam a dificuldade na recuperação financeira das farmácias comunitárias, nomeadamente o impacto dos medicamentos genéricos e a imparável guerra de preços, seja ela imposta pelo Estado, seja por estratégia dos laboratórios farmacêuticos de forma a incluir o seu portfólio no grupo dos medicamentos mais económicos. Já em 2009 e apenas no somatório dos últimos quatro anos, registou-se uma perda de faturação de € 50.000 anuais, em média e por farmácia comunitária, além de um aumento de *stocks* de 10 a 15% do montante inventariado (Aguiar, 2009). No final de 2011, 800 farmácias tinham os seus fornecimentos suspensos, 561 com acordos de regularização de dívidas e 1169 com prazo de pagamento aos fornecedores superiores a 90 dias (ANF, 2011).

No entanto e tendo em conta que um dos pilares de sustentabilidade das farmácias comunitárias é o lucro proveniente da venda de medicamentos, segundo dados de 2015 disponíveis pelo Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (INFARMED), o preço médio do medicamento vendido nas farmácias e compartilhados pelo SNS ficou cerca de €4,57 mais baixo em relação aos últimos 5 anos, caindo assim cerca de 27%. Uma das estratégias aplicadas e que tabelou os preços em Portugal teve como base a média dos preços médios praticados em Espanha, França e Eslovénia.

Este fenómeno mostrou a realidade do setor, comunicada em 31 de março de 2013 pela Associação Nacional de Farmácias (ANF), que confirmou a situação de insolvência e penhora de 10% das farmácias durante o 1º trimestre de 2013.

⁷⁹Fonte: http://www.portaldasfarmacias.com/noticia_detalle.php?id=324

Estes números chegaram, em setembro de 2014 e segundo a mesma fonte, aos 15% de farmácias falidas ou penhoradas e 4 em cada 5 farmácias dão prejuízo. Esta situação teve destaque nos distritos de Setúbal, Guarda e Faro.

3.6- A influência das novas Unidades de Saúde Familiar (USF)

Desde o tempo da Ministra da Saúde, Dra. Leonor Beleza (1985-1990) que o Estado tentava desenvolver uma forma de controlar os gastos inerentes à saúde sem colocar em causa a qualidade e a disponibilidade do serviço ao utente.

Uma das medidas passava pela criação de um novo sistema de atendimento, com organização própria, tendo em conta que os centros de saúde eram típicos departamentos da função pública limitando-se a cumprir o seu trabalho o melhor possível e dentro de determinado espaço de tempo, sem mais nenhuma preocupação. Surge então a ideia da criação de uma organização que mais tarde se chamou Unidade de Saúde Familiar (USF).

A resenha dos atos legislativos existentes com vista à criação das USF, passa pelos seguintes pontos:

- i) Decreto-Lei nº 157/99, de 10 de maio, a resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005 determina a criação de uma estrutura de missão para a reforma dos cuidados de saúde primários e nomeia um coordenador;
- ii) Decreto de Lei nº. 298/2007 de 22 de agosto, menciona o regime jurídico do funcionamento das Unidades de Saúde Familiar e de incentivos a atribuir aos respetivos funcionários;
- iii) Portaria nº. 1368/2007 de 18 de outubro, diz respeito à carteira básica de serviços e os princípios da carteira adicional das USF;
- iv) Despacho 2410/2007 de 22 de outubro, define os modelos de organização das USF: A, B, e C, de acordo com o grau de autonomia funcional, diferenciação de modelo retributivo e patamares de contratualização;
- v) Portaria nº. 301/2008 que se refere aos critérios e condições para atribuição de incentivos aos profissionais das USF;
- vi) Despacho Normativo nº 5/2011, de 15 de março, que estabelece o regulamento de candidaturas para adesão ao modelo das USF.

As USF são, em resumo, unidades operativas dos cuidados de saúde que possuem autonomia funcional e técnica, pretendendo responder a objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade anteriormente contratualizados de forma a garantir aos cidadãos uma carteira básica de Serviços. De acordo com a Associação Portuguesa de Saúde (APES), estas novas unidades permitiram reduzir os custos e aumentar a produtividade de uma forma muito eficaz (Tab. 10) reduzindo radicalmente as despesas com medicamentos e consequentes participações.

Tabela 10- Custos em medicamentos antes e depois da criação das USF

| Custos | Antes das USF (€) | Depois das USF (€) |
|---------------------------------|-------------------|--------------------|
| Custos por utilizador | 337,30 | 68,60 |
| Custos diretos com medicamentos | 131,40 | 26,70 |

Fonte: Associação Portuguesa de Economia da Saúde, 2015

À exceção dos custos com medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) que possuem sistemas de faturação/ informação específicos, todos os outros são analisados mensalmente pelas respetivas Administrações Regionais de Saúde (ARS), procedendo-se a correções e avaliações rigorosas. Esta monitorização foi imposta pela *Troika* e é realizada quadrimestralmente. esta medida está em prática desde 2010 nos cuidados de saúde primários, tendo sido iniciada em novembro de 2009 na região Norte de Portugal.

3.7- Análise PEST - farmácias comunitárias portuguesas

A análise PEST é um modelo de análise da envolvente externa macro ambiental da organização, cuja sigla corresponde às iniciais dos quatro grupos de fatores ou variáveis ambientais a serem analisadas, nomeadamente:

- i) Variáveis Político-Legais: estabilidade governativa, legislação e regulamentação dos mercados, política fiscal e legislação laboral;

ii) Variáveis Económicas: evolução do produto, taxas de juro, taxas de inflação, nível de desemprego, níveis salariais, custo da energia e de outros fatores produtivos;

iii) Variáveis Socioculturais: tendências demográficas, hábitos de consumo, estilos de vida, distribuição do rendimento e sistema educativo;

iv) Variáveis tecnológicas: investimentos públicos e privados em I&D, proteção de patentes e velocidade de transferência de tecnologia.

Cada uma das variáveis apresentadas caracteriza-se por estar fora do controlo direto das farmácias comunitárias, podendo o seu conteúdo representar ameaças ou oportunidades que estas organizações deverão procurar evitar ou aproveitar. Na Tabela 11 indicam-se os fatores externos que influenciam as farmácias comunitárias portuguesas, no aspeto político, económico, social e tecnológico.

Tabela 11- Análise PEST do setor das farmácias comunitárias portuguesas

| | |
|------------------|---|
| Político | <ul style="list-style-type: none"> -Conjuntura económica e social de grande contenção, condicionada pelo cumprimento do Memorando de Entendimento (MOU); -Opções políticas tendentes à resolução dos existentes condicionalismos de ordem financeira e de forte restrição orçamental; -Medidas do Governo para redução e controlo dos gastos na saúde; -Medidas do Governo para uso de medicamentos clássicos em determinadas patologias, evitando o consumo dos medicamentos mais onerosos; -Novas legislações obrigam descidas significativas no preço dos medicamentos, dificultam a <i>stockagem</i>, reduzem as margens de rentabilidade e incentivam a concorrência; - Aumento da pressão para a transparência quanto ao preço praticado, eliminando progressivamente a venda dos medicamentos mais onerosos; - Pressão nas relações com os fornecedores; - Controlo de gastos nas USF. |
| Económico | <ul style="list-style-type: none"> -Recessão económico-social nacional e mundial, embora com crescimento em 2014 do produto de 0,9%. Embora moderado, este crescimento ocorre em sintonia com o restabelecimento de equilíbrios macroeconómicos fundamentais no quadro do Programa de Assistência Económica e Financeira (PAEF), concluído em maio de 2014⁸⁰; -Elevados índices de endividamento empresarial.⁸¹ -Diminuição dos recursos económicos disponíveis para a Saúde; -Diminuições dos recursos disponíveis das famílias na sociedade portuguesa em geral, embora se note um aumento do consumo privado⁸²; -Diminuição do número de utentes/consumidores das farmácias, assim como do número de técnicos de farmácia, embora no geral a taxa de desemprego diminua⁸³; - Diminuição do volume de vendas das farmácias; |

⁸⁰Fonte: Boletim económico do Banco de Portugal, maio de 2105.

⁸¹Fonte: Boletim económico do Banco de Portugal, maio de 2105.

⁸²Fonte: idem

⁸³Fonte: idem

| | |
|----------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> -Aumento de casos de farmácias insolventes⁸⁴; -Dificuldade económicas dos grossistas, aumento do rateio e diminuição das bonificações. -Aumento da pressão dos investidores do setor farmacêutico; -Redução do poder tecnológico e de investigação do setor farmacêutico -Redução dos descontos e incentivos no canal de distribuição. |
| Sociocultural | <ul style="list-style-type: none"> -Deficit de formação em gestão dos decisores da maioria das farmácias comunitárias. -Envelhecimento da população em geral; -Mudança de perfil do utente; -Aumento da utilização das redes sociais pela população em geral⁸⁵; -Aproveitamento das redes sociais para oferta de serviços; -Maior consciência sobre problemas relacionados com saúde (Hipertensão, obesidade, etc...) e consequentemente um aumento da procura de medicamentos; - Diminuição de técnicos e sobrecarga de trabalho nos existentes. |
| Tecnológico | <ul style="list-style-type: none"> - Novos programas de prescrição nas Unidades de Saúde (SAM, SIEMENS, MEDICINE ONE, GLINT, PEM) com monitorização dos custos em participações e direcionados para a prescrição por DCI. -Controlo de vendas (tipologia e valor) no centro de conferências da Maia com a elaboração de relatórios periódicos para médicos e coordenadores para controlo de objetivos das USF. -Preço máximo impresso na receita para controlo do utente. -Monitorização informática do movimento das USF e das respetivas contratualizações com a ARS. -Acesso exponencial a informação de preços de medicamentos em portal do INFARMED; -Programa para consulta de preços de medicamentos (Imed) disponibilizado em APP para <i>smartphones</i> pelo INFARMED e exclusivamente desenvolvido para os utentes. -Receita “sem papel” e disponível no telemóvel, por SMS, implementada e no ativo em 2016. |

Fonte: Autoria do mestrando.

3.8- Análise SWOT das farmácias comunitárias portuguesas

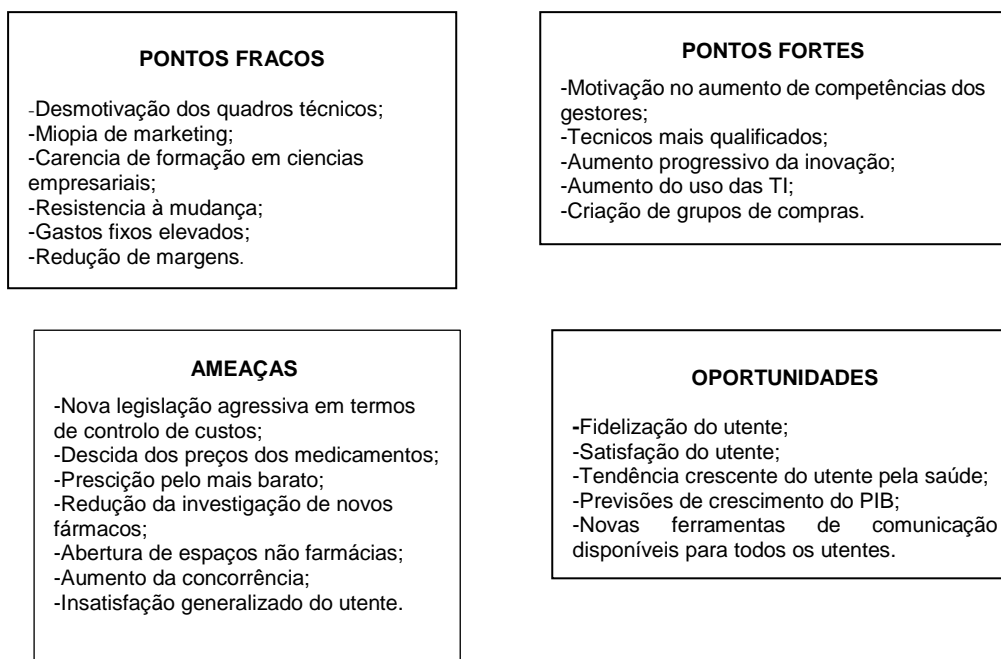
A análise SWOT é uma sigla que representa os termos em língua inglesa *Strengths* (forças), *Weaknesses* (fraquezas), *Opportunities* (oportunidades) e *Threats* (ameaças). A análise SWOT é um método que identifica os diversos fatores internos e externos à organização. Os seus aspetos positivos internos constituem as forças da organização, enquanto os aspetos negativos internos são as suas fraquezas. Por outro lado, os aspetos positivos externos constituem as oportunidades e os aspetos negativos externos são as ameaças à organização. Perante estas informações é possível identificar as forças e fraquezas, em termos de recursos, capacidades e outros. Externamente, identificam-se as ameaças e oportunidades, tais como as mudanças socioeconómicas ou ambientais, o comportamento dos concorrentes, dos competidores, dos mercados e outros.

⁸⁴Fonte: http://economico.sapo.pt/noticias/quase-um-quinto-das-farmacias-portuguesas-estao-em-insolvencia-ou-penhoradas_218913.html

⁸⁵Fonte: <https://facestore.pt/estatisticas-facebook.php>

Esta análise é organizada numa matriz 2x2, denominada matriz SWOT e frequentemente aplicada como ferramenta para a formulação de estratégias e tomada de decisão (Piercy & Giles, 1989; Klusasek, 2004). Assim, foi utilizada para extrair um diagnóstico atualizado da situação das farmácias comunitárias (Fig. 8).

Fig. 8- Análise SWOT- Farmácias comunitárias portuguesas



Fonte: Autoria do mestrando.

3.9- As 5 forças de Porter

O modelo das 5 forças de Porter (1986) permite analisar as ameaças de novos concorrentes, produtos e serviços, examinar o poder negocial de fornecedores e clientes e, em última instância, medir a rivalidade no setor.

Mediante as orientações desta metodologia, as empresas devem ter um posicionamento no setor onde atuam que lhes permita reagir às forças competitivas que as envolvem ou influenciá-las a seu favor.

Na tabela 12 apresenta-se o modelo das 5 forças de Porter referente ao setor das farmácias comunitárias portuguesas.

Tabela 12- As cinco forças de Porter - Setor das farmácias comunitárias

| |
|---|
| AMEAÇAS DE NOVOS CONCORRENTES |
| Necessidade de competir por preço |
| Legislação diminuiu as barreiras à entrada de novos concorrentes |
| Preço das farmácias muito baixo, atraindo investidores não farmacêuticos |
| Possibilidade de surgirem neste mercado organizações mais capacitadas e com mais recursos |
| Forte concorrência dos MNSRM dos espaços não farmácias |
| PODER NEGOCIAL DOS FORNECEDORES |
| Rateio das moléculas mais rentáveis |
| Preferência de fornecimento a farmácias com maior volume de vendas e sem dívidas. |
| Diminuição dos bónus, bonificações e <i>rappel</i> |
| Fornecedores centralizam no preço a maior vantagem competitiva |
| Canal de distribuição longo, mas com tendência a diminuir. Crescimento de estratégias de venda direta ao retalhista |
| PODER NEGOCIAL DOS CLIENTES |
| Estado português mantém-se como o principal cliente das farmácias comunitárias portuguesas |
| Atrasos nos pagamentos às farmácias pelo Estado Português (Farmácias não aderentes à ANF) |
| Total controlo dos preços pelo Estado imposta pela nova legislação. (MSRM) |
| Utente mais informado e menos disposto a pagar medicamentos mais onerosos |
| Mais espaços de venda “não farmácia” e com preços inferiores (grandes espaços) |
| Uniformização de atendimento ao utente. Oportunidade de diferenciação |
| AMEAÇAS DE NOVOS PRODUTOS |
| Diminuição de novos lançamentos de medicamentos inovadores com proteção de patente |
| Aumento de lançamentos de medicamentos naturais ou homeopáticos |
| Aumento de lançamentos de MNSRM |
| Aumento de aprovações de medicamentos genéricos inseridos no grupo dos mais económicos (T5) |
| RIVALIDADE NO SETOR |
| Negócio saturado, sem garantias de retorno do investimento |
| Setor em decréscimo, sem perspetivas animadoras a curto e médio prazo |
| Elevado número de concorrentes, principalmente nas zonas urbanas |
| Setor caracterizado por rivalidade pouco justa e de lealdade reduzida |
| Em casos de insustentabilidade, uso de práticas de descontos e preços que prejudicam o setor |

Fonte: Autoria do mestrando

3.10- Resumo do capítulo

Este capítulo reúne informações que permitem observar um cenário pouco atrativo no setor das farmácias comunitárias portuguesas. Estamos assim num cenário dependente de estratégias competitivas e inovadoras perante as adversidades e incertezas que este mercado oferece.

O Governo português, por imposição da *Troika*, marcou o objetivo de reduzir a despesa com medicamentos para 1% do PIB, ou seja, para cerca de 1,5 mil milhões de euros. Esta estratégia coloca uma dúvida: este valor é suficiente para, a curto prazo, manter o canal de distribuição da indústria farmacêutica saudável, conseguindo concomitantemente servir bem os interesses dos utentes? Não obstante estas dúvidas, o Estado tem cumprido os seus objetivos logo no início da aplicação da sua estratégia de poupança, tendo em conta que o preço dos medicamentos tinha já, em 2012, caído, em média, 2,3 euros por unidade. Este facto provocou, nesse ano, uma queda do mercado em 343 milhões de euros. Assim, a quebra do preço do medicamento surge como a principal causa da insustentabilidade das farmácias e da restante cadeia de valor do setor farmacêutico.

Nesse mesmo ano (2012), um estudo desenvolvido pela *New School of Business & Economics*⁸⁶ é referido pelo coordenador e economista especialista em saúde, Pedro Pita de Barros, que “*Estamos perante uma situação económica em que a atividade normal não permite cobrir custos fixos numa maioria das farmácias*”. Foi igualmente concluído por este investigador “que “*não haverá lugar à substituição das farmácias que encerrem, pelo facto de não terem viabilidade económica e que o caminho é o encerramento generalizado de forma a evitar maior prejuízo para os proprietários*”.

Fazendo um resumo temporal mais recente e segundo a revista Farmácia portuguesa, nº 209 de março de 2015, os medicamentos genéricos, entre 2011 e 2014, auxiliados pela nova legislação, facultaram uma poupança equivalente a um ano completo de despesas com todos os medicamentos. Inclui-se nesta poupança a despesa do Estado e dos utentes nos custos não comparticipados (tabela 13).

⁸⁶Fonte: <http://www.novasbe.unl.pt/pt/news-articles/news/402-professor-pedro-pita-barros-apresentou-estudo-impacto-de-10-anos-de-politica-do-medicamento-em-portugal>

Tabela 13- Equivalência da poupança do Estado em medicamentos.

| | |
|-------------------------------------|-----------------|
| Total da poupança 2011-2014 | 1,7 mil milhões |
| Despesas do Estado em 2013 | 1,2 mil milhões |
| Despesas totais dos utentes em 2013 | 665 milhões |

Fonte: Adaptado de Farmácia Portuguesa, nº 209, março de 2015

Nesse mesmo período, sete em cada dez medicamentos dispensados pelas farmácias são medicamentos genéricos, tendo atingido uma quota de 72% (unidades) continuado a sua progressão em 2015⁸⁷. Estes números referem-se ao chamado “grupo homogéneo” (medicamentos que já ultrapassaram o período de proteção da sua patente).

De 2012 a 2016 o preço médio do medicamento reduziu de €13,25 para €12,51. Estes resultados foram influenciados pela redução dos medicamentos genéricos e de marca de €7,23 para €7,20 e €16,19 para €15,75 respetivamente.

Tendo em conta este fenómeno e a conseqüente quebra de rentabilidade nos MSRM, os MNSRM destacaram-se como fonte alternativa tendo em conta as confortáveis margens aplicadas. No entanto, a nova legislação liberaliza os espaços de vendas deste segmento e algumas organizações aproveitam a enorme capacidade negocial que possuem com as quantidades que transacionam (sendo em alguns casos, os próprios produtores) permitindo-lhes praticar preços mais baixos e ganhar progressivamente quota de mercado.

Pita de Barros, num estudo de nome “Desafio às farmácias”, encomendado pela ANF e apresentado em Lisboa em 2 de junho de 2015, adiantou que “o modelo de negócio atual das farmácias dependerá da redefinição do mesmo”⁸⁸.

⁸⁷Fonte: http://www.anf.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=1682&Itemid=26

⁸⁸ Fonte: <http://www.netfarma.pt/noticia/pita-barros-farmacias-modelo-de-negocio-anf>

Capítulo 4- formulação das hipóteses de trabalho

4.1- Formulação das hipóteses de investigação

As hipóteses de investigação foram definidas numa lógica obtida através da relação entre duas ou mais variáveis expressas sob a forma de afirmação passível de teste. As relações foram previstas com base na rede de associações estabelecidas no quadro teórico conceptual formulado para o estudo da pesquisa e mediante a experiência profissional do mestrando.

As investigações que utilizam os testes de aferição de hipóteses procuram explicar a natureza de certas relações (Sekaran, 2003). É o caso deste estudo que pretende identificar a natureza de relações que envolvem, neste caso concreto, as variáveis independentes, a variável dependente e o efeito moderador da eficácia da utilização da gestão de marketing. Testando as hipóteses e confirmando as relações previstas, encontraram-se possíveis soluções para responder ao problema desta investigação.

Assim, formularam-se as seguintes hipóteses:

i) Hipótese geral

H1- As práticas e os procedimentos de marketing orientados para a satisfação e fidelização do utente são utilizados eficazmente pelas farmácias comunitárias portuguesas.

ii) Hipóteses operacionais

H1- A liderança está positivamente associada ao serviço de excelência e à satisfação e fidelização do utente;

H2- A atitude dos responsáveis e colaboradores das farmácias comunitárias portuguesas, perante o utente, corresponde cabalmente à satisfação do utente.

H3- O tratamento individualizado do utente está positivamente associado à sua satisfação e fidelização;

H4- A partilha e delegação de responsabilidades organizacionais das farmácias comunitárias portuguesas estão positivamente relacionadas com a satisfação e fidelização dos seus utentes.

H5- A formação dos técnicos de farmácia está positivamente associada ao conceito de “serviço” e conseqüente satisfação e fidelização do utente;

H6- O reconhecimento de falhas e erros estratégicos está positivamente associado à satisfação e fidelização do utente;

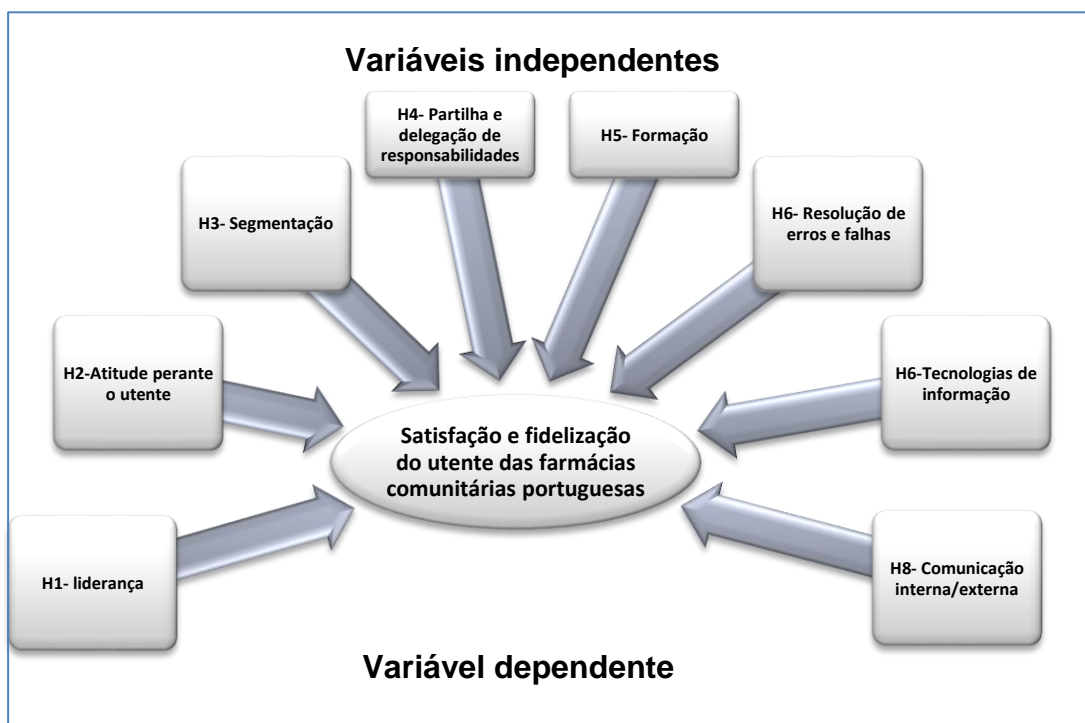
H7- O apoio tecnológico disponibilizado pelas farmácias comunitárias está positivamente associado à satisfação e fidelização do utente;

H8- A comunicação interna e externa para informar o utente de forma detalhada está positivamente relacionada com o desempenho dos colaboradores.

4.2- Variáveis

Segundo Fortin (1999) as variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos, pessoas ou mesmo situações integradas numa investigação. Segundo o mesmo autor, as variáveis deverão ser criteriosamente escolhidas, sendo estas elementos determinantes para os resultados. Deverão ser escolhidas em função das referências teóricas e das variações que poderão exercer umas sobre as outras (Fortin, 1999). A figura 9 representa o modelo conceptual da relação entre as variáveis.

Fig. 9 - Modelo conceptual da relação entre as variáveis.



Fonte: Adaptado de Pereira (2013).

4.2.1- Variável dependente

Para Fortin (1999), variável dependente é “a *que sofre o efeito esperado da variável independente: é o comportamento, a resposta ou o resultado observado que é devido à presença da variável independente*”. Este autor adianta ainda que esta variável é, muitas vezes, chamada “variável crítica” ou “variável explicada”.

Segundo Polit *et al.* (2004), a variável dependente altera-se à medida que a independente também varia, resumindo-a como a “*que o pesquisador está interessado em compreender, explicar ou prever*”.

Já para Marconi & Lakatos (2006) variável dependente é “o *fator que aparece, desaparece ou varia à medida que o investigador introduz, tira ou modifica a variável independente*”, ou seja, é aquela que é explicada ou alterada pela variável independente.

Estabelece-se, nesta dissertação, a “satisfação e fidelização do utente das farmácias comunitárias portuguesas” como variável dependente.

4.2.2- Variáveis independentes

Segundo Fortin (1999) a variável independente é a “*variável manipulada pelo investigador com a finalidade de estudar os seus efeitos na variável dependente*”. A variável independente é assim a que afeta as outras variáveis, sendo manipulada pelo investigador para observar que tipo de influência exerce sobre um possível resultado ou a tentativa da resposta ao problema.

Foram, nesta dissertação, seleccionadas as seguintes variáveis independentes relacionadas com as práticas e procedimentos de marketing (tab. 14):

- i) Liderança;
- ii) Atitude perante o utente;
- iii) Segmentação;
- iv) Partilha e delegação de responsabilidades;
- v) Formação; resolução de erros e falhas;
- vi) Tecnologias de informação;
- vii) Comunicação interna/externa.

Tabela 14 - Variáveis independentes relacionadas com as práticas e procedimentos de marketing

| Variável independente | Desenvolvimento da variável independente |
|--|---|
| Liderança | Acompanhamento e avaliação dos gestores da qualidade do serviço prestado. Disponibilização dos recursos necessários a um bom desempenho em termos de atendimento ao utente. Partilha dos valores e missão da farmácia comunitária. |
| Atitude perante o utente | Compromisso total na atitude de excelência para com o utente da farmácia comunitária sendo o centro de toda a atividade da farmácia comunitária. |
| Segmentação | Cuidado no tratamento individualizado mediante as diferentes características e fatores emocionais do utente. |
| Partilha e delegação de responsabilidades | A responsabilidade da manutenção dos elevados índices de satisfação é formalmente partilhada por todos os colaboradores. |
| Formação | Formação contínua em variáveis críticas na satisfação do utente que aumentem a sua fidelização, visando a constante melhoria do serviço prestado. |
| Resolução de erros e falhas | Processos de recolha e tratamento de reclamações. Formas de resolver erros e falhas no serviço prestado que beneficiem a satisfação e a fidelização do utente. |
| Tecnologia de informação | Uso das novas tecnologias de informação e comunicação, permitindo que o utente tenha uma permanente ligação com a farmácia comunitária e um consequente reforço do relacionamento mútuo. |
| Comunicação interna/externa | Comunicação transversal da estratégia a aplicar assim como dos resultados atingidos. Partilha dos sucessos e insucessos fazendo o colaborador sentir-se membro integrado da organização. Comunicação interna que permita uma partilha de informações eficiente e eficaz. Comunicação com o utente. |

Fonte: Adaptado de Pereira (2013).

4.3- Resumo do capítulo

A variável dependente resume-se nos fenómenos identificados, influenciados ou determinados pela variável independente. É o elemento que surge, altera-se ou desaparece quando o investigador introduz, modifica ou remove a variável independente. A variável dependente considerada nesta dissertação é a “satisfação e fidelização do utente das farmácias comunitárias portuguesas”.

A variável independente é definida como a que exerce influência sobre outra variável, determinando ou afetando o resultado observado na segunda, com precisão e regularidade. É geralmente manipulada pelo investigador de forma a procurar estabelecer a sua relação e influência sobre o resultado de um fenómeno observado. Foram consideradas, nesta dissertação, as seguintes variáveis independentes: Liderança; Atitude perante o utente; Segmentação; Partilha e delegação de responsabilidades; Formação; Resolução de erros e falhas; Tecnologias de informação; Comunicação interna/externa.

Capítulo 5– A investigação e a metodologia

5.1- Modelo e método de análise

Identificadas as variáveis fundamentais para o problema e estabelecendo as relações entre elas através do raciocínio do quadro teórico, segue-se a veracidade da relação teorizada.

Com vista a obter dados sobre o mercado da indústria farmacêutica, farmácias comunitárias, mercado e uma perspectiva generalizada sobre a situação do setor estudado, foi desenvolvida uma pesquisa exploratória com recurso a dados secundários internos, num processo qualitativo, seguindo uma lógica indutiva.

Malhotra (2001) define pesquisa exploratória como o modelo que tem como objetivo explorar ou examinar um problema ou uma situação, proporcionando conhecimento e compreensão. Poderá, essa pesquisa exploratória, ser utilizada para formular ou definir um problema com mais precisão, identificar cursos alternativos de ação, desenvolver hipóteses e ter uma melhor perceção de forma a elaborar uma abordagem ao problema.

O processo qualitativo engloba a existência de uma relação dinâmica entre mundo real e sujeito, sendo o processo o foco principal. Este processo é descritivo e usa uma lógica indutiva, onde o conhecimento é fundamental na experiência, não levando em conta princípios pré-estabelecidos.

Na primeira fase deste trabalho foi desenvolvida uma pesquisa exploratória para obtenção de dados primários, com consulta direta a algumas farmácias selecionadas pela sua localização geográfica e importância em termos de faturação, representadas pelos seus gestores e mediante alguns critérios, nomeadamente o tipo de gestão aplicada, a localização e o relacionamento com o investigador.

Segundo Malhotra (2009), os dados primários “*são recolhidos para solucionar um problema específico de pesquisa*”. Segundo ainda o mesmo autor, os dados primários podem ser onerosos e consumir muito tempo, tendo necessidade de envolver sempre as 6 etapas do processo de pesquisa: definição do problema, abordagem do problema, modelo de pesquisa, trabalho de campo, preparação e apresentação do relatório.

Na segunda fase desta pesquisa foi utilizado o modelo conclusivo descritivo, método inquérito, para obter dados primários sobre duas amostras representativas do universo das farmácias selecionadas e dos respectivos utentes.

Malhotra (2009) define o questionário como “*um conjunto formalizado de perguntas para obter informações do entrevistado* “. Este autor refere ainda três objetivos: o primeiro visa a tradução da informação pretendida num conjunto de perguntas específicas, mediante vontade e condições do entrevistado para as responder. O segundo tenta minimizar ao máximo as exigências feitas ao entrevistado, sendo necessário para isso uma boa preparação do entrevistador. O terceiro tenta minimizar, ao máximo, os erros das respostas.

A amostragem destes inquéritos mostrou-se não-probabilística por julgamento. As amostras não-probabilísticas são aquelas em que a seleção dos elementos da população para compor a amostra depende, em parte, do julgamento do pesquisador no campo. Caracterizam-se sobretudo por não assegurarem a representatividade de toda a população, não podendo determinar a sua dimensão de modo a reduzir o erro nem inferir o grau de confiança para os parâmetros da população que nos interessa.

Embora a amostragem não-probabilística seja mais utilizada no início de uma investigação, foi escolhida nesta fase pela necessidade de obtenção de opiniões com o maior índice de credibilidade, de modo a permitir detetar não só as origens dos problemas como novas oportunidades.

Estes inquéritos foram autoadministrados, encorajando assim os inquiridos a elaborar respostas mais honestas. Utilizaram-se, nos inquéritos, questões fechadas e a maioria foi medida através de uma escala de Likert. Esta escala implica uma série de afirmações ou juízos nos quais o indivíduo tem a liberdade de manifestar a sua atitude com a atribuição de um valor que oscilará entre o 1 (discordo totalmente) e o 5 (concordo totalmente). A escolha desta escala está relacionada com a necessidade de medir variáveis tendo como base a atitudes dos inquiridos em termos de resposta favorável ou desfavorável em questões quantitativas que traduziram a sua perceção da realidade.

No inquérito direcionado aos gestores das farmácias selecionadas desenvolveu-se, na mesma escala, uma série de 7 proposições⁸⁹ (Tab. 15). Foi ainda incluído no inquérito, para identificação do perfil do inquirido e complemento para as conclusões, a idade, o tipo de gestão e as habilitações literárias.

Tabela 15 – Hipóteses do questionário ao gestor em conformidade com as variáveis independentes.

| | |
|--|--|
| Liderança | <ol style="list-style-type: none"> 1) São disponibilizados aos nossos colaboradores os recursos para um excelente atendimento; 2) O relacionamento utente/colaborador é muito difícil; 3) O farmacêutico tem a obrigação de orientar o utente na compra; 4) A missão do farmacêutico é contribuir para o sucesso do negócio mediante a orientação do gestor; 5) O colaborador da farmácia é a principal ferramenta de sucesso do negócio; 6) O utente é umas das fontes de lucro; 7) O utente é a principal base do meu negócio; 8) O técnico e o utente complementam-se no negócio. |
| Atitude perante o utente | <ol style="list-style-type: none"> 1) Pergunto sempre ao meu utente se ficou satisfeito com o atendimento; 2) O meu cliente é soberano e centro tudo na sua satisfação; 3) O utente tem sempre razão. |
| Segmentação | <ol style="list-style-type: none"> 1) Os utentes são tratados de igual forma; 2) Não se deve abrir exceções para utentes demasiado exigentes. |
| Partilha e delegação de responsabilidades | <ol style="list-style-type: none"> 1) Comunico frequentemente a missão e os valores da farmácia aos meus colaboradores; 2) Partilho com os meus colaboradores todas as situações relacionadas com atendimento com o utente, assim como a receção e resolução de reclamações; 3) Qualquer colaborador, independentemente da sua categoria, é responsável pela opinião que o utente tem da farmácia. |
| Formação | <ol style="list-style-type: none"> 1) Os colaboradores têm frequentemente ações de formação em atendimento e outras áreas relacionadas com o utente; 2) Os colaboradores melhoram a sua performance após a formação disponibilizada. |
| Resolução de erros e falhas | <ol style="list-style-type: none"> 1) O utente tem resposta rápida à sua queixa, independentemente da sua gravidade ou importância; 2) O utente que se queixa tem oportunidade de falar diretamente com o gestor; 3) Uso as queixas dos utentes para descobrir as suas necessidades e formas de atingir a sua satisfação; 4) Os colaboradores têm ordem para registar todas as queixas que são feitas pelo utente; 5) Tenho conhecimentos de todas as queixas do utente. |
| Tecnologia de informação | <ol style="list-style-type: none"> 1) Tenho uma página no <i>Facebook</i> e disponibilizo o meu acesso ao utente; 2) Tenho um sistema de vendas online; 3) Tenho o registo de todos os utentes, medicação e dados pessoais; 4) Uso o potencial dos <i>Smartfone</i> para divulgar a minha farmácia; 5) Comunico com os meus utentes por email. |

Fonte: Autoria do mestrando

O inquérito ao utente compõe-se por uma série de 6 proposições, (Idade; habilitações literárias; relacionamento; preço dos medicamentos; fidelização; acesso à compra).

Ambos os inquéritos foram entregues pelo mestrando e recolhidos assim que preenchidos. O primeiro questionário foi entregue em 4 de fevereiro de 2016 e o último recolhido em 12 de abril de 2016.

⁸⁹ Hipóteses selecionadas mediante os critérios extraídos da experiência profissional do mestrando no setor farmacêutico.

5.1.1- A Estrutura do desenho da investigação

O desenho da investigação está estruturado de acordo com os elementos básicos identificados por Sekaran (2003).

5.1.2- Tipo de investigação

Esta investigação é correlacional, pretendendo delinear a importância da variável “fidelidade” associada à questão de investigação (Sekaran 2003). Os estudos correlacionais utilizam-se para estudar fenómenos através do estabelecimento de relações.

Quanto à finalidade, conforme Sekaran (2003), trata-se de uma pesquisa aplicada, tendo em conta a sua utilidade na consulta das farmácias comunitárias portuguesas, estando direcionada para a resolução de um problema específico.

5.1.3- Grau de influência do investigador

Embora a amostra utilizada tenha sido selecionada por conveniência, a interferência do investigador poderá ser mínima, tendo em conta que a aplicação do questionário, assim como de todos os outros dados para apuramento de resultados, decorreu sem qualquer intervenção do mesmo (Sekaran 2003).

5.1.4- Ambiente de investigação

O ambiente é natural, sendo toda a investigação feita nas farmácias selecionadas e na via pública, em ambiente perfeitamente normal.

5.1.5- Unidade de análise

A unidade de análise é o indivíduo, tendo em conta que este será sujeito a um inquérito individual (Sekaran 2010).

5.1.6- Horizonte temporal do estudo

Estamos perante um estudo transversal, decorrendo num período curto de tempo, apenas visando responder à questão da investigação (Sekaran, 2003).

5.2- A seleção e recolha da amostra

Segundo Malhotra (2001) “*população é a soma de todos os elementos que compartilham algum conjunto de características comuns; a amostra é um grupo, é um subgrupo da população selecionada para a participação no estudo*”.

A amostra do estudo, ou seja, a população cuja perceção vai servir de fundamento no problema e aos objetivos levantados, foi dividida em duas:

A primeira amostra, que considera 8 gestores de farmácias comunitárias portuguesas localizadas na área da grande Lisboa. Do total de gestores selecionados, 50% geram uma única farmácia e os restantes 50% desenvolvem a sua atividade em mais que uma farmácia (grupos de farmácias). Os inquéritos foram entregues em mão aos gestores, no local de trabalho e recolhidos no próprio dia.

A segunda amostra compõe-se por 10 utentes de cada uma das 8 farmácias onde os gestores inquiridos desenvolvem a sua atividade, num total de 80 utentes. Estes inquéritos foram entregues em mão, numa abordagem direta aquando da sua saída da farmácia, sendo facultada uma breve apresentação pessoal e uma breve explicação do estudo. Os inquéritos foram desenvolvidos no local e os que estavam corretamente preenchidos foram imediatamente validados.

5.3- Resumo do capítulo

O trabalho de investigação foi desenvolvido em duas fases. Na primeira foi necessária uma pesquisa exploratória para obtenção de dados primários. Na segunda fase foi utilizado o modelo conclusivo descritivo, método inquérito, para obter dados primários sobre duas amostras representativas do universo das farmácias comunitárias portuguesas.

A primeira amostra considera 8 gestores, onde 4 ocupam funções numa única farmácia e os restantes 4 ocupam funções em mais do que uma farmácia (representado, a totalidade da amostra, 16 farmácias). A segunda amostra compõe-se de 80 utentes, tendo sido abordados pelo mestrando à saída de cada uma das farmácias onde a primeira amostra desenvolve a sua atividade de gestor.

O primeiro questionário foi entregue em 4 de fevereiro de 2016 e o último recolhido em 12 de abril de 2016.

Esta investigação é correlacional e a amostra foi selecionada por conveniência, com interferência mínima do investigador. O ambiente da investigação é natural tendo como unidade o indivíduo. Este estudo é transversal, tendo decorrido entre 4 de fevereiro de 2016 e 12 de abril de 2016.

Capítulo 6- Análise estatística, discussão e interpretação dos resultados.

Segundo Malhotra (2009), uma pesquisa descritiva visa descrever características ou funções de mercado como, por exemplo, características de grupos relevantes, como os consumidores ou os gestores empresariais.

Após a recolha dos dados procede-se à sua análise para que possam ser tiradas conclusões. Este passo é um dos principais deste estudo, procurando-se relações fatoriais e as possibilidades de o problema ser resolvido e os objetivos atingidos.

6.1- Inquérito ao gestor de farmácia comunitária⁹⁰

Conforme já desenvolvido em capítulo anterior, foi selecionada uma amostra de 8 gestores de farmácias comunitárias portuguesas, sendo 4 destes responsáveis pela gestão de uma farmácia e outros 4 responsáveis pela gestão de mais do que uma farmácia.

6.1.1. -Características do gestor

A amostra de gestores das farmácias comunitárias foram caracterizados mediante a sua idade, tipo de gestão e habilitações literárias. Metade dos inquiridos tem idade superior a 51 anos, enquanto 12% e 38% se referem respetivamente às faixas etárias dos 31 a 40 anos e 41 a 50 anos.

A totalidade dos inquiridos tem, conforme obrigação legal para as funções, licenciatura em ciências farmacêuticas, no entanto 38% possuem também formação em gestão de empresas ou MBA.

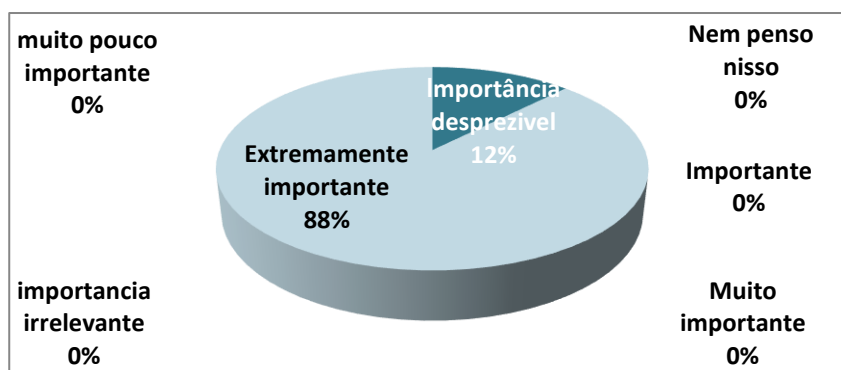
6.1.2- Variável independente “Liderança”

A variável independente “Liderança” avalia temas que possam influenciar o processo de decisão do gestor. As hipóteses disponibilizadas serão influenciadas no contexto do processo de decisão do gestor, pelo grau e tipo de liderança aplicada.

⁹⁰Anexo 1

Foram disponibilizadas 7 hipóteses com uma escala crescente de importância (importância irrelevante, importância desprezível, nem penso nisso, importante, muito importante e extremamente importante), de 1 a 7. Na afirmação “o utente é a base do meu negócio” as respostas centralizaram-se no “extremamente importante”, (88%) havendo uma minoria representativa que considera “importância desprezível” de 12% (Fig. 10).

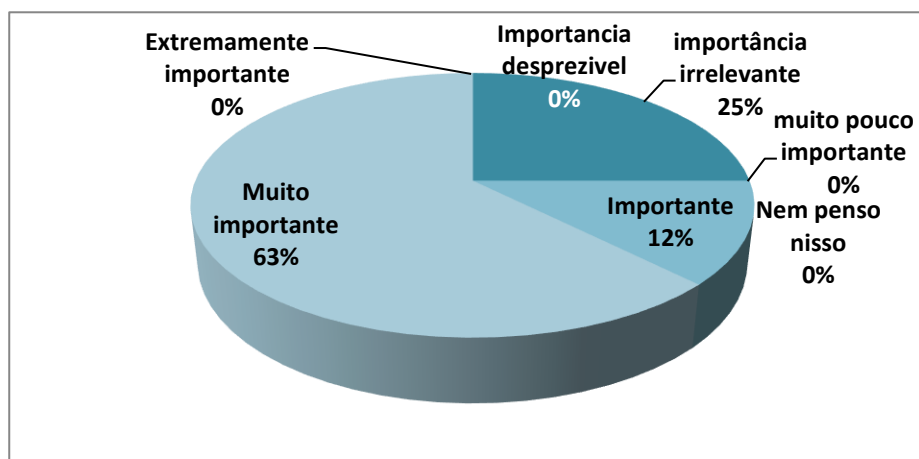
Fig. 10 -O utente é a principal base do negócio.



Fonte: Autoria do Mestrando.

A afirmação “O utente é uma das principais fontes de lucro” é valorizada pela totalidade dos inquiridos. 63% destes consideram “muito importante”, 25% “importância irrelevante” e 12% “importante” (fig. 11).

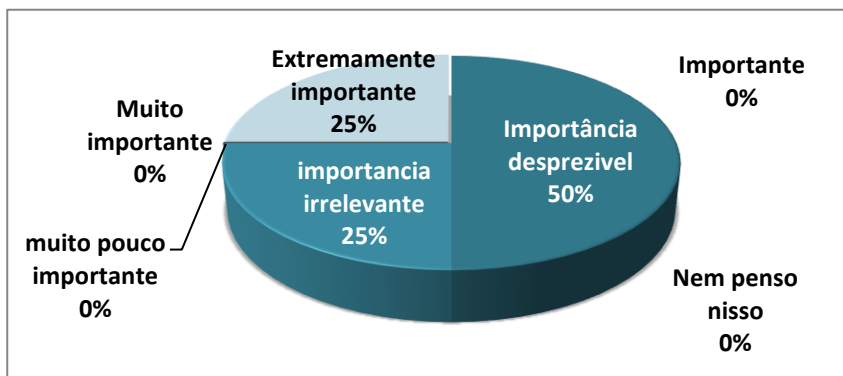
Fig. 11 -O utente é uma das principais fontes de lucro.



Fonte: Autoria do Mestrando.

A afirmação “**O relacionamento utente-colaborador é muito difícil**” foi considerada por 75% pelos inquiridos como “importância irrelevante” e “importância desprezível”, não obstante 25% considerar a opção “extremamente importante” (Fig. 12). Refere-se que metade dos inquiridos responderam nos extremos das hipóteses, não se tendo verificado nenhuma resposta “muito importante” ou “importante”, o que antagoniza as respetivas decisões.

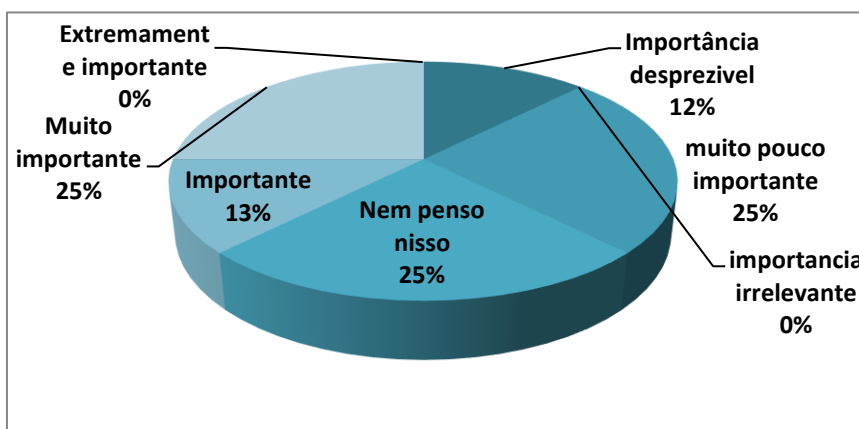
Fig. 12 -O relacionamento utente-colaborador é muito difícil.



Fonte: Aatoria do Mestrando.

Na afirmação “**O utente e o técnico/farmacêutico complementam-se no negócio**”, 62% das respostas apontam para as opções “muito pouco importante”, “nem penso nisso” e “importância desprezível”. Somente 38% considera esta opção “importante” e “muito importante” (fig.13). Nenhum dos inquiridos valorizou a afirmação “extremamente importante”.

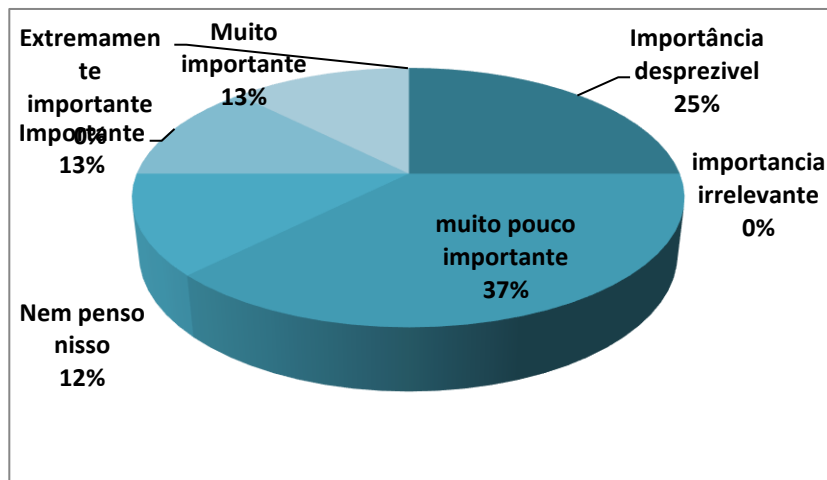
Fig. 13 -O utente e o técnico/farmacêutico complementam-se no negócio.



Fonte: Aatoria do Mestrando.

Na afirmação “**O técnico/farmacêutico tem obrigação de orientar o utente na compra**” verificou-se que a maioria dos inquiridos (74%) não considerou a sua importância, tendo somente 26% destes considerado “importante” ou “muito importante”, conforme figura 14. Provavelmente o facto do novo receituário dificultar a escolha ou orientação do técnico na marca comercial a disponibilizar teve peso nas opções registadas. Não ficou provado se o fator “preço” influenciou os resultados.

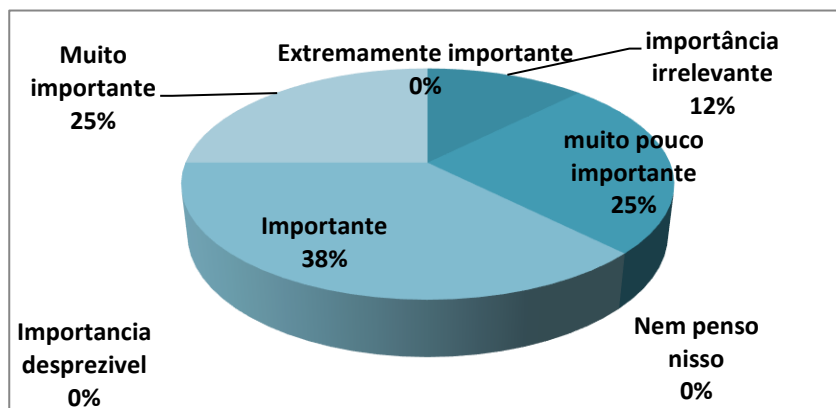
Fig. 14- O técnico/farmacêutico tem obrigação de orientar o utente na compra.



Fonte: Autoria do mestrando.

Na afirmação “**A missão do técnico/farmacêutico é contribuir para o sucesso do negócio mediante a minha orientação**”, a maioria das opiniões (63%) demonstram alguma preocupação com as variáveis “muito importante” e “importante”, não obstante o facto de 37% considerar “pouco importante” ou mesmo “irrelevante” (fig. 15).

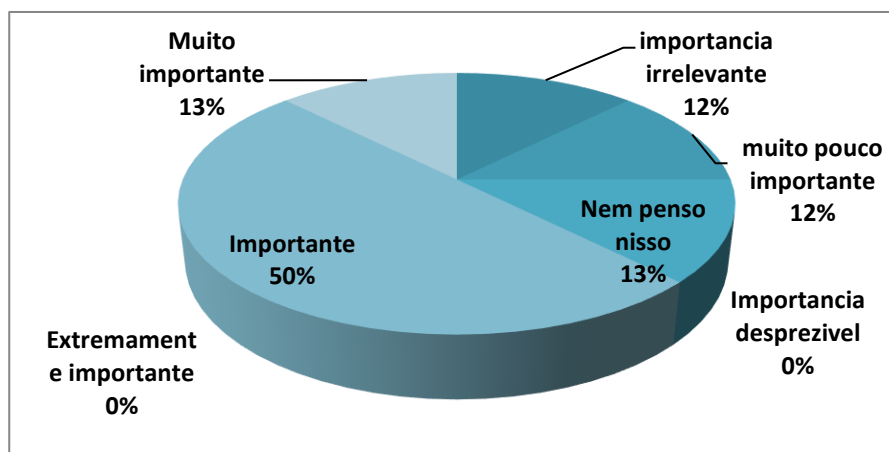
Fig. 15—A missão do técnico/farmacêutico é contribuir para o sucesso do negócio mediante a minha orientação.



Fonte: Autoria do Mestrando.

A afirmação “O colaborador é a principal ferramenta de sucesso do negócio” gozou de uma maioria de respostas em que “muito importante” e “importante” somam 63%. No entanto uma parte significativa das respostas (37%) respondeu “muito pouco importante”, “importância irrelevante” ou “nem penso nisso” (fig. 16).

Fig. 16. -O colaborador da farmácia é a principal ferramenta de sucesso do negócio.



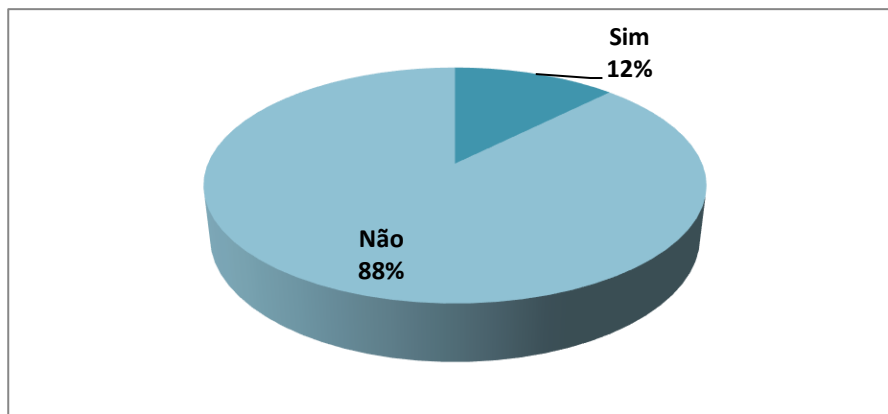
Fonte: Autoria do Mestrando.

6.1.3- Variável independente “Atitude perante o utente”

Na variável “Atitude perante o cliente” 88% dos inquiridos não questionamos utentes sobre a expectativa do serviço prestado e a sua consequente

satisfação. Somente 12% dos inquiridos responderam de forma positiva, conforme figura 17.

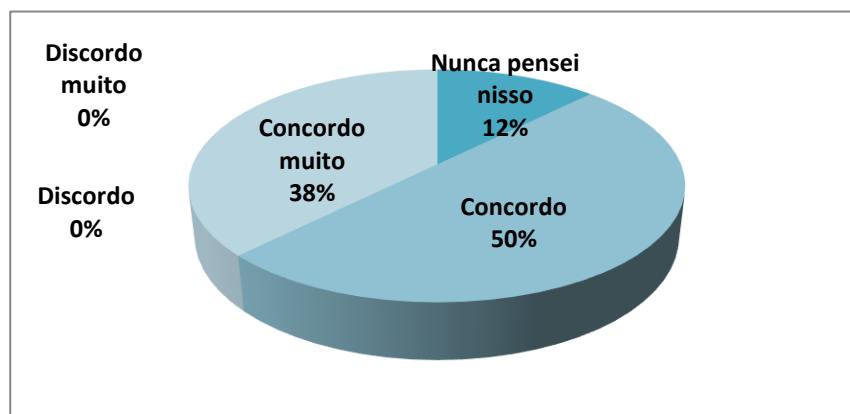
Fig. 17 - Pergunto sempre ao utente se ficou satisfeito com o atendimento.



Fonte: Aatoria do Mestrando.

Do total da amostra, 38% + 50% consideram o seu cliente como soberano, concentrando todos os esforços na sua satisfação, conforme figura 18.

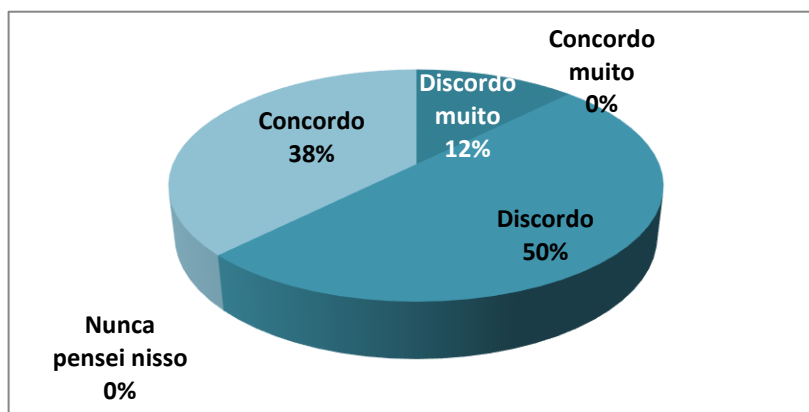
Fig. 18- O meu cliente é soberano e centro tudo na sua satisfação.



Fonte: Aatoria do Mestrando.

Na questão “o utente tem sempre razão”, 38% dos inquiridos concordam que o utente tem sempre razão enquanto 62% discordam ou discordam muito (Fig. 19).

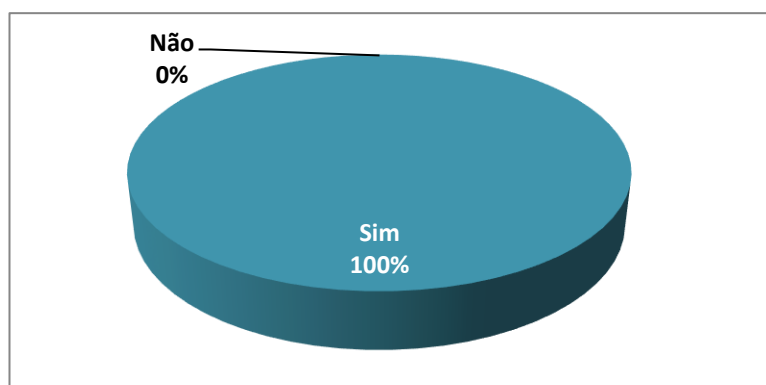
Fig.19- O utente tem sempre razão.



Fonte: Autoria do Mestrando.

A totalidade dos inquiridos afirma proporcionar aos colaboradores todos os recursos para que seja fornecido um atendimento de excelência (fig. 20).

Fig.20- São disponibilizados, aos nossos colaboradores, os recursos para um excelente atendimento.

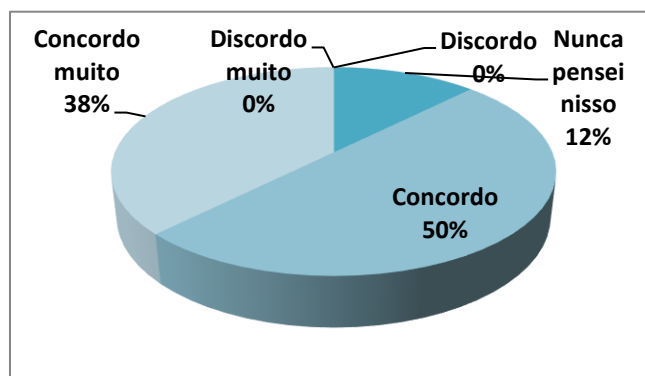


Fonte: Autoria do Mestrando.

6.1.4- Variável independente “Segmentação”

78% dos inquiridos não diferenciam o utente no atendimento. Tendo em conta que os restantes inquiridos responderam de forma neutra, conforme figura 21, considera-se que a totalidade dos inquiridos trata os utentes de forma igual sem critérios de segmentação.

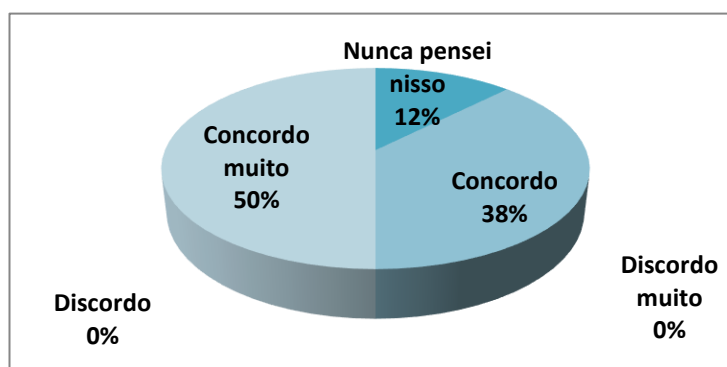
Fig. 21- Os utentes são tratados de igual forma.



Fonte: Autoria do Mestrando.

88% dos inquiridos consideram que não devem abrir exceções para utentes demasiado exigentes. Tendo em conta que 12% inquiridos responderam “nunca pensei nisso” (fig. 22), considera-se que a totalidade dos inquiridos não abre exceções para este segmento.

Fig. 22- Não se devem abrir exceções para utentes demasiado exigentes.

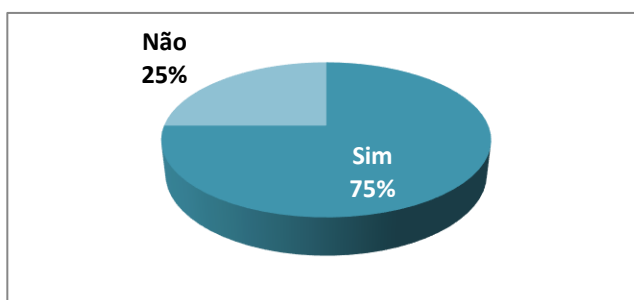


Fonte: Autoria do Mestrando.

6.1.5- Variável independente “Partilha e delegação de responsabilidades”

A maioria dos inquiridos (75%) comunica os valores da farmácia aos colaboradores, 25% não tem esse procedimento (fig. 23).

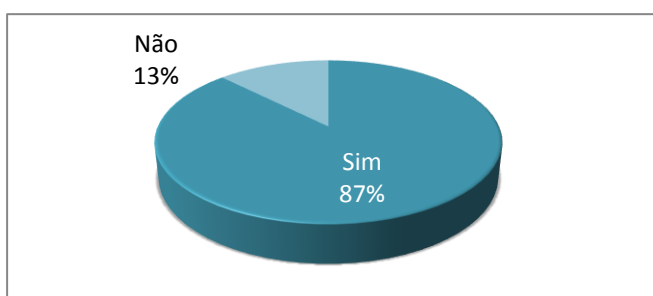
Fig. 23- Comunico frequentemente a missão e os valores da farmácia aos meus colaboradores.



Fonte: Autoria do Mestrando.

87% dos inquiridos partilha com os colaboradores todas as situações relacionadas com o atendimento e reclamações, 13% não o faz (fig. 24).

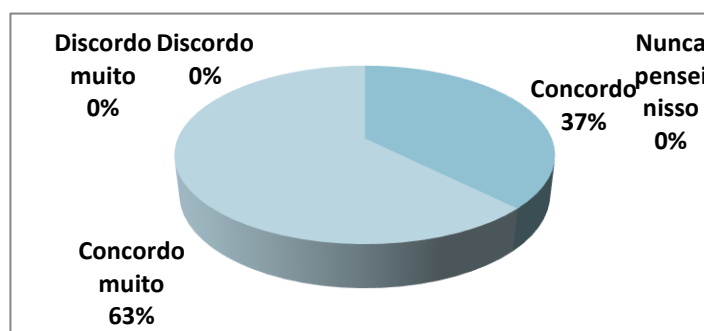
Fig.24- Partilho com os colaboradores todas as situações relacionadas com o atendimento com os colaboradores e reclamações.



Fonte: Autoria do Mestrando.

A totalidade dos inquiridos considera que qualquer colaborador é responsável pela opinião que o utente tem sobre a sua farmácia (fig. 25).

Fig. 25- Qualquer colaborador é responsável pela opinião que o utente transmite sobre a farmácia.

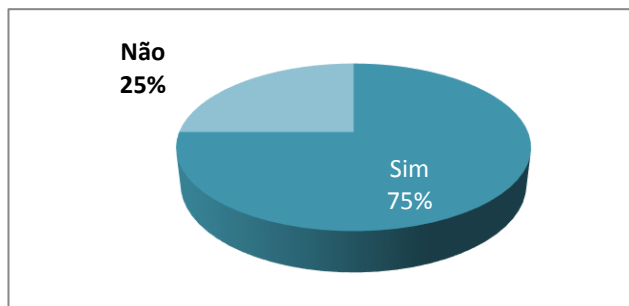


Fonte: Autoria do Mestrando.

6.1.6- Variável independente “Formação”

75% dos inquiridos disponibilizam, com frequência, ações de formação em atendimento, aos seus colaboradores (fig. 26).

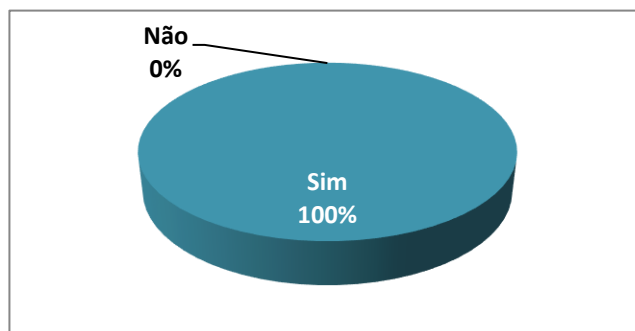
Fig. 26- Os colaboradores têm frequentes ações de formação em atendimento e outros relacionados com o utente.



Fonte: Autoria do Mestrando.

A totalidade dos inquiridos considera que os seus colaboradores melhoram as suas capacidades em atendimento após as formações disponibilizadas (fig. 27).

Fig. 27- Os colaboradores melhoram performance depois das formações disponibilizadas.

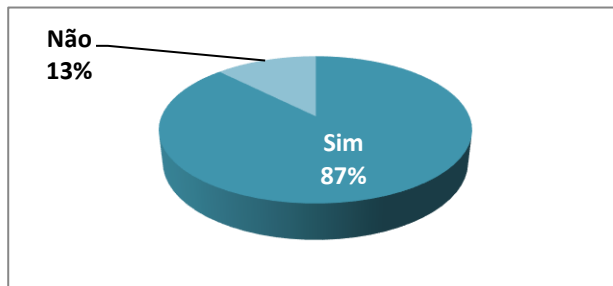


Fonte: Autoria do Mestrando.

6.1.7- Variável independente “Resolução de erros e falhas”

87% dos inquiridos usam as reclamações dos seus utentes para melhorar o atendimento e o conseqüente relacionamento e fidelização. 13% não o faz (fig. 28).

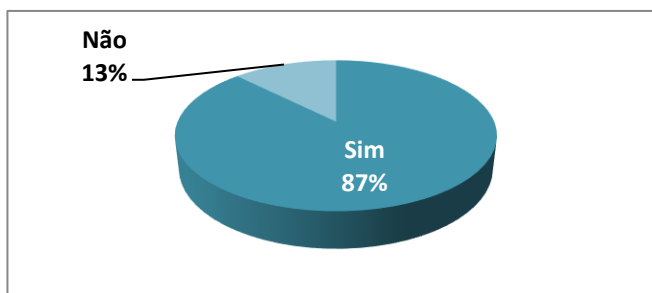
Fig. 28- Uso a reclamação dos utentes para descobrir as suas necessidades e melhorar o atendimento melhorando a satisfação.



Fonte: Autoria do Mestrando.

87% dos inquiridos fornecem respostas rápidas às reclamações, independentemente da sua gravidade ou importância, 13% não o faz (fig. 29).

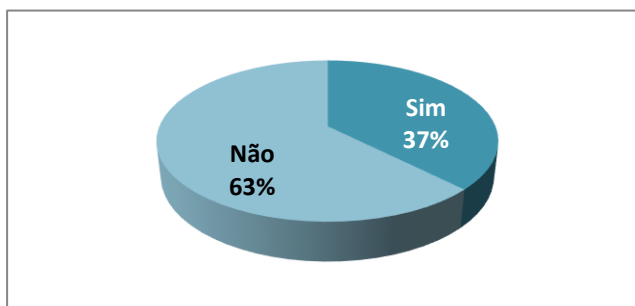
Fig. 29- O utente tem respostas rápidas à sua queixa, independente da gravidade ou importância.



Fonte: Autoria do Mestrando.

63% dos inquiridos tem conhecimento de todas as queixas e reclamações recebidas pelos colaboradores. 37% não conhece todas as queixas e reclamações feitas pelos utentes (fig. 30).

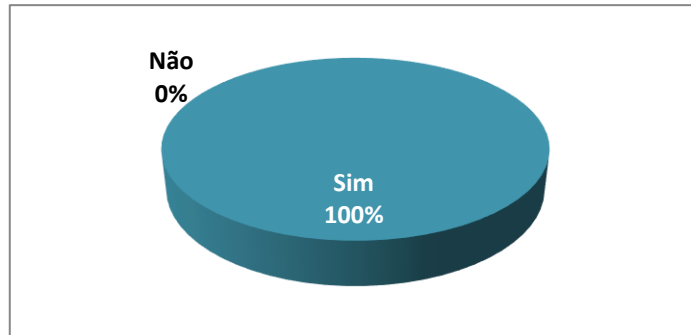
Fig. 30- Tenho conhecimento de todas as queixas dos utentes.



Fonte: Autoria do Mestrando.

A totalidade dos inquiridos, no seu papel de gestor, disponibiliza-se para dialogar diretamente com o utente em caso de reclamação (fig. 31).

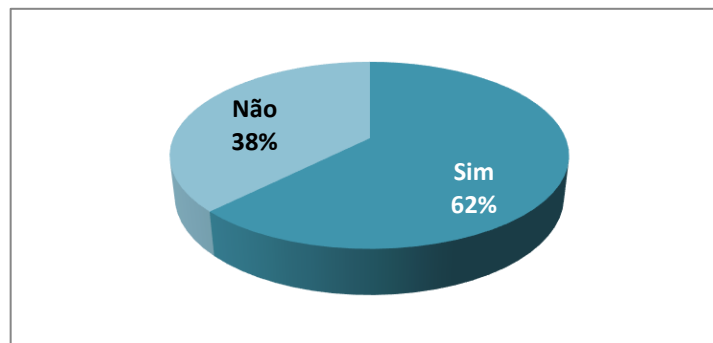
Fig. 31-O utente que se queixa tem oportunidade de falar diretamente comigo.



Fonte: Autoria do Mestrando.

62% dos inquiridos dão ordem aos seus colaboradores para registarem todas as queixas feitas pelos utentes, enquanto que 38% não aplica essa norma (fig. 32).

Fig. 32- Os colaboradores têm ordem para registar todas as queixas dos utentes.

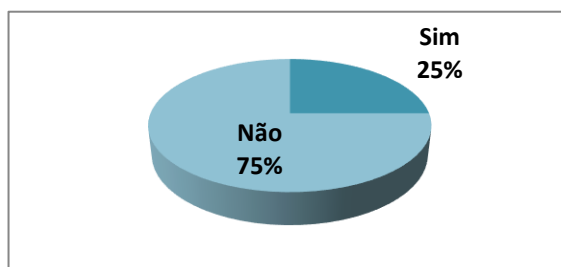


Fonte: Autoria do Mestrando.

6.1.8- Variável independente “Tecnologia de informação”

75% dos inquiridos não comunica com os seus utentes por mail. 25% usa essa ferramenta de comunicação (fig. 33).

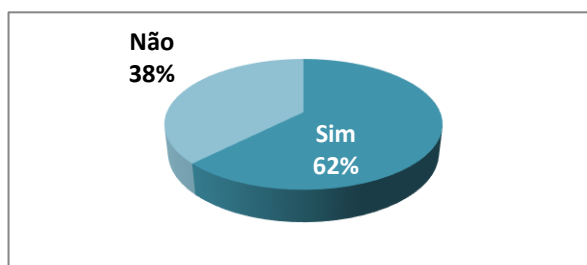
Fig. 33- Comunico com os meus utentes por *mail*.



Fonte: Aatoria do Mestrando.

62 % dos inquiridos usam o *facebook* como forma de comunicação, disponibilizando o seu acesso aos utentes (fig. 34), não obstante 38% não usar essa ferramenta.

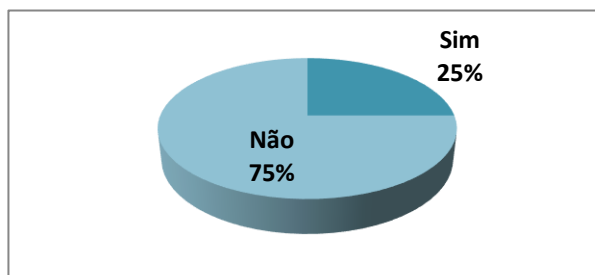
Fig.34-Tenho uma página no *facebook* e disponibilizo o acesso ao utente.



Fonte: Aatoria do Mestrando.

75% dos inquiridos não tem canal de vendas *online* (fig. 35).

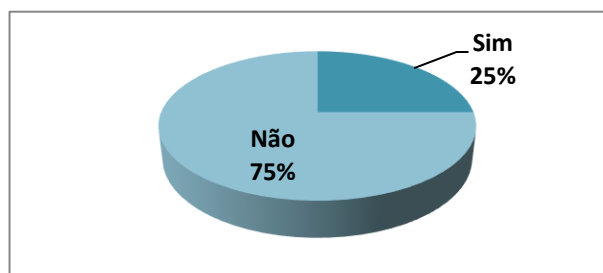
Fig. 35- Tenho sistema de vendas *online*.



Fonte: Aatoria do Mestrando.

25% dos inquiridos usam o *smartfone* como ferramenta de comunicação, enquanto que a maioria (75%) não o faz (fig. 36).

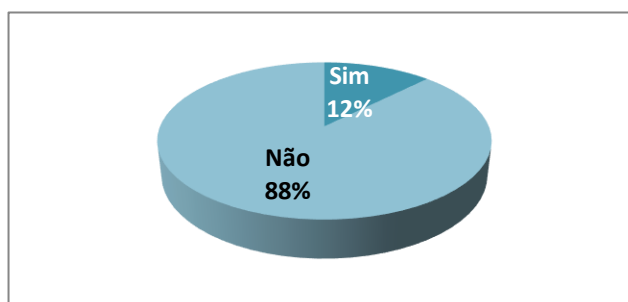
Fig. 36- Uso o potencial dos *smartfone* para divulgar a minha farmácia.



Fonte: Aatoria do Mestrando.

12% dos inquiridos registam todos os dados referentes aos utentes. 88% dos inquiridos não registam qualquer dado (não incluído na resposta o programa de faturação disponibilizado pela Associação Nacional de Farmácias aos associados) (fig. 37).

Fig. 37- Tenho registo de todos os utentes, medicação e dados pessoais.

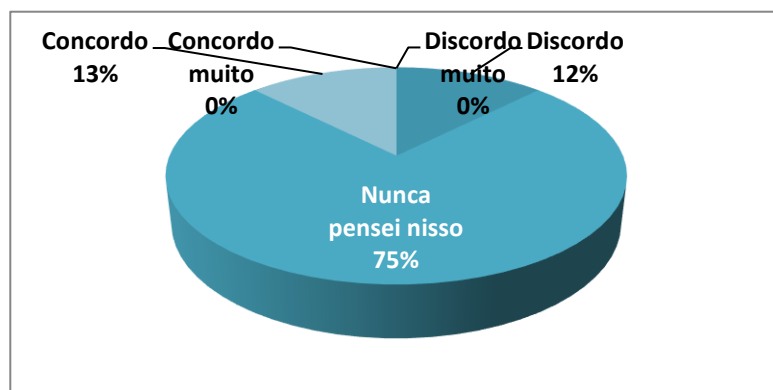


Fonte: Aatoria do Mestrando.

6.1.9- Variável independente “Comunicação interna/externa”

75% dos inquiridos nunca pensaram em dar a conhecer todas as queixas e reclamações aos seus colaboradores e responsabilizá-los pelas respetivas resoluções. Recolheram-se ainda 12% de respostas “discordo”. 13% da amostra dá a conhecer as queixas e reclamações aos seus colaboradores, responsabilizando-os pelas respetivas resoluções (fig. 38).

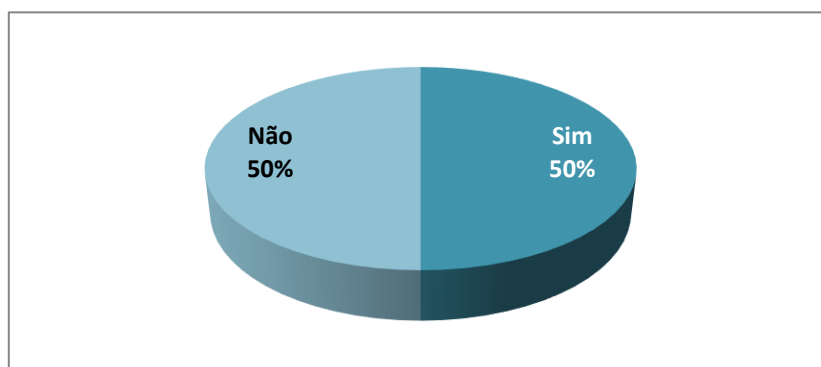
Fig. 38- Os colaboradores têm conhecimento de todas as queixas e são responsáveis pela sua resolução.



Fonte: Autoria do Mestrando.

50% dos inquiridos tem um sistema de entrega de medicamento ao domicílio além da venda direta na farmácia (fig. 39). A restante amostra limita a sua distribuição a um único canal (venda direta na farmácia).

Fig. 39- Tenho sistema de entrega ao domicílio.



Fonte: Autoria do Mestrando.

6.1.10- Cruzamento de variáveis independentes

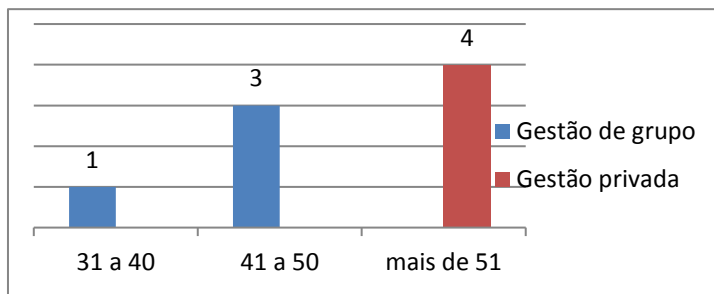
Os cruzamentos de algumas variáveis proporcionam informações importantes para a conclusão do inquérito.

Conforme já referido, das 8 farmácias selecionadas 4 funcionam em gestão comum (grupos de farmácias) e 4 em gestão individual.

Os gestores das farmácias inseridas em grupos pertencem a uma faixa etária mais baixa (fig. 40). A maioria destes gestores, além da formação em ciências farmacêuticas possuem conhecimentos académicos em gestão empresarial. Os gestores de gestão individual limitam as suas habilitações à licenciatura em

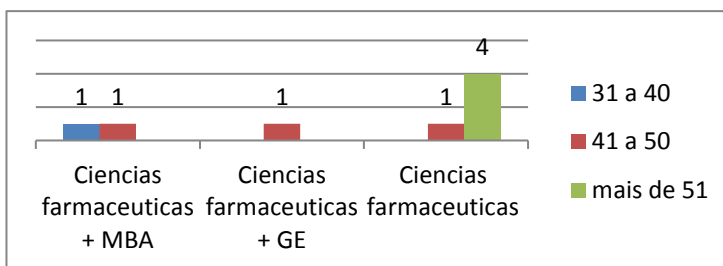
Ciências farmacêuticas, inserindo-se igualmente nas faixas etárias mais elevadas (fig. 41).

Fig. 40- Idade vs. tipo de gestão.



Fonte: Autoria do Mestrando.

Fig. 41 – Idade vs. habilitações literárias.



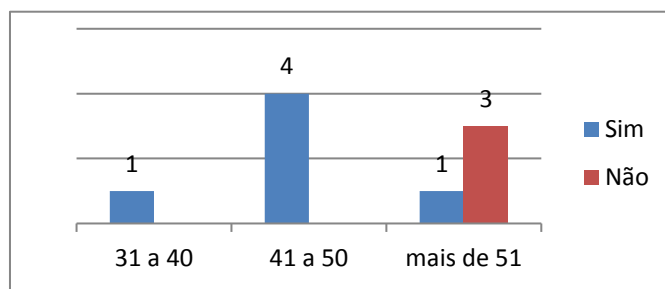
Fonte: Autoria do Mestrando.

Mediante a análise das figuras 40 e 41 conclui-se que os inquiridos mais novos e em que a maioria tem mais habilitações académicas, são os responsáveis das farmácias inseridas em grupos. Os inquiridos inseridos nas faixas etárias mais elevadas só possuem as habilitações mínimas para a função (ciências farmacêuticas) e gerem uma única farmácia.

Mediante os resultados obtidos neste inquérito, pode afirmar-se que:

i) Na variável independente “**Atitude perante o utente**” e na questão “**Pergunto sempre ao utente se ficou satisfeito com o atendimento**” a maioria das respostas “sim” foram dadas pelos gestores mais novos, com formação académica em gestão e responsáveis por grupos de farmácias (fig. 42).

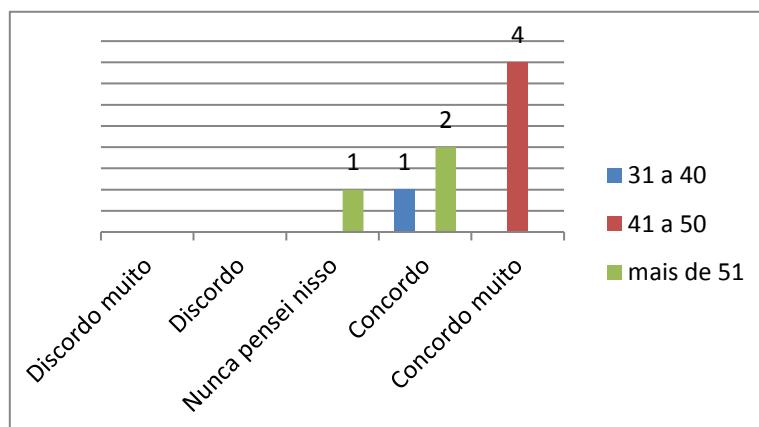
Fig. 42 -Pergunto sempre ao utente se ficou satisfeito com o atendimento vs. Idade.



Fonte: Aatoria do Mestrando.

ii) Na variável independente “**Segmentação**” e na questão “**Não se devem abrir exceções para utentes demasiado exigentes**”, embora a concordância seja assumida pela maioria dos inquiridos, a opção “**concordo muito**” foi comum aos gestores mais novos, com formação académica em gestão e responsáveis por grupos de farmácias (fig. 43).

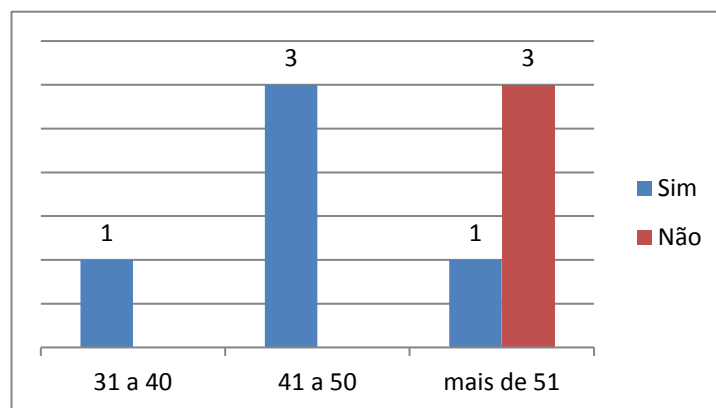
Fig. 43-Não se devem abrir exceções para utentes demasiado exigentes vs. idade.



Fonte: Aatoria do Mestrando.

iii) Na variável independente “**Tecnologias de informação**” e na questão “**Tenho pagina facebook e disponibilizo o acesso ao utente**”, constata-se que as repostas “Sim” são transversais aos inquiridos com formação académica em gestão e responsáveis por grupos de farmácias (fig. 44).

Fig. 44-Tenho página facebook e disponibilizo o acesso ao utente.



Fonte: Autoria do Mestrando.

6.2- Inquérito ao utente das farmácias comunitárias portuguesas⁹¹

6.2.1- Métodos estatísticos utilizados

6.2.1.1- Estatística descritiva

Foi utilizado, para interpretação dos dados recolhidos no inquérito ao utente da farmácia comunitária Portuguesa, o *SPSS Statistics*, versão 21.

Em termos de estatística descritiva apresentam-se, para as variáveis de caracterização, as tabelas de frequências e gráficos ilustrativos das distribuições de valores verificadas.

6.2.1.2- Teste do qui-quadrado

A utilização do teste do qui-quadrado é abordada por Maroco (2011, p. 105-107).

Perante duas variáveis nominais ou uma variável nominal e outra ordinal, o teste adequado para verificar a relação entre cada par de variáveis é o qui-quadrado, em que temos as hipóteses:

H0: as duas variáveis são independentes, ou seja, não existe relação entre as categorias de uma variável e as categorias da outra;

H1: as duas variáveis apresentam uma relação entre si, ou seja, existe relação entre as categorias de uma variável e as categorias da outra.

⁹¹Anexo II

Quando o valor de prova for inferior a 5% (0,05), rejeita-se a hipótese nula, concluindo-se que as duas variáveis estão relacionadas. Quando o valor de prova do teste for superior ao valor de referência de 5%, não podemos rejeitar a hipótese nula, de que as duas variáveis são independentes, ou seja, conclui-se que elas não estão relacionadas.

Os outputs das análises realizadas estão disponíveis no anexo VII.

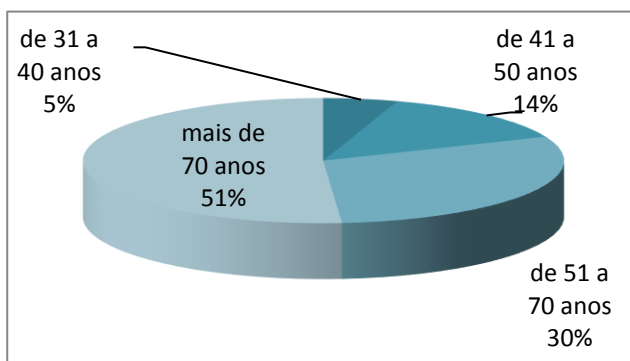
6.2.2- Análise descritiva

A amostra é constituída por 80 utentes das farmácias comunitárias portuguesas.

6.2.2.1- Caracterização

Na amostra e relativamente ao nível etário, 5% têm de 31 a 40 anos, 14% têm de 41 a 50 anos, 30% têm de 51 a 70 anos e 51% têm mais de 70 anos conforme figura 45 e tabela 1 de frequências disponíveis no anexo VI.

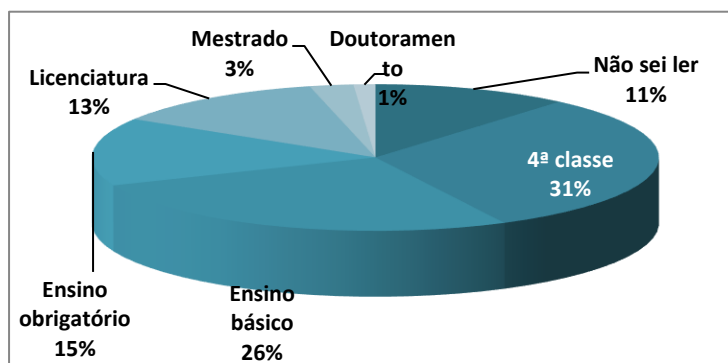
Fig. 45- Gráfico de frequências: Idade.



Fonte: Autoria do Mestrando.

Na amostra e no que concerne ao nível académico, 11% não sabem ler, 31% têm a 4.^a classe, 26% têm o ensino básico, 15% têm o ensino obrigatório, 13% têm licenciatura, 3% têm mestrado e 1% (um elemento) tem doutoramento conforme figura 46 e tabela 2 de frequências disponíveis no Anexo VI.

Fig. 46- Gráfico de frequências; Habilitações literárias.

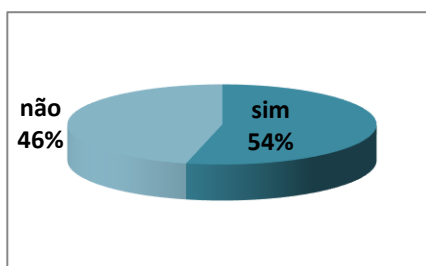


Fonte: A autoria do Mestrando.

6.2.2.2- Relacionamento

Este tópico permite estudar o tipo de técnicas marketing relacional desenvolvidas nas farmácias comunitárias, relativamente ao relacionamento. Na amostra, 54% responde ser tratado pelo nome conforme figura 47 e tabela 3 de frequências disponíveis no anexo VI.

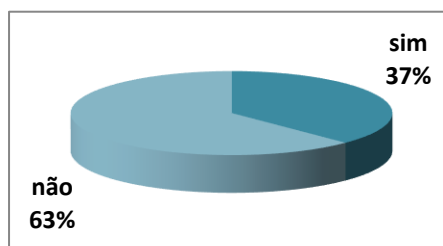
Fig. 47- Gráfico de frequências; tratam-me pelo nome.



Fonte: A autoria do Mestrando.

37% dos inquiridos respondem que o farmacêutico conhece a sua medicação conforme figura 48 e tabela 4 de frequências disponíveis no anexo VI.

Fig. 48- Gráfico de frequências; O farmacêutico conhece a minha medicação.

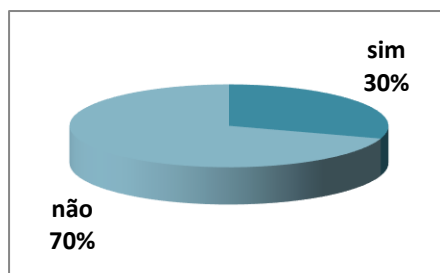


Fonte: Autoria do Mestrando.

6.2.2.3- Processo de compra

Este tópico permite estudar o tipo de técnicas de gestão desenvolvidas nas farmácias comunitárias, relativamente ao preço e acesso à compra. Na amostra, 30% responde que lhe vendem sempre o mais barato, conforme figura 49 e tabela 5 de frequências disponíveis no anexo VI.

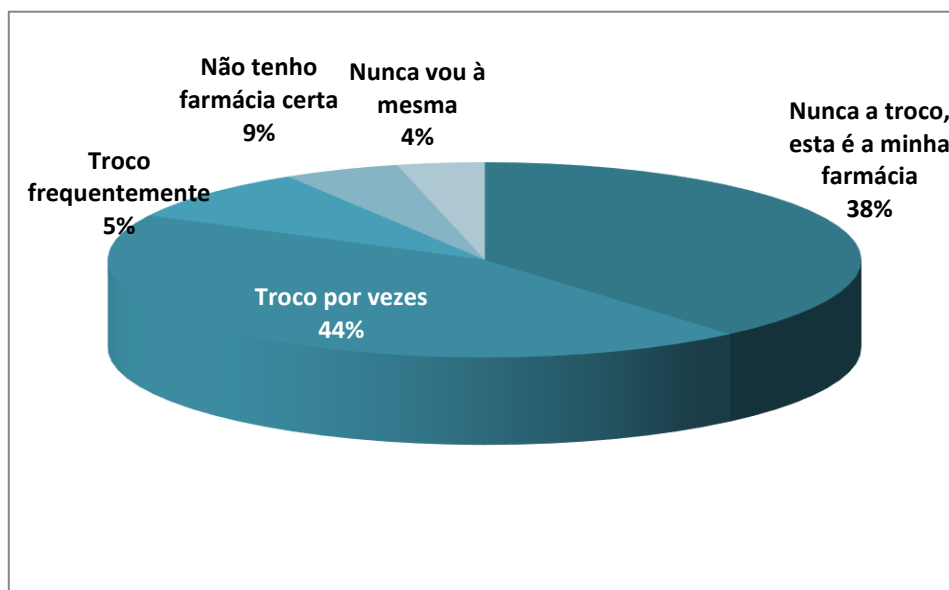
Fig. 49- Gráfico de frequências: vendem-me sempre o mais barato.



Fonte: Autoria do Mestrando.

Na amostra, 44% dos inquiridos trocam por vezes de farmácia, 38% respondem “Nunca a troco, esta é a minha farmácia”, 9% referem “não tenho farmácia certa”, 5% “troca frequentemente” e 4% “nunca vai à mesma”, conforme figura 50 e tabela 6 de frequências disponíveis no anexo VI.

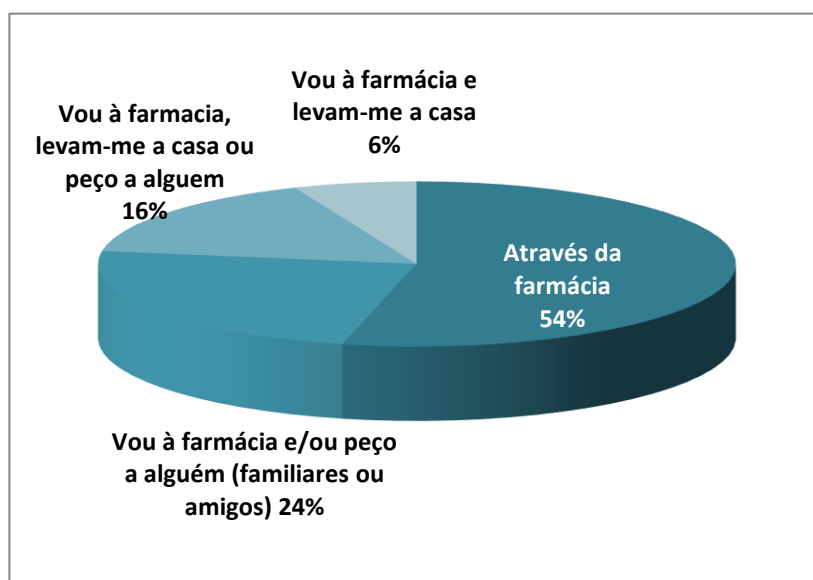
Fig. 50. Gráfico de frequências: quando preciso ir à farmácia.



Fonte: Autorial do Mestrando.

Na amostra, 54% dos inquiridos compram os medicamentos através da farmácia, 24% vão à farmácia ou pedem a alguém (familiares ou amigos), 16% vão à farmácia e levam-lhe a casa e pedem a alguém e 6% respondem que vão à farmácia e levam-lhe a casa, conforme figura 51 e tabela 7 de frequências disponíveis no anexo VI.

Fig. 51- Gráfico de frequências: compro os medicamentos.



Fonte: Autorial do Mestrando.

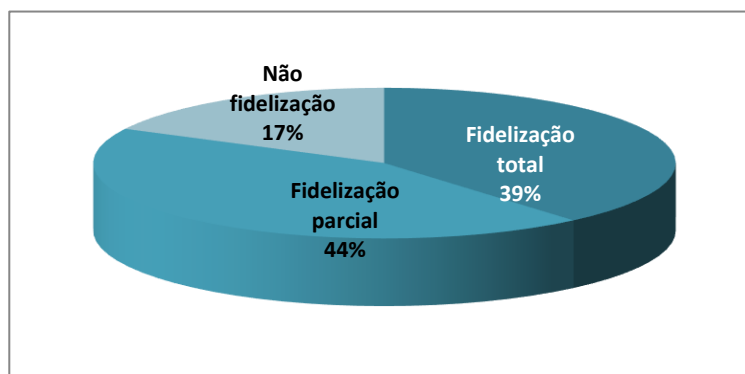
6.2.3- Objetivos

6.2.3.1- Feedback do impacto das técnicas de gestão no utente e na contribuição, ou não, da fidelização do mesmo

Para estudar este objetivo será estudada a relação entre a variável “Fidelização” e as restantes questões do questionário ao utente.

Relativamente à questão sobre a fidelização, foi recodificada em três categorias: “Nunca a troco” e “esta é a minha farmácia” representa total fidelização, “Troco por vezes” representa fidelização parcial e as restantes opções “Não tenho farmácia certa”, “Troco frequentemente” e “Nunca vou à mesma” representam não fidelização. Na amostra, 39% apresentam fidelização total, 44% fidelização parcial e 17% não fidelização, conforme figura 52 e tabela 8 de frequências disponíveis no anexo VI.

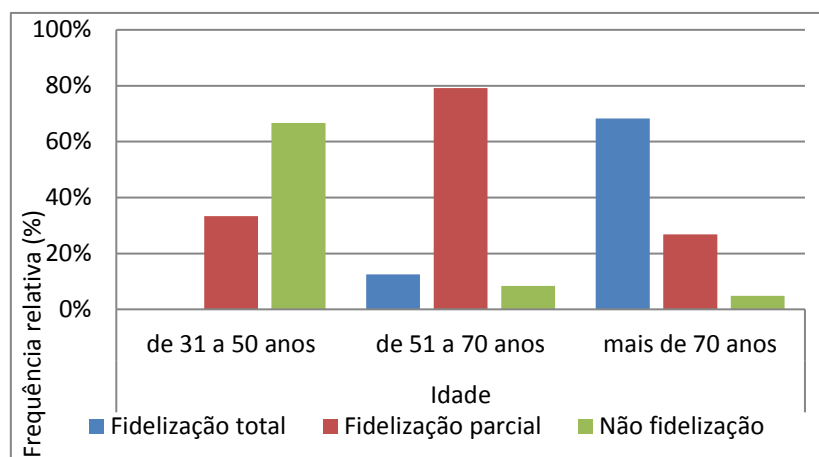
Fig. 52- Gráfico de frequências: Fidelização.



Fonte: Autoria do Mestrando.

Para a “Idade”, como a categoria 31 a 40 anos apresenta poucas observações será agregada à categoria adjacente, obtendo-se os seguintes resultados, conforme tabelas conforme figura 53 e tabela 9 e 10 de frequências disponíveis no anexo VI. A percentagem de fidelização total aumenta com a idade, a percentagem de fidelização parcial é superior para a idade intermédia, a percentagem de não fidelização diminui com o aumento da idade, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste do qui-quadrado ($\chi^2_{(4)} = 54,856$; $p < 0,001$), portanto a fidelização aumenta com o aumento da idade.

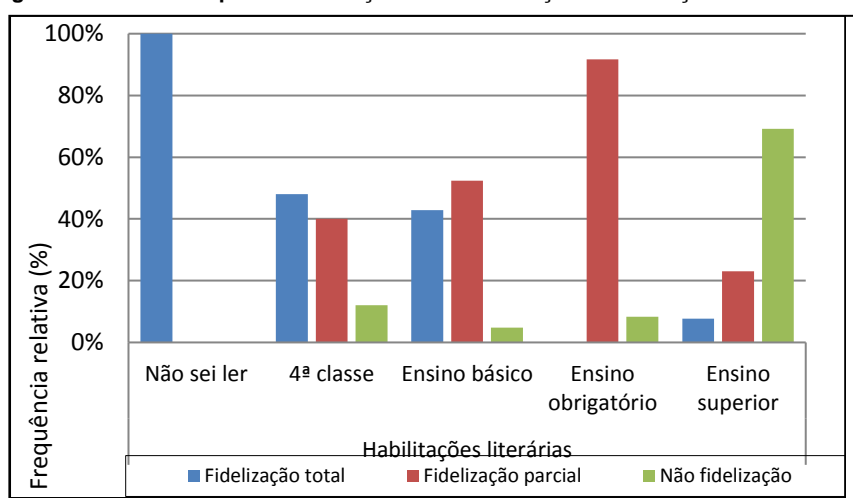
Fig. 53- Gráfico de frequências: Relação entre Fidelização e Idade.



Fonte: Aatoria do Mestrando.

A percentagem de fidelização total diminui com o aumento das habilitações, a percentagem de fidelização parcial aumenta com o aumento das habilitações exceto para ensino superior, a percentagem de não fidelização aumenta com o aumento das habilitações, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste do qui-quadrado ($\chi^2_{(8)} = 53,596$; $p < 0,001$), portanto a fidelização diminui com o aumento das habilitações, conforme figura 54 e tabela 8 e 9 de frequências disponíveis no anexo VI.

Fig. 54- Gráfico de frequências: Relação entre Fidelização e Habilitações literárias.

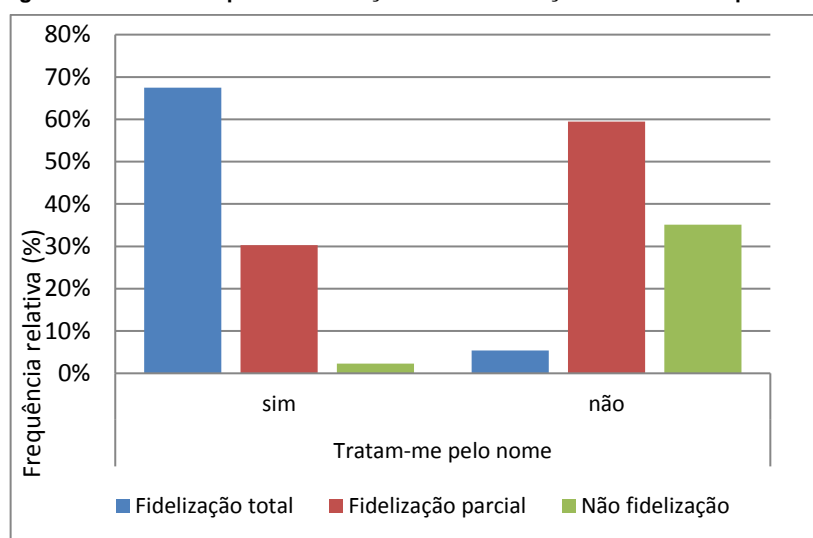


Fonte: Aatoria do Mestrando.

Para as “Habilitações”, como as categorias “Mestrado” e “Doutoramento” apresentam poucas observações, foi criada uma categoria única para o ensino superior, conforme tabelas 11 e 12 de frequências disponíveis no anexo VI.

A percentagem de fidelização total é superior para quando tratam pelo nome, a percentagem de fidelização parcial e de não fidelização é superior para quando não tratam pelo nome, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste do qui-quadrado ($\chi^2_{(2)} = 35,868$; $p < 0,001$), portanto a fidelização é superior para quando tratam pelo nome, conforme figura 55 e tabela 13 de frequências disponíveis no anexo VI.

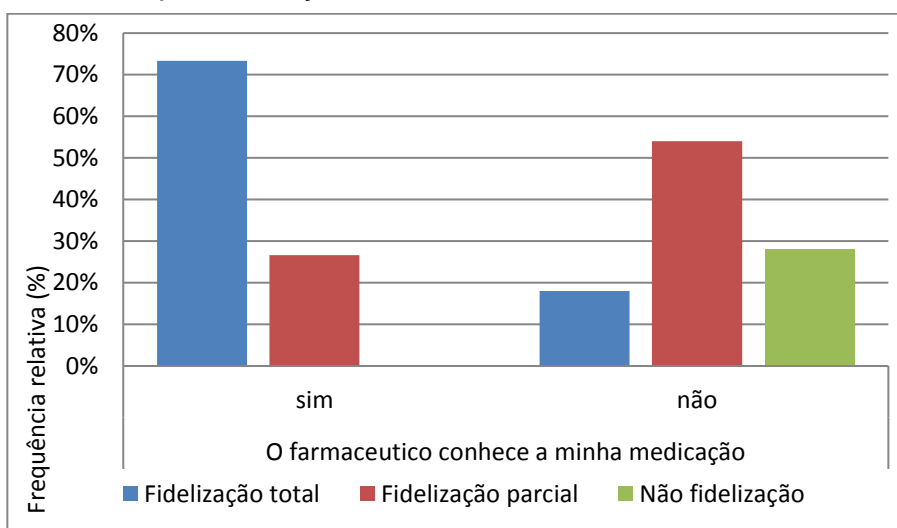
Fig. 55- Gráfico de frequências: Relação entre Fidelização e “Tratam-me pelo nome”.



Fonte: Autoria do Mestrando.

A percentagem de fidelização total é superior para quando o farmacêutico conhece a medicação, a percentagem de fidelização parcial e de não fidelização é superior para quando o farmacêutico não conhece a medicação, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste do qui-quadrado ($\chi^2_{(2)} = 26,417$; $p < 0,001$), portanto a fidelização é superior para quando o farmacêutico conhece a medicação, conforme figura 56 e tabela 14 de frequências, disponíveis no anexo VI.

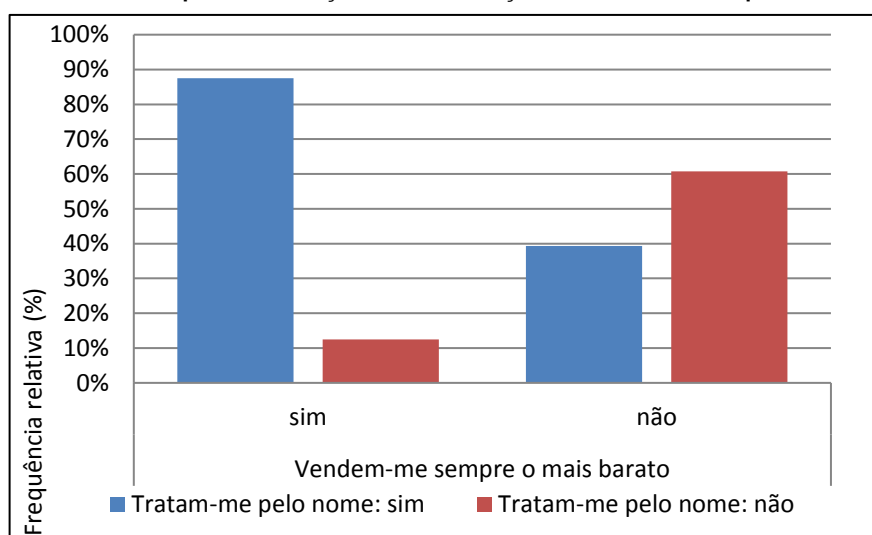
Fig. 56 - Gráfico e frequências: Relação entre Fidelização e “O farmacêutico conhece a minha medicação”.



Fonte: A autoria do Mestrando.

A percentagem de fidelização total é superior para quando vendem sempre o medicamento mais barato. A percentagem de fidelização parcial e de não fidelização é superior para quando não vendem sempre o mais barato, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste do qui-quadrado ($\chi^2_{(2)} = 34,341$; $p < 0,001$), portanto a fidelização é superior para quando vendem sempre o medicamento mais barato, conforme figura 57 e tabela 15 de frequências disponíveis no anexo VI.

Fig. 57- Gráfico de frequências: Relação entre Fidelização e “Vendem-me sempre o mais barato”.

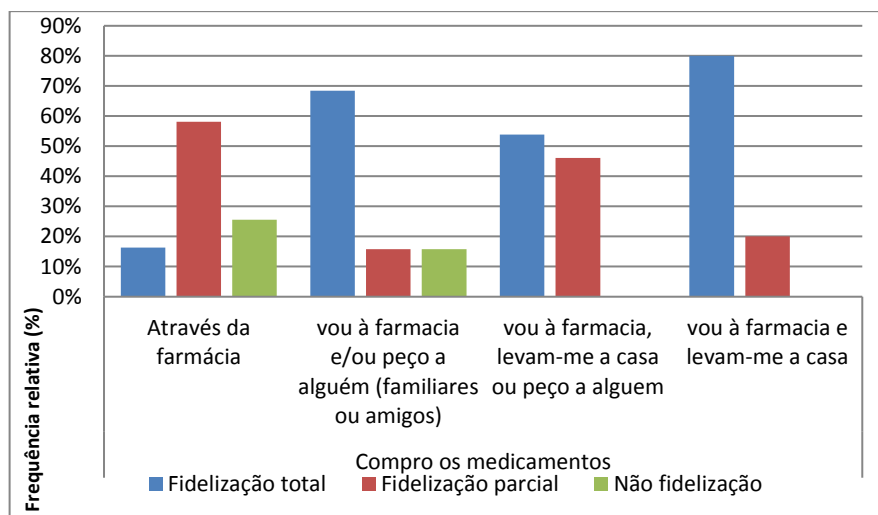


Fonte: A autoria do Mestrando.

A percentagem de fidelização total é superior para “Vou à farmácia e levam-me a casa”, seguido de “Vou à farmácia e/ou peço a alguém (familiares ou amigos)”

e de “Vou à farmácia, levam-me a casa ou peço a alguém” e inferior para “Através da farmácia”; a percentagem de fidelização parcial é superior para “Através da farmácia”, seguida de “Vou à farmácia, levam-me a casa ou peço a alguém” e inferior para “Vou à farmácia e/ou peço a alguém (familiares ou amigos)”, seguido de “Vou à farmácia e levam-me a casa”; a percentagem de não fidelização é superior para “Através da farmácia”, seguida de “Vou à farmácia e/ou peço a alguém (familiares ou amigos)” e não se verifica para “Vou à farmácia, levam-me a casa ou peço a alguém” e “Vou à farmácia e levam-me a casa”; sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste do qui-quadrado ($\chi^2_{(6)} = 23,759$; $p = 0,001$), portanto a fidelização é superior para quem compra os medicamentos pelas formas “vou à farmácia e levam-me a casa”, “Vou à farmácia e/ou peço a alguém (familiares ou amigos)” e “Vou à farmácia, levam-me a casa ou peço a alguém” e inferior para “Através da farmácia”, ou seja, a fidelização é superior para os que apresentam formas de compra alternativas a apenas “Através da farmácia”, conforme figura 58 e tabela 16 de frequências, disponível no anexo VI.

Fig. 58- Gráfico de frequências: Relação entre Fidelização e “Compro os medicamentos”

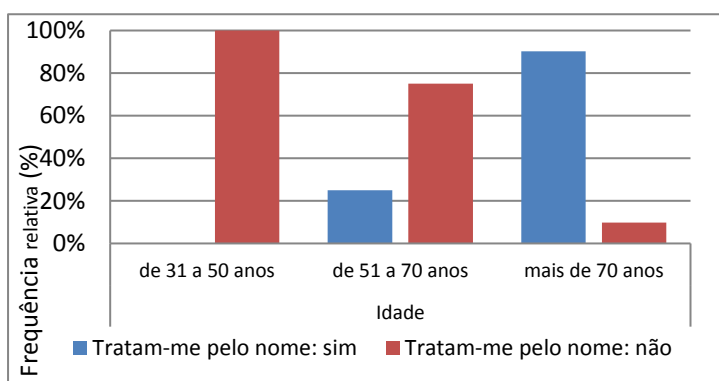


Fonte: Autoria do Mestrando.

6.2.3.2- Relação entre o relacionamento e a idade, habilitações e preço

A percentagem de maior relacionamento, medido pelo tratamento pelo nome, aumenta com o aumento da idade, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste do qui-quadrado ($\chi^2_{(2)} = 47,377$; $p < 0,001$), portanto o relacionamento aumenta com o aumento da idade, conforme figura 59 e tabela 17 de frequências disponível no anexo VI.

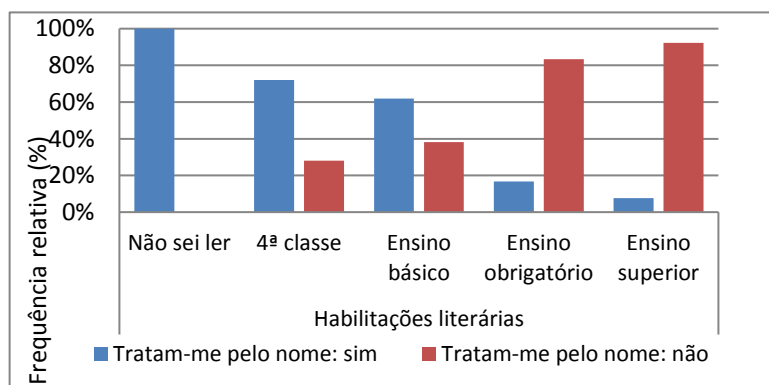
Fig. 59- Gráfico de frequências: Relação entre “Tratam-me pelo nome” e a “Idade”.



Fonte: Autoria do Mestrando.

A percentagem de maior relacionamento, medido pelo tratamento pelo nome, diminui com o aumento das habilitações, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste do qui-quadrado ($\chi^2_{(2)} = 29,387$; $p < 0,001$), portanto o relacionamento diminui com o aumento das habilitações literárias, conforme figura 60 e tabela 18 de frequências disponível no anexo VI.

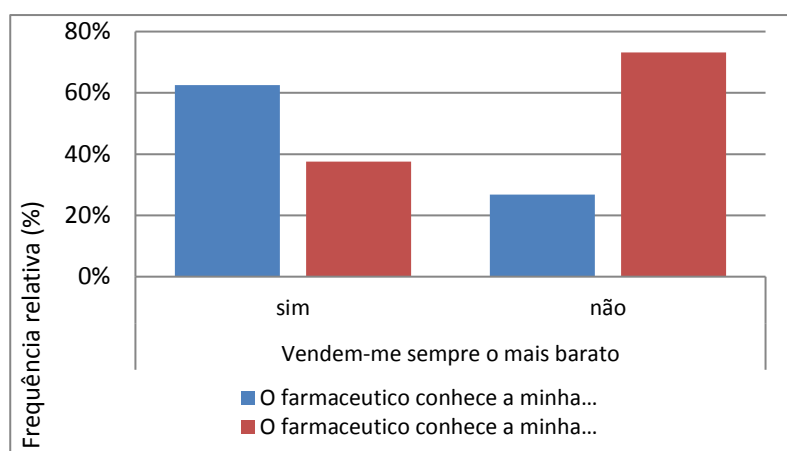
Fig. 60- Gráfico de frequências: Relação entre “Tratam-me pelo nome” e as “Habilitações literárias”.



Fonte: Autoria do Mestrando.

A percentagem de maior relacionamento, medido pelo conhecimento da medicação pelo farmacêutico, é superior para os que consideram que vendem sempre o mais barato, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste do qui-quadrado ($\chi^2_{(1)} = 9,143$; $p = 0,002$), portanto o relacionamento é superior para as vendas pelo preço mais barato, conforme figura 61 e tabela 22 de frequências disponível no anexo VI.

Fig. 61- Gráfico de frequências: Relação entre “O farmacêutico conhece a minha medicação” e “Vendem-me sempre o mais barato”.



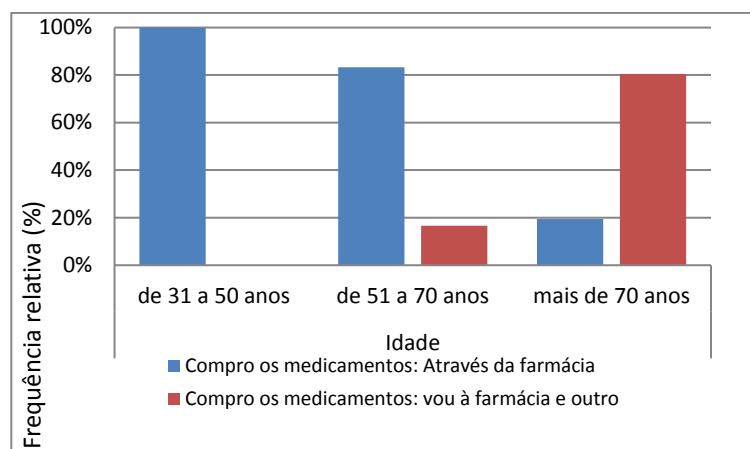
Fonte: Autoria do Mestrando.

6.2.3.3- Relação entre o acesso às compras e a idade, habilitações, relacionamento e preço

Relativamente à questão sobre o acesso às compras, esta foi recodificada em duas categorias: “Através da farmácia” que representa a utilização de apenas um canal de compra e “vou à farmácia e outro” que representa a utilização de outro canal de compra além da ida à farmácia, tendo-se obtido os seguintes resultados:

A percentagem de compra através da farmácia e outro canal aumenta com o aumento da idade, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste do qui-quadrado ($\chi^2_{(2)} = 40,689$; $p < 0,001$), portanto a compra por mais do que um canal aumenta com o aumento da idade, conforme figura 62 e tabelas 23 e 24 de frequências disponível no anexo VI.

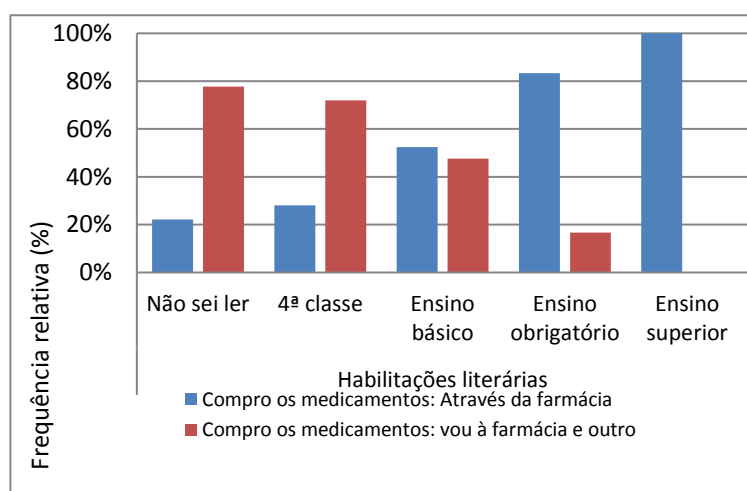
Fig. 62- Gráfico de frequências: Relação entre Acesso à Compra e a Idade.



Fonte: Autoria do Mestrando.

A percentagem de compra através da farmácia e outro canal diminui com o aumento das habilitações, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(4)} = 25,693$; $p < 0,001$), portanto a compra por mais do que um canal diminui com o aumento das habilitações, conforme figura 63 e tabela 25 de frequências disponível no anexo VI.

Fig. 63- Gráfico de frequências: Relação entre acesso à compra e as habilitações literárias.

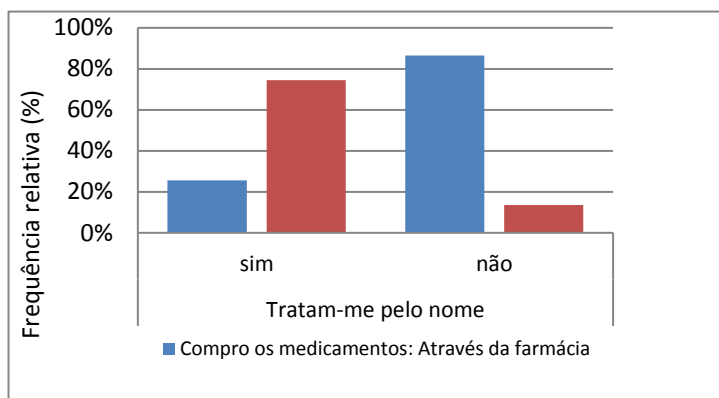


Fonte: Autoria do Mestrando.

A percentagem de compra através da farmácia e outro canal é superior para quando tratam pelo nome, sendo as diferenças observadas estatisticamente

significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(1)} = 29,675$; $p < 0,001$), portanto a compra por mais do que um canal é superior para quando tratam pelo nome, conforme figura 64 e tabela 26 de frequências disponível no anexo VI.

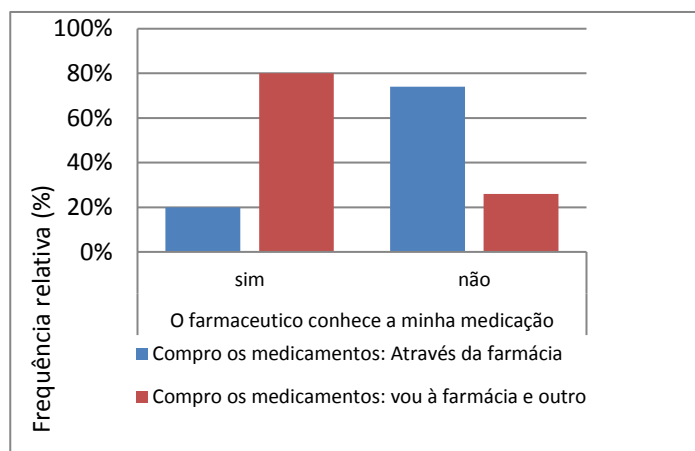
Fig. 64- Gráfico de frequências: Relação entre acesso à compra e “Tratam-me pelo nome”.



Fonte: Autoria do Mestrando.

A percentagem de compra através da farmácia e outro canal é superior para quando o farmacêutico conhece a medicação, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste do qui-quadrado ($\chi^2_{(1)} = 21,994$; $p < 0,001$), portanto a compra por mais do que um canal é superior para quando o farmacêutico conhece a medicação, conforme figura 65 e tabela 27 de frequências disponível no anexo VI.

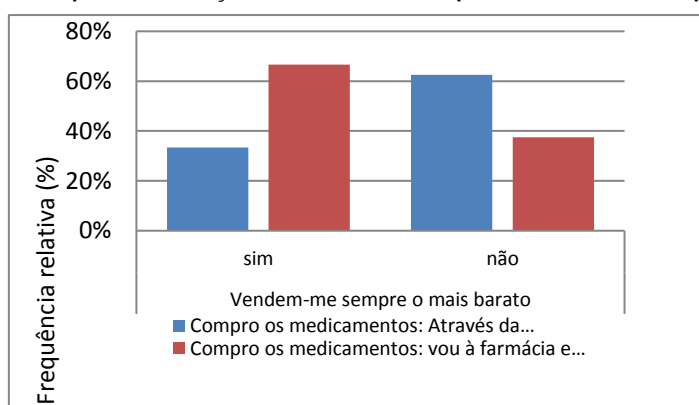
Fig. 65- Gráfico de frequências: Relação entre acesso à compra e “O farmacêutico conhece a minha medicação”.



Fonte: Autoria do Mestrando.

A percentagem de compra através da farmácia e outro canal é superior para quando vendem sempre o mais barato, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste do qui-quadrado ($\chi^2_{(1)} = 5,749$; $p = 0,016$), portanto a compra por mais do que um canal é superior para quando vendem sempre o mais barato, conforme figura 66 e tabela 28 de frequências disponível no anexo VI.

Fig. 66- Gráfico de frequências: Relação entre acesso à compra e “Vendem-me sempre o mais barato”.



Fonte: Autoria do Mestrando.

6.3- Resumo do capítulo

Neste capítulo procedeu-se à análise dos resultados da investigação.

Os inquéritos aos gestores das farmácias comunitárias foram sujeitos a uma análise simples com posterior cruzamento de algumas variáveis independentes, de forma a proporcionar informações importantes para a respetiva conclusão. Os inquiridos demonstraram diferenças no seu perfil, mediante a sua preparação académica e postura estratégica o que antagoniza o respetivo processo de decisão nas variáveis consideradas.

Os dados recolhidos no inquérito aos utentes (amostra de 80 indivíduos) foram interpretados *pele SPSS statistics*, versão 21. Em termos de estatística descritiva apresentam-se neste capítulo e em anexos VI e VII, para as variáveis de caracterização, as tabelas de frequências e gráficos ilustrativos das distribuições de valores verificadas. Assim, procedeu-se à caracterização desta amostra de utentes na resposta às técnicas utilizadas pelos gestores das farmácias

comunitárias, nomeadamente nas variáveis que influenciam a satisfação e fidelização dos mesmos em sintonia com a questão desta dissertação.

Em resumo, no somatório dos resultados dos inquéritos, pode-se concluir que a variável dependente “Satisfação e fidelização do utente das farmácias comunitárias portuguesas” é diretamente influenciada pelas variáveis independentes “Segmentação”, “Partilha e delegação de responsabilidades”, “Formação”, “Resolução de erros e falhas”, “Tecnologia de informação” e “Comunicação interna/externa”, destacando-se ainda, pela sua importância, as variáveis “Liderança” e “Atitude perante o utente”.

Capítulo 7- conclusões e recomendações

7.1- Conclusões

A revisão da literatura permitiu entender alguns conceitos de marketing referidas por diversos autores que disponibilizam opções para abordar a questão de investigação: **“As farmácias comunitárias portuguesas executam práticas e procedimentos de marketing orientados para a satisfação e fidelização do utente?”**.

Ao demonstrar que a variável dependente “Satisfação e Fidelização do utente das farmácias comunitárias portuguesas” é influenciada pelas variáveis independentes “Liderança”, “Atitude perante o utente”, “Segmentação”, “Partilha e delegação de responsabilidades”, “Formação”, “Resolução de erros e falhas”, “Tecnologia de informação” e “Comunicação interna/externa”, o estudo confirma a literatura existente.

Visto que os custos de angariação de novos clientes são cada vez mais elevados, o sucesso deste setor, para além da quota de mercado, passará também a destacar o nível de satisfação e o valor dos clientes existentes. Esta realidade tem obrigado a esforços suplementares na consecução dos objetivos traçados, no foco do estudo e conhecimento de matérias como a fidelização, satisfação e qualidade oferecida, desenvolvendo ferramentas de negociação, custos de mudança e programas de fidelização.

Las Casas (2006) afirma que qualquer empresa deverá estar empenhada na satisfação das expectativas de valor e desenvolver as competências dos colaboradores que têm como missão o contacto direto com o cliente. Deste comportamento surge a identificação do valor mais relevante a ser considerado, usando como ferramentas de sucesso colaboradores eficientes e eficazes, portadores de sensibilidade treinada para observar e assimilar as múltiplas necessidades manifestadas pelos clientes. Estes colaboradores oferecerão, além do produto solicitado, valor no atendimento e no serviço prestado, ressaltando traços de qualidade e confiança no relacionamento alicerçado com o cliente. Kotler (2006) sublinha este fenómeno definindo proposta de valor como *“todo o conjunto de benefícios que a empresa promete entregar”*. As farmácias comunitárias portuguesas têm assim necessidade de entender que “entregar valor” não se limita

à identificação do que os utentes procuram e a partir dessa conclusão limitar o seu papel a uma simples transação. É necessária uma interação com o utente para que este participe na criação de valor e reforce a sua fidelidade.

Ao atual gestor da farmácia comunitária portuguesa exige-se ter mais competências, ser mais versátil e com uma maior capacidade de adaptação, além de ter que desenvolver um rigoroso controlo e rigor financeiro face a um utente mais exigente, mais informado e com um perfil multifacetado. Obriga-se, por isso, à adequação imediata de técnicas de marketing manuseadas com o máximo de habilidade e flexibilidade, adicionando essas competências a um profundo conhecimento do mercado em que está inserido e do utente que o compõe. O risco de perder competitividade perante a concorrência é real e, em muitos casos, fatal.

Neste sentido, tornou-se pertinente a realização deste estudo através da recolha de dados e posterior tratamento estatístico de forma a apresentar propostas de solução à questão do problema.

Foram desenvolvidos dois inquéritos: o primeiro abordou uma amostra de 8 gestores de farmácias comunitárias portuguesas (4 responsáveis por gestão de uma farmácia e 4 responsáveis pela gestão de mais que uma farmácia, perfazendo um total de 16 farmácias comunitárias portuguesas). O segundo, com uma amostra de 80 utentes, avaliou o impacto da gestão aplicada pelas farmácias comunitárias portuguesas, em termos da satisfação e fidelização.

No inquérito aos gestores das farmácias comunitárias selecionadas, observou-se que metade dessa amostra tem idade superior a 51 anos e gere uma única farmácia, possuindo habilitações literárias limitadas à obrigatoriedade na sua função (ciências farmacêuticas). Os restantes, divididos percentualmente em 12% e 38% incluem-se respetivamente nas faixas etárias dos 31 a 41 anos e 41 a 50 anos e gerem mais do que uma farmácia (grupos de farmácias). Confirmou-se ainda que 38% dos inquiridos que gerem mais que uma farmácia, possuem, além da licenciatura em ciências farmacêuticas, formação académica complementar em disciplinas relacionadas com gestão empresarial.

A maioria dos inquiridos (75%) considera o utente como uma das principais formas de lucro, embora 25% das respostas considerem a sua importância “irrelevante”. Estas últimas respostas foram recolhidas aos gestores de uma única

farmácia, inseridos nas faixas etárias mais elevadas e menos habilitados a nível académico.

A dificuldade da interação com os colaboradores também foi considerada de “extrema importância” por 25% dos inquiridos, em contraste aos 62% de respostas de “muito pouco importante” na importância da complementaridade no técnico/gestor no negócio. Estas respostas complementam os resultados referentes à “obrigação que o farmacêutico tem em orientar o utente na compra”, em que 74% não valorizou a sua importância. O novo sistema eletrónico de receituário poderá ter alguma influência nesta postura tendo em conta que obriga a venda do medicamento ao preço mais económico. Nada foi referido relativamente à orientação na compra de MNSRM ou outros de venda livre.

A maioria dos inquiridos determina orientações no atendimento (63%), embora 37% das respostas apontem para uma importância relativa ou irrelevante, não obstante a maioria dos inquiridos (63%) apontarem o papel do colaborador como de “importância relevante” ou “muito importante”. Uma parte significativa (37%) considera esta variável “pouco importante”.

Uma maioria de 88% dos inquiridos não questiona o utente durante o contacto, relativamente à sua satisfação. As respostas positivas (12%) foram limitadas aos gestores de gestão de grupo, não obstante uma maioria (78%) considerar o cliente soberano e afirme aplicar todos os esforços na sua satisfação.

A totalidade dos inquiridos afirma disponibilizar todos os recursos para um bom atendimento. No entanto, 78% das respostas apontam para uma fraca flexibilidade nesse sentido. Foi manifestada pouca atitude estratégica na segmentação dos utentes, sofrendo o risco de comprometer o relacionamento e a fidelização que destes pretendem. Os gestores afirmam não abrir exceções para utentes demasiadamente exigentes. O risco de redução de relacionamento com a farmácia é eminente nesse nicho, tendo em conta que a “exigência” poderá ter origem numa maior ou deficiente informação.

A comunicação da missão e valores da farmácia, a partilha de situações relacionadas com o atendimento e a responsabilidade dada ao atendimento em relação à opinião transmitida ao utente, são assuntos em que os inquiridos responderam favoravelmente (75%, 87% e 100% respetivamente), dando indícios

de uma tendência para as boas práticas da comunicação interna e para a partilha de responsabilidades.

As reclamações feitas pelo utente são fenómenos que os gestores abordam de uma forma algo cuidada tendo em conta que 87% das respostas apontam para o uso das reclamações para melhorar o atendimento e outros 87% fornecem respostas rápidas sobre as reclamações. Foi ainda referido por 63% dos inquiridos conhecerem todas as reclamações que são rececionadas na farmácia, enquanto que 62% desta amostra determina, como obrigação, o registo dessas reclamações. A totalidade dos inquiridos disponibiliza-se para dialogar pessoalmente com o utente queixoso.

Relativamente à distribuição, 50% dos inquiridos tem entrega ao domicílio além da venda direta em farmácia, limitando-se os outros 50% à exploração de um único canal (venda direta na farmácia). Provou-se que o uso de mais do que um canal de comunicação é vantajoso na criação de relacionamento e consequente fidelização, deixando as farmácias nessas condições em vantagem.

A tecnologia de informação mostrou ser uma ferramenta relativamente considerada na estratégia aplicada pelos inquiridos; 75% destes não usam o correio eletrónico para comunicar com os seus utentes e 62% usam as redes sociais (*facebook*). As vendas online são disponibilizadas por 25% dos inquiridos, assim como o uso de aplicações no *smartfone*. 12% usa a ferramenta CRM ou similar (não considerando o programa obrigatório de faturação onde regista os dados do cliente). Provou-se que as tecnologias de informação não são valorizadas de uma forma transversal, estando o seu uso limitado, na sua maioria, aos gestores das farmácias inseridas em grupos.

No cruzamento dos resultados obtidos pode-se concluir que as respostas recolhidas aos gestores responsáveis por grupos de farmácias mostraram um maior cuidado nas variáveis independentes “Atitude perante o cliente”, “Tecnologias de informação” e “Segmentação”. A maior preparação académica em gestão empresarial e menor resistência à mudança poderá fornecer uma maior flexibilidade na adaptação ao meio envolvente e justificar esta conclusão. Estas características poderão facilitar a assertividade no processo de decisões estratégicas tomadas pelos gestores das farmácias comunitárias portuguesas.

Os dados recolhidos no segundo inquérito (utentes das farmácias comunitárias portuguesas) foram interpretados, conforme já referido no capítulo anterior, pelo *SPSS Statistics*, versão 21.

A amostra de 80 utente das farmácias comunitárias portuguesas dividiu-se, no que diz respeito a faixas etárias, em 5% entre 31 e 40 anos, em 14% entre 41 a 50 anos 30% de 51 a 70 anos e 51% tem mais de 71 anos.

Relativamente às habilitações literárias da amostra dos utentes, 11% não sabem ler, 31% têm a 4.^a classe, 26% têm o ensino básico, 15% têm o ensino obrigatório, 13% têm licenciatura, 3% têm mestrado e 1% (um elemento) tem doutoramento.

A fidelização dos utentes mostrou uma consistência frágil. Da totalidade da amostra, 44% referiram não ter qualquer compromisso em termos de fidelidade e somente 38% afirmou nunca trocar a farmácia habitual. É de referir que os resultados provaram que os utentes mais novos são os menos fiéis e os mais velhos mais fiéis. No entanto e tendo em conta o envelhecimento natural do ser humano, estes resultados apresentam um risco real da redução de fidelidade a médio prazo.

Outras variáveis críticas no “relacionamento” apontam para a necessidade de uma revisão estratégica. Somente 54% dos inquiridos confirmaram que o “tratam pelo nome”, e 37% refere que o farmacêutico conhece a sua medicação. O resultado da investigação aponta para o provável aumento da não fidelização ou fidelização parcial quando não tratam pelo nome e o farmacêutico conhece a medicação. A análise dos dados recolhidos prova que o relacionamento sustentado pelo “tratamento pelo nome” aumenta com a idade do utente.

O preço do medicamento segue a mesma tendência. Aumenta a fidelização do utente quando lhe é vendido o medicamento com o preço mais baixo.

A maioria dos utentes refere comprar os medicamentos diretamente na farmácia (54%), não obstante 24% comprar na farmácia e/ou pedir a terceiros ou pedir a entrega ao domicílio; 16% opta pela alternativa de pedir a entrega ao domicílio. Tendo em conta o natural envelhecimento da população e a limitação atual desta oferta em 50% das farmácias comunitárias portuguesas, surge mais um elemento a considerar em termos de futuras estratégias. Nesta variável provou-se que a fidelização aumenta quando o medicamento é entregue no domicílio. Esta

necessidade aumenta com a idade, embora diminua com o aumento das habilitações literárias.

Este inquérito mostrou igualmente que a fidelização do utente aumenta com a idade, mas diminui com o aumento das habilitações literárias. Tendo em conta que, segundo o Anuário Estatístico de Portugal de 2014 (pág. 30), a média de habilitações cresceu exponencialmente nos últimos anos⁹² em indivíduos que naturalmente envelhecem, pode-se desenhar um perfil aproximado do futuro utente que, ao ser descurado pelo gestor, poderá colocar em risco os resultados das futuras estratégias de fidelização.

Provou-se igualmente que o “relacionamento” aumenta com a idade nos indivíduos com menos habilitações literárias, deixando os utentes mais jovens e os mais academicamente habilitados disponíveis para a definição de novas estratégias.

Os resultados dos dois inquéritos mostram que, para nortear decisões e consequentes ações, o utente deverá ser cada vez mais o centro de todo o processo de transação. O gestor tem que compreender o papel estratégico das farmácias na disponibilização integrada de serviço, prevenção e reabilitação de saúde. A parceria da oferta produto-serviço, baseada na insuficiência estratégica da mera transação de produtos e/ou serviços foi mais evidente nas respostas dadas pelos gestores das farmácias comunitárias portuguesas de gestão individual. Provavelmente esta situação surge pelas menores competências académicas em gestão empresarial por este segmento de gestores de farmácias comunitárias, mais resistentes às rápidas mudanças do meio envolvente.

Para que sejam possíveis níveis de rendibilidade e retorno do investimento neste competitivo setor, provou-se ser fundamental o desenvolvimento de competências e habilidades em novas técnicas e uma marcada flexibilidade dos seus gestores

⁹²Fonte: file:///C:/Users/ASUS/Downloads/30Anuario_2014.pdf

7.2- Contribuição para a otimização da sustentabilidade das farmácias comunitárias portuguesas

Algumas contribuições para futuras estratégias a aplicar pelos gestores das farmácias comunitárias portuguesas são pertinentes face aos resultados da investigação, a saber:

i) A abordagem estratégica deve atender a critérios de segmentação, individualizando a comunicação com o utente mediante as suas características e necessidades.

ii) A fidelização e o relacionamento necessitam de atitudes estratégicas eficazes a aplicar pelos gestores das farmácias comunitárias portuguesas, tendo em conta os riscos que alguns grupos de utentes poderão, num futuro próximo, representar em termos de fidelidade. O tratamento do utente pelo seu nome e o perfeito conhecimento da sua medicação, são pormenores muito valorizados na construção de relacionamento e conseqüente fidelização.

iii) A valorização da partilha do negócio com os colaboradores, mostrou ser um valor acrescentado na dinâmica das farmácias comunitárias portuguesas.

iv) A valorização da partilha do negócio com o utente e a orientação fornecida na compra, o conhecimento dos utentes e dos seus hábitos de consumo e as necessidades económicas do utente (fornecimento do medicamento mais económico) deverão estar focadas no utente. Só assim se cumprirá uma estratégia baseada no que realmente é uma “proposta de valor”. É de extrema importância que a gestão das farmácias comunitárias portuguesas considere os utentes potenciais geradores de valor, não podendo ser limitados a meros instrumentos do processo transaccional.

v) As dificuldades reconhecidas pelos gestores das farmácias comunitárias portuguesas no relacionamento utente/colaborador, poderá comprometer a transmissão de “qualidade percebida”.

vi) A variável de marketing “distribuição” deverá ser tomada em conta em futuras estratégias. Os resultados do inquérito ao utente mostraram o possível aumento do relacionamento e conseqüente fidelização quando são proporcionadas alternativas de acesso ao medicamento, nomeadamente a entrega no domicílio.

vii) O gestor da farmácia comunitária tem necessidade de entender os obstáculos da satisfação e da importância do desenvolvimento e aplicação de diferentes modelos de relacionamento no utente. De igual importância, deverá considerar, desenvolver e implementar estratégias de fidelização como um compromisso de toda a organização utilizando para isso o arsenal estratégico que o marketing disponibiliza para reforçar as suas relações com os atuais utentes e criá-las para os potenciais.

viii) O marketing aplicado na farmácia comunitária deverá ser considerado como um conjunto de interações continuadas e não limitado à pura transação. O marketing deverá ser uma função generalizada nos diversos departamentos ou diversos colaboradores da farmácia comunitária, independentemente da sua função.

ix) A criação de valor para o utente é uma ferramenta preciosa a inserir em futuras estratégias, proporcionando à farmácia comunitária portuguesa condições de fornecer satisfação, obtendo assim vantagem competitiva. Para isso, a sua adaptação, como resultado de mecanismos fortes que visem o estabelecimento de boas relações, partirá no ajuste dos variados produtos e serviços a um serviço total e ajustado às rigorosas necessidades dos utentes. Assim, serão criadas condições para que os utentes sejam parte ativa em todo o processo, contribuindo para o sucesso das farmácias comunitárias portuguesas.

7.3- Limitações do estudo

No decorrer da investigação surgiram limitações que poderão ter alguma influência nas respetivas conclusões, a saber:

i) O relacionamento⁹³ entre o investigador e o inquirido poderá ter influenciado, de forma irrisória, as respostas obtidas na amostra de gestores de farmácias comunitárias portuguesas;

ii) A diferente motivação entre investigador e quem desempenhou o papel de intermediário na entrega dos questionários aos gestores das farmácias comunitárias portuguesas;

⁹³ Algumas das farmácias selecionadas fazem parte do portfólio de contactos profissionais do mestrando desde 2003.

iii) A renitência mostrada por alguns utentes, ao serem abordados, poderá ter influenciado as respostas.

iv) A dimensão da amostra foi o principal entrave para a elaboração das conclusões. Não permitiu fazer interpretações para a generalidade do setor.

v) O difícil acesso aos dados mais recentes sobre o setor farmacêutico foi uma limitação a considerar, tendo em conta o atraso das atualizações de, pelo menos, um semestre. Estas atualizações (da responsabilidade do INFARMED) comportam, em alguns casos, variações significativas referentes a dados já publicados.

7.4- Futuras linhas de investigação

Embora o trabalho desenvolvido nesta dissertação tenha atingido resultados que poderão auxiliar na mudança de mentalidades na gestão das farmácias comunitárias portuguesas, entende-se que a investigação deverá ter continuação, ampliada numa amostra mais alargada de indivíduos e critérios mais abrangentes.

Futuros estudos poderiam proceder a uma análise mais detalhada dos comportamentos estratégicos e a sua influência na satisfação das necessidades e consequente satisfação de utentes, com exigências diferentes e em constante mutação.

Analisar os resultados da influência do uso das ferramentas de marketing sugeridas nesta dissertação em futuras investigações, seria um excelente contributo continuado para o retorno da sustentabilidade das farmácias comunitárias portuguesas.

Bibliografia

Aguiar, A. G. (2009). *A gestão da farmácia - ultrapassar os novos desafios*. Hollyfar: Lisboa, p.23-35.

Almeida, R. & Pereira, J. (2014). *Marketing de serviços*. Edições silabo: Lisboa, p. 21-80.

Anderson, E., Fornell, C. & Lehmann, D. (1992). Perceived quality, customer satisfaction, market share, and profitability. *Working Paper, NQRC (National Quality Research Center)*: The University of Michigan, p. 53-66.

Anderson, J. & Narus, J. (1998). Business Market Management: Understanding Creating, and Delivering Value. *Harvard Business Review*, Nov-Dez, p. 7-16.

Ballantyne, D., & Varey, R. (2008). The service-dominant logic and the future of marketing. *Journal of the Academy of Marketing Science (JAMS)*, 36:1 p. 11-14.

Baron, S. & Harris, K. (1995). *Services marketing: text and causes*. McMillan Bussiness.

Barros, P., Martins, B. & Moura, A. (2012). “Evolução do setor das farmácias-revisitar o estudo” A situação concorrencial no setor das farmácias”. São Paulo, Cengage learning.

Bastos, J & Gallego, P. (2008). Pharmacies costumer satisfaction and loyalty-aframework analisys”, *Documentos de trabalho Nuevas tendencia sem direccion de empresas, Universidades de Valladolid, Burgos y Salamanca*, nº 2008-01.

Blessa, R., (2008). *Merchandising pharma: A farmácia do futuro*. Cengage Learning: São Paulo, p. 48.

Bobo, E. (2005). *Marketing farma: A farmácia do futuro*. São Paulo, Cengage learning.

Borden, N. H. (1964). The concept of the marketing mix. *Journal of advertising research*.

Cota, B. & Rebelo, C. (2011). *O poder do marketing na decisão*. Bnomics. Lisboa.
Carrera, F. (2013). *Marketing digital na versão 2.0; O que não pode ignorar*. Edições silabo: Lisboa, p.47-50.

Cavaco, A., Dias, J. & Bates, I. (2005). Consumer perceptions of community pharmacy in Portugal. A quantitative exploratory study. *Pharmacy world & science*, Vol. 27, p. 54-60.

Chaffey, D., Mayer, R. Johnston, K. & Ellis-Chadwick F. (2003). *Internet Marketing: Strategy, Implementation and Practice*. 2ª Ed. Prentice Hall, p. 484.

Churchill JR. & Peter, J. (2000). "*Marketing: criando valor para os clientes*". São Paulo: Saraiva, p. 22-23.

Cronin, J. & Taylor A. (1992). Measuring service quality: a reexamination and extension. *Journal of Marketing*. Nº 56, p. 55-68.

Duarte, A.; Nuns, F. e Martins, L. (2007). "Responsabilidade Social no sector das Farmácias em Portugal", *GEST_IN/ISCTE, Estudos e Pareceres da Ordem dos Farmacêuticos*.

Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da conceção à realização*. 2ª ed. Loures: Lusociência, p. 36-37;377.

Fox, j. (2007). *Para ser um génio do Marketing*. Lisboa, editorial presença.

Frias, D. (2007). *Marketing Farmacêutico*. Pirâmide: Madrid, p.214.

Genéricos oferecem um ano inteiro de medicamentos a doentes e contribuintes (2015) *Revista farmácia Portuguesa*, nº 209.

Greenrooms, C. (1984). A service quality model and its marketing implications. *European journal of marketing*. v. 18, nº 4, p.36-84.

Greenrooms, C. (1990) *Service management and marketing: managing the moments of truth in service competition*. Lexington: Lexington Books.

Greenrooms C. (1994). From marketing mix to relationship marketing: Towards a paradigm shift in marketing. *Management decisions*, 32, p.4-20.

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

Greenrooms C. (2004). *Marketing, gerenciamento e serviços*. Rio de Janeiro: Campus., 2ª edição. p. 90-260.

Grönroos, C. (2006). Adopting a service logic for marketing. *Marketing Theory*, Vol. 6 , first Setember, p.317-454.

Gummesson, E. (2005). *Marketing de relacionamento total: gerenciamento de marketing, estratégias de relacionamento e abordagem de CRM para a economia de rede*. Bookman: Porto Alegre.

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

Hill, T. P. (1999). Tangibles, intangibles and services: a. new taxonomy for the classification of output. *Canadian Journal of Economics*. Vol. 32, nº 2, p. 426-46.

Hortinha, J. (2001). *E-Marketing um guia para a nova economia*. 1ª Edição, Edições Silabo.

Klusasek, K. (2004). Technology Foresight in the Czech Republic. *International Journal of Foresight and Innovation Policy*, 2(1), p. 84–103.

Kotler, P. & Keller, K. (2006). *Administração de Marketing*. (12. ed). São Paulo: Pearson Prentice Hall.

Kotler, P. & Armstrong, G. (1998). *Princípios de marketing*, (7º ed). Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora SA.

Kotler, P. & Armstrong, G. (2007). *Princípios de Marketing*. São Paulo: Pearson.

Kotler, P. (2004). *Os 10 pecados mortais do marketing*. Campus, S. Paulo.

Kotler, P. Kartajaya, H. & Setwar, I., (2010) *Marketing 3.0*. Lisboa: Actual Editora. p. 171-81.

Kotler, P., (2000). “*Administração de Marketing*”, 10ª Edição. São Paulo: Pearson Prentice Hall, p. 400-60.

Lambin, J. (2000). *Marketing estratégico*. 3ª Edição: Lisboa: McGraw-Hill, p.236-47.

Lancaster, G., G & Reynolds, P. (1999). Introduction to Marketing: A step-by-step Guide to All the Tools of Marketing, *Kogan page*, London, p. 5.

Las Casas, A. (2002). *Marketing de serviços*. (3º Ed), ATLAS: S. Paulo, p. 37.

Las Casas, A. (2006). *Administração de marketing: conceitos, planeamento e aplicações à realidade brasileira*. São Paulo: Atlas.

Levitt, T. (1960). Marketing Myopia, *Harvard Business Review*, v. 38 (Julho - Agosto), n. 4 p. 26-44.

Levitt, T. (1969). *The Marketing Mode: Pathways to Corporate Growth*. McGraw-Hill: NY, p. 286.

Levitt, T. (1981), Marketing Intangible products and products Intangibles. *Harvard Business Review*, 59, p. 94-102.

Lovelock, C. & Wirtz J. (2007). *Services marketing. People, technology, strategy*, Pearson Prentice Hall, P. 154-76.

Lovelock, C. & Wirtz J. (2011). *Services Marketing: People, Technology, Strategy*. (Global Edition). Pearson: New Jersey, p. 37-60.

Madrugo (2014). Gestão da farmácia comunitária em tempo de crise. *Tese para obtenção do grau de mestre em Ciências Farmacêuticas*, Pag.42-44.

Malhotra, N., (2001). *Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada*, 3ª edição. Porto Alegre, Bookman.

Malhotra, N., (2009). *Introdução à Pesquisa de Marketing*. Prentice Hall: São Paulo.

Marconi, M. & Lakatos, E. M. (2006). *Metodologia científica*. 4ª ed. São Paulo: Atlas, p. 189.

Maroco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. 5.ª Edição. Edições Report Number.

Massi. V., (2006). Sistemas de marketing e de vendas. *Guia da farmácia*, p.96-99.

McDonald, M. (2004). *Planos de marketing: como criar e implementar planos eficazes*. Rio de Janeiro: Elsevier, p 94.

McDonald, M. (2007). *Marketing Plans*. (6ªEd.), Butterworth - Heinemann.

Memorando de entendimento sobre as condicionantes específicas na vida económica”. *Memorando da Troika- Portugal*. Maio de 2011, p. 3.

Morgan, R., Hunt, S. (1994). The Commitment trust theory of relationship marketing. *Journal of marketing*, 58 (3), p 20-38.

Oliver, R.L. (1997). *Satisfaction: a behavioral perspective on the consumer*. Irwin / McGraw-Hill: NY. p. 96-100.

Olivier, R. L. (1980). cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *Journal of Marketing Research*, vol.17, p. 460-469.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. & Berry L. (1985). A conceptual model of service quality and its implication for future research. *Journal of Marketing*, Vol. 49, nº 4, p.41 - 50.

Parasuraman, A, Zeithaml, V. & Berry, L. (1988). SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of services quality. *Journal of Retailing*, Vol. 64 No. 1, p. 12-40.

Pereira, J. (2013). O Marketing de serviços em Portugal – A orientação para o cliente e a noção de serviço na cultura organizacional das PME. *Tese de Doutoramento no ramo de Gestão, especialidade de Marketing*. Universidade Aberta.

Piercy, N. & Giles; W. (1989). Making SWOT Analysis Work. *Marketing Intelligence & Planning*, 7(5), p. 5–7.

Pita, R. (2000). *História da Farmácia*, Minerva, Coimbra.

Polít, D., Beck, T. & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed, p. 46.

Porter, M. (1986). *Estratégia competitiva: técnica para análise de indústrias e da concorrência*. Rio de Janeiro: Ed. Campos p 89.

Rathmell J. (1966). What Is Meant by Services? *Journal of Marketing*, p. 32-37.

Schnaars, S. (1998). *Marketing strategy: customers and competition*. 2nd Edition. New York: Free Press, p. 63-64.

Sekaran, U. (2003). *Research methods for business*. (4rd ed). USA: John Wiley & Sons, Inc.

Sekaran, U. & Bougie, R. (2010). *Research Methods for Business: a Skill Building Approach*. 5th edition, Chirchester (UK): John Wiley & Sons Ltd.

Simoens, S. (2009), The Portuguese generic medicines market: A policy analysis. *Pharmacy Practice*, vol. 7, nº 2, p. 74-80.

Stoner, J. & Freeman, R. (1982). *Administração*. LTC: Rio de Janeiro, p. 45-67.

Toledo, L., Prado, K. Perrotta & Petragli, J. (2007). *O plano de marketing: um estudo discursivo*. *Comport. Organ. Gest.*, vol.13, n.2, p. 285-300.

Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2004). Evolving to a new dominant logic for Marketing. *Journal of Marketing*, 68 (1), Vol. 30, p.1-17.

Vargo, S. L. & Lusch, R.F (2008). Why Service? *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 36, N.º 1, p.1-10.

Vaz, A. C. (2012). *Os 8 P's do marketing digital*. Lisboa: Texto editora, p. 187-211.
Veludo-de-Oliveira, T.M. & Ikeda, A.A. (2005). O conceito de valor para o cliente: definições e implicações gerenciais em marketing. *Revista Eletrónica de Gestão Organizacional*, v.3, nº 1, p -39-52.

Webster, J. (1991). *Industrial marketing strategy*. 3rd Edition. New York: Jonh Wiley & Sons, p 97-123.

Zeithaml, V.A. (1988). Consumer perceptions of price, quality and value: a means-end model of synthesis of evidence. *Journal of Marketing*, v. 52, nº 3, p. 2 – 22.

Zeithaml, V. A., Berry, L., Parasuraman, A., (1988). A communication and control processes in the delivery of service quality. *Journal of Marketing*, v.52, nº 2. p. 35 - 48.

Zeithaml, V. A., Berry, L., Parasuraman, A. (1992). Advances in service marketing and management: Strategic positioning on the dimensions of service quality. Vol 1; *Jai PressInc*. Londres, p. 201-205.

Netgrafia

Archeevo. Decreto lei nº 23442, disponível no site:
<http://www.cdf.pt/archeevo/details?id=1001451> [acedido em 7 de abril de 2015].

Archeevo. Decreto-lei 17636, disponível no site:
<http://www.cdf.pt/archeevo/details?id=1001566>. [acedido em 7 de abril de 2015].

Bastos, J. &Gallego, P. (2008) Pharmacies Customer Satisfaction and Loyalty-A Framework Analysis. *Documento de trabalho 01/08 do Departamento de deadmnistracion y Economia de la Empresa*, Universidad de Salamanca, disponível no site:
http://campus.usal.es/~empresa/09_master/pdf/01_08.pdf [acedido em 7 de abril de 2015].

Boletim económico do Banco de Portugal, maio de 2105, disponível no site:
https://www.bportugal.pt/ptPT/EstudosEconomicos/Publicacoes/BoletimEconomico/Publicacoes/bol_econ_maio2015_p.pdf [acedido em 7 de abril de 2015].

Facebook, o centro da atividade online, disponível no site:
<https://facestore.pt/estatisticas-facebook.php> [acedido em 7 de abril de 2015].

Faria, C. (2009). *A qualidade no serviço farmacêutico: Desenvolvimento do instrumento PHARMPERF*, Dissertação de mestrado em Gestão Comercial na Faculdade de Economia do Porto, disponível no site:
<http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/56100/2/Tese%Mestrado%20Carla%Faria.pdf> [acedido a 12de abril de 2015].

Farmácias aderentes a vendas online em 2015 disponível no site:
http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LICENCIAMENTO_DE_ENTIDADES/FARMACIAS/SERVICOS_AOS_UTENTES/DISPENSA_DOMICILIO_INTERNET/Tabela_Site_Farm_Locais_Venda_MNSRM_12_10_2015.pdf [acedido a 7 de abril de 2015].

Fernandes (2012). Estudo sobre a satisfação dos utentes com os serviços de Farmácia Comunitária Experiência Profissionalizante na Vertente de Farmácia Comunitária e Investigação; *Relatório de Estágio para obtenção do Grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas* disponível no site:
<file:///C:/Users/Asus/Downloads/relatriomartafernand.pdf> [acedido a 7 de abril de 2015].

Análise mensal do medicamento disponível no site:
http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO/ANALISE_MENSAL_MERCADO/MEDICAMENTOS_AMBULATORIO_2/2015/Relat%F3rio_Ambulat%F3rio_Set15.pdf [acedido a 27 de abril de 2015].

Análise de mercado em Novembro 2014 disponível no site:

http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO/ANÁLISE_MENSAL_MERCADO/Relat%F3rio_Ambulatório%F3rio_Nov14.pdf [acedido em 11 de dezembro de 2015].

Declaração de Pita de Barros disponível no site:

<http://www.netfarma.pt/noticia/pita-barros-farmacias-modelo-de-negocio-anf> [acedido em 8 de junho de 2015].

Legislação sobre farmácias disponível no site:

<http://www.primopraxis.pt/legislacao> [acedido 24 de junho de 2015].

Venda exclusiva em farmácias disponível no site:

<http://www.netfarma.pt/noticia/infarmed-mnsrm-venda-exclusiva-em-farmacias-llista-farmacia> [acedio em 23 de fevereiro de 2016].

Mercado farmacêutico em numeros consultado no site:

https://www.apifarma.pt/publicacoes/ifnumeros/Documents/IFemN%C3%BAmeros_2010.pdf, [acedido em 24 de junho de 2015].

Mercado farmacêutico em números disponível no site:

https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPÍTULO_V/083-H1_Port_1016-A_2008_5ALT.pdf [acedido em 26 de abril de 2015].

Legislação farmacêutica compilada disponível no site:

https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPÍTULO_V/083-G_DL_65_2007_3ALT.pdf [acedido em 7 de setembro de 2015].

James, A., James, N. & Wouter, R., (2006). Customer Value Proposition in Business Market, *Harvard Business Review*, Mar 2006, p. 3, disponível no site:

<https://hbr.org/2006/03/customer-value-propositions-in-business-markets> [acedido em 7 de setembro de 2015].

Juran, J. (1989). On leadership for quality. *New York: Free Press*, p.28 disponível no site:

http://www.homeworkmarket.com/sites/default/files/q5/25/10/all_case_pack.pdf#page=7 [acedido em 7 de setembro de 2015].

Lima, S. S. (2011). Sistema de notificação de eventos adversos: Contributo para a melhoria da segurança do doente (Dissertação de mestrado, Universidade Nova de Lisboa) disponível no site:

<http://run.unl.pt/bitstream/10362/9417/1/RUN%20%20Tese%20de%20Mestrado%20-%20Sara%20Lima.pdf> [acedido em 7 de setembro de 2015].

Mendes (2012). ESTUDO DOS MECANISMOS DE PROXIMIDADE NA RELAÇÃO ENTRE A FARMÁCIA E O UTENTE; Dissertação de mestrado da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, disponível no site:

<http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/3262/Tese%20MICF%202012%20In%C3%AAs%20Mendes.pdf?sequence=1> [acedido em 7 de setembro de 2015].

Miguel, P. & Salomi, G. (2004). Uma revisão dos modelos para medição da qualidade em serviços, *Revista produção*, v. 4, nº 1, p. 14 disponível no site:

<http://www.scielo.br/pdf/prod/v14n1/v14n1a03.pdf> [acedido em 23 de setembro de 2015].

Monitorização mensal do consumo de medicamentos no ambulatório do SNS
Moreira, A. (2003). Marketing em linha. Disponível no site:

http://www2.ua.pt/cursos/files/EMP/ACM_Marketing03.pdf [acedido em 11 de dezembro de 2015].

New School of Business and Economics, p.31, disponível no site:

<https://momentoseconomicos.files.wordpress.com/2012/07/margensfarmc3a1cias2012.pdf> [acedido em 7 de abril de 2015].

Palma-dos-Reis & Miranda, Teodónio (2002). E-mix – The E-business Marketing Mix; Proceedings- Annual Meeting of the Decision Sciences Institute, disponível no site:

<https://www.authenticus.pt/en/publications/view/242483> [acedido em 11 de dezembro de 2015].

Pita R. (2010). A farmácia e o medicamento em Portugal nos últimos 25 anos, disponível no site:

http://www.europe-direct-aveiro.aeva.ru/debatereuropa/images/n2-3/jrp.pdf11_de_dezembro_de_2015. [acedido em 4 de Novembro de 2016].

Previsões para 2017 disponível no site:

http://comunidade.jn.pt/PaginaInicial/Nacional/Interior.aspx?content_id=5501397&page=-1 [acedido em 4 de Novembro de 2016].

Projeções para a economia portuguesa, Banco de Portugal, disponível no site:

https://www.bportugal.pt/ptPT/EstudosEconomicos/Projecoeseconomicas/Publicacoes/projecoes_pt.pdf [acedido em 11 de fevereiro de 2016].

Publicidade nos MNSRM e MSRM, disponível no site:

http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/PUBLICIDADE_MEDICAMENTOS_USO_HUMANO [acedido em 11 de fevereiro de 2016].

Regimento do Físico-mor do Reino, disponível no site:

<http://www.cdf.pt/archeevo/details?id=1001828> [acedido em 11 de dezembro de 2015].

Shaw. C. (2007). The DNA of customer experience- How emotions drive value. *PalgraveMcMillan* p.1-14, disponível no site:

<http://openarchive.cbs.dk/bitstream/handle/10398/8986/QMODICQSS%202014%20OCEM%20and%20business%20performance.pdf?sequence=1> [acedido em 11 de fevereiro de 2016].

Sites autorizados para venda de medicamentos online em 2010 disponível no site:

http://www.in.pt/paginainicial/nacional/interior.aspx?content_id=1476242 [acedido em 23 de fevereiro de 2016].

Tatum (2008). Los produtos OTC, una gran oportunidade para las farmácias españolas, *Tatum*, Madrid. Disponível no site:

http://www.anefp.es/XXX_aniversario/Notas_Prensa/NP_Jornadas_anefp-Tatum.pdf[23 de fevereiro de 2016].

Vendas de medicamentos não sujeitos a receita médica fora das farmácias disponível no site:

http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO/ANÁLISE_MENSAL_MERCADO/VENDAS_MNSRM [acedido em 23 de fevereiro de 2016].

Anexo I – Inquérito ao gestor de farmácia

Exmo. Sr. (a), Dr. (a))

No âmbito da dissertação de mestrado em Gestão / MBA da Universidade Aberta sob o tema “**A farmácia comunitária Portuguesa – O paradigma do marketing na satisfação e fidelização dos utentes**”, solicito a sua colaboração na resposta deste inquérito.

Será garantida a confidencialidade dos dados, assim como a não identificação de nomes de participantes e empresas.

1- Características do gestor

(Assinale com “X” no quadrado a opção ou opções escolhidas)

1.1- Idade

- | | |
|---------|--------------------------|
| <30 | <input type="checkbox"/> |
| 31 a 40 | <input type="checkbox"/> |
| 41 a 50 | <input type="checkbox"/> |
| > 51 | <input type="checkbox"/> |

1.2- Formação académica:

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| Ciências farmacêuticas | <input type="checkbox"/> |
| Gestão de empresas | <input type="checkbox"/> |
| Gestão de marketing | <input type="checkbox"/> |
| MBA | <input type="checkbox"/> |
| Outras | <input type="checkbox"/> |

qual? _____

2- Liderança

2.1- Enumere por ordem crescente de importância (de 1 a 7) as seguintes afirmações.

- O utente é a principal base do meu negócio.
- O utente é uma das fontes de lucro.
- O relacionamento utente/colaborador é muito difícil.
- O utente e o técnico/farmacêutico complementam-se no negócio.
- O técnico/farmacêutico tem obrigação de “orientar” o utente na compra.
- A missão do técnico/farmacêutico é contribuir para o sucesso do negócio mediante a minha orientação.
- O colaborador da farmácia é a principal ferramenta de sucesso do negócio.

3- Atitude perante o utente

Assinale no quadrado a opção ou opções escolhidas

em que:

S= Sim

N= Não.

- 3.1- Pergunto ao utente se ficou satisfeito com o atendimento Sim
- Não
- 3.2- São disponibilizados aos nossos colaboradores os recursos para um excelente atendimento. Sim
- Não

4- Escolha uma opção e marque com um “X”, em que

A= Concordo muito;

B= Concordo;

C= Nunca pensei nisso;

D= Discordo;

E= Discordo muito.

4.1 - O meu utente é soberano e centro tudo na sua satisfação.

- A
- B
- C
- D
- E

4.2 - O utente tem sempre razão.

- A
- B
- C
- D
- E

5- Segmentação

Escolha uma opção e marque com um “X”, em que

A= Concordo muito;

B= Concordo;

C= Nunca pensei nisso;

D= Discordo;

E= Discordo muito.

5.1- Os utentes são tratados de igual forma.

- A
- B
- C
- D
- E

5.2- Não se deve abrir exceções para utentes demasiado exigentes.

- A
- B
- C
- D
- E

6- Partilha e delegação de responsabilidades

Assinale no quadrado a opção ou opções escolhidas em que:

S= Sim

N= Não.

6.1- Comunico frequentemente a missão e os valores da farmácia aos meus colaboradores.

Sim

Não

6.2- Partilho com os meus colaboradores todas as situações relacionadas com o atendimento ao utente, assim como a receção e resolução de reclamações.

Sim

Não

Escolha uma opção e marque com um “X”, em que

A= Concordo muito;

B= Concordo;

C= Nunca pensei nisso;

D= Discordo;

E= Discordo muito.

6.3- Qualquer colaborador, independentemente da sua categoria, é responsável pela opinião que o utente tem sobre a farmácia.

A

B

C

D

E

7- Formação

Responda a uma e só uma das hipóteses em que:

S= Sim

N= Não.

7.1- Os colaboradores têm frequentemente ações de formação em atendimento e/outras áreas relacionadas com o utente.

Sim

Não

7.2- Os colaboradores melhoram a sua performance após a formação disponibilizada

Sim

Não

8- Resolução de erros e falhas

Assinale no quadrado a opção ou opções escolhidas em que:

S= Sim

N= Não.

8.1- O utente tem resposta rápida à sua queixa, independentemente da sua gravidade ou importância

Sim

Não

8.2- O utente que se queixa da minha farmácia tem oportunidade de falar comigo.

Sim

Não

8.3- Uso as queixas dos utentes para descobrir as suas necessidades e formas de atingir maior satisfação

Sim

Não

8.4- Os colaboradores têm ordem para registar todas as queixas feitas pelo utente.

Sim

Não

8.5- Tenho conhecimento das todas as queixas do utente

Sim

Não

9- Tecnologia de informação

Assinale no quadrado a opção ou opções escolhidas em que:

S= Sim

N= Não.

9.1- Tenho página no facebook e disponibilizo informação ao utente

Sim

Não

9.2- Tenho um sistema de vendas online

Sim

Não

9.3- Tenho o registo de todos os utentes, medicação e dados pessoais

Sim

Não

9.4- Uso o potencial dos SMARTPHONE para divulgar a minha
farmácia.

Sim

Não

9.5- Comunico com os meus utentes por email

Sim

Não

Comunicação interna/externa

10.1- Responda a uma e só uma das hipóteses em que

S= Sim

N= Não.

Tenho um sistema de entregas ao domicílio

Sim

Não

10.2- Escolha uma opção e marque com um “X”, em que

A= Concordo muito;

B= Concordo;

C= Nunca pensei nisso;

D= Discordo;

E= Discordo muito.

Os colaboradores têm conhecimento de todas as queixas que são feitas e são responsáveis pela sua resolução!

- A
- B
- C
- D
- E

Obrigado pela colaboração

Paulo Saavedra

Anexo II – Inquérito ao utente de farmácia

No âmbito da dissertação de mestrado em Gestão / MBA da Universidade Aberta sob o tema “**A farmácia comunitária Portuguesa – O paradigma do marketing na satisfação e fidelização dos utentes**”, solicito a sua colaboração nas respostas a este inquérito. Será garantida a confidencialidade dos dados pessoais.

1- Idade

- | | |
|---------|--------------------------|
| 31 a 40 | <input type="checkbox"/> |
| 41 a 50 | <input type="checkbox"/> |
| 51 a 70 | <input type="checkbox"/> |
| >70 | <input type="checkbox"/> |

2- Habilitações literárias

- | | |
|--------------------|--------------------------|
| Não sei ler | <input type="checkbox"/> |
| 4º Classe | <input type="checkbox"/> |
| Ensino Básico | <input type="checkbox"/> |
| Ensino obrigatório | <input type="checkbox"/> |
| Licenciatura | <input type="checkbox"/> |
| Mestrado | <input type="checkbox"/> |
| Doutoramento | <input type="checkbox"/> |

3- Relacionamento

3.1- Tratam-me pelo nome durante o atendimento na farmácia

- | | |
|-----|--------------------------|
| Sim | <input type="checkbox"/> |
| Não | <input type="checkbox"/> |

3.2- O Farmacêutico conhece a minha medicação

- | | |
|-----|--------------------------|
| Sim | <input type="checkbox"/> |
| Não | <input type="checkbox"/> |

4- Preço dos medicamentos
Vendem-me sempre o mais barato

Sim
Não

5- Fidelização à farmácia
Quando preciso de ir a uma farmácia (responda somente a uma opção)

Vou à mesma de sempre, nunca a troco
Troco por vezes de farmácia
Não tenho farmácia certa
Troco frequentemente de farmácia
Nunca vou à mesma farmácia

6- Acesso à compra
Compro os medicamentos: (pode escolher mais do que uma opção)

- Através da farmácia
- Através da internet no computador
- Através da internet pelo smarphone
- Levam-me a casa
- Peço a alguém (familiares ou vizinhos)

Muito obrigado pela colaboração

Paulo Saavedra

Anexo III- O instrumento SERVQUAL

| Item | Expetativas (E) | Desempenho (D) |
|--------------------------|---|---|
| Aspetos tangíveis | <p>1- Eles deveriam ter equipamentos modernos;</p> <p>2- Os colaboradores deveriam ter uma apresentação mais cuidada;</p> <p>3- As instalações deveriam estar adaptadas ao serviço que oferecem.</p> | <p>-X tem equipamentos modernos;</p> <p>-Os colaboradores de X têm uma apresentação cuidada;</p> <p>-As instalações de X estão bem-adaptadas ao serviço que oferecem.</p> |
| Fiabilidade | <p>4- Promessas da empresa deveriam ser cumpridas.</p> <p>5- Em caso de aparecimento de um problema, as empresas deveriam ser solidárias e deixar o cliente seguro.</p> <p>6- Esta empresa deveria ser de confiança.</p> <p>7- Esta empresa deveria cumprir prazos de entrega do serviço.</p> <p>8- Os pedidos não são atendidos de imediato. É normal que estejam ocupados.</p> <p>9- A empresa deveria manter os seus registos atualizados e de fora correta.</p> | <p>- As promessas são sempre cumpridas atempadamente.</p> <p>-O cliente fica seguro em caso de algum problema surgir, porque a empresa é solidária com ele.</p> <p>- Esta empresa é de confiança.</p> <p>-Esta empresa cumpre os prazos de entrega dos serviços.</p> <p>- O serviço é disponibilizado atempadamente.</p> <p>-A empresa tem os seus registos a funcionar de forma correta.</p> |
| Prestreza | <p>10- Quando os serviços são executados não se espera que o cliente seja avisado.</p> <p>11- Não é razoável esperar disponibilidade imediata por parte dos colaboradores.</p> <p>12- Os colaboradores não têm que estar sempre disponíveis para ajudar os clientes.</p> <p>13- É normal que os colaboradores da empresa estejam sempre demasiadamente ocupados para responder prontamente aos pedidos.</p> | <p>- O cliente não é avisado quando o serviço é executado.</p> <p>- O cliente não recebe atendimento imediato dos colaboradores da empresa.</p> <p>- Os colaboradores da empresa não estão sempre disponíveis para ajudar o cliente.</p> <p>-Os empregados da empresa estão sempre prontos para responder aos pedidos dos clientes.</p> |
| Segurança | <p>14- Os clientes deveriam acreditar nos colaboradores da empresa.</p> <p>15- Os clientes dever-se-iam sentir seguros ao negociar com os colaboradores desta empresa.</p> <p>16- Os empregados desta empresa deveriam ser educados.</p> <p>17- Os empregados deveriam obter desta empresa suporte adequado para cumprir as suas funções.</p> | <p>- Pode acreditar nos colaboradores da empresa.</p> <p>- Você sente-se seguro ao negociar com esta empresa.</p> <p>- Os empregados desta empresa são educados.</p> <p>- Os empregados não obtêm da empresa o suporte adequado ao seu cumprimento de funções.</p> |
| Empatia | <p>18- Não é espectável que as empresas dessem atenção ao cliente.</p> <p>19- Não se pode esperar que os colaboradores deem atenção personalizada aos clientes.</p> <p>20- É absurdo pensar que os colaboradores das empresas conheçam, as necessidades dos clientes.</p> <p>21- É absurdo pensar que as empresas tenham como objetivo os interesses dos seus clientes.</p> <p>22- Não deveria ser espectável que o horário do funcionamento da empresa fosse da conveniência de todos os clientes.</p> | <p>- As empresas não lhe dão, a si, atenção individualizada.</p> <p>- Os empregados da empresa não dão atenção individualizada.</p> <p>- Os colaboradores da empresa não conhecem as suas necessidades.</p> <p>-Os colaboradores desta empresa não têm como objetivo os seus interesses.</p> <p>-Esta empresa não tem os horários da conveniência de todos os clientes.</p> |

discordo muito

concordo muito

1

2

3

4

5

6

7

Fonte: Adaptado pelo autor de Parassuramanet *al.* 1988.

Anexo IV - Questionário aplicado a serviços

| QUESTÃO |
|--|
| Na maioria dos casos, a interação vendedor-cliente é mais importante que as atividades de marketing tradicional. |
| A imagem corporativa é formada em grande parte pelo contacto pessoal que o resultado das atividades de marketing |
| As atividades de marketing tradicionais têm uma pequena importância comparadas com a imagem corporativa que os clientes têm no momento. |
| A comunicação tem um impacto mais relevante nos potenciais cliente que as atividades de marketing tradicional. |
| A forma como o atendimento é conduzido aos clientes poderá influenciar o impacto no cliente em caso de surgir um problema técnico temporário. |
| A forma como o atendimento, virado para o cliente e conscientes do seu serviço, é conduzido aos clientes poderá influenciar o impacto no cliente em caso de surgir um problema de baixo nível de qualidade |

Fonte: Adaptado de Grönroos 1984.

Anexo V- Determinantes da qualidade

| | |
|---|--|
| CONFIABILIDADE | Engloba desempenho consistente, confiabilidade e compromissos honrados em preços, registos e <i>timing</i> previsto para realização dos serviços |
| PRESTREZA | Habilidades dos colaboradores na sua presteza e desejo em desenvolver de forma eficaz os serviços, seja em contactos, pagamentos ou na própria realização dos serviços. |
| COMPETÊNCIA | Competências e habilidades necessárias para a realização eficaz do serviço no atendimento, no apoio operacional e na capacidade de prospecção e pesquisa da empresa. |
| ACESSIBILIDADE | Facilidade de comunicação. Acessibilidade do serviço, tempos de espera e horários convenientes. |
| CORTESIA | Atendimento educado, com respeito, amável e consideração para com o cliente. |
| COMUNICAÇÃO | Informação para os clientes eficaz, em linguagem ajustada ao cliente (mediante as diversas segmentações que poderão existir numa única empresa). Clareza na oferta, nos preços, promoções e serviço pós-venda. |
| CREDIBILIDADE | Honestidade considerada, assim como compromisso no atendimento dos interesses e objetivos dos clientes. Defesa do nome, marca e reputação da empresa. Considerada igualmente as características do pessoal de atendimento e o nível de interação proporcionado durante o contacto. |
| SEGURANÇA | Segurança física e financeira assegurada, assim como confidencialidade. |
| COMPREENSÃO/ CONHECIMENTO DO CLIENTE | Individualizar o contacto no sentido de garantir a compreensão e satisfação das necessidades dos clientes. Reconhecimento dos clientes frequentes e de maior rendibilidade, visando um tratamento personalizado. |
| ASPETOS TANGÍVEIS | Inclusão de evidências físicas, tais como as instalações agradáveis e acessíveis, assim como equipamentos utilizados no serviço (equipamentos, cartões, tipo de papel, faturas etc...) e aspeto dos colaboradores. |

Fonte: Adaptado de Parasuraman et. al, 1988

Anexo VI - Tabelas de frequências

1- Tabela de frequências: Idade

| | Frequência | Porcentagem |
|-----------------|------------|-------------|
| De 31 a 40 anos | 4 | 5,0 |
| De 41 a 50 anos | 11 | 13,8 |
| De 51 a 70 anos | 24 | 30,0 |
| Mais de 70 anos | 41 | 51,3 |
| Total | 80 | 100,0 |

2- Tabela de frequências: Habilitações literárias

| | Frequência | Porcentagem |
|--------------------|------------|-------------|
| Não sei ler | 9 | 11,3 |
| 4ª Classe | 25 | 31,3 |
| Ensino básico | 21 | 26,3 |
| Ensino obrigatório | 12 | 15,0 |
| Licenciatura | 10 | 12,5 |
| Mestrado | 2 | 2,5 |
| Doutoramento | 1 | 1,3 |
| Total | 80 | 100,0 |

3- Tabela de frequências: tratam-me pelo nome

| | Frequência | Porcentagem |
|-------|------------|-------------|
| Sim | 43 | 53,8 |
| Não | 37 | 46,3 |
| Total | 80 | 100,0 |

4- Tabela de frequências: O farmacêutico conhece a minha medicação

| | Frequência | Porcentagem |
|-------|------------|-------------|
| Sim | 30 | 37,5 |
| Não | 50 | 62,5 |
| Total | 80 | 100,0 |

5- Tabela de frequências: vendem-me sempre o mais barato

| | Frequência | Porcentagem |
|-------|------------|-------------|
| sim | 24 | 30,0 |
| não | 56 | 70,0 |
| Total | 80 | 100,0 |

6- Tabela de frequências: quando preciso ir a farmácia

| | Frequência | Porcentagem |
|--|------------|-------------|
| Nunca a troco, esta é a minha farmácia | 31 | 38,8 |
| Troco por vezes | 35 | 43,8 |
| Não tenho farmácia certa | 7 | 8,8 |
| Troco frequentemente | 4 | 5,0 |
| Nunca vou à mesma | 3 | 3,8 |
| Total | 80 | 100,0 |

7- Tabela de frequências: compro os medicamentos

| | Frequência | Porcentagem |
|--|------------|-------------|
| Através da farmácia | 43 | 53,8 |
| Vou à farmácia e/ou peço a alguém (familiares ou amigos) | 19 | 23,8 |
| Vou à farmácia, levam-me a casa ou peço a alguém | 13 | 16,3 |
| Vou à farmácia e levam-me a casa | 5 | 6,3 |
| Total | 80 | 100,0 |

8- Tabela de frequências: Fidelização

| | Frequência | Porcentagem |
|---------------------|------------|-------------|
| Fidelização total | 31 | 38,8 |
| Fidelização parcial | 35 | 43,8 |
| Não fidelização | 14 | 17,5 |
| Total | 80 | 100,0 |

9- Tabela de frequências: Idade

| | Frequência | Porcentagem |
|-----------------|------------|-------------|
| De 31 a 50 anos | 15 | 18,8 |
| De 51 a 70 anos | 24 | 30,0 |
| Mais de 70 anos | 41 | 51,3 |
| Total | 80 | 100,0 |

10-Tabela de frequências: Relação entre Fidelização e a Idade

| | | Fidelização | | |
|-----------------|-----------|-------------------|---------------------|-----------------|
| | | Fidelização total | Fidelização parcial | Não fidelização |
| De 31 a 50 anos | N | 0 | 5 | 10 |
| | % naidade | ,0% | 33,3% | 66,7% |
| De 51 a 70 anos | N | 3 | 19 | 2 |
| | % naidade | 12,5% | 79,2% | 8,3% |
| Mais de 70 anos | N | 28 | 11 | 2 |
| | % naidade | 68,3% | 26,8% | 4,9% |

11-Tabela de frequências: Habilitações literárias

| | Frequência | Porcentagem |
|--------------------|------------|-------------|
| Não sei ler | 9 | 11,3 |
| 4ª Classe | 25 | 31,3 |
| Ensino básico | 21 | 26,3 |
| Ensino obrigatório | 12 | 15,0 |
| Ensino superior | 13 | 16,3 |
| Total | 80 | 100,0 |

12-Tabela de frequências: Relação entre Fidelização e as Habilitações literárias

| | | Fidelização | | |
|--------------------|-------------------|-------------------|---------------------|-----------------|
| | | Fidelização total | Fidelização parcial | Não fidelização |
| Não sei ler | N | 9 | 0 | 0 |
| | % nasHabilitações | 100,0% | ,0% | ,0% |
| 4ª Classe | N | 12 | 10 | 3 |
| | % nasHabilitações | 48,0% | 40,0% | 12,0% |
| Ensino básico | N | 9 | 11 | 1 |
| | % nasHabilitações | 42,9% | 52,4% | 4,8% |
| Ensino obrigatório | N | 0 | 11 | 1 |
| | % nasHabilitações | ,0% | 91,7% | 8,3% |
| Ensino superior | N | 1 | 3 | 9 |
| | % nasHabilitações | 7,7% | 23,1% | 69,2% |

13-Tabela de frequências: Relação entre Fidelização e “Tratam-me pelo nome”

| Tratam-me pelo nome | | Fidelização | | |
|---------------------|------------|-------------------|---------------------|-----------------|
| | | Fidelização total | Fidelização parcial | Não fidelização |
| Sim | N | 29 | 13 | 1 |
| | % no grupo | 67,4% | 30,2% | 2,3% |
| Não | N | 2 | 22 | 13 |
| | % no grupo | 5,4% | 59,5% | 35,1% |

**14-Tabela de frequências: Relação entre Fidelização e
“O farmacêutico conhece a minha medicação”**

| O farmacêutico conhece a minha medicação | | Fidelização | | |
|---|------------|-------------------|---------------------|-----------------|
| | | Fidelização total | Fidelização parcial | Não fidelização |
| Sim | N | 22 | 8 | 0 |
| | % no grupo | 73,3% | 26,7% | ,0% |
| Não | N | 9 | 27 | 14 |
| | % no grupo | 18,0% | 54,0% | 28,0% |

**15-Tabela de frequências: Relação entre Fidelização
e “Vendem-me sempre o mais barato”**

| Vendem-me sempre o mais barato | | Fidelização | | |
|-----------------------------------|------------|-------------------|---------------------|-----------------|
| | | Fidelização total | Fidelização parcial | Não fidelização |
| Sim | N | 21 | 2 | 1 |
| | % no grupo | 87,5% | 8,3% | 4,2% |
| Não | N | 10 | 33 | 13 |
| | % no grupo | 17,9% | 58,9% | 23,2% |

16-Tabela de frequências: Relação entre Fidelização e “Compro os medicamentos”

| Compro os medicamentos | | Fidelização | | |
|--|------------|-------------------|---------------------|-----------------|
| | | Fidelização total | Fidelização parcial | Não fidelização |
| Através da farmácia | N | 7 | 25 | 11 |
| | % no grupo | 16,3% | 58,1% | 25,6% |
| Vou à farmácia e/ou peço a alguém | N | 13 | 3 | 3 |
| | % no grupo | 68,4% | 15,8% | 15,8% |
| Vou à farmácia, levam-me a casa ou peço a alguém | N | 7 | 6 | 0 |
| | % no grupo | 53,8% | 46,2% | ,0% |
| Vou à farmácia e levam-me a casa | N | 4 | 1 | 0 |
| | % no grupo | 80,0% | 20,0% | ,0% |

17-Tabela de frequências: Relação entre “Tratam-me pelo nome” e a Idade

| | | Tratam-me pelo nome | |
|-----------------|-----------|---------------------|--------|
| | | sim | não |
| De 31 a 50 anos | N | 0 | 15 |
| | % naidade | ,0% | 100,0% |
| De 51 a 70 anos | N | 6 | 18 |
| | % naidade | 25,0% | 75,0% |
| Mais de 70 anos | N | 37 | 4 |
| | % naidade | 90,2% | 9,8% |

18-Tabela de frequências: Relação entre “Tratam-me pelo nome” e as “Habilitações literárias”.

| | | Tratam-me pelo nome | |
|--------------------|-------------------|---------------------|-------|
| | | sim | não |
| Não sei ler | N | 9 | 0 |
| | % nasHabilitações | 100,0% | ,0% |
| 4ª Classe | N | 18 | 7 |
| | % nasHabilitações | 72,0% | 28,0% |
| Ensino básico | N | 13 | 8 |
| | % nasHabilitações | 61,9% | 38,1% |
| Ensino obrigatório | N | 2 | 10 |
| | % nasHabilitações | 16,7% | 83,3% |
| Ensino superior | N | 1 | 12 |
| | % nasHabilitações | 7,7% | 92,3% |

19-Tabela de frequências: Relação entre “Tratam-me pelo nome” e “Vendem-me sempre o mais barato”

| Vendem-me sempre o mais barato | | Tratam-me pelo nome | |
|--------------------------------|------------|---------------------|-------|
| | | sim | não |
| sim | N | 21 | 3 |
| | % no grupo | 87,5% | 12,5% |
| não | N | 22 | 34 |
| | % no grupo | 39,3% | 60,7% |

20-Tabela de frequências: Relação entre “O farmacêutico conhece a minha medicação” e a Idade

| | | O farmacêutico conhece a minha medicação | |
|-----------------|-----------|--|-------|
| | | sim | não |
| De 31 a 50 anos | N | 1 | 14 |
| | % naidade | 6,7% | 93,3% |
| De 51 a 70 anos | N | 4 | 20 |
| | % naidade | 16,7% | 83,3% |
| Mais de 70 anos | N | 25 | 16 |
| | % naidade | 61,0% | 39,0% |

21-Tabela de frequências: Relação entre “O farmacêutico conhece a minha medicação” e as “Habilitações literárias”.

| | | O farmacêutico conhece a minha medicação | |
|--------------------|-------------------|--|-------|
| | | sim | não |
| Não sei ler | N | 9 | 0 |
| | % nasHabilitações | 100,0% | ,0% |
| 4ª classe | N | 11 | 14 |
| | % nasHabilitações | 44,0% | 56,0% |
| Ensino básico | N | 7 | 14 |
| | % nasHabilitações | 33,3% | 66,7% |
| Ensino obrigatório | N | 2 | 10 |
| | % nasHabilitações | 16,7% | 83,3% |
| Ensino superior | N | 1 | 12 |
| | % nasHabilitações | 7,7% | 92,3% |

22-Tabela de frequências: Relação entre “O farmacêutico conhece a minha medicação” e “Vendem-me sempre o mais barato”

| Vendem-me sempre o mais barato | | O farmacêutico conhece a minha medicação | |
|--------------------------------|------------|--|-------|
| | | Sim | Não |
| Sim | N | 15 | 9 |
| | % no grupo | 62,5% | 37,5% |
| Não | N | 15 | 41 |
| | % no grupo | 26,8% | 73,2% |

23-Tabela de frequências: “compro os medicamentos”

| | Frequência | Porcentagem |
|------------------------|------------|-------------|
| Através da farmácia | 43 | 53,8 |
| Vou à farmácia e outro | 37 | 46,3 |
| Total | 80 | 100,0 |

24-Tabela de frequências: Relação entre Acesso à Compra e a Idade

| | | Compro os medicamentos | |
|-----------------|------------|------------------------|------------------------|
| | | Através da farmácia | Vou à farmácia e outro |
| De 31 a 50 anos | N | 15 | 0 |
| | % na idade | 100,0% | ,0% |
| De 51 a 70 anos | N | 20 | 4 |
| | % na idade | 83,3% | 16,7% |
| Mais de 70 anos | N | 8 | 33 |
| | % na idade | 19,5% | 80,5% |

25-Tabela de frequências: Relação entre “Acesso à Compra” e as “Habilitações literárias”.

| | | Compro os medicamentos | |
|--------------------|--------------------|------------------------|------------------------|
| | | Através da farmácia | Vou à farmácia e outro |
| Não sei ler | N | 2 | 7 |
| | % nas Habilitações | 22,2% | 77,8% |
| 4ª classe | N | 7 | 18 |
| | % nas Habilitações | 28,0% | 72,0% |
| Ensino básico | N | 11 | 10 |
| | % nas Habilitações | 52,4% | 47,6% |
| Ensino obrigatório | N | 10 | 2 |
| | % nas Habilitações | 83,3% | 16,7% |
| Ensino superior | N | 13 | 0 |
| | % nas Habilitações | 100,0% | ,0% |

26-Tabela de frequências: “Relação entre Acesso à Compra” e “Tratam-me pelo nome”

| Tratam-me pelo nome | | Compro os medicamentos | |
|---------------------|------------|------------------------|------------------------|
| | | Através da farmácia | Vou à farmácia e outro |
| sim | N | 11 | 32 |
| | % no grupo | 25,6% | 74,4% |
| não | N | 32 | 5 |
| | % no grupo | 86,5% | 13,5% |

**27-Tabela de frequências: “Relação entre Acesso à Compra”
e “O farmacêutico conhece a minha medicação”**

| O farmacêutico conhece a minha medicação | | Compro os medicamentos | |
|---|------------|------------------------|------------------------|
| | | Através da farmácia | Vou à farmácia e outro |
| sim | N | 6 | 24 |
| | % no grupo | 20,0% | 80,0% |
| não | N | 37 | 13 |
| | % no grupo | 74,0% | 26,0% |

**28-Tabela de frequências: Relação entre Acesso à Compra e
“Vendem-me sempre o mais barato”**

| Vendem-me sempre o mais barato | | Compro os medicamentos | |
|-----------------------------------|------------|------------------------|------------------------|
| | | Através da farmácia | Vou à farmácia e outro |
| sim | N | 8 | 16 |
| | % no grupo | 33,3% | 66,7% |
| não | N | 35 | 21 |
| | %no grupo | 62,5% | 37,5% |

Anexo VII - Outputs das análises realizadas

FREQUENCIES VARIABLES=Idade VAR00002 habilitacoes VAR00003 Relacionamento
 Relacionamento2 v1 v2 VAR00001 Acesso VAR00004
 /ORDER=ANALYSIS.

Frequências

| | | Observações |
|-----------------------------|--|---|
| Saída criada | | 21-MAR-2017 14:57:53 |
| Comentários | | |
| Entrada | Dados | D:\PauloSaavedra\PauloSaavedraBase Dados.sav |
| | Conjunto de dados ativo | Conjunto_de_dados1 |
| | Filtro | <none> |
| | Ponderação | <none> |
| | Arquivo Dividido | <none> |
| | N de linhas em arquivo de dados de trabalho | 80 |
| Tratamento de valor ausente | Definição de ausente | Os valores ausentes definidos pelo usuário são tratados como ausentes. |
| | Casos utilizados | As estatísticas estão baseadas em todos os casos com dados válidos. |
| Sintaxe | | FREQUENCIES VARIABLES=Idade VAR00002 habilitacoes VAR00003 Relacionamento Relacionamento2 v1 v2 VAR00001 Acesso VAR00004 /ORDER=ANALYSIS. |
| Recursos | Tempo do processador | 00:00:00,02 |
| | Tempo decorrido | 00:00:00,02 |

Estatísticas

| | | Idade | Idade | Habilitações literárias | Habilitações literárias | Tratam-me pelo nome |
|---|---------|-------|-------|----------------------------|----------------------------|------------------------|
| N | Válido | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| | Ausente | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Estatísticas

| | | O farmaceutico conhece a minha medica??o | Vendem-me sempre o mais barato | Quando preciso ir a farmacia | Fidelização | Compro os medicamentos |
|---|---------|--|--------------------------------------|---------------------------------|-------------|---------------------------|
| N | Válido | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| | Ausente | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Estatísticas

| | | Compro os medicamentos |
|---|---------|------------------------|
| N | Válido | 80 |
| | Ausente | 0 |

Tabela de Frequência

Idade

| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem acumulativa |
|--------|-----------------|------------|-------------|-----------------------|----------------------------|
| Válido | de 31 a 40 anos | 4 | 5,0 | 5,0 | 5,0 |
| | de 41 a 50 anos | 11 | 13,8 | 13,8 | 18,8 |
| | de 51 a 70 anos | 24 | 30,0 | 30,0 | 48,8 |
| | mais de 70 anos | 41 | 51,3 | 51,3 | 100,0 |
| | Total | 80 | 100,0 | 100,0 | |

Idade

| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem acumulativa |
|--------|-----------------|------------|-------------|-----------------------|----------------------------|
| Válido | de 31 a 50 anos | 15 | 18,8 | 18,8 | 18,8 |
| | de 51 a 70 anos | 24 | 30,0 | 30,0 | 48,8 |
| | mais de 70 anos | 41 | 51,3 | 51,3 | 100,0 |
| | Total | 80 | 100,0 | 100,0 | |

Habilitações literárias

| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem acumulativa |
|--------|--------------------|------------|-------------|--------------------|-------------------------|
| Válido | Não sei ler | 9 | 11,3 | 11,3 | 11,3 |
| | 4ª classe | 25 | 31,3 | 31,3 | 42,5 |
| | Ensino básico | 21 | 26,3 | 26,3 | 68,8 |
| | Ensino obrigatório | 12 | 15,0 | 15,0 | 83,8 |
| | Licenciatura | 10 | 12,5 | 12,5 | 96,3 |
| | Mestrado | 2 | 2,5 | 2,5 | 98,8 |
| | Doutoramento | 1 | 1,3 | 1,3 | 100,0 |
| | Total | 80 | 100,0 | 100,0 | |

Habilitações literárias

| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem acumulativa |
|--------|--------------------|------------|-------------|--------------------|-------------------------|
| Válido | Não sei ler | 9 | 11,3 | 11,3 | 11,3 |
| | 4ª classe | 25 | 31,3 | 31,3 | 42,5 |
| | Ensino básico | 21 | 26,3 | 26,3 | 68,8 |
| | Ensino obrigatório | 12 | 15,0 | 15,0 | 83,8 |
| | Ensino superior | 13 | 16,3 | 16,3 | 100,0 |
| | Total | 80 | 100,0 | 100,0 | |

Tratam-me pelo nome

| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem acumulativa |
|--------|-------|------------|-------------|--------------------|-------------------------|
| Válido | sim | 43 | 53,8 | 53,8 | 53,8 |
| | não | 37 | 46,3 | 46,3 | 100,0 |
| | Total | 80 | 100,0 | 100,0 | |

O farmacêutico conhece a minha medicação

| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem acumulativa |
|--------|-------|------------|-------------|--------------------|-------------------------|
| Válido | sim | 30 | 37,5 | 37,5 | 37,5 |
| | não | 50 | 62,5 | 62,5 | 100,0 |
| | Total | 80 | 100,0 | 100,0 | |

Vendem-me sempre o mais barato

| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem acumulativa |
|--------|-------|------------|-------------|--------------------|-------------------------|
| Válido | sim | 24 | 30,0 | 30,0 | 30,0 |
| | não | 56 | 70,0 | 70,0 | 100,0 |
| | Total | 80 | 100,0 | 100,0 | |

Quando preciso ir a farmácia

| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem acumulativa |
|--------|--|------------|-------------|--------------------|-------------------------|
| Válido | Nunca a troco, esta é a minha farmácia | 31 | 38,8 | 38,8 | 38,8 |
| | Troco por vezes | 35 | 43,8 | 43,8 | 82,5 |
| | Não tenho farmácia certa | 7 | 8,8 | 8,8 | 91,3 |
| | Troco frequentemente | 4 | 5,0 | 5,0 | 96,3 |
| | Nunca vou à mesma | 3 | 3,8 | 3,8 | 100,0 |
| | Total | 80 | 100,0 | 100,0 | |

Fidelização

| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem acumulativa |
|--------|---------------------|------------|-------------|--------------------|-------------------------|
| Válido | Fidelização total | 31 | 38,8 | 38,8 | 38,8 |
| | Fidelização parcial | 35 | 43,8 | 43,8 | 82,5 |
| | Não fidelização | 14 | 17,5 | 17,5 | 100,0 |
| | Total | 80 | 100,0 | 100,0 | |

Compro os medicamentos

| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem acumulativa |
|--------|--|------------|-------------|--------------------|-------------------------|
| Válido | Através da farmácia | 43 | 53,8 | 53,8 | 53,8 |
| | vou à farmácia e/ou peço a alguém (familiares ou amigos) | 19 | 23,8 | 23,8 | 77,5 |
| | vou à farmácia, levam-me a casa ou peço a alguém | 13 | 16,3 | 16,3 | 93,8 |
| | vou à farmácia e levam-me a casa | 5 | 6,3 | 6,3 | 100,0 |
| | Total | 80 | 100,0 | 100,0 | |

Compro os medicamentos

| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem acumulativa |
|--------|------------------------|------------|-------------|--------------------|-------------------------|
| Válido | Através da farmácia | 43 | 53,8 | 53,8 | 53,8 |
| | vou à farmácia e outro | 37 | 46,3 | 46,3 | 100,0 |
| | Total | 80 | 100,0 | 100,0 | |

CROSSTABS

```

/TABLES=VAR00002 VAR00003 Relacionamento Relacionamento2 v1 Acesso habilitacoes v2
VAR00004 BY VAR00001
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ
/CELLS=COUNT ROW
/COUNT ROUND CELL.

```

Tabulações cruzadas

Observações

| | | |
|-----------------------------|---|---|
| Saída criada | | 21-MAR-2017 14:59:51 |
| Comentários | | |
| Entrada | Dados | D:\PauloSaavedra\PauloSaavedraBase Dados.sav |
| | Conjunto de dados ativo | Conjunto_de_dados1 |
| | Filtro | <none> |
| | Ponderação | <none> |
| | Arquivo Dividido | <none> |
| | N de linhas em arquivo de dados de trabalho | 80 |
| Tratamento de valor ausente | Definição de ausente | Os valores ausentes definidos pelo usuário são tratados como ausentes. |
| | Casos utilizados | As estatísticas de cada tabela são baseadas em todos os casos com dados válidos no(s) intervalo(s) especificado(s) para todas as variáveis de cada tabela. |
| Sintaxe | | CROSSTABS /TABLES=VAR00002 VAR00003 Relacionamento Relacionamento2 v1 Acesso habilitacoes v2 VAR00004 BY VAR00001 /FORMAT=AVALUE TABLES /STATISTICS=CHISQ /CELLS=COUNT ROW /COUNT ROUND CELL. |
| Recursos | Tempo do processador | 00:00:00,03 |
| | Tempo decorrido | 00:00:00,09 |
| | Dimensões solicitadas | 2 |
| | Células disponíveis | 174734 |

Resumo de processamento do caso

| | Casos | | | | |
|--|--------|-------------|---------|-------------|-------|
| | Válido | | Ausente | | Total |
| | N | Porcentagem | N | Porcentagem | N |
| Idade * Fidelização | 80 | 100,0% | 0 | 0,0% | 80 |
| Habilitações literárias * Fidelização | 80 | 100,0% | 0 | 0,0% | 80 |
| Tratam-me pelo nome * Fidelização | 80 | 100,0% | 0 | 0,0% | 80 |
| O farmaceutico conhece a minha medica??o * Fidelização | 80 | 100,0% | 0 | 0,0% | 80 |
| Vendem-me sempre o mais barato * Fidelização | 80 | 100,0% | 0 | 0,0% | 80 |
| Compro os medicamentos * Fidelização | 80 | 100,0% | 0 | 0,0% | 80 |
| Habilitações literárias * Fidelização | 80 | 100,0% | 0 | 0,0% | 80 |
| Quando preciso ir a farmacia * Fidelização | 80 | 100,0% | 0 | 0,0% | 80 |
| Compro os medicamentos * Fidelização | 80 | 100,0% | 0 | 0,0% | 80 |

Resumo de processamento do caso

| | Casos | |
|--|-------------|--|
| | Total | |
| | Porcentagem | |
| Idade * Fidelização | 100,0% | |
| Habilitações literárias * Fidelização | 100,0% | |
| Tratam-me pelo nome * Fidelização | 100,0% | |
| O farmaceutico conhece a minha medica??o * Fidelização | 100,0% | |
| Vendem-me sempre o mais barato * Fidelização | 100,0% | |
| Compro os medicamentos * Fidelização | 100,0% | |
| Habilitações literárias * Fidelização | 100,0% | |
| Quando preciso ir a farmacia * Fidelização | 100,0% | |
| Compro os medicamentos * Fidelização | 100,0% | |

Idade * Fidelização

Crosstab

| | | | Fidelização | | |
|-------|-----------------|------------|-------------------|---------------------|-----------------|
| | | | Fidelização total | Fidelização parcial | Não fidelização |
| Idade | de 31 a 50 anos | Contagem | 0 | 5 | 10 |
| | | % em Idade | 0,0% | 33,3% | 66,7% |
| | de 51 a 70 anos | Contagem | 3 | 19 | 2 |
| | | % em Idade | 12,5% | 79,2% | 8,3% |
| | mais de 70 anos | Contagem | 28 | 11 | 2 |
| | | % em Idade | 68,3% | 26,8% | 4,9% |
| Total | | Contagem | 31 | 35 | 14 |
| | | % em Idade | 38,8% | 43,8% | 17,5% |

Crosstab

| | | | Total |
|-------|-----------------|------------|--------|
| Idade | de 31 a 50 anos | Contagem | 15 |
| | | % em Idade | 100,0% |
| | de 51 a 70 anos | Contagem | 24 |
| | | % em Idade | 100,0% |
| | mais de 70 anos | Contagem | 41 |
| | | % em Idade | 100,0% |
| Total | | Contagem | 80 |
| | | % em Idade | 100,0% |

Testes qui-quadrado

| | Valor | df | Significância Sig. (2 lados) |
|------------------------------|---------------------|----|---------------------------------|
| Qui-quadrado de Pearson | 54,856 ^a | 4 | ,000 |
| Razão de verossimilhança | 52,677 | 4 | ,000 |
| Associação Linear por Linear | 37,282 | 1 | ,000 |
| N de Casos Válidos | 80 | | |

a. 2 células (22,2%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 2,63.

Habilitações literárias * Fidelização

Crosstab

| | | | Fidelização |
|-------------------------|-------------|------------------------------|-------------------|
| | | | Fidelização total |
| Habilitações literárias | Não sei ler | Contagem | 9 |
| | | % em Habilitações literárias | 100,0% |
| 4ª classe | | Contagem | 12 |
| | | % em Habilitações literárias | 48,0% |
| Ensino básico | | Contagem | 9 |
| | | % em Habilitações literárias | 42,9% |
| Ensino obrigatório | | Contagem | 0 |
| | | % em Habilitações literárias | 0,0% |
| Ensino superior | | Contagem | 1 |
| | | % em Habilitações literárias | 7,7% |
| Total | | Contagem | 31 |
| | | % em Habilitações literárias | 38,8% |

Crosstab

| | | | Fidelização |
|-------------------------|-------------|------------------------------|---------------------|
| | | | Fidelização parcial |
| Habilitações literárias | Não sei ler | Contagem | 0 |
| | | % em Habilitações literárias | 0,0% |
| 4ª classe | | Contagem | 10 |
| | | % em Habilitações literárias | 40,0% |
| Ensino básico | | Contagem | 11 |
| | | % em Habilitações literárias | 52,4% |
| Ensino obrigatório | | Contagem | 11 |
| | | % em Habilitações literárias | 91,7% |
| Ensino superior | | Contagem | 3 |
| | | % em Habilitações literárias | 23,1% |
| Total | | Contagem | 35 |
| | | % em Habilitações literárias | 43,8% |

Crosstab

| | | | Fidelização | |
|--------------------------------|--------------------|-------------------------------------|-----------------|--------|
| | | | Não fidelização | Total |
| <i>Habilitações literárias</i> | <i>Não sei ler</i> | <i>Contagem</i> | 0 | 9 |
| | | <i>% em Habilitações literárias</i> | 0,0% | 100,0% |
| <i>4ª classe</i> | | <i>Contagem</i> | 3 | 25 |
| | | <i>% em Habilitações literárias</i> | 12,0% | 100,0% |
| <i>Ensino básico</i> | | <i>Contagem</i> | 1 | 21 |
| | | <i>% em Habilitações literárias</i> | 4,8% | 100,0% |
| <i>Ensino obrigatório</i> | | <i>Contagem</i> | 1 | 12 |
| | | <i>% em Habilitações literárias</i> | 8,3% | 100,0% |
| <i>Ensino superior</i> | | <i>Contagem</i> | 9 | 13 |
| | | <i>% em Habilitações literárias</i> | 69,2% | 100,0% |
| <i>Total</i> | | <i>Contagem</i> | 14 | 80 |
| | | <i>% em Habilitações literárias</i> | 17,5% | 100,0% |

Testes qui-quadrado

| | Valor | df | Significância Sig. (2 lados) |
|------------------------------|---------------------|----|---------------------------------|
| Qui-quadrado de Pearson | 53,596 ^a | 8 | ,000 |
| Razão de verossimilhança | 53,789 | 8 | ,000 |
| Associação Linear por Linear | 28,223 | 1 | ,000 |
| N de Casos Válidos | 80 | | |

a. 8 células (53,3%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 1,58.

Tratam-me pelo nome * Fidelização

Crosstab

| | | | Fidelização | |
|---------------------|-----|--------------------------|-------------------|---------------------|
| | | | Fidelização total | Fidelização parcial |
| Tratam-me pelo nome | sim | Contagem | 29 | 13 |
| | | % em Tratam-me pelo nome | 67,4% | 30,2% |
| | não | Contagem | 2 | 22 |
| | | % em Tratam-me pelo nome | 5,4% | 59,5% |
| Total | | Contagem | 31 | 35 |
| | | % em Tratam-me pelo nome | 38,8% | 43,8% |

Crosstab

| | | | Fidelização | Total |
|---------------------|-----|--------------------------|-----------------|--------|
| | | | Não fidelização | |
| Tratam-me pelo nome | sim | Contagem | 1 | 43 |
| | | % em Tratam-me pelo nome | 2,3% | 100,0% |
| | não | Contagem | 13 | 37 |
| | | % em Tratam-me pelo nome | 35,1% | 100,0% |
| Total | | Contagem | 14 | 80 |
| | | % em Tratam-me pelo nome | 17,5% | 100,0% |

Testes qui-quadrado

| | Valor | df | Significância Sig. (2 lados) |
|------------------------------|---------------------|----|---------------------------------|
| Qui-quadrado de Pearson | 35,868 ^a | 2 | ,000 |
| Razão de verossimilhança | 42,237 | 2 | ,000 |
| Associação Linear por Linear | 34,149 | 1 | ,000 |
| N de Casos Válidos | 80 | | |

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 6,48.

O farmacêutico conhece a minha medicação * Fidelização

Crosstab

| | | | Fidelização | |
|---|-----|--|-------------------|---------------------|
| | | | Fidelização total | Fidelização parcial |
| O farmacêutico conhece a minha medicação??o | sim | Contagem % em O farmacêutico conhece a minha medicação??o | 22 73,3% | 8 26,7% |
| | não | Contagem % em O farmacêutico conhece a minha medicação??o | 9 18,0% | 27 54,0% |
| Total | | Contagem % em O farmacêutico conhece a minha medicação??o | 31 38,8% | 35 43,8% |

Crosstab

| | | | Fidelização | Total |
|---|-----|--|-----------------|--------------|
| | | | Não fidelização | |
| O farmacêutico conhece a minha medicação??o | sim | Contagem % em O farmacêutico conhece a minha medicação??o | 0 0,0% | 30 100,0% |
| | não | Contagem % em O farmacêutico conhece a minha medicação??o | 14 28,0% | 50 100,0% |
| Total | | Contagem % em O farmacêutico conhece a minha medicação??o | 14 17,5% | 80 100,0% |

Testes qui-quadrado

| | Valor | df | Significância Sig. (2 lados) |
|------------------------------|---------------------|----|------------------------------|
| Qui-quadrado de Pearson | 26,417 ^a | 2 | ,000 |
| Razão de verossimilhança | 30,871 | 2 | ,000 |
| Associação Linear por Linear | 24,854 | 1 | ,000 |
| N de Casos Válidos | 80 | | |

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 5,25.

Vendem-me sempre o mais barato * Fidelização

Crosstab

| | | | Fidelização | |
|--------------------------------|-----|-------------------------------------|-------------------|---------------------|
| | | | Fidelização total | Fidelização parcial |
| Vendem-me sempre o mais barato | sim | Contagem | 21 | 2 |
| | | % em Vendem-me sempre o mais barato | 87,5% | 8,3% |
| | não | Contagem | 10 | 33 |
| | | % em Vendem-me sempre o mais barato | 17,9% | 58,9% |
| Total | | Contagem | 31 | 35 |
| | | % em Vendem-me sempre o mais barato | 38,8% | 43,8% |

Crosstab

| | | | Fidelização | Total |
|--------------------------------|-----|-------------------------------------|-----------------|--------|
| | | | Não fidelização | |
| Vendem-me sempre o mais barato | sim | Contagem | 1 | 24 |
| | | % em Vendem-me sempre o mais barato | 4,2% | 100,0% |
| | não | Contagem | 13 | 56 |
| | | % em Vendem-me sempre o mais barato | 23,2% | 100,0% |
| Total | | Contagem | 14 | 80 |
| | | % em Vendem-me sempre o mais barato | 17,5% | 100,0% |

Testes qui-quadrado

| | Valor | df | Significância Sig. (2 lados) |
|------------------------------|---------------------|----|------------------------------|
| Qui-quadrado de Pearson | 34,341 ^a | 2 | ,000 |
| Razão de verossimilhança | 36,216 | 2 | ,000 |
| Associação Linear por Linear | 25,224 | 1 | ,000 |
| N de Casos Válidos | 80 | | |

a. 1 células (16,7%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 4,20.

Compro os medicamentos * Fidelização

Crosstab

| | | | Fidelização |
|--|--|-----------------------------|-------------------|
| | | | Fidelização total |
| Compro os medicamentos | Através da farmácia | Contagem | 7 |
| | | % em Compro os medicamentos | 16,3% |
| | vou à farmácia e/ou peço a alguém (familiares ou amigos) | Contagem | 13 |
| | | % em Compro os medicamentos | 68,4% |
| vou à farmácia, levam-me a casa ou peço a alguém | Contagem | 7 | |
| | % em Compro os medicamentos | 53,8% | |
| vou à farmácia e levam-me a casa | Contagem | 4 | |
| | % em Compro os medicamentos | 80,0% | |
| Total | Contagem | | 31 |
| | % em Compro os medicamentos | | 38,8% |

Crosstab

| | | | Fidelização |
|--|--|-----------------------------|---------------------|
| | | | Fidelização parcial |
| Compro os medicamentos | Através da farmácia | Contagem | 25 |
| | | % em Compro os medicamentos | 58,1% |
| | vou à farmácia e/ou peço a alguém (familiares ou amigos) | Contagem | 3 |
| | | % em Compro os medicamentos | 15,8% |
| vou à farmácia, levam-me a casa ou peço a alguém | Contagem | 6 | |
| | % em Compro os medicamentos | 46,2% | |
| vou à farmácia e levam-me a casa | Contagem | 1 | |
| | % em Compro os medicamentos | 20,0% | |
| Total | Contagem | | 35 |
| | % em Compro os medicamentos | | 43,8% |

Crosstab

| | | | Fidelização |
|--|--|-----------------------------|-----------------|
| | | | Não fidelização |
| Compro os medicamentos | Através da farmácia | Contagem | 11 |
| | | % em Compro os medicamentos | 25,6% |
| | vou à farmácia e/ou peço a alguém (familiares ou amigos) | Contagem | 3 |
| | | % em Compro os medicamentos | 15,8% |
| vou à farmácia, levam-me a casa ou peço a alguém | Contagem | 0 | |
| | % em Compro os medicamentos | 0,0% | |
| vou à farmácia e levam-me a casa | Contagem | 0 | |
| | % em Compro os medicamentos | 0,0% | |
| Total | Contagem | | 14 |
| | % em Compro os medicamentos | | 17,5% |

Crosstab

| | | | Total |
|--|--|-----------------------------|--------|
| Compro os medicamentos | Através da farmácia | Contagem | 43 |
| | | % em Compro os medicamentos | 100,0% |
| | vou à farmácia e/ou peço a alguém (familiares ou amigos) | Contagem | 19 |
| | | % em Compro os medicamentos | 100,0% |
| vou à farmácia, levam-me a casa ou peço a alguém | Contagem | 13 | |
| | % em Compro os medicamentos | 100,0% | |
| vou à farmácia e levam-me a casa | Contagem | 5 | |
| | % em Compro os medicamentos | 100,0% | |
| Total | Contagem | | 80 |
| | % em Compro os medicamentos | | 100,0% |

Testes qui-quadrado

| | Valor | df | Significância Sig. (2 lados) |
|------------------------------|---------------------|----|---------------------------------|
| Qui-quadrado de Pearson | 23,759 ^a | 6 | ,001 |
| Razão de verossimilhança | 27,961 | 6 | ,000 |
| Associação Linear por Linear | 16,946 | 1 | ,000 |
| N de Casos Válidos | 80 | | |

a. 5 células (41,7%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,88.

Habilitações literárias * Fidelização

Crosstab

| | | | Fidelização |
|-------------------------|--------------------|------------------------------|-------------------|
| | | | Fidelização total |
| Habilitações literárias | Não sei ler | Contagem | 9 |
| | | % em Habilitações literárias | 100,0% |
| | 4ª classe | Contagem | 12 |
| | | % em Habilitações literárias | 48,0% |
| | Ensino básico | Contagem | 9 |
| | | % em Habilitações literárias | 42,9% |
| | Ensino obrigatório | Contagem | 0 |
| | | % em Habilitações literárias | 0,0% |
| | Licenciatura | Contagem | 1 |
| | | % em Habilitações literárias | 10,0% |
| | Mestrado | Contagem | 0 |
| | | % em Habilitações literárias | 0,0% |
| | Doutoramento | Contagem | 0 |
| | | % em Habilitações literárias | 0,0% |
| | Total | Contagem | 31 |
| | | % em Habilitações literárias | 38,8% |

Crosstab

| | | | Fidelização |
|-------------------------|-------------|------------------------------|---------------------|
| | | | Fidelização parcial |
| Habilitações literárias | Não sei ler | Contagem | 0 |
| | | % em Habilitações literárias | 0,0% |

| | | |
|--------------------|------------------------------|-------|
| 4ª classe | Contagem | 10 |
| | % em Habilitações literárias | 40,0% |
| Ensino básico | Contagem | 11 |
| | % em Habilitações literárias | 52,4% |
| Ensino obrigatório | Contagem | 11 |
| | % em Habilitações literárias | 91,7% |
| Licenciatura | Contagem | 3 |
| | % em Habilitações literárias | 30,0% |
| Mestrado | Contagem | 0 |
| | % em Habilitações literárias | 0,0% |
| Doutoramento | Contagem | 0 |
| | % em Habilitações literárias | 0,0% |
| Total | Contagem | 35 |
| | % em Habilitações literárias | 43,8% |

Crosstab

| | | | Fidelização | Total |
|-------------------------|-------------|------------------------------|-----------------|--------|
| | | | Não fidelização | |
| Habilitações literárias | Não sei ler | Contagem | 0 | 9 |
| | | % em Habilitações literárias | 0,0% | 100,0% |
| 4ª classe | | Contagem | 3 | 25 |
| | | % em Habilitações literárias | 12,0% | 100,0% |
| Ensino básico | | Contagem | 1 | 21 |
| | | % em Habilitações literárias | 4,8% | 100,0% |
| Ensino obrigatório | | Contagem | 1 | 12 |
| | | % em Habilitações literárias | 8,3% | 100,0% |
| Licenciatura | | Contagem | 6 | 10 |
| | | % em Habilitações literárias | 60,0% | 100,0% |
| Mestrado | | Contagem | 2 | 2 |
| | | % em Habilitações literárias | 100,0% | 100,0% |
| Doutoramento | | Contagem | 1 | 1 |
| | | % em Habilitações literárias | 100,0% | 100,0% |
| Total | | Contagem | 14 | 80 |
| | | % em Habilitações literárias | 17,5% | 100,0% |

Testes qui-quadrado

| | Valor | df | Significância Sig. (2 lados) |
|------------------------------|---------------------|----|---------------------------------|
| Qui-quadrado de Pearson | 56,240 ^a | 12 | ,000 |
| Razão de verossimilhança | 56,377 | 12 | ,000 |
| Associação Linear por Linear | 29,656 | 1 | ,000 |
| N de Casos Válidos | 80 | | |

a. 16 células (76,2%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,18.

Quando preciso ir a farmacia * Fidelização

Crosstab

| | | | Fidelização |
|------------------------------|---|---|-------------------|
| | | | Fidelização total |
| Quando preciso ir a farmacia | Nunca a troco, esta é a minha farmácia | Contagem % em Quando preciso ir a farmacia | 31 100,0% |
| | Troco por vezes | Contagem % em Quando preciso ir a farmacia | 0 0,0% |
| | Não tenho farmácia certa | Contagem % em Quando preciso ir a farmacia | 0 0,0% |
| | Troco frequentemente | Contagem % em Quando preciso ir a farmacia | 0 0,0% |
| | Nunca vou à mesma | Contagem % em Quando preciso ir a farmacia | 0 0,0% |
| Total | Contagem % em Quando preciso ir a farmacia | 31 38,8% | |

Crosstab

| | | | Fidelização |
|------------------------------|--|---|---------------------|
| | | | Fidelização parcial |
| Quando preciso ir a farmacia | Nunca a troco, esta é a minha farmácia | Contagem % em Quando preciso ir a farmacia | 0 0,0% |
| | Troco por vezes | Contagem % em Quando preciso ir a farmacia | 35 100,0% |
| | Não tenho farmácia certa | Contagem % em Quando preciso ir a farmacia | 0 0,0% |
| | Troco frequentemente | Contagem % em Quando preciso ir a farmacia | 0 0,0% |
| | Nunca vou à mesma | Contagem % em Quando preciso ir a farmacia | 0 0,0% |
| | Total | Contagem % em Quando preciso ir a farmacia | 35 43,8% |

Crosstab

| | | | Fidelização |
|------------------------------|--|---|-----------------|
| | | | Não fidelização |
| Quando preciso ir a farmacia | Nunca a troco, esta é a minha farmácia | Contagem % em Quando preciso ir a farmacia | 0 0,0% |
| | Troco por vezes | Contagem % em Quando preciso ir a farmacia | 0 0,0% |
| | Não tenho farmácia certa | Contagem % em Quando preciso ir a farmacia | 7 100,0% |
| | Troco frequentemente | Contagem % em Quando preciso ir a farmacia | 4 100,0% |
| | Nunca vou à mesma | Contagem | 3 |

| | | |
|-------|-----------------------------------|--------|
| | % em Quando preciso ir a farmacia | 100,0% |
| Total | Contagem | 14 |
| | % em Quando preciso ir a farmacia | 17,5% |

Crosstab

| | | | Total |
|------------------------------|--|-----------------------------------|--------|
| Quando preciso ir a farmacia | Nunca a troco, esta é a minha farmácia | Contagem | 31 |
| | | % em Quando preciso ir a farmacia | 100,0% |
| Troco por vezes | | Contagem | 35 |
| | | % em Quando preciso ir a farmacia | 100,0% |
| Não tenho farmácia certa | | Contagem | 7 |
| | | % em Quando preciso ir a farmacia | 100,0% |
| Troco frequentemente | | Contagem | 4 |
| | | % em Quando preciso ir a farmacia | 100,0% |
| Nunca vou à mesma | | Contagem | 3 |
| | | % em Quando preciso ir a farmacia | 100,0% |
| Total | | Contagem | 80 |
| | | % em Quando preciso ir a farmacia | 100,0% |

Testes qui-quadrado

| | Valor | df | Significância Sig. (2 lados) |
|------------------------------|----------------------|----|------------------------------|
| Qui-quadrado de Pearson | 160,000 ^a | 8 | ,000 |
| Razão de verossimilhança | 165,449 | 8 | ,000 |
| Associação Linear por Linear | 67,995 | 1 | ,000 |
| N de Casos Válidos | 80 | | |

a. 9 células (60,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,53.

Compro os medicamentos * Fidelização

Crosstab

| | | | Fidelização |
|------------------------|------------------------|-----------------------------|-------------------|
| | | | Fidelização total |
| Compro os medicamentos | Através da farmácia | Contagem | 7 |
| | | % em Compro os medicamentos | 16,3% |
| | vou à farmácia e outro | Contagem | 24 |
| | | % em Compro os medicamentos | 64,9% |
| Total | | Contagem | 31 |
| | | % em Compro os medicamentos | 38,8% |

Crosstab

| | | | Fidelização |
|------------------------|------------------------|-----------------------------|---------------------|
| | | | Fidelização parcial |
| Compro os medicamentos | Através da farmácia | Contagem | 25 |
| | | % em Compro os medicamentos | 58,1% |
| | vou à farmácia e outro | Contagem | 10 |
| | | % em Compro os medicamentos | 27,0% |
| Total | | Contagem | 35 |
| | | % em Compro os medicamentos | 43,8% |

Crosstab

| | | | Fidelização |
|------------------------|------------------------|-----------------------------|-----------------|
| | | | Não fidelização |
| Compro os medicamentos | Através da farmácia | Contagem | 11 |
| | | % em Compro os medicamentos | 25,6% |
| | vou à farmácia e outro | Contagem | 3 |
| | | % em Compro os medicamentos | 8,1% |
| Total | | Contagem | 14 |

| | |
|-----------------------------|-------|
| % em Compro os medicamentos | 17,5% |
|-----------------------------|-------|

Crosstab

| | | | Total |
|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------|
| Compro os medicamentos | Através da farmácia | Contagem | 43 |
| | | % em Compro os medicamentos | 100,0% |
| | vou à farmácia e outro | Contagem | 37 |
| | | % em Compro os medicamentos | 100,0% |
| Total | Contagem | | 80 |
| | % em Compro os medicamentos | | 100,0% |

Testes qui-quadrado

| | Valor | df | Significância Sig. (2 lados) |
|------------------------------|---------------------|----|---------------------------------|
| Qui-quadrado de Pearson | 19,985 ^a | 2 | ,000 |
| Razão de verossimilhança | 20,908 | 2 | ,000 |
| Associação Linear por Linear | 16,565 | 1 | ,000 |
| N de Casos Válidos | 80 | | |

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 6,48.

CROSSTABS

```

/TABLES=VAR00002 habilitacoes VAR00003 BY Relacionamento
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ
/CELLS=COUNT ROW
/COUNT ROUND CELL.

```

Tabulações cruzadas

Observações

| | | |
|-----------------------------|---|--|
| Saída criada | | 21-MAR-2017 15:00:45 |
| Comentários | | |
| Entrada | Dados | D:\PauloSaavedra\PauloSaavedraBase Dados.sav |
| | Conjunto de dados ativo | Conjunto_de_dados1 |
| | Filtro | <none> |
| | Ponderação | <none> |
| | Arquivo Dividido | <none> |
| | N de linhas em arquivo de dados de trabalho | 80 |
| Tratamento de valor ausente | Definição de ausente | Os valores ausentes definidos pelo usuário são tratados como ausentes. |
| | Casos utilizados | As estatísticas de cada tabela são baseadas em todos os casos com dados válidos no(s) intervalo(s) especificado(s) para todas as variáveis de cada tabela. |
| Sintaxe | | CROSSTABS /TABLES=VAR00002 habilitacoes VAR00003 BY Relacionamento /FORMAT=AVALUE TABLES /STATISTICS=CHISQ /CELLS=COUNT ROW /COUNT ROUND CELL. |
| Recursos | Tempo do processador | 00:00:00,05 |
| | Tempo decorrido | 00:00:00,14 |
| | Dimensões solicitadas | 2 |
| | Células disponíveis | 174734 |

Resumo de processamento do caso

| | Casos | | | | |
|-----------------------------|--------|-------------|---------|-------------|-------|
| | Válido | | Ausente | | Total |
| | N | Porcentagem | N | Porcentagem | N |
| Idade * Tratam-me pelo nome | 80 | 100,0% | 0 | 0,0% | 80 |

| | | | | | |
|--|----|--------|---|------|----|
| Habilitações literárias * Tratam-me pelo nome | 80 | 100,0% | 0 | 0,0% | 80 |
| Habilitações literárias * Tratam-me pelo nome | 80 | 100,0% | 0 | 0,0% | 80 |

Resumo de processamento do caso

| | Casos | |
|---|-------------|--------|
| | Total | |
| | Porcentagem | |
| Idade * Tratam-me pelo nome | | 100,0% |
| Habilitações literárias * Tratam-me pelo nome | | 100,0% |
| Habilitações literárias * Tratam-me pelo nome | | 100,0% |

Idade * Tratam-me pelo nome

Crosstab

| | | | Tratam-me pelo nome | | Total |
|-------|-----------------|------------|---------------------|--------|--------|
| | | | sim | não | |
| Idade | de 31 a 50 anos | Contagem | 0 | 15 | 15 |
| | | % em Idade | 0,0% | 100,0% | 100,0% |
| | de 51 a 70 anos | Contagem | 6 | 18 | 24 |
| | | % em Idade | 25,0% | 75,0% | 100,0% |
| | mais de 70 anos | Contagem | 37 | 4 | 41 |
| | | % em Idade | 90,2% | 9,8% | 100,0% |
| Total | | Contagem | 43 | 37 | 80 |
| | | % em Idade | 53,8% | 46,3% | 100,0% |

Testes qui-quadrado

| | Valor | df | Significância Sig. (2 lados) |
|------------------------------|---------------------|----|---------------------------------|
| Qui-quadrado de Pearson | 47,377 ^a | 2 | ,000 |
| Razão de verossimilhança | 57,246 | 2 | ,000 |
| Associação Linear por Linear | 44,289 | 1 | ,000 |
| N de Casos Válidos | 80 | | |

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 6,94.

Habilitações literárias * Tratam-me pelo nome

Crosstab

| | | | Tratam-me pelo nome | |
|-------------------------|-------------|------------------------------|---------------------|--------|
| | | | sim | não |
| Habilitações literárias | Não sei ler | Contagem | 9 | 0 |
| | | % em Habilitações literárias | 100,0% | 0,0% |
| 4ª classe | | Contagem | 18 | 7 |
| | | % em Habilitações literárias | 72,0% | 28,0% |
| Ensino básico | | Contagem | 13 | 8 |
| | | % em Habilitações literárias | 61,9% | 38,1% |
| Ensino obrigatório | | Contagem | 2 | 10 |
| | | % em Habilitações literárias | 16,7% | 83,3% |
| Licenciatura | | Contagem | 1 | 9 |
| | | % em Habilitações literárias | 10,0% | 90,0% |
| Mestrado | | Contagem | 0 | 2 |
| | | % em Habilitações literárias | 0,0% | 100,0% |
| Doutoramento | | Contagem | 0 | 1 |
| | | % em Habilitações literárias | 0,0% | 100,0% |
| Total | | Contagem | 43 | 37 |
| | | % em Habilitações literárias | 53,8% | 46,3% |

Crosstab

| | | | Total |
|-------------------------|-------------|------------------------------|--------|
| Habilitações literárias | Não sei ler | Contagem | 9 |
| | | % em Habilitações literárias | 100,0% |
| 4ª classe | | Contagem | 25 |
| | | % em Habilitações literárias | 100,0% |
| Ensino básico | | Contagem | 21 |
| | | % em Habilitações literárias | 100,0% |
| Ensino obrigatório | | Contagem | 12 |
| | | % em Habilitações literárias | 100,0% |
| Licenciatura | | Contagem | 10 |
| | | % em Habilitações literárias | 100,0% |
| Mestrado | | Contagem | 2 |
| | | % em Habilitações literárias | 100,0% |
| Doutoramento | | Contagem | 1 |
| | | % em Habilitações literárias | 100,0% |

| | | |
|-------|------------------------------|--------|
| Total | Contagem | 80 |
| | % em Habilitações literárias | 100,0% |

Testes qui-quadrado

| | Valor | df | Significância Sig. (2 lados) |
|------------------------------|---------------------|----|---------------------------------|
| Qui-quadrado de Pearson | 29,480 ^a | 6 | ,000 |
| Razão de verossimilhança | 35,580 | 6 | ,000 |
| Associação Linear por Linear | 26,752 | 1 | ,000 |
| N de Casos Válidos | 80 | | |

a. 7 células (50,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,46.

b.

Habilitações literárias * Tratam-me pelo nome

Crosstab

| | | | Tratam-me pelo nome | |
|-------------------------|-------------|------------------------------|---------------------|-------|
| | | | sim | não |
| Habilitações literárias | Não sei ler | Contagem | 9 | 0 |
| | | % em Habilitações literárias | 100,0% | 0,0% |
| 4ª classe | | Contagem | 18 | 7 |
| | | % em Habilitações literárias | 72,0% | 28,0% |
| Ensino básico | | Contagem | 13 | 8 |
| | | % em Habilitações literárias | 61,9% | 38,1% |
| Ensino obrigatório | | Contagem | 2 | 10 |
| | | % em Habilitações literárias | 16,7% | 83,3% |
| Ensino superior | | Contagem | 1 | 12 |
| | | % em Habilitações literárias | 7,7% | 92,3% |
| Total | | Contagem | 43 | 37 |
| | | % em Habilitações literárias | 53,8% | 46,3% |

Crosstab

| | | | Total |
|-------------------------|-------------|------------------------------|--------|
| Habilitações literárias | Não sei ler | Contagem | 9 |
| | | % em Habilitações literárias | 100,0% |
| 4ª classe | | Contagem | 25 |
| | | % em Habilitações literárias | 100,0% |
| Ensino básico | | Contagem | 21 |
| | | % em Habilitações literárias | 100,0% |
| Ensino obrigatório | | Contagem | 12 |
| | | % em Habilitações literárias | 100,0% |
| Ensino superior | | Contagem | 13 |
| | | % em Habilitações literárias | 100,0% |
| Total | | Contagem | 80 |
| | | % em Habilitações literárias | 100,0% |

Testes qui-quadrado

| | Valor | df | Significância Sig. (2 lados) |
|------------------------------|---------------------|----|---------------------------------|
| Qui-quadrado de Pearson | 29,387 ^a | 4 | ,000 |
| Razão de verossimilhança | 35,031 | 4 | ,000 |
| Associação Linear por Linear | 27,373 | 1 | ,000 |
| N de Casos Válidos | 80 | | |

a. 2 células (20,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 4,16.

CROSSTABS

```

/TABLES=VAR00002 habilitacoes VAR00003 v1 BY Relacionamento2
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ
/CELLS=COUNT ROW
/COUNT ROUND CELL
    
```

Tabulações cruzadas

| | | Observações |
|-----------------------------|--|--|
| Saída criada | | 21-MAR-2017 15:01:23 |
| Comentários | | |
| Entrada | Dados | D:\PauloSaavedra\PauloSaavedraBase Dados.sav |
| | <u>Conjunto de dados ativo</u> | Conjunto_de_dados1 |
| | <u>Filtro</u> | <none> |
| | <u>Ponderação</u> | <none> |
| | <u>Arquivo Dividido</u> | <none> |
| | <u>N de linhas em arquivo de dados de trabalho</u> | 80 |
| Tratamento de valor ausente | Definição de ausente | Os valores ausentes definidos pelo usuário são tratados como ausentes. |
| | Casos utilizados | As estatísticas de cada tabela são baseadas em todos os casos com dados válidos no(s) intervalo(s) especificado(s) para todas as variáveis de cada tabela. |
| Sintaxe | | CROSSTABS /TABLES=VAR00002 habilitacoes VAR00003 v1 BY Relacionamento2 /FORMAT=AVALUE TABLES /STATISTICS=CHISQ /CELLS=COUNT ROW /COUNT ROUND CELL. |
| Recursos | <u>Tempo do processador</u> | 00:00:00,03 |
| | <u>Tempo decorrido</u> | 00:00:00,09 |
| | <u>Dimensões solicitadas</u> | 2 |
| | <u>Células disponíveis</u> | 174734 |

Resumo de processamento do caso

| | Casos | | | | |
|---|--------|-------------|---------|-------------|-------|
| | Válido | | Ausente | | Total |
| | N | Porcentagem | N | Porcentagem | N |
| Idade * O farmaceutico conhece a minha medica??o | 80 | 100,0% | 0 | 0,0% | 80 |
| Habilitações literárias * O farmaceutico conhece a minha medica??o | 80 | 100,0% | 0 | 0,0% | 80 |
| Habilitações literárias * O farmaceutico conhece a minha medica??o | 80 | 100,0% | 0 | 0,0% | 80 |
| Vendem-me sempre o mais barato * O farmaceutico conhece a minha medica??o | 80 | 100,0% | 0 | 0,0% | 80 |

Resumo de processamento do caso

| | Casos | |
|--|-------------|--|
| | Total | |
| | Porcentagem | |
| Idade * O farmaceutico conhece a minha medica??o | 100,0% | |
| Habilitações literárias * O farmaceutico conhece a minha medica??o | 100,0% | |
| Habilitações literárias * O farmaceutico conhece a minha medica??o | 100,0% | |
| Vendem-me sempre o mais barato * O farmaceutico conhece a minha medica??o | 100,0% | |

Idade * O farmacêutico conhece a minha medicação

Crosstab

| | | | O farmacêutico conhece a minha medicação | | Total |
|-------|-----------------|------------|--|-------|--------|
| | | | sim | não | |
| Idade | de 31 a 50 anos | Contagem | 1 | 14 | 15 |
| | | % em Idade | 6,7% | 93,3% | 100,0% |
| | de 51 a 70 anos | Contagem | 4 | 20 | 24 |
| | | % em Idade | 16,7% | 83,3% | 100,0% |
| | mais de 70 anos | Contagem | 25 | 16 | 41 |
| | | % em Idade | 61,0% | 39,0% | 100,0% |
| Total | | Contagem | 30 | 50 | 80 |
| | | % em Idade | 37,5% | 62,5% | 100,0% |

Testes qui-quadrado

| | Valor | df | Significância Sig. (2 lados) |
|------------------------------|---------------------|----|---------------------------------|
| Qui-quadrado de Pearson | 20,170 ^a | 2 | ,000 |
| Razão de verossimilhança | 22,029 | 2 | ,000 |
| Associação Linear por Linear | 17,993 | 1 | ,000 |
| N de Casos Válidos | 80 | | |

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 5,63.

Habilitações literárias * O farmacêutico conhece a minha medicação

Crosstab

| | | | O farmacêutico conhece a minha medicação??o |
|-------------------------|-------------|------------------------------|---|
| | | | sim |
| Habilitações literárias | Não sei ler | Contagem | 9 |
| | | % em Habilitações literárias | 100,0% |
| 4ª classe | | Contagem | 11 |
| | | % em Habilitações literárias | 44,0% |
| Ensino básico | | Contagem | 7 |
| | | % em Habilitações literárias | 33,3% |
| Ensino obrigatório | | Contagem | 2 |
| | | % em Habilitações literárias | 16,7% |
| Licenciatura | | Contagem | 1 |
| | | % em Habilitações literárias | 10,0% |
| Mestrado | | Contagem | 0 |
| | | % em Habilitações literárias | 0,0% |
| Doutoramento | | Contagem | 0 |
| | | % em Habilitações literárias | 0,0% |
| Total | | Contagem | 30 |
| | | % em Habilitações literárias | 37,5% |

Crosstab

| | | | O farmacêutico conhece a minha medicação??o | |
|-------------------------|-------------|------------------------------|---|--------|
| | | | não | Total |
| Habilitações literárias | Não sei ler | Contagem | 0 | 9 |
| | | % em Habilitações literárias | 0,0% | 100,0% |
| 4ª classe | | Contagem | 14 | 25 |
| | | % em Habilitações literárias | 56,0% | 100,0% |
| Ensino básico | | Contagem | 14 | 21 |
| | | % em Habilitações literárias | 66,7% | 100,0% |
| Ensino obrigatório | | Contagem | 10 | 12 |
| | | % em Habilitações literárias | 83,3% | 100,0% |
| Licenciatura | | Contagem | 9 | 10 |

| | | | |
|--------------|------------------------------|--------|--------|
| | % em Habilitações literárias | 90,0% | 100,0% |
| Mestrado | Contagem | 2 | 2 |
| | % em Habilitações literárias | 100,0% | 100,0% |
| Doutoramento | Contagem | 1 | 1 |
| | % em Habilitações literárias | 100,0% | 100,0% |
| Total | Contagem | 50 | 80 |
| | % em Habilitações literárias | 62,5% | 100,0% |

Testes qui-quadrado

| | Valor | df | Significância Sig. (2 lados) |
|------------------------------|---------------------|----|---------------------------------|
| Qui-quadrado de Pearson | 22,855 ^a | 6 | ,001 |
| Razão de verossimilhança | 27,505 | 6 | ,000 |
| Associação Linear por Linear | 17,382 | 1 | ,000 |
| N de Casos Válidos | 80 | | |

a. 7 células (50,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,38.

Habilitações literárias * O farmacêutico conhece a minha medica??o

Crosstab

| | | | O farmacêutico conhece a minha medica??o |
|-------------------------|-------------|------------------------------|--|
| | | | sim |
| Habilitações literárias | Não sei ler | Contagem | 9 |
| | | % em Habilitações literárias | 100,0% |
| 4ª classe | | Contagem | 11 |
| | | % em Habilitações literárias | 44,0% |
| Ensino básico | | Contagem | 7 |
| | | % em Habilitações literárias | 33,3% |
| Ensino obrigatório | | Contagem | 2 |
| | | % em Habilitações literárias | 16,7% |
| Ensino superior | | Contagem | 1 |
| | | % em Habilitações literárias | 7,7% |
| Total | | Contagem | 30 |
| | | % em Habilitações literárias | 37,5% |

Crosstab

| | | | O farmacêutico conhece a minha medicação | |
|-------------------------|-------------|------------------------------|--|--------|
| | | | não | Total |
| Habilitações literárias | Não sei ler | Contagem | 0 | 9 |
| | | % em Habilitações literárias | 0,0% | 100,0% |
| 4ª classe | | Contagem | 14 | 25 |
| | | % em Habilitações literárias | 56,0% | 100,0% |
| Ensino básico | | Contagem | 14 | 21 |
| | | % em Habilitações literárias | 66,7% | 100,0% |
| Ensino obrigatório | | Contagem | 10 | 12 |
| | | % em Habilitações literárias | 83,3% | 100,0% |
| Ensino superior | | Contagem | 12 | 13 |
| | | % em Habilitações literárias | 92,3% | 100,0% |
| Total | | Contagem | 50 | 80 |
| | | % em Habilitações literárias | 62,5% | 100,0% |

Testes qui-quadrado

| | Valor | df | Significância Sig. (2 lados) |
|------------------------------|---------------------|----|---------------------------------|
| Qui-quadrado de Pearson | 22,757 ^a | 4 | ,000 |
| Razão de verossimilhança | 26,956 | 4 | ,000 |
| Associação Linear por Linear | 18,070 | 1 | ,000 |
| N de Casos Válidos | 80 | | |

a. 3 células (30,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 3,38.

Vendem-me sempre o mais barato * O farmaceutico conhece a minha medicaçãoo

Crosstab

| | | | O farmaceutico conhece a minha medicaçãoo | |
|--------------------------------|-----|-------------------------------------|---|-------|
| | | | sim | não |
| Vendem-me sempre o mais barato | sim | Contagem | 15 | 9 |
| | | % em Vendem-me sempre o mais barato | 62,5% | 37,5% |
| | não | Contagem | 15 | 41 |
| | | % em Vendem-me sempre o mais barato | 26,8% | 73,2% |
| Total | | Contagem | 30 | 50 |
| | | % em Vendem-me sempre o mais barato | 37,5% | 62,5% |

Crosstab

| | | | Total |
|--------------------------------|-----|-------------------------------------|--------|
| Vendem-me sempre o mais barato | sim | Contagem | 24 |
| | | % em Vendem-me sempre o mais barato | 100,0% |
| | não | Contagem | 56 |
| | | % em Vendem-me sempre o mais barato | 100,0% |
| Total | | Contagem | 80 |
| | | % em Vendem-me sempre o mais barato | 100,0% |

Testes qui-quadrado

| | Valor | df | Significância Sig. (2 lados) | Sig exata (2 lados) | Sig exata (1 lado) |
|---------------------------------------|--------------------|----|------------------------------|---------------------|--------------------|
| Qui-quadrado de Pearson | 9,143 ^a | 1 | ,002 | | |
| Correção de continuidade ^b | 7,683 | 1 | ,006 | | |
| Razão de verossimilhança | 9,010 | 1 | ,003 | | |
| Teste Exato de Fisher | | | | ,005 | ,003 |
| Associação Linear por Linear | 9,029 | 1 | ,003 | | |
| N de Casos Válidos | 80 | | | | |

- a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 9,00.
 b. Computado apenas para uma tabela 2x2

CROSSTABS

```

/TABLES=VAR00002 habilitacoes VAR00003 Relacionamento Relacionamento2 v1 BY
VAR00004
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ
/CELLS=COUNT ROW
/COUNT ROUND CELL.
  
```

Tabulações cruzadas

| Observações | |
|-----------------------------|---|
| Saída criada | 21-MAR-2017 15:02:11 |
| Comentários | |
| Entrada | Dados |
| | D:\PauloSaavedra\PauloSaavedraBase Dados.sav |
| | <u>Conjunto de dados ativo</u> Conjunto_de_dados1 |
| | <u>Filtro</u> <none> |
| | <u>Ponderação</u> <none> |
| | <u>Arquivo Dividido</u> <none> |
| | <u>N de linhas em arquivo de dados de trabalho</u> 80 |
| Tratamento de valor ausente | Definição de ausente |
| | Os valores ausentes definidos pelo usuário são tratados como ausentes. |
| | Casos utilizados |
| | As estatísticas de cada tabela são baseadas em todos os casos com dados válidos no(s) intervalo(s) especificado(s) para todas as variáveis de cada tabela. |
| Sintaxe | CROSSTABS /TABLES=VAR00002 habilitacoes VAR00003 Relacionamento Relacionamento2 v1 BY VAR00004 /FORMAT=AVALUE TABLES /STATISTICS=CHISQ /CELLS=COUNT ROW /COUNT ROUND CELL. |
| Recursos | <u>Tempo do processador</u> 00:00:00,08 |
| | <u>Tempo decorrido</u> 00:00:00,14 |
| | <u>Dimensões solicitadas</u> 2 |
| | <u>Células disponíveis</u> 174734 |

Resumo de processamento do caso

| | Casos | | | | |
|---|--------|-------------|---------|-------------|-------|
| | Válido | | Ausente | | Total |
| | N | Porcentagem | N | Porcentagem | N |
| Idade * Compro os medicamentos | 80 | 100,0% | 0 | 0,0% | 80 |
| Habilitações literárias * Compro os medicamentos | 80 | 100,0% | 0 | 0,0% | 80 |
| Habilitações literárias * Compro os medicamentos | 80 | 100,0% | 0 | 0,0% | 80 |
| Tratam-me pelo nome * Compro os medicamentos | 80 | 100,0% | 0 | 0,0% | 80 |
| O farmaceutico conhece a minha medica??o * Compro os medicamentos | 80 | 100,0% | 0 | 0,0% | 80 |
| Vendem-me sempre o mais barato * Compro os medicamentos | 80 | 100,0% | 0 | 0,0% | 80 |

Resumo de processamento do caso

| | Casos |
|---|-------------|
| | Total |
| | Porcentagem |
| Idade * Compro os medicamentos | 100,0% |
| Habilitações literárias * Compro os medicamentos | 100,0% |
| Habilitações literárias * Compro os medicamentos | 100,0% |
| Tratam-me pelo nome * Compro os medicamentos | 100,0% |
| O farmaceutico conhece a minha medica??o * Compro os medicamentos | 100,0% |
| Vendem-me sempre o mais barato * Compro os medicamentos | 100,0% |

Idade * Compro os medicamentos

Crosstab

| | | | Compro os medicamentos | | Total |
|-------|-----------------|------------|------------------------|------------------------|--------|
| | | | Através da farmácia | vou à farmácia e outro | |
| Idade | de 31 a 50 anos | Contagem | 15 | 0 | 15 |
| | | % em Idade | 100,0% | 0,0% | 100,0% |
| | de 51 a 70 anos | Contagem | 20 | 4 | 24 |
| | | % em Idade | 83,3% | 16,7% | 100,0% |
| | mais de 70 anos | Contagem | 8 | 33 | 41 |
| | | % em Idade | 19,5% | 80,5% | 100,0% |
| Total | | Contagem | 43 | 37 | 80 |
| | | % em Idade | 53,8% | 46,3% | 100,0% |

Testes qui-quadrado

| | Valor | df | Significância Sig. (2 lados) |
|------------------------------|---------------------|----|---------------------------------|
| Qui-quadrado de Pearson | 40,689 ^a | 2 | ,000 |
| Razão de verossimilhança | 48,354 | 2 | ,000 |
| Associação Linear por Linear | 36,754 | 1 | ,000 |
| N de Casos Válidos | 80 | | |

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 6,94.

Habilitações literárias * Compro os medicamentos

Crosstab

| | | | Compro os medicamentos |
|-------------------------|---------------|------------------------------|------------------------|
| | | | Através da farmácia |
| Habilitações literárias | Não sei ler | Contagem | 2 |
| | | % em Habilitações literárias | 22,2% |
| | 4ª classe | Contagem | 7 |
| | | % em Habilitações literárias | 28,0% |
| | Ensino básico | Contagem | 11 |
| | | % em Habilitações literárias | 52,4% |

| | | | |
|-------|--------------------|------------------------------|--------|
| | Ensino obrigatório | Contagem | 10 |
| | | % em Habilitações literárias | 83,3% |
| | Licenciatura | Contagem | 10 |
| | | % em Habilitações literárias | 100,0% |
| | Mestrado | Contagem | 2 |
| | | % em Habilitações literárias | 100,0% |
| | Doutoramento | Contagem | 1 |
| | | % em Habilitações literárias | 100,0% |
| Total | | Contagem | 43 |
| | | % em Habilitações literárias | 53,8% |

Crosstab

| | | | Compro os medicamentos | Total |
|-------------------------|--------------------|------------------------------|---------------------------|--------|
| | | | vou à farmácia e outro | |
| Habilitações literárias | Não sei ler | Contagem | 7 | 9 |
| | | % em Habilitações literárias | 77,8% | 100,0% |
| | 4ª classe | Contagem | 18 | 25 |
| | | % em Habilitações literárias | 72,0% | 100,0% |
| | Ensino básico | Contagem | 10 | 21 |
| | | % em Habilitações literárias | 47,6% | 100,0% |
| | Ensino obrigatório | Contagem | 2 | 12 |
| | | % em Habilitações literárias | 16,7% | 100,0% |
| | Licenciatura | Contagem | 0 | 10 |
| | | % em Habilitações literárias | 0,0% | 100,0% |
| | Mestrado | Contagem | 0 | 2 |
| | | % em Habilitações literárias | 0,0% | 100,0% |
| | Doutoramento | Contagem | 0 | 1 |
| | | % em Habilitações literárias | 0,0% | 100,0% |
| Total | | Contagem | 37 | 80 |
| | | % em Habilitações literárias | 46,3% | 100,0% |

Testes qui-quadrado

| | Valor | df | Significância Sig. (2 lados) |
|------------------------------|---------------------|----|---------------------------------|
| Qui-quadrado de Pearson | 25,693 ^a | 6 | ,000 |
| Razão de verossimilhança | 31,393 | 6 | ,000 |
| Associação Linear por Linear | 23,578 | 1 | ,000 |
| N de Casos Válidos | 80 | | |

a. 7 células (50,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,46.

Habilitações literárias * Compro os medicamentos

Crosstab

| | | | Compro os medicamentos |
|-------------------------|-------------|------------------------------|------------------------|
| | | | Através da farmácia |
| Habilitações literárias | Não sei ler | Contagem | 2 |
| | | % em Habilitações literárias | 22,2% |
| 4ª classe | | Contagem | 7 |
| | | % em Habilitações literárias | 28,0% |
| Ensino básico | | Contagem | 11 |
| | | % em Habilitações literárias | 52,4% |
| Ensino obrigatório | | Contagem | 10 |
| | | % em Habilitações literárias | 83,3% |
| Ensino superior | | Contagem | 13 |
| | | % em Habilitações literárias | 100,0% |
| Total | | Contagem | 43 |
| | | % em Habilitações literárias | 53,8% |

Crosstab

| | | | Compro os medicamentos | |
|-------------------------|-------------|------------------------------|------------------------|--------|
| | | | vou à farmácia e outro | Total |
| Habilitações literárias | Não sei ler | Contagem | 7 | 9 |
| | | % em Habilitações literárias | 77,8% | 100,0% |
| 4ª classe | | Contagem | 18 | 25 |
| | | % em Habilitações literárias | 72,0% | 100,0% |
| Ensino básico | | Contagem | 10 | 21 |
| | | % em Habilitações literárias | 47,6% | 100,0% |
| Ensino obrigatório | | Contagem | 2 | 12 |
| | | % em Habilitações literárias | 16,7% | 100,0% |
| Ensino superior | | Contagem | 0 | 13 |
| | | % em Habilitações literárias | 0,0% | 100,0% |
| Total | | Contagem | 37 | 80 |
| | | % em Habilitações literárias | 46,3% | 100,0% |

Testes qui-quadrado

| | Valor | df | Significância Sig. (2 lados) |
|------------------------------|---------------------|----|------------------------------|
| Qui-quadrado de Pearson | 25,693 ^a | 4 | ,000 |
| Razão de verossimilhança | 31,393 | 4 | ,000 |
| Associação Linear por Linear | 24,423 | 1 | ,000 |
| N de Casos Válidos | 80 | | |

a. 2 células (20,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 4,16.

Tratam-me pelo nome * Compro os medicamentos

Crosstab

| | | | Compro os medicamentos | |
|---------------------|-----|--------------------------|------------------------|------------------------|
| | | | Através da farmácia | vou à farmácia e outro |
| Tratam-me pelo nome | sim | Contagem | 11 | 32 |
| | | % em Tratam-me pelo nome | 25,6% | 74,4% |
| | não | Contagem | 32 | 5 |
| | | % em Tratam-me pelo nome | 86,5% | 13,5% |
| Total | | Contagem | 43 | 37 |
| | | % em Tratam-me pelo nome | 53,8% | 46,3% |

Crosstab

| | | | Total |
|---------------------|-----|--------------------------|--------|
| Tratam-me pelo nome | sim | Contagem | 43 |
| | | % em Tratam-me pelo nome | 100,0% |
| | não | Contagem | 37 |
| | | % em Tratam-me pelo nome | 100,0% |
| Total | | Contagem | 80 |
| | | % em Tratam-me pelo nome | 100,0% |

Testes qui-quadrado

| | Valor | df | Significância Sig. (2 lados) | Sig exata (2 lados) | Sig exata (1 lado) |
|---------------------------------------|---------------------|----|---------------------------------|------------------------|-----------------------|
| Qui-quadrado de Pearson | 29,675 ^a | 1 | ,000 | | |
| Correção de continuidade ^b | 27,276 | 1 | ,000 | | |
| Razão de verossimilhança | 32,244 | 1 | ,000 | | |
| Teste Exato de Fisher | | | | ,000 | ,000 |
| Associação Linear por Linear | 29,304 | 1 | ,000 | | |
| N de Casos Válidos | 80 | | | | |

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 17,11.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

O farmacêutico conhece a minha médica??o * Compro os medicamentos

Crosstab

| | | | Compro os medicamentos | |
|---|-----|--|------------------------|---------------------------|
| | | | Através da farmácia | vou à farmácia e outro |
| O farmacêutico conhece a minha médica??o | sim | Contagem | 6 | 24 |
| | | % em O farmacêutico conhece a minha médica??o | 20,0% | 80,0% |
| | não | Contagem | 37 | 13 |
| | | % em O farmacêutico conhece a minha médica??o | 74,0% | 26,0% |
| Total | | Contagem | 43 | 37 |
| | | % em O farmacêutico conhece a minha médica??o | 53,8% | 46,3% |

Crosstab

| | | | Total |
|--|-----|---|--------|
| O farmaceutico conhece a minha medica??o | sim | Contagem | 30 |
| | | % em O farmaceutico conhece a minha medica??o | 100,0% |
| | não | Contagem | 50 |
| | | % em O farmaceutico conhece a minha medica??o | 100,0% |
| Total | | Contagem | 80 |
| | | % em O farmaceutico conhece a minha medica??o | 100,0% |

Testes qui-quadrado

| | Valor | df | Significância Sig. (2 lados) | Sig exata (2 lados) | Sig exata (1 lado) |
|---------------------------------------|---------------------|----|------------------------------|---------------------|--------------------|
| Qui-quadrado de Pearson | 21,994 ^a | 1 | ,000 | | |
| Correção de continuidade ^b | 19,875 | 1 | ,000 | | |
| Razão de verossimilhança | 23,123 | 1 | ,000 | | |
| Teste Exato de Fisher | | | | ,000 | ,000 |
| Associação Linear por Linear | 21,719 | 1 | ,000 | | |
| N de Casos Válidos | 80 | | | | |

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 13,88.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Vendem-me sempre o mais barato * Compro os medicamentos

Crosstab

| | | | Compro os medicamentos | |
|--------------------------------|-----|-------------------------------------|------------------------|------------------------|
| | | | Através da farmácia | vou à farmácia e outro |
| Vendem-me sempre o mais barato | sim | Contagem | 8 | 16 |
| | | % em Vendem-me sempre o mais barato | 33,3% | 66,7% |
| | não | Contagem | 35 | 21 |
| | | % em Vendem-me sempre o mais barato | 62,5% | 37,5% |
| Total | | Contagem | 43 | 37 |
| | | % em Vendem-me sempre o mais barato | 53,8% | 46,3% |

Crosstab

| | | | Total |
|--------------------------------|-----|-------------------------------------|--------|
| Vendem-me sempre o mais barato | sim | Contagem | 24 |
| | | % em Vendem-me sempre o mais barato | 100,0% |
| | não | Contagem | 56 |
| | | % em Vendem-me sempre o mais barato | 100,0% |
| Total | | Contagem | 80 |
| | | % em Vendem-me sempre o mais barato | 100,0% |

Testes qui-quadrado

| | Valor | df | Significância Sig. (2 lados) | Sig exata (2 lados) | Sig exata (1 lado) |
|---------------------------------------|--------------------|----|------------------------------|---------------------|--------------------|
| Qui-quadrado de Pearson | 5,749 ^a | 1 | ,016 | | |
| Correção de continuidade ^b | 4,636 | 1 | ,031 | | |
| Razão de verossimilhança | 5,805 | 1 | ,016 | | |
| Teste Exato de Fisher | | | | ,027 | ,015 |
| Associação Linear por Linear | 5,677 | 1 | ,017 | | |
| N de Casos Válidos | 80 | | | | |

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 11,10.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2