



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

A Gestão da Saúde ao Nível Local: Análise da Atividade Farmacêutica em Contexto Urbano e Rural

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia do Trabalho e das Organizações -

por

Ana Luísa da Cruz Pires Fonseca

sob orientação de
Professora Doutora Liliana Cunha
Mestre Eduardo Oliveira

Faculdade de Educação e Psicologia
Porto, julho de 2013

“O homem converte-se aos poucos naquilo que acredita poder vir a ser. Se me repetir incessantemente a mim mesmo que sou incapaz de fazer determinada coisa, é possível que isso acabe finalmente por se tornar verdade. Pelo contrário, se acreditar que a posso fazer, acabarei garantidamente por adquirir a capacidade para a fazer, ainda que não a tenha num primeiro momento.”

Mohandas Gandhi, in 'The Words of Gandhi'

Agradecimentos

Aos meus pais, pela presença e força contínua ao longo destes anos. Pela oportunidade que me deram e por serem quem são.

Ao meu irmão, ao meu querido e “introcável” irmão. Pela paciência em ouvir as minhas lamúrias e euforias. Pela ajuda e compreensão.

Ao Professor Eduardo Oliveira, pela motivação, dedicação e apoio ao longo deste percurso. Pelo exemplo. Por encontrar sempre solução para a minha célebre frase: “Professor!! Estou com um problema!!!”. À professora Liliana Cunha, pelo empenho e dedicação com que nos mostrou o importante lado da Psicologia do Trabalho. Pela exigência e ajuda. À Professora Joana Fernandes, pela disponibilidade e simpatia.

À Miriam, pelo companheirismo, “mau-feitio” e amizade ao longo destes anos. À Leonor, pela amizade, força e energia contagiantes. À Ana Luís, pela palavra certa, no momento certo. Ao João, pela motivação constante e objetividade. Aos meus CSCer’s, pela oportunidade e aprendizagens que em muito contribuíram para aquilo que sou, o meu obrigado! Às minhas amigas que, mais longe ou mais perto, me acompanharam neste percurso.

À Cláudia Cabral, à Cláudia Cunha e à Maria Dória, pela compreensão, força e apoio ao longo deste período.

Aos Diretores e Técnicos de Farmácia, Clientes e a todas as pessoas, que de forma direta ou indireta permitiram que este estudo fosse possível. A todos, o meu obrigado.

A todas as pessoas que fizeram parte deste percurso.

Nota: Esta dissertação foi escrita ao abrigo do novo acordo ortográfico.

RESUMO

O presente estudo visa compreender de que modo é feita a gestão da saúde na comunidade, sendo esta urbana ou rural, nomeadamente no que respeita ao setor farmacêutico, mais precisamente, em farmácias comunitárias. Neste sentido, distingue-se como objetivo geral perceber de que forma o contexto (Rural ou Urbano) onde se insere uma farmácia comunitária influencia a forma de estar no trabalho dos profissionais de farmácia bem como a influência desta na comunidade que assiste. Assim sendo, pretende-se com o presente estudo explorar o modo como o contexto geográfico influencia a atividade de um profissional de farmácia e perceber as perspetivas dos clientes face ao papel da farmácia na comunidade. Num último ponto explora-se a influência da conjuntura económica e social atual na relação da farmácia-comunidade.

Para tal, desenvolveu-se uma pesquisa que conta com uma amostra de nove participantes, três Diretores de Farmácia, três Técnicos de Atendimento e três clientes, privilegiando uma metodologia qualitativa. Esta tem como objetivo a valorização do discurso e as perceções dos participantes face ao papel da farmácia. De modo a complementar as entrevistas semiestruturadas foi também utilizada a observação *in vivo*, de modo a conhecer a atividade do profissional de farmácia e as suas interações com a comunidade. Os dados recolhidos foram trabalhados através do Software de análise de conteúdo, NVIVO9.

Tornou-se claro a partir desta investigação a crescente importância do profissional de farmácia na comunidade, não só pela dispensa de medicamentos, mas pelo aconselhamento e apoio em situação de doença ou em situações mais específicas dos contextos onde atuam. Várias vezes foi referida a importância da farmácia, como um “Centro de Apoio Psicológico”. Em estudos futuros seria pertinente focar as perceções de Diretores-Farmacêuticos e Técnicos de Atendimento, separadamente, em estudos distintos.

Palavras-chave: Farmácia; Profissional de Farmácia; Comunidade; Contexto Rural; Contexto Urbano; Aconselhamento; Doença;

ABSTRACT

The purpose of this study is to understand how health management works, in both urban and rural communities, especially concerning the pharmaceutical sector, and with a particular focus on community pharmacies. As such, the general goal is to understand how the context (rural or urban) of a community pharmacy influences the pharmacists' attitude, as well as the latter's influence on the community it supports. Thus, with this study, I intend to explore the way geographical context influences a pharmacist's activity and understand the customers' perspectives on the role of the pharmacy in a community. Lastly, I will explore the influence of the current economic and social climate in the pharmacy-community relationship.

For that purpose, I conducted a research with a sample of nine participants: three Directors of Pharmacy, three Pharmacy Technicians and three customers, with an emphasis on qualitative methodology. The goal of qualitative methodology is to value speech and perception of the participants regarding the pharmacy's role. In vivo observation was also used as a way to complement the semi-structured interviews, so as to understand the activities of a pharmacist and his/her interaction with the community. The data gathered was processed by the content analysis software NVIVO9.

It has become clear from this research that the pharmacist has a growing importance in the community, not only to dispense medication, but also for the counseling and support he provides when there is an illness or any other specific situation related to the context where they work. The pharmacy's importance as a "Psychological Support Center" was mentioned several times. In terms of future study proposals, it would be interesting to solely focus the different perceptions of the pharmacy professionals in different studies.

Keywords: Pharmacy; Pharmacist; Community; Rural Context; Urban Context; Counseling; Illness;

ÍNDICE GERAL

CAPÍTULO I Introdução	Pág.1
CAPÍTULO II Enquadramento Teórico	Pág.3
1. Breve Caracterização do Setor Farmacêutico	Pág.3
1.1 Da Farmácia Tradicional à Farmácia Comunitária Atual	Pág.4
1.2 Evolução Legal	Pág.5
2. A Relação Trabalho - Comunidade Local: Uma Análise a Partir do Contexto Farmacêutico	Pág.7
2.1 A Atividade do Profissional de Farmácia	Pág.7
2.2 Atenção farmacêutica	Pág.8
2.3 Caracterização sociodemográfica da população portuguesa e perfil de saúde	Pág.10
2.4 O contexto rural e urbano: que assimetrias?	Pág.13
CAPÍTULO III Metodologia	Pág.17
1. Objetivos e questões de investigação	Pág.17
2. Participantes	Pág.18
3. Instrumentos	Pág.20
4. Procedimentos	Pág. 21
Capítulo IIII Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados	Pág.23
1. Descrição do Sistema de Categorias	Pág.23
2. Resposta às questões de investigação	Pág.31
3. Conclusões	Pág.47
Referências Bibliográficas	Pág.49
Anexos	Pág.53

ÍNDICE DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1: Caraterização Sociodemográfica dos Participantes	Pág.20
Tabela 2: Motivos de escolha do contexto de Trabalho X Diretores	Pág.38
Tabela 3: Motivos de escolha do contexto de Trabalho X Técnicos de Atendimento	Pág.38
Tabela 4: Perceções do cliente face ao profissional de farmácia	Pág.41
Tabela 5: Motivos que levam a recorrer à farmácia X Cliente	Pág.44
Figura 1: Pirâmide Demográfica da população portuguesa	Pág.11
Figura 2: Densidade populacional 2011	Pág.12

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Termo de Confidencialidade
Anexo 2: Exemplo de Observação
Anexo 3: Guião de Entrevista
Anexo 4: Sistema Integral de Categorias

CAPÍTULO I | Introdução

Atualmente, numa conjuntura que se demarca por diversas alterações tanto a nível social como legislativo e económico, o sector farmacêutico sofreu também grandes evoluções, tornando-se num setor mais competitivo e, por outro lado, de apoio à comunidade, tendo em vista a missão social que lhe é conhecida. É neste sentido que o presente estudo se orienta, explorando a evolução do sector farmacêutico e o trabalho dos seus profissionais, bem como a influência de diferentes contextos geográficos no desempenho desta atividade.

Num país em que os índices de envelhecimento verificam um crescimento acentuado (Pordata, 2013) e acompanhando a tendência nacional litoral *versus* interior, a distribuição da população pelo território da região Norte é pouco homogénea, evidenciando-se grandes aglomerados populacionais nos municípios do litoral urbano (INE, 2012).

Neste sentido, parece ser pertinente compreender como é feita a gestão da saúde na comunidade, sendo esta urbana ou rural. Atualmente, e no que refere à investigação desenvolvida em diversas áreas, o setor farmacêutico parece ter caído no esquecimento, não no que refere à investigação farmacêutica e de fármacos, mas numa ótica do trabalhador e da comunidade a que assiste.

É cada vez mais comum recorrer a uma farmácia comunitária quando precisamos de um aconselhamento de fármacos em situação de doença. A forma discreta com que o farmacêutico desempenha a sua tarefa, mascara a eficácia e o profissionalismo da intervenção, isto é, os clientes deslocam-se a uma farmácia comunitária, promovendo uma relação farmacêutico-cliente bem como o acompanhamento farmacoterapêutico (Winslade *et al.*, 1996, cit. in Maurício, 2010). No entanto, para além de todo o aconselhamento e monitorização dada pelo farmacêutico, cria-se uma relação contínua, que permite o acompanhamento do cliente. Em regiões rurais, por exemplo, as pessoas não conseguem aceder a este acompanhamento tão próximo porque, muitas vezes, não existem serviços de saúde ajustados à população, nomeadamente, farmácias.

Em 2007, contrariando aquilo que tinha sido feito até à data, o Decreto-Lei nº 307/2007, de 31 de Agosto, estabeleceu “um conjunto de novas regras que devem reger a atividade das farmácias comunitárias” (Ministério da Saúde, 2007). Desta, podemos realçar, a flexibilidade de transferência das farmácias dentro de um concelho, que se pode traduzir numa desertificação farmacêutica em algumas regiões.

Strasser e Neusy (2010) salientaram as diferenças significativas entre o desenvolvimento da saúde em contexto rural e urbano. Neste seguimento, não só é importante compreender as perceções dos clientes, mas compreender o papel do farmacêutico, não só na prestação de serviços mas na forma como desenvolve a atividade. Devido à escassez de profissionais a exercer atividade

em meio rural, estudos internacionais, nomeadamente na Austrália, têm vindo a desenvolver projetos e medidas de incentivo aos estudantes para desenvolverem a sua atividade neste contexto (Peterson, Fitzmaurice, Rasiah, & Kruup, 2010). Porém, estes estudos não refletem a realidade de Portugal, tornando-se crucial o desenvolvimento de investigações que foquem estas duas realidades, por um lado a localização da farmácia e, por outro, a forma de estar do farmacêutico, bem como a influência desta na comunidade.

Deste modo, distingue-se como objetivo geral, perceber de que forma o contexto (Rural ou Urbano) onde se insere uma farmácia comunitária influencia a forma de estar no trabalho bem como o impacto desta na comunidade que assiste. Sumariamente, e no que refere ao desenrolar deste projeto, num primeiro momento será apresentado um enquadramento a nível teórico da temática em questão, começando por delinear noções importantes a ter em conta desde a definição de farmácia comunitária à exploração do setor farmacêutico. De seguida pretende-se compreender a evolução dinâmica deste setor, onde se caracteriza a sua evolução legal, bem como a evolução do setor no nosso país. Finalmente, será privilegiada uma sustentação teórica sobre a relação trabalho-comunidade, alicerçada numa caracterização demográfica da população portuguesa e sistema de saúde nacional bem como assimetrias no contexto rural e urbano. Ainda neste tópico, será caracterizada a atividade do farmacêutico, bem como a “atenção farmacêutica”.

Num segundo capítulo será apresentada toda a dinâmica metodológica que constituiu a investigação, tendo em conta os instrumentos utilizados, como a observação e entrevistas semiestruturadas, a caracterização dos participantes e procedimentos tidos em conta. A análise dos dados permitiu assim dar resposta às questões de investigação através do discurso e perceções dos participantes.

Finalmente, e após a apresentação e discussão dos resultados, procurou-se expor uma reflexão e conclusão crítica de todo este percurso, bem como principais limitações, dificuldades e sugestões para trabalhos futuros.

CAPÍTULO II |Enquadramento Teórico

1. Breve Caracterização do Setor Farmacêutico

Numa conjuntura atual que se caracteriza por diversas alterações tanto a nível social como legislativo e económico, também o setor farmacêutico sofreu grandes evoluções, tornando-se num mercado mais competitivo. Porém, a missão social que lhe é reconhecida e o importante apoio que oferece à comunidade são fatores inerentes à caracterização do mesmo. É neste sentido que o presente estudo se orienta, explorando a evolução do setor farmacêutico e a importância deste serviço em diferentes contextos geográficos.

As constantes evoluções tecnológicas, sociais e económicas, denotam-se em todos os setores da sociedade, nomeadamente, no setor farmacêutico. Este tem sofrido notáveis alterações sendo que a adesão de Portugal à União Europeia exponenciou, em larga escala, o desenvolvimento desta área da saúde. A atividade farmacêutica reúne uma série de áreas de atuação profissional, onde podemos distinguir a Farmácia de Oficina (ou mais comumente chamada de farmácia Comunitária), a farmácia hospitalar, a distribuição grossista e a farmácia industrial. O ensino e a investigação científica são também sectores onde o farmacêutico se distingue como um especialista do medicamento e um agente de saúde pública (Pita, 2010).

No entanto, e tendo em conta o foco do presente estudo, será importante aprofundar o conceito de farmácia comunitária. De acordo com as Recomendações do Gabinete Regional da OMS – Europa, quanto ao papel e às funções do farmacêutico de oficina (Revista da Ordem dos Farmacêuticos n.º 80, 2007), este refere a missão social que lhe é atribuída, mais precisamente no que toca às novas exigências sociais, onde se destacam o direito à saúde como direito fundamental da humanidade. Inerente a estes pontos, destaca-se também a qualidade de vida dos pacientes. O aconselhamento sobre o uso racional dos fármacos e a monitorização dos clientes inscrevem-se na necessidade de encontrar formas mais coerentes de funcionamento do sistema de saúde em Portugal e no mundo. Neste sentido, o farmacêutico, cuja presença constante é obrigatória em cada farmácia, esclarece e aconselha, desde as interações entre medicamentos bem como contra indicações e reações adversas relativamente ao fármaco utilizado. Segundo Planas, Kimberlin, Segal, Brushwood, Hepler e Schlenker (2004), o principal objetivo dos profissionais de cuidados de saúde, nomeadamente farmacêuticos, passa por melhorar a qualidade de vida dos pacientes, sendo que a sua atividade remete essencialmente para dois níveis: curar, retardar ou impedir a doença de um paciente e, por outro lado, reduzir, prevenir ou eliminar sintomas de um paciente. Uma vez que os farmacêuticos têm a responsabilidade de assegurar ótimos resultados das terapias, a assistência farmacêutica torna-se crucial na medida em que possibilita uma maior compreensão do resultado da terapia no paciente.

1.1 Da Farmácia Tradicional à Farmácia Comunitária Atual

De forma a compreender aquelas que foram as principais mudanças e períodos no setor farmacêutico, torna-se imprescindível regressar ao passado e compreender a sua história e principais evoluções. Como já referido, o século XX foi um ponto de viragem no que respeita à atividade farmacêutica. Hepler e Strand (1990), destacam três importantes períodos neste setor, nomeadamente: o *período tradicional*, o *período de transição* e o *período de desenvolvimento da atenção ao paciente*. Em cada um destes períodos distinguem-se diferentes conceitos no que se refere às funções e obrigações da farmácia.

No que concerne ao período tradicional, no início do século XX, a farmácia começou a desenvolver um papel de cariz social na sociedade. Não obstante, durante este período, as principais funções do farmacêutico, passavam por procurar, preparar e avaliar os produtos medicinais bem como assegurar que os fármacos eram vendidos puros e sem alterações indesejáveis. Todavia, durante este período, o farmacêutico passou a ter como função secundária, o papel de aconselhamento no que refere à toma do fármaco. Este período tradicional começou a desvanecer à medida que a preparação de medicamentos começou a ser assegurada pela indústria farmacêutica e a prescrição de medicação começou a ser feita pelos médicos, tornando o papel do profissional de farmácia limitado. Com o passar do tempo este passou a ter o papel de mero dispensador de medicamentos.

Em meados dos anos 60, começa então o período de transição, em que os farmacêuticos procuram o desenvolvimento do seu potencial profissional. O período de transição caracterizou-se pela rápida expansão no que se refere às funções do farmacêutico, não só na vertente técnica, como também na vertente científica e socioprofissional (Pita, 2000). Após a 1.^a Guerra Mundial começou a assistir-se a grandes transformações na indústria farmacêutica, principalmente no que respeita à industrialização do medicamento. Não obstante e, pese embora, as farmácias ainda continuarem a produzir medicamentos magistrais, isto é, “medicamento preparado em farmácia de oficina ou nos serviços farmacêuticos hospitalares segundo receita médica que especifica o doente a quem o medicamento se destina” (Ministério da saúde, 2004), a indústria farmacêutica, galopava a olhos vistos para a detenção desta atividade. Foi neste contexto que a farmácia de oficina se foi transformando, gradualmente, de um local de fabrico e dispensa de medicamentos, para um local de cedência e venda de medicamentos (Pita, 2007). Vivia-se, portanto, um período de reconstrução, em que se denotou um esforço para recuperar a sua importância na assistência médica.

Se até então apenas se dedicava à preparação, avaliação e venda de fármacos, nesta altura, o farmacêutico passou a assegurar um papel de atendimento e aconselhamento aos clientes. É neste sentido, que em finais dos anos 70, surge o “período de desenvolvimento da atenção ao paciente”, que em parte já tinha sido iniciado no período de transição, mas que focaliza a prática farmacêutica centrada no cliente e não só no desenvolvimento e distribuição de novos medicamentos, numa população abstrata, não tendo em conta a individualidade de cada um (Hepler & Strand, 1990).

Embora já no ano de 1965, através da Lei n.º2125, tivesse sido referenciada a importância social da farmácia, foi em 1968, através do Decreto-lei n.º 48547, de 27 de Agosto de 1968, que esta ideia foi reforçada, salientando a importância da dimensão social da farmácia e o papel fulcral do farmacêutico na sociedade (Ministério da Saúde e Assistência, 1968). Ainda neste diploma, foi integrado um código de deontologia. Ainda neste último período, houve uma preocupação e promoção do uso racional dos medicamentos, incentivados, de certa forma, pela publicação de documentos pela Organização Mundial de Saúde (Laing, Waning, Gray, Ford & Hoen, 2003).

Com o objetivo de uma maior compreensão daquelas que foram as principais evoluções e alterações deste setor, será apresentada seguidamente uma breve caracterização legal onde reflete as principais alterações no que respeita ao conceito de propriedade de farmácia e atividade do profissional de farmácia, já neste capítulo referidos.

1.2 Evolução Legal

A entrada de Portugal na Comunidade Económica Europeia acarretou várias alterações neste setor. Neste sentido, será importante referenciar uma breve evolução legislativa neste setor.

Abordando primeiramente as questões da propriedade de farmácia, bem como a regulamentação do exercício da atividade farmacêutica, e no que respeita à segunda metade do século XX, estas sustentavam-se pelo Decreto-Lei n.º 2125, de 20 de Março de 1965 e pelo Decreto-Lei n.º 48547, de 27 de Agosto de 1968. Estes consideravam a atividade farmacêutica de interesse público e uma atividade sanitária, tendo como funções preparar, conservar e distribuir medicamentos ao público (Ministério da Saúde e Assistência, 1965). Estes diplomas eram o reflexo das medidas normalizadoras da farmácia portuguesa nos anos 60, espelhando as preocupações sociais e assistenciais do Estado Novo (Pita, 2010).

Foi nos anos 80, que este setor se debateu com inúmeras reformulações, nomeadamente, no que se refere à abertura de Farmácias de Oficina (Ministério da Saúde, 1987, p. 3626), alterando aquilo que até então vigorava através do Decreto-Lei n.º 48547, de 27 de Agosto de 1968. A partir dos anos 80, a abertura de uma nova farmácia passou a ser feita por concursos, onde teriam que preencher determinados critérios de seleção dos candidatos. Refletindo ainda as alterações do Decreto-Lei de 1968, estas demarcavam-se essencialmente na prática profissional. Relativamente à direção-técnica da farmácia e responsabilidade destas, passaram a desenvolver a sua atividade com o acompanhamento permanente e contínuo de um Diretor-técnico. Apenas em empresas produtoras passou a ser exigido um farmacêutico com o título de especialista passado pela Ordem dos Farmacêuticos. Todas estas exigências refletiam a adaptação de Portugal às Diretivas Comunitárias, na medida em que estas exigiam diplomas oficiais de segurança, qualidade e eficácia das instituições bem como no medicamento (Pita, 2010).

Em 2007, contrariando aquilo que tinha sido feito até à data, o Decreto-Lei nº 307/2007 de 31 de Agosto, estabeleceu “um conjunto de novas regras que devem reger a atividade das farmácias comunitárias” (Revista da Ordem do Farmacêuticos, 2007; p. 6). Uma das principais alterações refere-se ao fim da propriedade de farmácia a farmacêuticos, isto é, todas as pessoas singulares e/ou sociedades comerciais podem ser proprietárias ou explorar um máximo de quatro farmácias. Porém, a presença do Diretor Técnico Farmacêutico continua a ser obrigatória, bem como a presença de mais um farmacêutico no quadro da organização. Uma questão que também levantou controvérsia nesta alteração da lei em 2007 remete para a transferência de farmácias, ou seja, passou a existir uma flexibilidade por parte das farmácias comunitárias em se deslocarem dentro do concelho. Embora esta alteração facilite em muito a mudança de local das farmácias, em contrapartida, traduz-se num esvaziamento de pequenas localidades no que toca à assistência farmacêutica (Pita, 2010).

No que respeita à caracterização do setor farmacêutico no nosso país, e segundo os mais recentes dados do Instituto Nacional de Estatística, em 2011, existiam em Portugal 2941 farmácias, o que se traduz em 2,7 farmácias por cada 10 mil habitantes. Desde o ano de 1990, apenas se registou um aumento de 397 farmácias por todo o país.

Relativamente ao número de farmácias nos concelhos onde esta investigação será realizada, atualmente, o concelho de Chaves conta com 12 farmácias. Porém, se formos analisar a evolução desde 1990, este número apenas se reduziu em uma farmácia. No que respeita ao número de farmácias no concelho do Porto, em 1990 este contava com 121 farmácias. Atualmente, verifica-se uma redução contando apenas com 113 farmácias (Pordata, 2013).

Torna-se ainda pertinente referir os dados relativos à análise feita pelo Observatório Nacional de Recursos Humanos em 2010 (ONRH, 2010). Este abordou diversos setores de atividade, onde se destaca o setor farmacêutico. Nesta análise foram avaliados os três principais índices do modelo do ONRH, sendo eles a Satisfação, Lealdade e Envolvimento por parte dos trabalhadores, através de uma análise de relação causal entre um conjunto de nove dimensões, nomeadamente satisfação, expectativas, qualidade, entre outros. Relativamente ao sector farmacêutico, este de uma forma geral, apresenta valores médios por dimensão mais elevados que os restantes sectores (Distribuição, Indústria e Serviços), à exceção da dimensão satisfação, que apresenta um declínio significativo comparando com outras dimensões. No Observatório de 2011 (ONRH, 2011), esta tendência manteve-se com os setores da distribuição e o setor farmacêutico a apresentar valores médios mais elevados para as várias dimensões.

2. A Relação Trabalho - Comunidade Local: Uma Análise A Partir Do Contexto Farmacêutico

2.1 A Atividade do Profissional de Farmácia

Tendo por base os pressupostos da Psicologia do Trabalho e das Organizações, torna-se crucial conhecer e compreender a realidade do profissional antes de delimitar o objeto em estudo. Neste sentido, e tendo em conta aquilo que esta área da psicologia defende, torna-se, portanto, crucial a distinção entre trabalho real e trabalho prescrito. Segundo Clot, Faita, Fernandez, e Scheller (2000), o trabalho prescrito, diz respeito àquilo que deve ser realizado pelo trabalhador, por outro lado, o trabalho real, reflete o que realmente é feito. Schwartz (2005), refere o crescente interesse na compreensão do “que está a ser feito / o que se está a fazer” (p. 63), emergindo cada vez a distinção entre trabalho prescrito e trabalho real, porém numa perspetiva muito mais ampla, isto é, a atividade torna-se numa questão profundamente enigmática, onde se valorizam vários fatores, desde normas histórico-sociais, anteriores ao indivíduo e com as quais este tem que lidar e, simultaneamente, pela história do indivíduo anterior a estas normas.

Como já referido, a atividade do profissional de farmácia iniciou um processo de mudança, na medida em que deixou de ser um mero dispensador de medicamentos, assumindo agora funções no que respeita ao aconselhamento e informação farmacológica (Petty, 2003). Segundo Santos et al. (2009), define-se como farmacêutico o “profissional de saúde que após a conclusão do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, se inscreve na Ordem dos Farmacêuticos. É um profissional de saúde de formação avançada na manipulação de medicamentos, no processo de uso dos medicamentos e na avaliação dos seus efeitos” (p. 14). Reforçando a ideia de que a atividade do farmacêutico se encontra num processo de mudança, Naves, Merchan-Hamann, e Silver (2005) referem a importância desta atividade como uma estratégia de saúde pública, na medida em que funcionará como promotora na prevenção de doenças e o uso racional de medicamentos.

Analisando aquilo que é referido pela Ordem dos Farmacêuticos (n.d.), “as funções assumidas pelo farmacêutico na sociedade traduzem-se numa afirmação crescente que ultrapassa o seu papel enquanto técnico do medicamento”. De acordo com o documento de “Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária” (Santos et al., 2009), é possível distinguir o trabalho prescrito da atividade do farmacêutico, nomeadamente, contacto com outros profissionais de saúde, controlo de psicotrópicos e estupefacientes, cedência de medicamentos, seguimento farmacoterapêutico, gestão da formação dos colaboradores e contacto com os centros de informação dos medicamentos. Ainda neste documento destacam-se as principais responsabilidades do farmacêutico, onde se ressaltam dois pontos essenciais, de acordo com o novo paradigma da farmácia: a principal responsabilidade do farmacêutico passa pela saúde e o bem-estar do doente e do cidadão em geral, promovendo o direito a um tratamento com qualidade, eficácia e segurança. Por outro lado, o aconselhamento sobre o uso

racional dos medicamentos, e a monitorização dos doentes, entre outras atividades no âmbito dos cuidados farmacêuticos, são responsabilidades assumidas pelos farmacêuticos, enquanto profissionais integrantes do Sistema Nacional de Saúde.”

Ao abrigo da Portaria n.º 1429/2007 de 2 de Novembro, as farmácias passaram a ter a possibilidade de prestarem serviços farmacêuticos de promoção da saúde e do bem-estar dos clientes, como por exemplo, administração de primeiros socorros, administração de medicamentos, utilização de meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica e administração de vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação (Ministério da Saúde, 2007).

De referir ainda que integramos como profissionais de farmácia, aqueles que prestam apoio no atendimento e organização da mesma. Como farmacêutico e diretor, deve supervisionar, verificar e avaliar as tarefas delegadas no pessoal de apoio e garantir que o pessoal de apoio possui formação atualizada para as tarefas que desempenha (Santos et al.2009).

2.2 Atenção farmacêutica

Durante as últimas décadas, denotou-se um crescimento no que respeita aos serviços de farmácia clínica. Embora não haja consenso sobre a definição de "farmácia clínica," todas as definições propostas referem-se à contribuição que os farmacêuticos podem dar para a realização da terapia medicamentosa de alta qualidade e racional, promovendo, assim, a cooperação com os médicos, com o objetivo de otimizar a eficiência, eficácia e segurança da terapia medicamentosa (Ridjt, Willems,& Simoens, 2008).

Durante cerca de metade do século XX, a assistência na saúde prestada ao cliente estava quase sempre associada a cuidados médicos. Porém, nos últimos anos, este cenário tem vindo a ser alterado, assistindo-se a uma mudança no que diz respeito à prestação de cuidados médicos, através do aparecimento de outros métodos de assistência médica, com vista ao melhoramento da saúde nas populações, resultando numa alteração das expectativas dos próprios clientes e dos *stakeholders*. Em simultâneo, e face ao aumento crescente dos gastos no ramo farmacêutico, tem-se denotado um interesse em gerir e monitorizar este sector muito específico e influenciado por vários fatores (Mota, 2003). Contudo, é importante ter presente o facto do medicamento se ter tornado um bem de consumo e, na atualidade, devido ao lugar central que ocupa na terapia ocidental, passou a ser considerado um elemento principal num segmento económico mundialmente importante (Milgate & Hackbarth, 2005).

Como nos é referido por Cipolle (1986), o fármaco deve sempre ser adaptado ao indivíduo, de modo a que este tolere as doses terapêuticas dos medicamentos, valorizando assim uma terapêutica individualizada, tendo sempre em conta o estado fisiopatológico do cliente doente. É neste contexto da saúde que a farmácia comunitária se apresenta em Portugal como um serviço de fácil acesso e uma distribuição homogénea por todo o país. De uma forma geral, os clientes deslocam-se a uma farmácia

comunitária, promovendo desta forma o estabelecimento de uma relação farmacêutico-cliente e o seu seguimento farmacoterapêutico (Winslade *et al.*, 1996, cit. in Maurício, 2009).

Em 2006, o ISCTE em parceria com a Ordem dos Farmacêuticos, desenvolveu um estudo cujo objetivo consistia em caracterizar a responsabilidade social das farmácias, tendo em conta o grau de conhecimento dos farmacêuticos face a esta, bem como os próprios clientes. Como previamente referido, o sector farmacêutico tem sofrido evoluções notáveis, que são refletidas também neste estudo. São cada vez mais as farmácias portuguesas que orientam o seu trabalho para a promoção da saúde na comunidade e não focalizando a atividade apenas na distribuição e dispensa de medicamentos, proporcionando um espaço de saúde ao serviço dos clientes. É de salientar, neste estudo, o facto de as farmácias com um elevado grau de empenhamento, espelharem melhores políticas de responsabilidade social, isto é, uma maior empenhamento reflete a elevada perceção que têm do impacto comunitário das suas farmácias (Duarte et al., 2006).

Ainda no seguimento do mesmo estudo, e à luz do que é expectável pelos clientes, estes defendem que a qualidade dos serviços prestados por farmacêuticos comunitários é de qualidade superior em comparação a outras entidades de saúde, como hospitais ou centros de saúde. Este facto justifica-se com o importante aconselhamento por parte do farmacêutico ao cliente, fazendo com que muitas vezes este evite deslocar-se ao médico para obter informações similares (Duarte et al., 2006).

Mikeal, Brown & Lazarusem 1975 (Cit in: Freitas & Pereira, 2008), referiram que a assistência farmacêutica define-se como o cuidado que um determinado paciente necessita e recebe para garantir o uso seguro e racional de medicamentos. No entanto, só em 1980, surge o conceito de “atenção farmacêutica” introduzido em por Brodie, Parish e Poston como a importância da análise das necessidades do indivíduo na atribuição de um fármaco e a prestação de todos os mecanismos necessários, inerentes a esta atividade, isto é, antes, durante e após o tratamento. Este apoio no acompanhamento do tratamento permite uma terapia com mais qualidade e eficaz e se acompanhado por momentos de feedback, melhora eficazmente a qualidade dos serviços prestados por estes profissionais (Charles & Hepler, 2004). Ainda neste seguimento, em 1990, Hepler e Strand, definiram atenção farmacêutica como o processo responsável pela farmacoterapia como objetivo de obter resultados definitivos que promovem a melhoria da qualidade de vida dos clientes. No entanto, para isto o profissional de farmácia deverá cooperar com os clientes bem como com outros profissionais de saúde, na conceção e monitorização de um plano de cuidados para a prevenção e resolução de problemas, de acordo com os fármacos prescritos.

Também Dader e Romero (1999) desenvolveram este conceito. Este surgiu com a necessidade de garantir a qualidade da assistência farmacêutica, motivada pela preocupação com os problemas que o mau uso do medicamento pode provocar na qualidade de vida do paciente. Sendo a farmacoterapia um dos principais fatores de qualidade de vida, o farmacêutico, para além do saber face ao

medicamento e sua utilização, tem o dever de acompanhar o paciente e avaliar os resultados do tratamento (Dader & Romero, 1999).

Em 1993, com a publicação da “Declaração de Tóquio” pela Organização Mundial de Saúde, o papel do farmacêutico passou a ser reconhecido como o de um prestador de serviços farmacêuticos, onde a prevenção da doença e a promoção da saúde passaram a estar no centro desta atividade (World Health Organization, 1994).

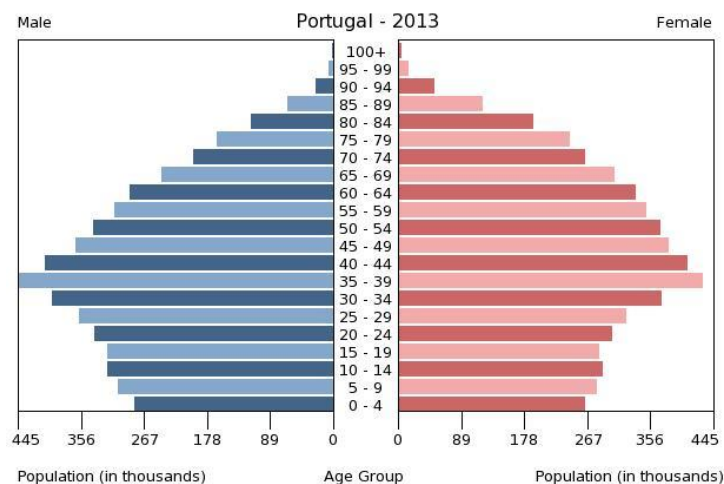
Cipolle, Strand e Morley, (1998), definiram atenção farmacêutica como a responsabilidade do farmacêutico em estabelecer uma relação de compromisso entre o cliente e o fármaco, isto é, promovendo resultados positivos ao longo de toda a terapia. Para além da dispensa e aconselhamento, já previamente falados, aqui emergem os fatores confiança e compromisso, muitas vezes conseguidos por parte do farmacêutico em momentos de maior fragilidade e resistência face a um tratamento. Porém, e observando aquilo que nos refere a literatura, cada vez mais a relação que se estabelece entre o profissional de farmácia e o cliente, é um fator positivo no que toca ao desenvolvimento favorável deste setor. Al-Shaqha e Zairi (2001), referem que o cuidado profissional incentiva o relacionamento que é necessário para o bom desenvolvimento do trabalho prestado bem como a promoção de uma boa relação com o cliente, isto é, a ideia de cuidado profissional vai além dos cuidados profissionais.

2.3 Caraterização sociodemográfica da população portuguesa e perfil de saúde

Com o objetivo de compreender diferenças entre diversos contextos geográficos, a caraterização sociodemográfica do nosso país revela-se um instrumento essencial. Neste sentido, seguidamente será feita uma apresentação sucinta de indicadores relativos a Portugal Continental, nomeadamente densidade populacional, índices de envelhecimento, bem como índices de população ativa. Ainda neste seguimento, revelou-se importante, uma análise do Sistema Nacional de Saúde nas cidades onde o presente estudo se desenvolveu bem como uma breve caraterização sociodemográfica das mesmas, neste caso, Porto e Chaves.

A população residente em Portugal, à data do último momento censitário (21 de Março de 2011) era de 10.562.178 pessoas, com uma densidade média de 114,5 habitantes/km², sendo que 52,2% da população era do sexo feminino. A evolução demográfica em Portugal, no passado recente, caraterizou-se por um gradual aumento do peso dos grupos etários seniores e uma redução do peso da população jovem. As estatísticas recentes indicam uma dinâmica populacional marcada por um crescente peso das populações seniores e uma redução do peso da população ativa, conforme se pode observar na pirâmide demográfica da população portuguesa que se segue.

Figura1: Pirâmide Demográfica da população portuguesa



Os índices demográficos apurados nos Censos de 2011 comprovam o envelhecimento acelerado da população portuguesa, como adiante se descreve. Em 2011 o índice de envelhecimento da população era de 128, o que significa que por cada 100 jovens existiam 128 idosos – em Portugal este indicador passou de 102, em 2001, para 128 em 2011. (INE, 2012 p. 22).

Por outro lado, registou-se um índice de longevidade de 48, ou seja, em 100 idosos com 65 ou mais anos existem 48 que tem 75 ou mais anos – este valor também registou um aumento face a 2001 e a 1991, em que se registaram índices de 41 e 39 respetivamente. Na região Norte o índice de longevidade aumentou na última década, passando de 40,4 em 2001 para 46,8 em 2011. A evolução verificada na região é coincidente com o que ocorreu em termos nacionais: evoluindo de 41,4 (em 2001) para 47,9 (em 2011). Comparativamente, eram as mulheres que, em 2011, apresentavam um índice de longevidade superior ao dos homens: 49,7 e 42,6, respetivamente (INE, 2012 p. 23).

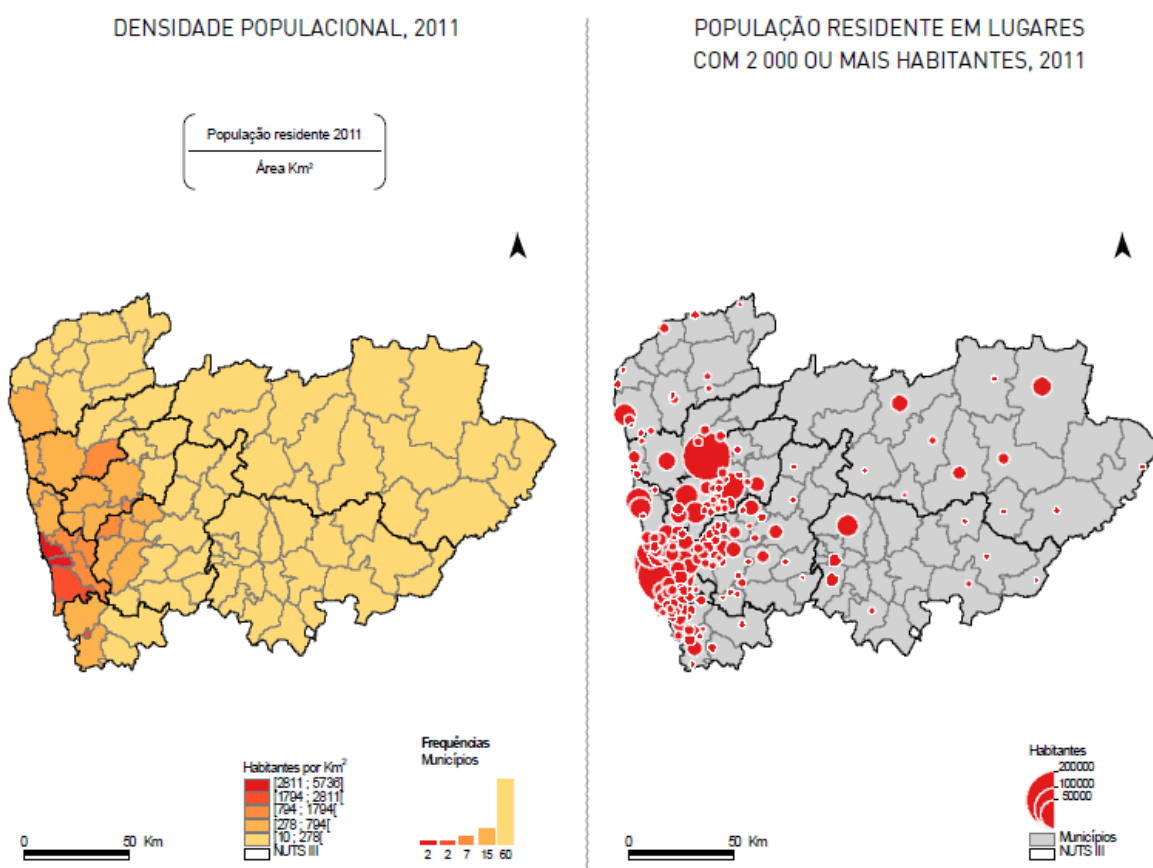
Na região Norte, na última década, agravou-se a diferença entre a percentagem de jovens e idosos (Indivíduo com 65 e mais anos). Em 2011, a percentagem de idosos (17,1%) ultrapassou pela primeira vez na região a percentagem de jovens (15,1%). Contudo, ainda hoje, a região caracteriza-se por apresentar uma percentagem de idosos inferior à do país (19,0%) e uma percentagem de jovens sensivelmente idêntica à observada em termos nacionais (14,9%) (INE, 2012 p. 21).

Comparativamente, verifica-se que a percentagem de jovens do sexo masculino é superior à do sexo feminino (16,1% e 14,2%, respetivamente). Esta relação inverte-se no entanto em relação à população idosa, com a percentagem de mulheres a superar a percentagem de homens (19,1% e 14,9%, respetivamente) (INE, 2012).

A estrutura demográfica da população na área da região Norte evidencia, no entanto, grandes contrastes, sendo que os municípios do interior, na sub-região do Alto de Trás-os-Montes, apresentam uma maior percentagem de população idosa e uma menor percentagem de população jovem (INE, 2012).

Além do envelhecimento progressivo da população, sobretudo no interior, entre os dois momentos censitários (2001 e 2011), o país acentuou também o padrão de litoralização e reforçou o movimento de concentração da população junto das grandes áreas metropolitanas de Lisboa e Porto. Por conseguinte, agravou-se o desequilíbrio na distribuição da população pelo território: a desertificação alastrou-se a uma parte significativa do território e os municípios do litoral, em geral, mantiveram ou reforçaram a sua capacidade para fixar e atrair população (DGS, 2012).

Figura 2: Densidade populacional 2011



Olhando em concreto para a região Norte e os dados da figura 3 verificamos que a população residente, em 2011, foi de 3 689 682, com uma densidade populacional de 173,3 habitantes por Km² (acima média nacional de 114,5 habitantes/km²). A população da região Norte representava, assim, 34,9% da população residente em Portugal. Contudo, e acompanhando a tendência nacional litoral *versus* interior, a distribuição da população pelo território da região Norte é pouco homogénea,

evidenciando-se grandes aglomerados populacionais nos municípios do litoral urbano, como o Grande Porto, com uma população residente de 3 689 682 pessoas e uma densidade populacional que é a mais elevada da região. Em contraste, a maior parte dos municípios da região Norte são pouco povoados, em particular os que se localizam na região de Trás-os-Montes (INE, 2012, p. 19). No entanto, em Vila Real, a cidade de Chaves não acompanha a tendência do distrito ao registar um decréscimo da população residente entre 2001 e 2011, ao passar de 43.563 pessoas residentes para 41.281, respetivamente, e ao registar uma densidade populacional de 73,7 habitantes/km². Ainda assim, o município de Chaves mantém-se como o segundo maior, a nível de distrito, em termos de população residente, com 41.563 habitantes (depois de Vila Real com um total de 206.661 pessoas).

No que respeita à população ativa residente em Portugal, no 1º trimestre de 2013, era estimada em 5 385,4 mil pessoas, diminuiu 1,8% (96,3 mil pessoas) face ao trimestre equivalente do ano anterior e 1,3% (69,6 mil pessoas) face ao trimestre anterior. Quase metade desta redução resultou da diminuição da população ativa na região Norte (48,0 mil) (INE, 2013). A população empregada, estimada em 4 433,2 mil pessoas no 1º trimestre de 2013, registou um decréscimo homólogo de 4,9% (229,3 mil pessoas) e um decréscimo trimestral de 2,2% (98,6 mil) (INE, 2013). Para este resultado contribuiu a taxa de desemprego que registou no 1º trimestre de 2013 os 17,7% (acima da taxa da área Euro de 12,1%). O acréscimo do desemprego abrangeu essencialmente homens, pessoas com 45 e mais anos e dos 25 aos 34 anos, com nível de escolaridade correspondente ao ensino básico, à procura de novo emprego e à procura de emprego há 12 e mais meses (INE, 2013). Relativamente à taxa de desemprego nas cidades em estudo, esta encontra-se nos 16,9% em Chaves e 21,3% no Porto (Pordata, 2013).

Em termos da distribuição dos Serviços de Saúde a Sub-Região de Saúde de Vila Real abrange exatamente o mesmo espaço físico que o Distrito de Vila Real: existem 16 Centros de Saúde e mais de 60 extensões de Saúde repartidas pelo distrito. Especificamente, a cidade de Chaves possui um Hospital oficial, enquadrado na área abrangida pela Sub-Região de Vila Real que, em conjunto com o Hospital de Lamego, integra o Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro. Existem também em Chaves dois Centros de Saúde, um deles com serviço de atendimento permanente das 8h às 20h, sem internamento, tal como em 2001. Na cidade do Porto ao nível de infraestruturas, e de acordo com último balanço de 2011, existem 24 hospitais, 11 oficiais e 13 privados. Contabilizam-se também 8 centros de saúde onde foram dadas 562.996 consultas médicas, por especialidade, em 2010 (INE, 2012b).

2.4 O contexto rural e urbano: que assimetrias?

Quando pensamos em comunidades, contextos geográficos, associamos a um grupo de pessoas que vive em determinada área geográfica, com culturas, padrões e características comuns a quem nela vive. Dois dos aspetos que marcam a comunidade é o contexto geográfico e psicossocial. O aspeto

geográfico manifesta-se pela distribuição da população por área territorial em determinada região, enquanto o aspeto psicossocial reflete as consequências do diferente desenvolvimento nos dois contextos (Castro, 2000).

Segundo Castro (2000), com o avançar do tempo, cada vez mais os setores urbanos atraem mais população. O acelerado processo de desenvolvimento a que se assiste nas áreas urbanas reflete as acentuadas assimetrias que caracterizam o nosso país, quando observamos a população rural e interior. As comunidades rurais caracterizam-se pelas suas características primárias, de pequena densidade demográfica, centralização em grupos e uma grande proximidade entre as pessoas. Por outro lado, observamos nas comunidades urbanas, grande centros de negócios e empresariais onde se centram os setores secundários e terciários da economia. Pela sua grande densidade demográfica, caracteriza-se por contactos impessoais e transitórios.

No que respeita ao desenvolvimento da saúde em contexto rural e urbano, Strasser e Neusy (2010) sublinham as diferenças significativas entre estes dois contextos, salientando que mesmo em países onde a população vive maioritariamente em contexto rural, os serviços tendem a centrar-se nas cidades. Num estudo feito em 2003, Strasser evidencia que os problemas das zonas rurais não passam só pela insuficiência de profissionais de saúde, mas também pela falta de financiamento, bem como de infraestruturas insuficientes para desenvolver cuidados de saúde em áreas remotas. Contudo, e analisando o estudo de Scott (2010), várias vezes os proprietários de farmácias em áreas rurais não conseguem encontrar farmacêuticos para preencher vagas disponíveis.

Porém, em vários países são já desenvolvidos projetos e medidas de incentivo aos estudantes para desenvolverem a sua atividade em contexto rural. Analisando o estudo de Peterson et al. (2010), na Austrália, este reflete uma série de incentivos do estado para promover a atividade farmacêutica em contexto rural, e ao contrário daquilo que é expectado, a remuneração, não é a solução mais apelativa, apostando-se antes em experiências positivas em contexto rural ao longo da formação académica. Todavia, outros profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, referem que a satisfação no trabalho, a interação com o cliente e o facto de ser um ambiente puro, promove uma maior predisposição do farmacêutico em exercer atividade em contexto rural, sendo que a satisfação no trabalho é um dos conceitos mais referidos, devido à diversidade de atividades realizadas bem como a importância destes profissionais, na comunidade onde atuam.

Algumas consequências da escassez de serviços de farmácia em contexto rural remetem para as restrições do doente no acesso aos fármacos, bem como redução dos níveis de assistência farmacêutica disponível, especialmente para os idosos. Em muitos lugares rurais, as farmácias representam um dos pilares basilares da saúde da comunidade oferecendo serviços, como a entrega de fármacos em embalagens de dose unitária, que facilita em muito o cumprimento da farmacoterapia (Capstick, Beresford & Gray, 2008).

Um bom ponto de partida para a promoção da saúde em comunidades rurais é o desenvolvimento de uma agenda internacional cujo objetivo será perceber as assimetrias existentes nestas duas áreas geográficas na prestação de serviços de saúde. Em muitos países, ainda existe uma resistência muito grande na concretização de políticas aplicáveis apenas ao contexto rural. Porém, existe ainda, muita resistência relativamente à prestação de serviços neste meio. É, neste sentido, que o levantamento do estado da saúde rural permite mostrar as assimetrias existentes e a importância de intervenção neste contexto (Clark, Farmer & Munoz, 2010).

CAPÍTULO II | Metodologia

De modo a compreendermos de que forma o contexto (Rural ou Urbano) de uma farmácia comunitária influencia a forma de estar no trabalho e o impacto desta na comunidade que assiste, foi utilizada uma metodologia de índole qualitativo, mormente através de entrevistas semiestruturadas, bem como observação. A utilização deste tipo de metodologia permite um estudo que assenta na realidade contextualizada, privilegiando o todo em que esta se insere, assumindo a realidade como dinâmica, fenomenológica e associada à história individual e aos contextos (Almeida & Freire, 2007).

Inserida num paradigma construtivista, um outro aspeto importante a considerar, quando optámos pela utilização de metodologias qualitativas, é a preocupação constante em compreender as questões da “realidade” e do “conhecimento”, ou seja, a construção da realidade social de cada indivíduo. O que é percecionado como “real” por um indivíduo, pode não ser o “real” percecionado por outro, e o mesmo se passa com o “conhecimento”, que varia de acordo com as motivações e interesses de cada um. Estes dois constructos baseiam-se no contexto social e relações estabelecidas pelo indivíduo, que merecem a nossa maior atenção, enquanto investigadores, de modo a compreendermos as diferentes perceções que emergem na sociedade (Berger & Luckman, 2004, p.15).

Sendo um dos objetivos do presente trabalho a compreensão das vivências e perceções de quem integra e utiliza este serviço de saúde, a utilização de métodos qualitativos permite compreender atitudes, motivações e comportamentos das pessoas, em contexto real (Carvalho, Naves, Castro, & Mércan-Hamann, 2010), não só através das entrevistas, como também a partir da observação realizada em contexto real de trabalho.

1. Objetivos e questões de investigação:

O objetivo geral de investigação do presente estudo - compreender de que forma o contexto (Rural ou Urbano) de uma farmácia comunitária influencia a forma de estar no trabalho e qual o impacto desta na comunidade que assiste – concretizou-se através dos seguintes objetivos específicos:

a) Explorar o modo como o contexto demográfico influencia a atividade de um profissional de farmácia;

b) Explorar as perspetivas dos clientes face ao papel da farmácia na comunidade a que assiste;

c) Explorar de que forma o contexto económico e social atual influencia a relação da farmácia com a comunidade e vice-versa.

É importante referir que o primeiro objetivo apenas se refere à percepção dos profissionais de farmácias, enquanto o segundo foi compreendido apenas pelos clientes das farmácias. No que diz respeito ao terceiro objetivo este foi formulado de acordo com as percepções tanto dos profissionais de farmácia, como de clientes.

Deste modo, e representando estes os objetivos do estudo, emergiram as seguintes questões de investigação:

- 1. De que forma é caracterizada a atividade do profissional de farmácia?**
- 2. De que forma o contexto geográfico influencia a atividade do profissional de farmácia?**
- 3. Qual o posicionamento e percepções dos clientes face à atividade do profissional de farmácia?**
- 4. Como se caracteriza a relação entre a farmácia e a comunidade?**
 - 4.1 De que forma a conjuntura económica e social atual influencia esta relação?**

2. Participantes

Sendo um dos objetivos de estudo a comparação de contextos diferentes, ou seja, contexto rural e urbano, tornou-se eminente a participação de farmácias distintas, partindo do princípio que estas apresentavam realidades diferentes.

O critério de escolha das três organizações que participaram no estudo baseou-se essencialmente na facilidade de acesso. Após várias tentativas de contacto, via *e-mail* e presencial, com algumas farmácias, as únicas a responder de forma positiva ao pedido de participação no estudo, acabaram por ser as que efetivamente colaboraram no mesmo. As principais justificações para a não participação no estudo passavam pela pouca disponibilidade para participar em estudos universitários e pelo pouco à vontade com a presença de um estranho na farmácia durante um período de tempo. Em cada uma das farmácias era necessário existirem três intervenientes diferentes: um diretor de farmácia, um técnico de atendimento e um cliente. Antes de passarmos para a caracterização dos participantes, cabe referir que embora o estudo se tenha realizado em três farmácias, um em contexto rural (Chaves) e duas em contexto urbano (Porto), a localização e comunidade que caracteriza estas duas últimas era bastante díspar. Enquanto uma farmácia (CP_U) se localizava em pleno centro da cidade, a outra (P_U), localizava-se num bairro social, com uma comunidade de apoio muito específica. No entanto, ao longo do estudo, esta diferença será realçada.

Assim, o conjunto de participantes em questão é constituído por nove indivíduos, sendo que são seis do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 33 e 76 anos e três indivíduos do sexo masculino com idades entre os 37 e os 70 anos. Todos os participantes eram trabalhadores e/ou clientes das respetivas farmácias.

De ressaltar ainda que o método de amostragem utilizado foi o da amostragem por conveniência, uma vez que os elementos da amostra foram escolhidos pelos próprios diretores da farmácia, após explicação do objetivo do presente estudo, bem como questões gerais que iriam ser exploradas. Embora, o processo amostral não seja representativo, é utilizado com sucesso em situações nas quais o objetivo é captar ideias gerais e identificar aspetos críticos (Coutinho, 2007). No que respeita aos nove participantes, três eram diretores de farmácia, três técnicos de atendimento e três eram clientes das farmácias. Um dos propósitos da metodologia qualitativa numa investigação é a consideração do indivíduo no seu todo, nomeadamente, no que respeita à sua história individual e características pessoais e experienciais.

Estas questões foram exploradas numa primeira parte das entrevistas, sendo apresentadas seguidamente numa tabela onde está sistematizada toda a informação e características relevantes dos participantes da presente investigação. Ainda nesta parte da entrevista, foi apresentado o “Termo de Confidencialidade” da presente investigação (Cf. Anexo 1).

Identificação	Sexo	Idade	Naturalidade	Formação académica	Local de residência	Tipo de participação
CC_R	Masculino	63	Porto	--	Chaves	Cliente da farmácia
DC_R	Masculino	37	Montalegre	Licenciatura	Chaves	Diretor farmacêutico
TC_R	Feminino	33	Chaves	Ensino secundário	Chaves	Técnico/a de farmácia
CP_U	Masculino	70	Porto	--	Porto	Cliente da farmácia
DP_U	Feminino	76	Alfândega da Fé	Doutoramento	Porto	Diretor farmacêutico
TP_U	Feminino	59	Porto	Licenciatura	Porto	Técnico/a de farmácia
CCP_U	Feminino	61	Porto	--	Porto	Cliente da farmácia
DGP_U	Feminino	44	Aveiro	Licenciatura	Porto	Diretor farmacêutico
TCP_U	Feminino	60	Trofa	Ensino secundário	Porto	Técnico/a de farmácia

Tabela 1: Caracterização Sociodemográfica dos Participantes

3. Instrumentos

Sendo este um estudo de caráter exploratório, torna-se eminente a utilização de vários métodos para procurar discernir as dimensões fulcrais do estudo (Quivy & Campenhoudt, 2003), e neste sentido, recorreu-se a diversos métodos de investigação, nomeadamente, a observação (Cf. Anexo 2) e a entrevista semiestruturada (Cf. Anexo 3).

Segundo Quivy e Campenhoudt (2003), as entrevistas exploratórias permitem descobrir aspetos a ter em conta e alargar ou retificar alguns aspetos de investigação, por outro lado, permitem também ao investigador encontrar determinados aspetos do fenómeno que à primeira vista não são percecionados, complementando assim as ideias que emergem do enquadramento teórico.

A preparação da entrevista é uma das etapas mais importantes na investigação, que exige algum tempo e cuidado na sua preparação, nomeadamente, o objetivo da entrevista, a escolha dos entrevistados que devem ir ao encontro aos nossos objetivos, a marcação atempada da entrevista, condições favoráveis ao seu bom desenvolvimento e confidencialidade e, finalmente, organizar um roteiro com as principais questões. No que respeita à utilização da entrevista semiestruturada, esta é utilizada com o intuito de formular questões mais específicas de acordo com os conceitos relacionados. A entrevista semiestruturada é também utilizada quando o investigador pretende obter o maior número possível de informações relativas a um determinado tema, promovendo também a compreensão de algumas especificidades sociais em determinados grupos, possibilitando a comparação de diversos casos (Boni & Quaresma, 2005). Neste caso específico, a utilização de entrevistas semiestruturadas, permitiram a comparação das diferentes perceções dos indivíduos, de acordo com o contexto onde se inseriam, como se poderá observar mais à frente na análise de dados.

Na presente investigação, a análise da atividade caracterizou-se na observação em contexto real de trabalho, contemplando essencialmente a atividade desenvolvida pelo profissional de farmácia bem como as interações entre cliente e profissional, nomeadamente, verbalizações e relacionamento interpessoal. Para o aprofundamento desta questão e para compreender melhor as especificidades acerca do trabalho do profissional de farmácia, recorreu-se a um momento de observação informal, que antecipava todas as entrevistas. Estas tiveram como objetivo apropriar e conhecer a atividade, de forma a complementar a entrevista, indo assim de encontro aos pressupostos da Psicologia do Trabalho e das Organizações, alicerçados num conhecimento e compreensão da realidade do profissional de farmácia antes de delimitar o objeto em estudo. Destas observações, emergiram “*Notas de Campo*” distinguidas ao longo do texto.

4. Procedimentos

4.1 Recolha de dados

O pedido de colaboração junto de cada farmácia, foi feito via *e-mail*, diretamente para cada um dos respetivos diretores. Neste *e-mail* foi explicado o objetivo do estudo em questão e quais seriam os intervenientes necessário para a investigação. Após resposta afirmativa de todos os diretores farmacêuticos, foi agendado um primeiro contacto com o intuito de apresentar o estudo em questão, explicar as etapas de investigação e esclarecer mais detalhadamente o tipo de colaboração de cada um dos participantes. Apenas em uma das farmácias, este esclarecimento foi feito via telemóvel, devido a incompatibilidades de horário.

Na sequência deste primeiro encontro, foram agendadas as datas de entrevista com os Diretores da farmácia, sendo que as dos técnicos de atendimento seriam realizadas também no mesmo dia. No que respeita à escolha do técnico de atendimento, esta foi feita pelo diretor da farmácia, ou seja, no dia em que eu me deslocuei à farmácia com o intuito de realizar as entrevistas, e depois de ter entrevistado o diretor, este dirigiu-se ao balcão e solicitou a colaboração de um dos funcionários, mediante a disponibilidade dos mesmos. Relativamente às entrevistas com os participantes clientes, estas só foram agendadas após as entrevistas com os profissionais de farmácia. Mais uma vez, a escolha destes participantes, foi da responsabilidade do Diretor, que solicitou a colaboração de um dos clientes presentes na farmácia. Apenas num caso, a escolha do cliente tinha já sido previamente pensada. Embora a escolha do cliente tivesse sido feita no momento em que eu estava na farmácia, por falta de disponibilidade por parte do mesmo, esta entrevista apenas se realizou num dia agendado por eles, à exceção de uma farmácia no Porto, em que a cliente se demonstrou desde logo disponível para a realização desta.

Não obstante, o processo de recolha de dados poderá ser dividido em duas partes, isto é, no dia em que eu me deslocava às farmácias, antes de iniciar os processos de entrevistas, tive um momento de observação. Esta etapa foi muito importante porque me permitiu conhecer melhor a atividade do farmacêutico e as diferentes interações com os clientes. Revelou-se também crucial no desenvolver das entrevistas, permitindo integrar alguns aspetos por mim observados, que inicialmente não tinham sido pensados. Num segundo momento, como já referido iniciou-se o processo de entrevistas semiestruturadas aos intervenientes. Estas decorreram nas instalações das respetivas farmácias, em ambiente não exposto. Desde logo foi solicitada a autorização para a gravação de dados via áudio e conferida confidencialidade em relação aos dados recolhidos.

De referir ainda que o processo de recolha de dados desenvolveu-se ao longo de dois meses (fevereiro e março).

4.2 Tratamento de dados

Para o tratamento de dados, como já referido, privilegiaram-se os pressupostos de uma abordagem qualitativa que se preocupa pela busca de significados, contextos e de uma compreensão holística de todo o palpável recolhido (Haynes, 1997). Neste sentido, e privilegiando os métodos deste tipo de abordagem, foi utilizada a Análise de Conteúdo, que consiste num conjunto de técnicas de análise do discurso do indivíduo, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos na descrição dos conteúdos do discurso (Bardin, 1997).

Desta forma, procederam-se aos seguintes passos: numa primeira fase, procedeu-se à transcrição na íntegra das entrevistas dos participantes, através da gravação feita ao longo das entrevistas, num segundo momento, apropriei-me das entrevistas, através de uma leitura flutuante, onde começaram a emergir alguns dados de análise, bem como possíveis categorias. Por fim, procedeu-se à utilização do *software* de análise de conteúdo, neste caso, NVIVO9, que permitiu criar categorias, codificar, filtrar os dados, de modo a responder da melhor maneira, às questões de investigação. As ferramentas utilizadas no *software* NVIVO permitem ao investigador interrogar-se sobre os dados, em determinados itens, porém, o papel crítico do investigador não deve nunca ser descurado, de modo a não perder informações que o programa nem sempre encontra (Welsh, 2002).

Capítulo III | Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados

1. Descrição do Sistema de Categorias

Com o objetivo de dar respostas às questões de investigação anteriormente descritas, foi desenvolvido um sistema de categorias. Neste sentido, foram constituídas quatro categorias de primeira ordem (categoria geral): *Farmácia e Comunidade* (1), *Atividade do Profissional de Farmácia* (2), *Contexto Geográfico* (3) e *Crise Económica e Farmácia* (4). De referir, que o sistema integral de categorias (Cf. Anexo 4), se encontra em anexo. Neste, define-se a informação relativa a cada código atribuído às categorias de primeira geração bem como respetivas subcategorias. Distingue-se ainda a descrição das propriedades e o número de referências e *sources* subjacentes.

Farmácia e Comunidade (1.)

Da formulação da categoria de primeira ordem *Farmácia e Comunidade* (1.) surgiram três categorias de segunda ordem, nomeadamente, *“Motivos para recorrer à farmácia”* (1.1), onde se integram os motivos que levam o cliente à farmácia; *“A farmácia e doença”* (1.2), referente ao papel preponderante da farmácia na comunidade em situação de doença; por fim, *“O profissional de farmácia na comunidade”* (1.3), onde se integram as principais atividades e competências do farmacêutico, de acordo com a perceção dos clientes.

“Motivos para recorrer à farmácia” (1.1)

Alicerçadas a esta categoria de segunda ordem, e analisando o discurso dos participantes, surgiram cinco categorias de terceira ordem: *“Distância”* (1.1.1) referente à distância à farmácia como principal motivo da escolha pelos seus serviços; *“Proximidade Relacional da Farmácia à comunidade”* (1.1.2), que remete para a proximidade relacional como principal motivo de ir à farmácia; *“Comprar medicação”* (1.1.3) e *“Realizar exames de rotina”* (1.1.4), que refere a utilização dos serviços da farmácia como o motivo central que leva o cliente à farmácia e, finalmente, *“Utilização da mesma farmácia”* (1.1.5), isto é, existe uma fidelidade por parte do cliente para com uma mesma farmácia.

“Distância” (1.1.1)

Da categoria de terceira geração, surgiram como subcategorias de quarta geração, *“Residência”* (1.1.1.1), *“Local de trabalho”* (1.1.1.2) e *“Transportes públicos”* (1.1.1.3). De acordo com aquilo que os clientes referiram, estes são os motivos que os levam a recorrer à farmácia, isto é, se para dois dos participantes a proximidade ao “local de trabalho” e “residência” são os motivos que

os levam a recorrer sempre aquela farmácia, por outro lado, temos um participante que privilegia a facilidade na deslocação em transportes públicos.

“Proximidade relacional da farmácia à comunidade” (1.1.2)

No que respeita à categoria de terceira geração, surgiram três novas subcategorias de quarta geração, "Relação de Proximidade" (1.1.2.1), que integra todos os discursos que remetem para a importância da relação com os profissionais na escolha da farmácia; “Tipo de Clientes” (1.1.2.2), categorizando-se aqui a existência de diferentes clientes, isto é, clientes onde o tipo de relação e proximidade também varia; finalmente, temos “Preferência no atendimento” como um fator referido por clientes e profissionais, expressando a preferência no atendimento que os clientes revelam na hora de serem aviados.

“Tipo de clientes” (1.1.2.1)

De forma a clarificar esta categoria, emergiram duas categorias de quinta ordem, sendo elas “*Flutuantes*” (a.) e “*Contínuos*” (b.). Como o próprio nome indica, a primeira categoria refere-se a clientes de passagem, com pouca proximidade à farmácia, enquanto a segunda, remete para clientes contínuos, assíduos na farmácia, e com uma elevado relacionamento proximal com esta.

“A farmácia e doença” (1.2)

Referentes a esta categoria de segunda ordem, e de modo a clarificar a importância da farmácia na comunidade, surgiram quatro categorias de terceira ordem. Neste sentido, destacam-se “*Opção pelo hospital*” (1.2.1), que remete para a preferência do cliente no aconselhamento de um médico; “*Opção pela farmácia*” (1.2.2), onde se reflete a preferência no aconselhamento por parte do profissional de farmácia; “*Rastreio e triagem*” (1.2.3), nesta categoria reflete-se a importância da farmácia, na triagem e rastreio de certas patologias e, finalmente “*Papel preponderante na comunidade*”(1.2.4), aqui inserem-se todos os discursos que refletem a importância da farmácia na comunidade bem como a sua localização na cidade.

“Profissional de farmácia na comunidade” (1.3)

Como última categoria de segunda geração considera-se o “*Profissional de farmácia na comunidade*” (1.3), remetendo para as características e competências destacadas pelos clientes relativamente a estes profissionais. Neste sentido, emergiu uma categoria de terceira ordem denominada “*Competências e características*” (1.3.1), onde se elencam uma série de características, emergentes do discurso dos clientes.

“Competências e características” (1.3.1)

No que respeita à categoria de terceira geração “*Competências e características*” (1.3.1), como já referido, aqui enumeram-se uma série de “*Competências e características*” referenciadas pelos clientes e profissionais no que respeita à atividade do profissional de farmácia. Neste sentido, tem-se as seguintes categorias de quarta geração: “*Atendimento*” (1.3.1.1); “*Confiança e tranquilidade*”(1.3.1.2)[“*mas se a pessoa for capaz de transmitir mais calma, as pessoas acabam também por ficar mais calminhas e acho que a interação entre o cliente e a pessoa que está a atender tem muita influência*” (TCP)]; “*Aconselhamento*” (1.3.1.3); “*Conhecer o fármaco*”(1.3.1.4); “*Bom relacionamento interpessoal*” (1.3.1.5); “*Esclarecer dúvidas dos clientes*”(1.3.1.6); “*Visto como um médico*” (1.3.1.7); “*Disponibilidade*” (1.3.1.8); e, finalmente, “*Conhecimento do histórico do cliente*” (1.3.1.9).

Atividade do profissional de farmácia” (2.)

Através dos dados reunidos, após relato dos participantes, da categoria de primeira ordem “*Atividade do profissional de farmácia*” (2.). Desta categoria, emergiram quatro subcategorias, nomeadamente, “*Caraterísticas da atividade*” (2.1); “*Principais atividades*” (2.2); “*Aprendizagens*” (2.3) e “*Dificuldades*” (2.4). Estas duas últimas referem-se a aprendizagens e dificuldades sentidas ao longo do percurso profissional.

“Caraterísticas da atividade” (2.1)

Relativamente às “*Caraterísticas da atividade*”, emergiram três categorias de terceira ordem: “*Credibilidade na formação académica*” (2.1.1) e “*Dinamismo*” (2.1.2). Estas referem-se ao modo com os profissionais e clientes caracterizam a atividade do profissional de farmácia.

“Principais atividades” (2.2)

Relativamente às principais atividades emergiram três categorias de terceira ordem: “*Diretor técnico*” (2.2.1), “*Técnico de atendimento*” (2.2.2) e “*Atividades transversais*” (2.2.3). Estas subcategorias emergiram com o objetivo de distinguir as principais atividades de cada profissional.

“Diretor Técnico” (2.2.1)

No que refere às atividades deste profissional, emergiram as seguintes categorias de quarta geração: “*Atualizações legais*” (2.2.1.1); “*Backoffice*” (2.2.1.2); “*Gestão da Informação*” (2.2.1.3); “*Gestão farmacêutica*” (2.2.1.4); “*Informação nutricional e saúde comunitária*” (2.2.1.5).

“Técnico de atendimento” (2.2.2)

Relativamente às atividades deste profissional, emergiram as seguintes categorias de quarta geração: *“Organizar prateleiras”* (2.2.2.1); *“Verificação de stocks”* (2.2.2.2) e *“Outros serviços”* (2.2.2.3).

Atividades transversais (2.2.3)

Desta categoria emergiram o *“Atendimento”* (2.2.3.1); *“Confirmar receitas e encomendas”* (2.2.3.2); *“Aviar receitas”* (2.2.3.3) e *“Acompanhar o utente”* (2.2.3.4).

Aprendizagens (2.3)

No que diz respeito às principais “aprendizagens” do profissional, emergiram as seguintes subcategorias: *“Adaptação ao contexto”* (2.3.1); *“Experiência profissional”* (2.3.2) e *“Aprendizagens transversais”* (2.3.3).

Experiência profissional (2.3.2)

Desta categoria de terceira geração, emergiram ainda: *“Experiência profissional”* (2.3.2.1), *“Ser Psicólogo”* (2.3.2.2) e *“Conhecimento dos fármacos”* (2.3.2.3).

“Dificuldades” (2.4)

Finalmente, e no que concerne às dificuldades emergidas ao longo da atividade, encontramos: *“Ausência de receitas”* (2.4.1) e *“Automedicação”* (2.4.2).

“Contexto Geográfico” (3.)

Através dos dados reunidos, após relato dos participantes, da categoria de primeira ordem *“Contexto geográfico”* (3.) emergiram duas categorias de segunda ordem, nomeadamente: *“Motivos para a escolha do contexto geográfico”* (3.1) e *“Influência do Contexto geográfico”* (3.2). Enquanto a primeira se rege pelos motivos que levaram os profissionais a exercer atividade em determinado contexto, por outro lado, encontramos a influência do contexto no exercício da vida profissional bem como da pessoal.

“Motivos para a escolha do contexto geográfico” (3.1)

Relativamente aos “motivos para a escolha do contexto geográfico”, emergiram três categorias de terceira ordem: *“Familiares”* (3.1.1), que remete esta escolha por questões familiares; *“Trabalho pós-reforma”* (3.1.2), remetendo para a escolha da farmácia como uma hipótese de dar continuidade à atividade na pós-reforma; *“Falta de oportunidades de emprego”* (3.1.3) [*“Quando eu me empreguei,*

tinha-se dado o 25 de Abril naquela altura. Pouco antes e portanto, tal e qual como agora, naquela altura havia muita dificuldade em arranjar emprego” (TP_U)].

“Familiares” (3.1.1)

No que concerne aos “motivos familiares”, aqui, surgiram três categorias de quarta geração: “*Continuidade de negócio*” (3.1.1.1), [“Esta farmácia já era de família, acabei por vir cá parar e fazer sociedade com eles”]; “*Herança*” (3.1.1.2) onde se inserem as referências que remetem para a escolha da farmácia devido a uma herança familiar e, por último, “*Permanecer perto da família*” (3.1.1.3).

“Influência do contexto geográfico” (3.2)

Nesta categoria, inserem-se todos os discursos que se referiam à influência do contexto geográfico em duas áreas: “*Atividade profissional*” (3.2.1) e “*Vida Pessoal*” (3.2.2). Como é perceptível, o primeiro, refere-se à influência no desenvolver da atividade profissional, já o segundo, remete para a influência em áreas de cariz familiar.

“Atividade profissional” (3.2.1)

A partir desta categoria de segunda geração, e de forma a facilitar a compreensão desta influência, emergiram cinco categorias de quarta geração: “*Contexto exigente*” (3.2.1.1); “*Limita a atividade*” (3.2.1.2) [“*não permite que desenvolva todas as valências que contendo*” (DP_U)]; “*Meio familiar*” (3.2.1.3), nesta categoria salienta-se a importância e influência do meio familiar que caracteriza o contexto de trabalho; e “*Relação próxima com cliente*” (3.2.1.4) [“*acho que continua a haver uma relação muito afetuosa, até afetuosa entre os clientes e as pessoas que trabalham na farmácia*” (DC_R)] [“*Uma pessoa começa-se a habituar às caras, a conhecer as pessoas e a saber o que é que elas pretendem*” (TP)]; “*Sem influência*” (3.2.1.5).

“Vida pessoal” (3.2.2)

No que concerne à influência do contexto na vida pessoal dos profissionais, aqui surgiram cinco categorias de quarta geração, nomeadamente, “*Meio pequeno*” (3.2.2.1), que se refere ao contexto como um meio pequeno, com pouca diversidade de atividades; “*Poucos Hobbies*” (3.2.2.2) [“*Poucos hobbies*” “*Nós não temos aqui um cinema, o que é mau!*” (DC_R)]; “*Proximidade de casa*” (3.2.2.3), ao longo do discurso de alguns participantes, foi-se denotando a importância da proximidade da residência, como um motivo para trabalhar naquela farmácia. “*Criar novas relações*” (3.2.2.4) [“*mas os meus amigos estavam no Porto*” (DC_R)] e, finalmente, “*Ambiente saudável*” (3.2.2.5), referente à importância do ambiente saudável que caracteriza o contexto de trabalho, promotor de bem-estar e vida saudável.

“Crise económica e farmácia” (4.)

Finalmente, e no que respeita à categoria de primeira ordem *“Crise económica e farmácia”* (4.), emergiram cinco categorias de segunda ordem, com o objetivo de especificar os vários fatores intervenientes nesta conjuntura de crise. Neste sentido distingue-se: *“Menor poder de compra do cliente”* (4.1), onde se inserem todas as referências relativas às dificuldades económicas cada vez mais presentes na comunidade; *“Caráter social da farmácia”* (4.2), onde se descrevem as práticas da farmácia, de forma a minimizar os riscos desta conjuntura; *“Influência na relação”* (4.3), categoria esta referente ao impacto deste contexto de crise na relação de proximidade existente entre a farmácia e a comunidade que assiste; *“O genérico”* (4.4), um fator com cada vez mais impacto na sociedade, pelo seu caráter mais económico; e, por fim, *“Farmácia em crise”* (4.5), neste último faz-se uma caracterização geral do impacto do contexto atual de crise nas farmácias, no que respeita às principais alterações e maior insustentabilidade das mesmas.

“Menor poder de compra do cliente” (4.1)

Desta categoria de segunda ordem emergiram duas categorias de terceira ordem: *“Evitar a compra de determinados medicamentos”* (4.1.1) e *“Falta de dinheiro”* (4.1.2) [*“eu acho que as pessoas se têm resignado à falta de dinheiro... não têm outro remédio”* (CC_R)]. Embora estas duas categorias, à primeira vista, se assemelhem, a forma como foi referida pelos participantes era bastante díspar, no entanto, esta questão será esclarecida mais à frente.

“Evitar a compra de determinados medicamentos” (4.1.1)

No que respeita a esta categoria de terceira ordem, e de forma a clarificar esta questão, surgiram duas subcategorias de quarta geração: *“Redução de fármacos na terapia”* (4.1.1.1) e *“Cessar a terapia”* (4.1.1.2). No que refere à primeira subcategoria aqui referenciada, esta remete para a crescente tendência do cliente em ir reduzindo o número de fármacos na terapia [*“depois depende de cada um a prioridade, quer dizer ou primeiro comer ou primeiro os remédios, se não dá para as duas coisas, têm de fazer opções e terá de cortar um bocado na comida, um bocado nos medicamentos”* (CC_R)], enquanto a segunda, remete para a cessação da mesma por constrangimentos económicos [*“o constrangimento económico para se fazer uma terapêutica na sua plenitude.”* (DCP_U)].

“Caráter social da farmácia” (4.2)

Relativamente a esta categoria de segunda ordem, emergiram três categorias de terceira ordem com o objetivo de especificar e clarificar esta questão. Neste sentido, distinguem-se: *“Promoção da continuidade das terapias”* (4.2.1), referente ao papel fulcral da farmácia nesta promoção, encontrando alternativas que se ajustem à situação de cada cliente; *“Explicar alterações legais”*

(4.2.2), sendo esta uma questão sensível no panorama da farmácia atual, torna-se eminente a explicação de todas as alterações ao cliente, de forma a promover a relação de confiança existente na farmácia [*“procuram explicar as alterações que há”* (CP_U)]. Por fim, *“Favorecer o crédito”* (4.2.3), esta categoria refere-se a uma alternativa que a farmácia encontra no apoio económico ao cliente.

“Influência na relação” (4.3)

Nesta categoria emergiram uma série de subcategorias de terceira ordem, que refletem as alterações sentidas, por todos os participantes. Assim sendo, através da categoria *“Influência na relação”* (4.3), emergiram as seguintes subcategorias: *“Desconfiança”* (4.3.1); *“Pouca paciência”* (4.3.2); *“Confusão”* (4.3.3); *“Evolução na relação”* (4.3.4) [*“Acho que a relação tem evoluído...”* (CC_R)]; *“Sem opinião”* (4.3.5); *“Sem influência”* (4.3.6) [*“Eu não acho que isso tenha alterado significativamente.”* (DC_R)] [*“não, as pessoas é assim, não se tem alterado...”* (TC_R)]. Finalmente, emergiu a subcategoria *“Compreensão”* (4.3.7), isto é, é referido pelos profissionais que existe uma compreensão e solidariedade por parte dos clientes, relativa à fase difícil vivida pela farmácia [*“mas as pessoas acabam por compreender, devido à conjuntura do país, acabam por dizer: “Hoje é assim, amanhã não é”; acabam por entender.”* (TC_RP)].

O genérico (4.4)

Inseridas na categoria de segunda geração *“O genérico”* (4.4), emergiram três subcategorias de terceira geração: *“Impacto favorável no cliente”* (4.4.1); *“Risco para a terapia”* (4.4.2) [*“verificamos e alertámos as pessoas para elas nos trazerem o saquinho ou a caixinha dos medicamentos porque o que acontece é que elas acham que são medicamentos diferentes e eles são iguais.”* (DCP_U)] e, por fim, *“Impacto negativo na farmácia”* (4.4.3).

“Impacto favorável no cliente” (4.4.1)

No que respeita ao *“Impacto favorável no cliente”* (4.4.1) da utilização do genérico, distinguem-se duas subcategorias de quarta geração: *“Barato”* (4.4.1.1) [*“Eu não pago 50€, quando na realidade tinha um medicamento que era assim em que tava a pagar 52 ou 53 euros e agora estou a pagar oito.”* (TC_R)] e *“Confiança no produto”* (4.4.1.2) [*“Não vão embaratecer tirando matéria-prima ao medicamento.”* (CC_R)].

“Impacto negativo na farmácia” (4.4.3)

Relativamente à categoria de terceira geração *“Impacto negativo na farmácia”* (4.4.3), emergiram três categorias de quarta geração, com intuito de clarificar este impacto. Distingue-se então: *“Estagnação das vendas”* (4.4.3.1), que refere à quebra nas vendas de fármacos não genéricos; *“Acumular de fármacos”* (4.4.3.2), [*“O que ainda nos faz trazer mais monos para a farmácia.*

Acabam por ficar na prateleira” (DC_R)]; *“Venda de fármacos a preço reduzido”* (4.4.3.3), consequência das duas subcategorias anteriormente referidas.

“Farmácia em crise” (4.5)

Finalmente, e no que respeita à categoria de segunda geração *“Farmácia em crise”* (4.5), aqui emergiram duas categorias de terceira ordem cruciais para a compreensão deste fenómeno: *“Alterações legais”* (4.5.1) e o *“Impacto das parafarmácias”* (4.5.2), que se refere à implantação relativamente recente das parafarmácias: [*“E pronto... com esta história das parafarmácias, as pessoas habituaram-se muito mais a isso, porquê? Porque vão a uma parafarmácia, pedem um xarope para a tosse e nem sabem se é para a tosse seca, com expetoração e dão-lhe um qualquer.”* (DC_R)].

“Alterações legais” (4.5.1)

Nesta categoria de terceira geração, emergiram duas categorias de quarta geração, reveladoras das principais consequências inerentes a este contexto de crise: *“Dificuldade na aquisição de material”* (4.5.1.1) [*“É possível prestar um bom serviço se tivermos condições para o fazer, e portanto, hoje a farmácia está a começar a ter dois problemas: quanto à qualidade da prestação de serviço, está a ter dificuldade na aquisição de determinados medicamentos”* (DCP_U)]. Por outro lado, distingue-se o *“Endividamento”* (4.5.1.2), como uma situação cada vez mais patente [*“Isso é uma parte muito negra da vida das farmácias, neste momento.”* (DP_U)] [*“uma situação complicada, na farmácia, de fazer porque para nós também já foi mais fácil a sustentabilidade”* (DCP_U)].

2. Resposta às questões de investigação

Partindo da riqueza dos dados recolhidos através das entrevistas e observação *in vivo*, a análise e discussão de dados será orientada de acordo com as respostas às questões de investigação inicialmente referidas, integradas com a revisão da literatura. Esta fase da investigação consiste num desafio metodológico na medida em que vai de encontro aos objetivos da metodologia qualitativa cujo objetivo passa pela construção de conhecimento.

De forma a ir de encontro aos objetivos de trabalho, e respondendo numa primeira fase à questão de investigação, torna-se crucial fazer uma análise cuidada da atividade do profissional de farmácia. Nesta análise da atividade, serão refletidas as principais atividades, aprendizagens e dificuldades sentidas ao longo da experiência profissional e características emergentes da atividade. Numa segunda fase, irei proceder à resposta das restantes questões de investigação, de acordo com os dados mais relevantes para esta análise e discussão.

1. De que forma é caracterizada a atividade do profissional de farmácia?

Para efeitos da análise da atividade será utilizada a categoria de primeira ordem “*Atividade do profissional de farmácia*” (2.). Da formulação desta categoria, emergiram quatro categorias de segunda ordem, nomeadamente “*Caraterísticas da atividade*” (2.1), categoria referente à descrição das caraterísticas da atividade; “*Principais atividades*” (2.2), onde se evidenciam as principais atividades do profissional de farmácia; “*Aprendizagens*” (2.3), categoria cujo objetivo é identificar as principais aprendizagens ao longo da experiência profissional; e, por fim, “*Dificuldades*” (2.4), categoria na qual são codificadas referências relativas às principais dificuldade sentidas pelos profissionais.

Analisando aquilo que é referido pela Ordem dos Farmacêuticos (n/d), “as funções assumidas pelo farmacêutico na sociedade traduzem-se numa afirmação crescente que ultrapassa o seu papel enquanto técnico do medicamento”. De facto, atualmente parece verificar-se cada vez mais um apoio ao cliente, através de aconselhamento sobre o uso racional dos fármacos bem como a monitorização dos clientes, promovendo deste modo, a necessidade de encontrar formas mais coerentes de funcionamento do sistema de saúde em Portugal, nomeadamente, no que toca ao setor farmacêutico.

No que respeita à categoria de segunda ordem “*Principais atividades*” (2.2) e após análise cuidada dos relatos dos participantes, foi necessário criar três categorias de terceira ordem, cuja finalidade foi distinguir as atividades dos diferentes intervenientes. Neste sentido destacam-se “*Diretor técnico*” (2.2.1); “*Técnico de atendimento*” (2.2.2); e finalmente, “*Atividades transversais*” (2.2.3). Como o próprio nome indica, nesta última foram categorizadas todas as atividades inerentes a ambas as funções.

Relativamente à atividade do “Diretor Técnico” (2.2.1), após análise do discurso dos diferentes intervenientes com esta função, emergiram algumas categorias de quarta geração, que refletem as principais atividades desenvolvidas. Assim sendo destacam-se as seguintes subcategorias de quarta geração: “Atualizações legais” (2.2.1.1); “BackOffice” (2.2.1.2); “Gestão da informação” (2.2.1.3); “Gestão farmacêutica” (2.2.1.4) e “Informação nutricional e comunitária” (2.2.1.5).

Embora tenham sido referidas todas as atividades mencionadas pelos diretores técnicos, destacam-se como principais atividades as “Atualizações legais” que se referem à constante atualização no que respeita ao preço dos fármacos bem como protocolos enviados pelo INFARMED e a “Gestão farmacêutica” que remete para todo o trabalho referente à gestão da farmácia, como o contacto com fornecedores, verificação de encomendas, isto é, trabalho de logística: [“De facto, eu tenho de estar a par de todas estas atualizações do ponto de vista... hmm... do ponto de vista legal” (DCP_U)] [“De facto, as minhas funções são neste momento a direção técnica, ou seja, acabo por fazer mais... hmm... tanto estou em contacto com o cliente como também dedico uma boa parte do meu tempo à área da gestão” (DCP_U)] [“o trabalho de logística, encomendas, gestão, sei lá... tudo! Mesmo processos que envolvem regras restritas que nós temos, INFARMED, receitas, tratamento de receitas... tenho as funções de um diretor técnico, sou o responsável por tudo isso”. (DC_R)] [“As minhas principais atividades nesta farmácia são como diretora técnica” (DP_U)]

No que se refere à atividade do “Técnico de atendimento” (2.2.2), procedeu-se do mesmo modo, isto é, após análise do discurso, distinguiram-se algumas atividades por eles exercidas, nomeadamente: “Organizar prateleiras” (2.2.2.1), [“reposição nas prateleiras” (TC_R)]; “Verificação de stocks” (2.2.2.2) [“arrumação de medicamentos” (TCP)] e “Outros serviços” (2.2.2.3). Todas estas atividades foram bastante referenciadas nos discursos dos técnicos, no entanto, os “Outros serviços” revelaram-se bastante visíveis. Ao abrigo da Portaria n.º 1429/2007 de 2 de Novembro, as farmácias passaram a ter a possibilidade de prestarem serviços farmacêuticos de promoção da saúde e do bem-estar dos clientes, como por exemplo, administração de primeiros socorros, administração de medicamentos, utilização de meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica, administração de vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação (Ministério da Saúde, 2007): [“medição de glicemia, colesterol, ácido úrico, hipertensão”. (TC_R)].

Finalmente, e no que toca às “Atividades transversais” dos profissionais de farmácia, distinguem-se como categorias de quarta geração: “Atendimento” (2.2.3.1), “Confirmar receitas e encomendas” (2.2.3.2), “Aviar receitas” (2.2.3.3) e, por último, “Acompanhar o cliente” (2.2.3.4). Esta última, pese embora à primeira vista não seja considerada desde logo como uma atividade e mais como uma função do profissional, a forma como foi referida e a forma como é exercida ao longo do dia-a-dia, justifica-se através do seguinte excerto: [(...) e ás vezes é difícil. Isto por acaso é um problema que eu acho que é grave, é um problema complicado, mas isso é aquele acompanhamento que alguém tenha junto desse cliente, para poder ter a noção... para a pessoa ter a certeza que a

pessoa toma a medicação correta. Mas isso é um problema porque hoje tomam uma caixa, amanhã tomam outra, e depois estão a tomar duas e três vezes o mesmo medicamento por dia. (DCP_U).]

O “Atendimento” foi sem dúvida bastante referenciado ao longo de todo o discurso, tanto pelos técnicos de atendimento como diretores farmacêuticos, no entanto, aquando do momento de observação e analisando também as notas de campo decorrentes deste momento, a presença no balcão do diretor técnico foi muito pouco visível: [“*atendimento*” (TP)]; [“*Atendimento ao público*” (TC_R)]
Nota de campo: [“*De salientar que a presença do diretor no balcão é quase inexistente.*”]

Ainda decorrente deste tópico, análise da atividade do farmacêutico, como já previamente referido, emergiu como categoria de segunda ordem “*Aprendizagens*” (2.3). Esta categoria tem como finalidade perceber quais as principais aprendizagens que os profissionais distinguem ao longo do seu percurso, nomeadamente, aprendizagens ao nível mais técnico, como questões relativas ao relacionamento interpessoal. Neste sentido, e de forma a organizar aquilo que era referido em cada discurso, emergiram três categorias de terceira ordem: “*Adaptação ao contexto*” (2.3.1), “*Experiência profissional*” (2.3.2) e “*Aprendizagens transversais*”(2.3.2).

No que respeita à “*Adaptação ao contexto*”, esta referência apenas emergiu nos discursos dos profissionais de farmácia, da cidade do Porto, referindo-se essencialmente à adaptação à comunidade a que assistem. De referir, que uma das farmácias se localizava em contexto de bairro social, remetendo desde logo para uma população específica, emergindo algumas dificuldades, isto é, [“(…) *algumas dificuldades, nomeadamente, no entendimento da linguagem que as pessoas menos cultivadas na área da saúde têm. Mas é assim, tenho andado em adaptação.*” (DP_U)] [“(…) *é assim, de facto, nós temos que nos adaptar. Por exemplo, acredito que uma farmácia onde não existam tantas estruturas do ponto de vista de serviços de saúde, a farmácia, seja um excelente suporte.*” (DCP_U)] [“*É assim eu tento gerir da melhor maneira que posso, umas vezes com um bocadinho... normalmente eu não sou muito derrotista.*” (TP_U)].

No que diz respeito à “*Experiência profissional*”, aquando da análise dos discursos, revelaram-se muito interessantes as referências feitas à crescente importância do profissional na comunidade. Neste sentido, emergiram três categorias de quarta geração: “*Conhecimento das patologias*” (2.3.2.1) e “*Conhecimento do fármaco*” (2.3.2.3), ou seja, [“*Alguém com mais competências a nível prático porque vamos ganhando tato com as patologias, não é muito fácil de explicar...*” (DC_R)] [“*Aprendemos muita coisa, tanto em relação à interação dos medicamentos uns com os outros*” “*Depois há sempre aquelas contra indicações que surgem com o tempo.*” (TC_R)]

Ainda na categoria “*Experiência profissional*”, surgiu a categoria de quarta geração “*Ser psicólogo*” (2.3.2.2). Esta foi, sem dúvida, uma questão que surgiu várias vezes ao longo dos discursos, tanto no contexto rural como urbano, revelando-se uma função cada vez mais patente na atividade do profissional. [“*Com a experiência que vamos tendo ao longo do tempo, com os clientes, com os médicos, sei lá... nós vamos adquirindo tato até para lidar... somos psicólogos!*” (DC_R)] [“*é*”

que nós, farmacêuticos, neste momento quase que somos mais psicólogos, que farmacêuticos.” (DP_U)] [*“também temos a parte da “psicologia”* (TC_R)] [*“O farmacêutico é um psicólogo nesse sentido! Às vezes até medem só a tensão para ter um bocadinho de conversa...”* (TCP)] [*“tenho puxar a moral das pessoas para cima. Ainda há pouco estava a dizer à senhora, que ela antes de entrar já vinha a chorar e eu disse-lhe logo assim: “Chorar não que eu não quero isso”, pronto... mas e ela depois lá acalmou um bocadinho, mas é assim sempre um bocadinho complicado, mas pronto.”* (TP_U)].

Contrariando aquelas que são as atividades elencadas para a prática farmacêutica, como refere Santos et al., (2009), como por exemplo, o contacto com outros profissionais de saúde, controlo de psicotrópicos e estupefacientes, cedência de medicamentos, seguimento farmacoterapêutico, gestão da formação dos colaboradores e contacto com os centros de informação dos medicamentos, não observamos a questão da importância do apoio à comunidade ao nível do relacionamento interpessoal. É neste sentido, e analisando aquilo que nos foi dito pelos vários participantes, que se percebe uma evolução e mudança no que respeita a esta atividade profissional.

Finalmente, e ainda dentro da categoria “Aprendizagens”, foi integrada uma categoria de terceira geração “*Aprendizagens transversais*” (2.3.3) que remete para as aprendizagens ao nível das práticas de gestão farmacêutica, referida por diretores farmacêuticos. E, por outro lado, salienta-se também a importância de todas as interações e relacionamento interpessoal, que a farmácia estabelece com a comunidade, na gestão de alguns conflitos pessoais e familiares, tendo ali um exemplo a seguir.[*“Agora, neste momento, nós dedicamos muito tempo... agora há de facto uma inversão. Estamos a sentir que estamos a ter menos tempo para fazermos formação, uma atualização da nossa formação, do ponto de vista clínico e tenho que passar a ter uma formação do ponto de vista de gestão.”* (DCP_U)] [*“até para a vida pessoal de cada um porque é assim conseguimos lidar até com os nossos familiares.”* (TP_U)].

Por fim, e relativamente à categoria de segunda geração “*Dificuldades*” (2.4), que caracteriza as principais dificuldades sentidas pelos profissionais, emergiram neste item duas subcategorias: “*Ausência de receita*” (2.4.1) e “*Automedicação*” (2.4.2). No que diz respeito à primeira, refere-se ao facto de cada vez mais o cliente se deslocar a uma farmácia sem a respetiva receita médica, para adquirir os medicamentos que usualmente costuma levar. Por outro lado, e referente à segunda categoria, refere-se o conceito de automedicação, ou seja, o cliente já sabe aquilo que deve tomar, dispensando o conselho do profissional. Ainda neste tópico, foi referido o excessivo uso e solicitação de antibióticos: [*“solicita que lhe sejam fornecidos, por exemplo, determinada medicação que já é habitual tomar e não tendo receita médica”* DCP_U] [*“é que as pessoas acabam por ter mais, quer dizer... elas pensam que já sabem aquilo que querem tomar. Ainda há muita gente que faz isso!”* (DC_R)] [*“quando vêm às vezes com um problema de garganta ou assim, assim já é um bocadinho*

mais difícil, começam a dizer que querem o antibiótico e não sei o quê e mais não sei que mais.”
(TP_U)]

Por fim, e de forma a finalizar a caracterização da atividade referida pelo profissional de farmácia, cabe ainda referir a categoria de segunda ordem *“Caraterísticas da atividade”* (2.1). De acordo com o discurso dos profissionais, *emergiram duas caraterísticas bastante patentes “Credibilidade na formação académica”* (2.1.1) [*“No aconselhamento depende... hoje se estamos a falar, ainda que de uma funcionária de uma farmácia, que é aqui um dos casos que eu pelo menos conheço, e que é a Liliana, que é farmacêutica, uma coisa que ela possa dar ou não umas dicas sobre um medicamento, sobre isto, sobre aquilo,”* (CC_R) *“quando vemos televisão e aparece algum medicamento, dizem sempre “consulte o seu médico e/ou farmacêutico”.*(CP_U)]e o *“Dinamismo”* (2.1.2) [*“é boa, gosto de trabalhar aqui. Uma pessoa está sempre a aprender”* (TC_R) *“Todos os dias é uma novidade.”* (TCP_U)].

2. De que forma o contexto geográfico influencia a atividade do profissional de farmácia?

De forma a obter dados mais ilustrativos, recorreremos a uma matriz, com o objetivo de cruzar algumas dimensões fundamentais à análise desta segunda questão de investigação. Esta passa pela compreensão da influência ou não do contexto geográfico, bem como motivos que levam os profissionais a desenvolver a atividade naquele contexto.

Neste sentido e de forma a dar resposta à presente questão de investigação, emergiu como categoria de primeira geração *“Contexto geográfico”* (3), onde se destacam como categorias de segunda ordem *“Motivos para a escolha do contexto geográfico”* (3.1) e *“Influência do Contexto geográfico”* (3.2).

Numa primeira fase, irão ser analisados os dados emergentes da categoria de segunda ordem, *“Motivos para a escolha do contexto geográfico”* (3.1). Para uma análise mais ilustrativa, emergiu a primeira matriz, de onde se destacam as seguintes subcategorias: *“Trabalho pós-reforma”* (3.1.1); *“Falta de oportunidades de emprego”* (3.1.3); *“Continuidade de negócio”* (3.1.1.1); *“Herança”* (3.1.1.2) e *“Permanecer perto da família”* (3.1.1.3), e cruzamo-las com o *“tipo de participação”*, atributo referente ao estatuto que cada um dos participantes. Neste caso foram utilizados Diretores-técnicos e Técnicos de Atendimento.

Tabela 2:

Motivos de escolha do contexto de Trabalho X Diretores de Farmácia

	A: DC_R	B: DCP_U	C: DP_U
1 : Continuidade de negócio	4	0	0
2 : Herança	1	4	0
3 : Permanecer perto da família	0	0	0
4 : Trabalho pós-reforma	0	0	4
5 : Falta de oportunidade de emprego	0	0	0

*Nota: Analisado por Coding References.***Tabela 3:**

Motivos de escolha do contexto de Trabalho X Técnicos de Atendimento

	A: TC_R	B: TCP_U	C: TP_U
1: Continuidade de negócio	0	0	0
2: Herança	0	0	0
3: Permanecer perto da família	1	1	0
4: Trabalho pós-reforma	0	0	0
5: Falta de oportunidade de emprego	0	0	3

Nota: Analisado por Coding References.

Através da leitura das tabelas acima apresentadas, podemos observar que os motivos que levam os Diretores e Técnicos a optar por trabalhar em determinado contexto geográfico, são bastante díspares. Ao longo da leitura das entrevistas percebemos que esta escolha nem sempre foi livre. No que respeita aos Diretores, esta escolha foi feita essencialmente por questões familiares. Se num caso a “*continuidade de um negócio*” se revelou um motivo para a escolha da farmácia para exercer atividade: [“*Esta farmácia já era de família*” “*Acabei por vir cá parar e fazer sociedade com eles há quase 9 anos. Acabei por ficar cá por causa disso mesmo, embora me tenha custado bastante...*”(DC_R)], noutro, esta escolha foi imposta através de uma “*herança*” de uma farmácia familiar: [“*de facto, a minha mãe tinha esta farmácia no Porto e, portanto, de facto eu agora... foi quase uma herança*” “*sempre exerci dado que era uma necessidade começar a trabalhar o mais rapidamente possível para apoiar esta farmácia*” (DCP_U)]. Um outro motivo referido por um diretor de farmácia, foi a questão do “*Trabalho pós-reforma*”, isto é, dar continuidade à atividade mesmo depois do período de reforma [“*Para ocupar o tempo, fiz uma sociedade nesta farmácia, farmácia da Pasteleira Lda., onde já estou há quase 13/14 anos, desde que me reformei, em 2000.*” (DP_U)].

No que refere aos motivos que levaram os Técnicos de Atendimento a exercer atividade em determinado contexto, aqui, apenas emergiram duas categorias, uma respeitante a questões familiares, ou seja, “*Permanecer perto da família*” [“*é assim, como sou natural de cá e, pronto, os meus pais*”

também estão próximos, arranjei aqui emprego e fiquei por cá.” (TC_R)] [“Foi para primeiro estar perto de casa, não é?” (TCP)] e uma outra referente à “Falta de emprego”[“Olhe, quando eu me empreguei, tinha-se dado o 25 de Abril naquela altura. Pouco antes e portanto, tal e qual como agora, naquela altura havia muita dificuldade em arranjar emprego” (TP_U)].

No que respeita a diferenças nos motivos de escolha do contexto, estas são coerentes quando se fala em Diretores e Técnicos que exercem atividade em contexto rural e urbano. No entanto, e ao longo da análise das entrevistas, denotou-se uma certa dificuldade na adaptação ao contexto, relativamente ao Diretor da farmácia de Chaves [“*embora me tenha custado bastante...*”(DC_R)], não pelo contexto de trabalho em si, mas pelo facto de ser um meio mais pequeno e com pouca diversidade de atividades de lazer. Neste sentido, esta questão, vai de encontro à categoria de segunda ordem “*Influência do Contexto geográfico*” (3.2), que também ao longo das entrevistas revelou informação pertinente, quando tentamos perceber a influência do contexto na vida do participante.

Esta influência foi explorada a dois níveis: “*Atividade profissional*” (3.2.1) e, por outro lado, “*Vida pessoal*” (3.2.2). Iniciando a exploração desta categoria pela influência do contexto na “*Atividade profissional*”, e observando as respostas de Diretores e Técnicos, houve uma variável que emergiu nos discursos destes intervenientes, nomeadamente, em contexto rural e contexto urbano, mais precisamente, na farmácia que está localizada num bairro social do Porto. A “*Relação próxima com o cliente*” (3.2.1.4), foi a categoria que mais se salientou em ambos os discursos com uma influência positiva no desenvolver do trabalho, [“*continua a haver uma relação muito afetuosa, até afetuosa entre os clientes e as pessoas que trabalham na farmácia*” (DC_R)] [“*É um meio mais pequeno, é assim, aqui quase toda a gente se conhece, a relação já é mais aberta*” (TC_R)] [“*Uma pessoa começa-se a habituar às caras, a conhecer as pessoas e a saber o que é que elas pretendem*” (TP_U)]. [“*a socialização com eles também me ensinou muito*” (DP_U)].

Uma outra questão a destacar nesta influência na atividade profissional, refere-se ao meio familiar característico da comunidade onde se insere a farmácia. Esta referência apenas emergiu no discurso dos profissionais que exercem atividade em Chaves, [“*a farmácia sempre foi um local em que as pessoas estavam à vontade e com uma relação muito familiar com a farmácia*” (DC_R)]. Esta questão justifica-se com o facto de Chaves ser uma cidade no interior do país, registando menores níveis de densidade populacional (INE, 2012). Como já se vem registando há alguns anos, e como referido na literatura, a tendência migratória para as zonas litorais continua a ser uma constante, promovendo uma distribuição pouco homogénea da população pelo território da região Norte, evidenciando-se grandes aglomerados populacionais nos municípios do litoral urbano (INE, 2012).

Por outro lado, e aquando da análise do discurso dos participantes da farmácia do Porto, situada num bairro social, uma questão que surgiu no discurso da Diretora da farmácia, foi o facto de ser um contexto que pode “*Limitar a atividade*” (3.2.1.2) do profissional, isto é, [“*o contexto social em que aqui nesta farmácia vivemos, de certo modo limita a nossa atividade numas determinadas*

áreas” (DP_U)]. Esta questão foi referida, quando na entrevista foram abordados os serviços que a farmácia põe ao dispor da comunidade, e que várias vezes, não são aproveitados pelos clientes, referindo até [“*quer dizer, não permite que desenvolva todas as valências que contendo*” (DP_U)].

Pese embora esta investigação se tenha desenvolvido em contextos diferentes, quando observamos os discursos dos profissionais de farmácia de uma farmácia de bairro no Porto e uma farmácia em Chaves, estes revelam-se bastante semelhantes, na medida em que o contexto pequeno e de proximidade caracterizam ambas as comunidades. Complementarmente, e analisando o discurso dos profissionais de farmácia localizada no centro do Porto denotou-se uma menor influência do contexto na atividade, referindo-se mesmo que [“*Todo o local de trabalho influencia*” (TCP_U)]. Esta referência apoia-se na experiência anterior numa farmácia em contexto rural da Técnica de Atendimento e cuja mudança não lhe parece ter causado qualquer diferença na forma de trabalho [“*Não, não senti, não senti dificuldade, eu consigo adaptar-me bem*” (TCP_U)].

Ainda nesta categoria relativa à “*Influência do Contexto geográfico*” (3.2) foi abordada a sua influência do contexto na “*Vida Pessoal*” (3.2.2) dos profissionais.

Após análise dos discursos dos participantes, denotou-se uma influência mais patente no que respeita ao contexto rural. Esta influência traduz-se em três subcategorias, nomeadamente, “*Poucos Hobbies*” (3.2.2.2), “*Necessidade de criar novas relações*” (3.2.2.4) e “*Proximidade de casa*” (3.2.2.3). No que respeita às categorias “*Poucos Hobbies*” (3.2.2.2) [“*É um meio mais pequeno, temos muito poucas coisas cá. Poucos hobbies... Nós não temos aqui um cinema, o que é mau!*” (DC_R)] e “*Necessidade de criar novas relações*” (3.2.2.4) [“*Claro que tem as coisas boas, mas os meus amigos estavam no Porto, tive que fazer novos amigos... e isso são coisas que custam com vinte e poucos anos.*” (DC_R)] estas emergiram no discurso do Diretor de Farmácia, em Chaves. Foi neste momento da entrevista que se denotou um certo descontentamento no que respeita ao viver num meio mais pequeno. Segundo Castro (2000), as comunidades rurais caracterizam-se pelas suas características primárias, de pequena densidade demográfica, centralização em grupos e uma grande proximidade entre as pessoas. Como já referido, embora surja este descontentamento com os poucos *hobbies* que a comunidade oferece, ele acaba por ser compensado pela grande proximidade relacional entre comunidade e farmácia.

Ainda neste âmbito, emergiu dos discursos dos participantes a importância da “*Proximidade de casa*” (3.2.2.3) como um aspeto que influencia a vida pessoal do participante: [“*Isso dá-me muita mobilidade não é, muita possibilidade de presença.*” (DP_U)]. Embora esta referência se refira à influência na vida pessoal da participante, revela-se também crucial no desenvolver da atividade, permitindo-lhe estar sempre perto da farmácia, em algum caso mais urgente. Por outro lado, esta proximidade de casa permite [“*um contacto com familiares, filhos, estamos pertinho de tudo... como é um meio pequeno temos estas facilidades e também possibilita cumprir melhor o horário.*” (TC_R)],

bem como evitar desgastes físicos desnecessários [*“as deslocções... estava a ficar um bocadinho desgastada”* (TCP_U)].

3. Qual o posicionamento e percepções dos clientes face à atividade do profissional de farmácia?

Com o objetivo de responder a esta questão, emergiu como categoria de primeira geração *“Farmácia e Comunidade”* (1). No entanto apenas irá ser utilizada a categoria de segunda ordem *“O profissional de farmácia na comunidade”* (1.3), e categorias subjacentes. Neste sentido, recorreremos novamente a uma matriz, na qual cruzámos o atributo referente ao tipo de participação de cada um dos participantes, com algumas das subcategorias da categoria de terceira geração *“Competências e características”* (1.3.1): *“Atendimento”* (1.3.1.1); *“Confiança e tranquilidade”* (1.3.1.2); *“Aconselhamento”* (1.3.1.3); *“Conhecer o fármaco”* (1.3.1.4); *“Bom relacionamento interpessoal”* (1.3.1.5); *“Esclarecer dúvidas dos clientes”* (1.3.1.6); *“Visto como um médico”* (1.3.1.7); *“Disponibilidade”* (1.3.1.8); e, por fim, *“Conhecimento do histórico dos clientes”* (1.3.1.9).

Tabela 4:

Percepções do cliente face ao profissional de farmácia

	A : CC_R	B : CCP_U	C : CP_U
1 : Atendimento	1	0	0
2 : Confiança e tranquilidade	1	0	0
3 : Aconselhamento	7	2	2
4 : Conhecer o fármaco	0	2	3
5 : Bom relacionamento interpessoal	3	2	1
6 : Esclarecer dúvidas dos clientes	5	1	1
7 : Visto como um médico	0	0	2
8 : Disponibilidade	0	0	5

Nota: Analisado por Coding References.

Antes de avançar para uma descrição e análise destas categorias, cabe referir que o objetivo essencial da presente questão de investigação passa pela análise das percepções dos clientes, relativamente à atividade do profissional, no que toca às principais competências e características do mesmo. No entanto, e ao longo da análise dos discursos dos profissionais, denotou-se, ainda que de forma involuntária, uma reflexão acerca daquilo que, do ponto de vista do profissional, era percecionado pelo cliente. Esta questão, embora não esteja refletida na matriz apresentada, será também alvo de reflexão.

Como se pode observar na matriz apresentada (tabela 3), as três características mais referidas pelos clientes passam pelo *“Aconselhamento”* (1.3.1.3), que os clientes solicitam aos profissionais,

por exemplo, [*“Por acaso eu estou medicado desde que sai do hospital e se preciso de alguma coisa extra medicação normal, primeiro venho à farmácia, aconselho-me e depois peço para me receitar.”* (CC_R)] [*“A farmácia sabe mais sobre os medicamentos, ajuda no aconselhamento”* (CCP_U)]. Uma outra característica que emergiu ao longo dos discursos dos clientes, remete para o *“Esclarecer dúvidas dos clientes”* (1.3.1.6), nomeadamente [*“Eu acho que ele deve responder a qualquer pergunta”* (CCP_U)] ou [*“a mim dizerem-me “você tem isto” e eu não saber o que isso é, eu só estou descansado quando me explicarem o que isso é e eu entender, quer dizer, que me expliquem e eu entenda, se não entender, então estou na mesma. Agora acho que é importante”* (CC_R)]. Distinguem-se ainda como características do profissional o *“Bom relacionamento interpessoal”* (1.3.1.5) e a *“Disponibilidade”* (1.3.1.8), estas características podem verificar-se nos seguintes excertos: [*“relação que a farmácia estabelece aqui com a comunidade que é de facto muito boa e ajuda aqui as pessoas.”* (CP_U)], [*“a nível de relacionamento com o cliente deve ser o melhor possível”* (CC_R)] e [*“Esta farmácia aqui, especificamente, e é a que eu conheço, as pessoas são de facto muito solícitas”* (CP_U)]. De acordo com Duarte et al. (2007), e de acordo com aquilo que é expectável pelos clientes, estes defendem que a qualidade dos serviços prestados por farmacêuticos comunitários é de qualidade superior em comparação com outras entidades de saúde, como hospitais ou centros de saúde. Este facto justifica-se com o importante aconselhamento por parte do farmacêutico ao cliente, fazendo com que muitas vezes este evite deslocar-se ao médico para obter informações similares (Duarte et al., 2007). Esta questão emergiu várias vezes ao longo do discurso, em que o cliente referia a importância do aconselhamento, como uma alternativa à deslocação a um hospital: [*“Eu acho que há muito essa tendência de as pessoas, porque confiam na experiência, sobretudo... experiência, nos cursos que as pessoas têm, confiam no aconselhamento. Porque muitas vezes, eu acho, eu conheço bem a comunidade médica, tenho muitos, bastantes... são médicos e eu vou analisando. Há médicos que eu pessoalmente não me punhas nas mãos deles”* (CC_R)].

Torna-se ainda importante referir que a cliente entrevistada numa farmácia do centro da cidade do Porto, tinha uma paralisia, que não lhe permitia expressar-se oralmente da forma mais clara. No entanto, ao longo da entrevista, referiu que elegia aquela farmácia como a sua farmácia porque [*“compreendem aquilo que eu preciso. No meu caso, há pessoas que não entendem aquilo que preciso.”* (CCP_U)].

Este último tópico remete para a análise daquelas que são as perceções do farmacêutico, relativamente àquilo que o cliente pensa desta atividade profissional, especificamente. No entanto, e de modo a não tocar em questões já previamente referidas e que se assemelham entre elas, torna-se pertinente referir o *“Conhecimento do histórico do cliente”* (1.3.1.9), como uma característica referida pelos profissionais: [*“começa-se a habituar às caras, a conhecer as pessoas e a saber o que é que elas pretendem”* *“quando as pessoas não me vêm, quando eu não estou aqui, elas querem ser atendidas*

por outra e a outra pessoa não percebe da mesma maneira, fica um bocado aborrecido o cliente e fica aborrecido quem está a atender” (TP_U)].

Mediante estas duas questões, torna-se relevante refletir acerca deste acompanhamento do cliente. Como nos referem Dader e Romero (1999), para além do conhecimento das especificidades do fármaco, é importante haver um acompanhamento e avaliação do cliente, de acordo com a farmacoterapia. Como observamos no caso da cliente (CCP_U), este acompanhamento torna-se imprescindível, na medida em que a cliente exibe uma dificuldade na expressão oral, o que não permite a qualquer profissional compreender aquilo que por ela é solicitado. Contrariamente, e embora a Técnica de Atendimento revele a importância de se acompanhar e conhecer o histórico do cliente, este pode revelar-se um constrangimento quando a funcionária em questão não se encontra na farmácia e o cliente tem que se dirigir a outra técnica. Contudo, e devido também às observações uma forma de conhecer aquele que é o histórico do colaborador, é a utilização de softwares e cartões que facilitam todo o processo [*“Conhecimento do histórico dos trabalhadores através de um software específico ”Nota de Campo 2”*].

4. Como se caracteriza a relação entre a farmácia e a comunidade?

Com o objetivo de responder a esta questão, será também utilizada a categoria de primeira geração *“Farmácia e Comunidade”* (1). As subcategorias de segunda ordem, a ter em conta nesta análise, referem-se a: *“Motivos para recorrer à farmácia”* (1.1) e *“Farmácia em situação de doença”* (1.2).

No entanto, antes de avançar para a análise dos motivos que levam os clientes a se dirigirem à farmácia, torna-se pertinente clarificar o tipo de cliente que existe na farmácia. Neste sentido, e emergindo da categoria de segunda ordem *“Motivos para recorrer à farmácia”* (1.1), emergiu uma subcategoria que se refere à *“Proximidade relacional da farmácia à comunidade”* (1.1.2), onde se distingue o *“Tipo de clientes”* (1.1.2.2). Analisando os discursos de todos os participantes, tornou-se eminente a perceção da existência de diferentes clientes, isto é, clientes *“Flutuantes”* (a.) e clientes *“Contínuos”* (b.). Em ambos os contextos, foi referida a existência de [*“um cliente de passagem, que é um cliente que não está tão vocacionado para saber a nossa informação, é um cliente apressado que quer ser aviado rapidamente”* (DCP_U)] [*“aqui é uma farmácia mais de passagem”* (DCP_U)], ou seja, a existência de clientes menos assíduos e contínuos. Porém, a existência de clientes flutuantes revelou-se mais visível no que toca à farmácia localizada no centro da cidade do Porto. Embora também haja o cliente mais assíduo, como é o caso da cliente entrevistada neste contexto, em que os profissionais conhecem o cliente, sabem o que ele precisa, esta caracteriza-se essencialmente por receber clientes flutuantes. No entanto, foi ainda referido que [*“os clientes são todos iguais.”* “eu tento

tratar o cliente todo ele igual, não é?” (TCP_U)]. Já na farmácia, situada em contexto de bairro, foi referido que a existência deste tipo de clientes era quase nula, na medida em que [*“população flutuante é pouco abundante porque a farmácia se localiza numa zona um bocadinho escondida.”*] (DP_U)].

Relativamente ao cliente contínuo, como o próprio nome indica, este refere-se àquele cliente assíduo, ou seja, [*“há aqueles clientes que eu conheço melhor e com quem eu me dou bem e já sei que a esposa está doente e o filho não sei o quê, está naquele sitio e não sei o quê e a conversa acaba sempre por ir para outros lados.”*] [*“tenho clientes “especiais” que, por exemplo, são mais assíduos e assim.”*] (DC_R)]. Como analisaremos mais à frente, o tipo de relação estabelecida com a farmácia influencia também os motivos que levam o cliente a recorrer a esta.

No que respeita ao tipo de motivos que levam um cliente à farmácia e que emergiram desta categoria de segunda ordem, serão destacadas as seguintes categorias: “Relação de proximidade” (1.1.2.1); “Comprar medicamentos” (1.13); “Realizar exames de rotina” (1.1.4) e a “Utilização da mesma farmácia” (1.1.5). Para uma análise mais ilustrativa destaca-se a seguinte matriz:

Tabela 5:

Motivos que levam a recorrer à farmácia X Cliente

	A : CC_R	B : CCP_U	C : CP_U
1 : Relação de proximidade	10	4	0
2 : Comprar medicação	2	1	3
3 : Realizar exames de rotina	0	0	2
4 : Utilização da mesma farmácia	4	1	3

Nota: Analisado por Coding References.

Como podemos ver na tabela, os dois motivos mais destacados nesta matriz, referem-se à “Relação de Proximidade” (1.1.2.1) e à “Utilização da mesma farmácia” (1.1.5). Ao longo da análise dos discursos dos participantes foi visível que estas duas questões se interligavam, isto é, a “Utilização da mesma farmácia” permitiu ao cliente e profissional de farmácia criar uma relação de proximidade que ia para além da dispensa de medicamentos. Como é referido por Winslade et al. (1996, cit in Maurício, 2009), os clientes deslocam-se a uma farmácia comunitária, promovendo desta forma o estabelecimento de uma relação farmacêutico-cliente e o seu seguimento farmacoterapêutico. Como podemos observar no seguinte discurso, [“eu sou muito conhecido pelo cliente da última hora. Quando venho por aqui para conversar um bocado, são sempre sete menos cinco, sete menos dez, quase sempre á hora de fechar” (CC_R)], percebemos que esta relação vai muito para além do aconselhamento terapêutico. No entanto, importa referir que embora esta relação de proximidade tivesse sido referida várias vezes pelos clientes, foi no contexto rural, cidade de Chaves, que esta

questão mais emergiu, tanto por parte do cliente como dos profissionais de farmácia: [*“com quem eu me dou bem e já sei que a esposa está doente e o filho não sei o quê, está naquele sitio e não sei o quê e a conversa acaba sempre por ir para outros lados”* (DC_R)].

Finalmente e respondendo ao último tópico desta questão de investigação, *“Farmácia em situação de doença”* (1.2), aqui apenas será considerada a importância cada vez mais patente da farmácia, em situação de doença: *“Opção pela farmácia”* (1.2.2), [*“eu acho que há muito essa tendência de as pessoas, porque confiam na experiência, sobretudo. (CC_R)”*] [*“se for um problema mais ligeiro, venho primeiro à farmácia porque as senhoras já me conhecem.”* (CCP_U)]. Segundo Ridjt, Willems, e Simoens, (2008), denotou-se um crescimento no que respeita aos serviços de farmácia clínica. Pese embora não haja consenso sobre a definição de "farmácia clínica," todas as definições propostas referem-se à contribuição que os farmacêuticos podem dar para a realização de uma terapia de qualidade e racional, promovendo, assim, a cooperação com os médicos, com o objetivo de otimizar a eficiência, eficácia e segurança da mesma. No entanto uma questão que leva as pessoas a recorrer primeiro à farmácia, refere-se ao facto de [*“esta zona é uma zona de bairro, bastante carente em termos económicos e portanto, vêm na farmácia como o primeiro, a primeira porta de entrada sem ter que pedir licença, como acontece noutras instituições da saúde que é preciso fazer marcações, aqui as pessoas vêm-se em qualquer aflição, a primeira coisa que fazem é recorrer à farmácia.”* (DP_U)].

Esta situação permite que cada vez mais o cliente se desloque à farmácia com o intuito de solicitar um aconselhamento ou informação, em situação de doença. No entanto, e para além do aconselhamento já referido, emergiu uma questão também importante, no que se refere ao papel da farmácia em situação de doença: *“Rastreio e Triagem”* (1.3.3). Esta questão permite ao farmacêutico sinalizar situações mais sensíveis no que toca à saúde do doente, promovendo também a interação com outros profissionais de saúde, como já referido: [*“porque faz muitas vezes o rastreio ou a triagem das pessoas, no sentido de as passar para os serviços de saúde.”* (DC_R)] [*“situações que se podem prevenir no futuro, nomeadamente, na área cardiovascular e na diabetes que neste momento é bastante importante”* (DCP_U)] e por fim, [*“quando nos põe o problema e se for mesmo um caso de médico, nós aconselhamos sempre o cliente a ir ao médico”* (TC_R)]. É de salientar, todavia que este rastreio e triagem de doenças, só foi possível através da realização da determinação de parâmetros bioquímicos, introduzidos nas farmácias em 2007, através da Portaria n.º 1429/2007 de 2 de Novembro.

4.1 De que forma a conjuntura económica e social atual influencia esta relação?

Para responder a esta questão, emergiu uma categoria de primeira ordem que se refere à *“Crise económica e farmácia”* (4.) e duas categorias de segunda ordem: *“Caráter social da farmácia”* (4.2) e *“Influência na relação”* (4.3).

No que respeita à primeira categoria a ser analisada *“Caráter social da farmácia”* (4.2), esta refere-se ao papel social da farmácia na conjuntura atual. Num período em que o poder de compra dos clientes é cada vez mais reduzido e as alterações legais nas farmácias são uma constante, *“Promover a continuidade das terapias”* (4.2.1) e *“Favorecer o crédito”* (4.2.3) são questões fundamentais e emergentes dos discursos dos participantes. No que concerne ao discurso dos profissionais de farmácia, denotou-se uma elevada importância na promoção da continuidade das terapias, encontrando-se soluções para esta situação [*“torna-se é muito difícil para nós perante uma situação de necessidade de determinados medicamentos, sentir que o cliente não os pode adquirir. Muitas vezes qual é o nosso papel? Dentro da situação que é possível optar, por exemplo, ajudar a escolher aquele que do ponto de vista económico lhe consegue garantir a continuidade do tratamento, quando isso está em causa”* (DCP_U)]. Uma destas soluções vai de encontro à segunda categoria a ser explorada *“Favorecer o crédito”* (4.2.3). Embora esta seja uma questão que também promova a crise na farmácia, é em várias situações, a solução para os problemas do cliente: [*“Poder, temporariamente, dar crédito ao cliente para ele puder ter a sua medicação, caso contrário, não a poderia fazer”* (CCP_U)] [*“Há pessoas que têm aquela forma de... e só pagam quando recebem, há pessoas que pagam o grosso e depois vêm pagar quando recebem a duplicar”* DC_R)]. Como se pode verificar, esta é uma questão que é tanto referida em contexto rural como urbano, não havendo diferenciação nos discursos quando o tema é a crise económica [*“Isso é uma parte muito negra da vida das farmácias, neste momento.”* (DP_U)].

Finalmente e remetendo agora para o impacto desta conjuntura atual na relação entre a farmácia e comunidade, emerge a categoria de segunda ordem *“Influência na relação”* (4.3). Nesta categoria emergiram algumas características desta influência, por parte dos clientes bem como profissionais. Assim destaca-se, por parte dos profissionais *“Desconfiança”* (4.3.1), como se observa através do seguinte discurso: [*“Tem vindo a alterar principalmente porque com estas alterações de preços e margens e participações, as pessoas ficam desconfiadas.”* (DC_R)] [*“Alteram e as pessoas ficam desconfiadas”* (TCP_U)]. Em contrapartida e aquando da análise do discurso dos participantes, emergiram discursos onde se denotou uma *“Evolução na relação”* (4.3.4) acompanhados de outros que consideram a conjuntura atual *“Sem influência na relação”* (4.3.6).

Revelou-se muito interessante analisar esta discrepância nas respostas. De acordo com a análise dos discursos e como já foi sendo revelado, o setor farmacêutico tornou-se num setor

bastante vulnerável, e que vive uma conjuntura pouco favorável ao seu desenvolvimento [*“É possível prestar um bom serviço se tivermos condições para o fazer, e portanto, hoje a farmácia está a começar a ter dois problemas: quanto à qualidade da prestação de serviço, está a ter dificuldade na aquisição de determinados medicamentos” (DCP_U)*]. **No entanto, e tendo em conta as perceções e discursos dos clientes, esta relação continua a ser de confiança e em evolução permanente,** [*“eu acho que o relacionamento entre cliente e farmácia, se for evoluindo de uma maneira normal, isto é quase como o envelhecimento, a pessoa quase que não dá por ela” (CC_R)*] [*“a conjuntura atual do país influencia toda a relação, mas de facto, esta farmácia, é modelo, para mim é modelo” (CP_U)*].

3. Conclusões

A presente investigação teve por objetivo explorar de que forma o contexto (Rural ou Urbano) onde se insere uma farmácia comunitária influencia a forma de estar no trabalho bem como a influência desta na comunidade que assiste e, portanto, alcançado este momento, torna-se pertinente explorar e refletir sobre estas dimensões.

Numa primeira fase, é importante refletir acerca da evolução da atividade do profissional de farmácia. Esta tem sofrido constantes alterações, não só ao nível do conteúdo da profissão em si, mas também espelhadas na continuada aquisição de competências até recentemente menos visíveis nesta atividade. Se até há bem pouco tempo a atividade do farmacêutico passava apenas por venda de medicamentos, acompanhada de algum aconselhamento, atualmente, e embora estas atividades se mantenham, este atendimento passou a ser feito de uma forma mais pessoal e individualizada, e no qual o relacionamento interpessoal é cada vez mais valorizado. Esta realidade vai de encontro aquilo que nos é referido por Clot, Fata, Fernandez, e Scheller (2000), relativamente ao trabalho prescrito que diz respeito aquilo que deve ser realizado pelo trabalhador e se encontra espelhado nos documentos e leis para esse efeito, por outro lado, encontramos o trabalho real, refletindo o que realmente é feito.

Esta evolução é patente tanto em contexto rural como em contexto urbano. No entanto, comparando uma farmácia no centro da cidade e uma farmácia de bairro, na cidade do Porto, o apoio e a relação estabelecida com a comunidade diverge. Pese embora em ambas se verifique a importância e a prática de um bom atendimento e aconselhamento, o apoio prestado à comunidade numa farmácia em contexto de bairro é bastante mais específico também devido às carências por parte desta comunidade. Conforme observamos e de acordo com Naves, Merchán-Hamann, e Silver (2005), esta atividade revela-se crucial e como uma verdadeira estratégia de saúde pública na medida em que funcionará como um meio promotor de prevenção de doenças e do uso racional de medicamentos. Segundo Duarte et. al, (2006), e à luz do que é expectável pelos clientes, estes defendem que a qualidade dos serviços prestados por farmacêuticos comunitários é de qualidade superior em comparação a outras entidades de saúde, como hospitais ou centros de saúde. Este facto justifica-se com o importante aconselhamento por parte do farmacêutico ao cliente, fazendo com que muitas vezes este evite deslocar-se ao médico para obter informações similares. Esta é também uma questão de destaque ao longo do presente estudo. Cada vez se revela mais importante o papel da farmácia no apoio ao cliente, não só pelo acesso cada vez mais dispendioso ao sistema nacional de saúde, mas também pela confiança no aconselhamento resultante da formação do farmacêutico. Uma tendência que emergiu ao longo dos discursos dos clientes foi a valorização e confiança na formação superior do farmacêutico. Embora confiem na experiência que o técnico de atendimento tenha adquirido ao longo de todo o percurso profissional, quando o cliente precisa de um aconselhamento, prefere que este seja dado pelo farmacêutico. No entanto, esta deslocação cada vez mais recorrente à farmácia, em situação

de doença, foi também justificada pelo sentimento de esclarecimento, por parte do cliente. E mesmo em situações em que este opte por ir ao médico, constantemente recorre ao farmacêutico para saber as indicações sobre determinado fármaco, como é tomado, bem como possíveis efeitos secundários, que nem sempre são explicados aquando da ida ao médico.

Relativamente às competências que um cliente associa ou observa num profissional de farmácia, mais importante que um bom aconselhamento ou conhecimento do fármaco, denotou-se uma elevada relevância atribuída ao relacionamento interpessoal. Isto é, cada vez mais a farmácia é o local onde o cliente se desloca para conversar, ou porque já existe uma relação de amizade, ou como referido numa entrevista por um cliente, pela necessidade de conversar das pessoas mais idosas. Esta referência às pessoas mais idosas apenas emergiu nos discursos das farmácias em contexto urbano. Nos contextos rurais, apesar da pequena densidade demográfica, a centralização em grupos e a grande proximidade entre as pessoas (Castro, 2000) parecem contribuir para que aquela necessidade não seja sentida de forma tão vinculada.

Assim, e avaliando a conjuntura económica e social do nosso país, a influência desta na relação farmácia-comunidade, difere de acordo com as perspetivas dos intervenientes. Segundo os profissionais de farmácia vive-se um período de desconfiança na relação motivada sobretudo pela constante oscilação do preço dos fármacos. Já do ponto de vista dos clientes, essa desconfiança não foi visível. Pelo contrário foi visível uma certa compreensão face à frágil situação económica das farmácias, resultante em grande medida da dificuldade na aquisição de material e do endividamento. Foi possível identificar que uma das razões que contribui para este endividamento se prende com a dificuldade de cobrança de créditos crescentemente concedidos aos clientes. Outro dos fatores consiste na constante alteração de preços dos fármacos por parte do INFARMED, o que, não raras vezes se traduz em vendas abaixo do preço de aquisição.

Ao longo do presente estudo foram surgindo algumas limitações, nomeadamente, no que concerne à realização das entrevistas. O facto destas se terem desenrolado no próprio local de trabalho, isto é, nas farmácias revelou uma certa reticência em falar sobre alguns aspetos, principalmente, constrangimentos da atividade. Também o facto de o estudo se desenvolver parcialmente numa cidade mais distante, não me permitiu deslocar-me sempre que possível à farmácia, obrigando a um agendamento das entrevistas pouco flexível, principalmente no que respeita à entrevista do cliente.

Relativamente a propostas de futuros estudos, seria interessante focar as perceções dos profissionais de farmácia em separado, isto é, um estudo a incidir apenas no Diretor de farmácia e um outro estudo no Técnico de atendimento. Um outro ponto a ser explorado e que poderia complementar o presente estudo, seria a exploração de dimensões como a Satisfação, Empenhamento e Contrato Psicológico, nos trabalhadores das respetivas farmácias em contexto rural e urbano.

Referências Bibliográficas

1. Al-Shaqha, W. & Zairi, Mohamed (2001). Pharmaceutical care management: a modern approach to proving seamless and integrated health care. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 14(7), 282-301.
2. Banco de Portugal (2012) Resumo dos principais indicadores económicos. Consultado em: <http://www.bportugal.pt/pt-PT/Paginas/inicio.aspx>.
3. Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições70.
4. Berger, P. & Luckmann, T. (2004). *A Construção Social da Realidade* (24^a ed.). Petrópolis: Vozes.
5. Boni, V. & Quaresma, S. (2005). Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC*, 2(1), 68-80
6. Brodie, D.C., Parish, P.A., & Poston, J.W. (1980). Societal needs for drugs and drug-related services. *The American Journal of Pharmaceutical Education*, 44(3), 276-78.
7. Capstick, S., Beresford, R., & Gray, A. (2008). Rural pharmacy in New Zealand: Effects of a compulsory externship on student perspectives and implications for workforce shortage. *Australian Journal of Rural Health*, 16, 150–155.
8. Carvalho, C., Naves, J., Castro, L., & Mércan-Hamann, E. (2010). Automedicação: uma abordagem qualitativa de suas motivações. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 1751-1762.
9. Castro (2000). *Sociologia geral*. São Paulo: Atlas.
10. Cipolle R. (1986), Drugs don't have doses – people have doses, *Drug Intelligence and Clinical Pharmacy*, 20(11), 881-882.
11. Cipolle, R.J., Strand, L.M., & Morley, P.C. (1998) *El Ejercicio de la atención farmacéutica*. Madrid: McGrawHill.
12. Clot, Y., Faita, D., Fernandez, G. & Scheller, L. (2006). Entretien en autoconfrontation croisée: une méthode en clinique de l'activité. *Pistes*, 2 (1).
13. Coutinho, C. (2007). Métodos e Técnicas de Amostragem. Consultado em: <http://claracoutinho.wikispaces.com/Métodos+e+Técnicas+de+Amostragem>
14. Dader, M., & Romero, F (1999). La atención Farmacéutica en farmácia comunitária: evolución de conceptos, necesidades de formación, modalidades y estrategias para su puesta en marcha. *Pharmaceutical Care Española* 1, pp. 52-61
15. Direção Geral de Saúde (2011). Perfil de Saúde em Portugal. **Plano Nacional de Saúde 2012-2016**. Consultado em: http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Perfil_Saude_2013-01-17.pdf
16. Duarte, A., F. Nunes & L. Martins (2006), *Responsabilidade social no sector das farmácias em Portugal*. Lisboa: GEST-IN/ISCTE.

17. Farmer, J., Clark, A., Muñoz, S., (2010). “Is a global rural and remote health research agenda desirable or is context supreme?”. *The Australian Journal of Rural Health*, 18, 96-101. doi: 10.1111/j.1440-1584.2010.01140.x.
18. Freitas, O. & Pereira, L. (2008). A evolução da atenção farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas (Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences)*, 44(4), 601-612.
19. Hayes, N. (1997). *Doing qualitative analysis in psychology*. Psychology Press: East Sussex.
20. Hepler C. & L. Strand (1990), Opportunities and responsibilities in the pharmaceutical care. *American Journal of Health System Pharmacy* 47 (3), 533-543.
21. INE - Instituto Nacional de Estatística (2012). Censos 2011. *Resultados Definitivos - Região Norte*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P. Consultada em http://www.ine.pt/scripts/flex_definitivos/Main.html
22. INE - Instituto Nacional de Estatística (2012b). *Anuário Estatístico da Região Norte 2011*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.
23. INE - Instituto Nacional de Estatística (2013). *Estatísticas do Emprego – 1º trimestre de 2013*. Lisboa: Edição do Instituto Nacional de Estatística, I.P.
24. Laing, R., Waning, B., Gray, A., Ford, N., & Hoen, E. (2003). 25 years of the WHO essential medicines lists: progress and challenges. *The Lancet* 361, 1723-1729.
25. Maurício, M. (2009). *Cuidados farmacêuticos: relevância e impacto no contexto actual da saúde*. Dissertação de mestrado em gestão dos serviços de saúde, ISCTE Business School.
26. Milgate K. & G. Hackbarth (2005), Quality in medicare: from measurement to payment and provider to patient, *Health Care Financing Review* 27(2), 91- 101.
27. Ministério da Saúde (2007). Decreto-lei n.º 48547. Diário da República, 1.ª série — N.º 168 — 31 de Agosto de 2007.
28. Ministério da Saúde (2007). Portaria n.º 1429/2007. Diário da República, 1.ª série — N.º 211 — 2 de Novembro de 2007.
29. Ministério da Saúde (2009). Decreto-Lei n.º 241/2009. Diário da República, 1.ª série — N.º 180 - 16 de Setembro de 2009.
30. Ministério da Saúde e Assistência (1962). Decreto n.º 44204. Diários da República, 1.ª série – N.º 40 – 22 de Fevereiro de 1962.
31. Ministério da Saúde e Assistência (1965). Decreto-Lei n.º 2125. Diário da República – 20 de Março de 1965.
32. Ministério da Saúde e Assistência (1968). Decreto-Lei n.º 48547. Diário da República, 1.ª série – N.º 202 - 27 de Agosto de 1968.
33. Ministério da Saúde, (2004), Decreto-Lei n.º 95/2004 de 22 de Abril. Diário da República – N.º 95 – 22 de Abril de 2004.

34. Mota D. (2003). Avaliação farmacoeconômica: instrumentos de medida dos benefícios na atenção farmacêutica, *Acta Farmacêutica Bonaerense* 22 (1), 73-80.
35. Naves, J., Merchan-Hamann, E & Silver, L. (2005). Orientação farmacêutica para DST: uma proposta de sistematização. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4), 1005-1014.
36. Observatório Nacional de Recursos Humanos, 2010. Consultado em: http://www.onrh.org/resultados_nacionais.php.
37. Observatório Nacional de Recursos Humanos, 2011. Consultado em: http://www.onrh.org/resultados_nacionais.php.
38. Peterson, G., Fitzmaurice, K., Rasiah, R., & Kruup, H. (2010). Marketing of rural and remote pharmacy practice via the digital mediu. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 35, 409-414.
39. Pita, J. (2007). História da Farmácia (3ª ed.). Coimbra: Edições Minerva.
40. Pita, R (2010). A farmácia e o medicamento em Portugal no últimos 25 anos. [Em linha] Disponível em: <http://europe-direct-aveiro.aeva.eu/debatereuropa/images/n2-3/jrp.pdf> [Consultado em: 21 de Março de 2012]
41. Planas, L., Kimberlin, C., Segal, R., Brushwood, D., Hepler, C., & Schlenker, B. (2004). A pharmacist model of perceived responsibility for drug therapy outcomes. *Social Science & Medicine*, 60, 2393–2403. Doi: 10.1016/j.socscimed.2004.10.018.
42. Planas, L., Kimberlin, C., Segal, R., Brushwood, D., Hepler, C., & Schlenker, B. (2004). A pharmacist model of perceived responsibility for drug therapy outcomes. *Social Science & Medicine*, 60, 2393–2403. Doi: 10.1016/j.socscimed.2004.10.018.
43. Portadata (2013). Farmácias e postos farmacêuticos móveis nos Municípios. Consultado em: <http://www.pordata.pt/Municipios/Farmacias+e+postos+farmaceuticos+moveis-252>.
44. Porter, E. & Teisberg, O. (2006). *Redefining Health Care: Creating Value Based Competition on results*. Harvard, Harvard Business School.
45. Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2003). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
46. Revista da Ordem dos Farmacêuticos (2007). As mudanças em Farmácia Comunitária. Consultado em: http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/doc2279.pdf
47. Ridjt, T., Willems, L., & Simoens, S., (2008). Economic effects of clinical pharmacy interventions: a literature review. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 65(12), 1161 – 72.
48. Santos, H., Cunha, I., Coelho, P., Cruz, P., Botelho, R., Faria, G., Marques, C., & Gomes, A. (2009). *Boas Práticas de Farmacêuticas para a farmácia comunitária*. Conselho Nacional de Qualidade: Ordem dos Farmacêuticos.

49. Schwartz, Y. (2005). Actividade. *Laboreal*, 1, (1), 63-64.
<http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=48u56oTV658223469:53635622>
50. Scott, D. (2010). Assessment of Pharmacists' Perception of Patient Care Competence and Need for Training in Rural and Urban Areas in North Dakota. *The Journal of Rural Health* 26, 90-9. Doi: 10.1111/j.1748-0361.2009.00270.x.
51. Strasser, R. (2003). Rural health around the world: Challenges and Solutions. *Family Practice*, 20, 457-463.
52. Strasser, R., & Neusy, A. (2010). Context Counts: Training health workers in and for rural and remote areas. *Bull World Health Organization*, 88, 777-782.
53. Welsh, E. (2002). Dealing with Data: Using NVivo in the Qualitative Data Analysis Process. *Forum: Qualitative Social Research*, 3(2). Consultado em: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/865/1880>
54. World Health Organization (1994). The role of the pharmacist in health care system. [Em linha] Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h2995e/h2995e.pdf> [Consultado em: 22 de Março de 2012].

ANEXOS

Anexo 1: Termo de Confidencialidade

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

No âmbito da Dissertação de Mestrado (DM) em Psicologia, área de especialização de Trabalho e Organizações da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional do Porto, estou atualmente a desenvolver um projeto intitulado: “A gestão da saúde ao nível local: Análise da atividade farmacêutica em contexto rural e urbano”.

Esta investigação tem como principal objetivo perceber de que forma o contexto geográfico de inserção de uma farmácia comunitária influencia a sua organização do trabalho bem como o seu impacto na comunidade que assiste.

Neste sentido, irão ser utilizados métodos de investigação qualitativos, mormente, entrevistas semiestruturadas. Estas serão gravadas em formato áudio, de forma a possibilitar a sua transcrição na íntegra. A transcrição da sua entrevista ser-lhe-á devolvida com o objetivo de autenticar a informação recolhida.

Posteriormente, os dados recolhidos serão alvo de análise de conteúdo e integração reflexiva na DM, cuja defesa se realizará publicamente.

Saliente-se finalmente que, em todo o processo, a confidencialidade e anonimato dos dados, inclusive dados demográficos, será totalmente assegurada.

Tomei conhecimento,

Fevereiro de 2012

Anexo 2: Exemplo de Observação

Observação 1

Local: Chaves

Hora: 9:00 – 12:00

Dia: 16 de fevereiro de 2013

1. Clientes mais distantes, permanecem menos tempo;
2. Clientes que chegam e ficam mais tempo;
3. Cliente que chega e diz que a medicação foi errada e o técnico de atendimento soube logo onde estava o erro e prontamente, alterou toda a medicação;
4. Vocabulário específico em alguns clientes;
5. Ouvem-se comentários como “Eu é raro o dia que não venha aqui, menina”;
6. O técnico de atendimento sabe o nome dos clientes, referindo “Olá Sr. X, como é que está?”;
7. Falam sobre a vida um do outro tanto técnico como cliente;
8. Técnico muito atencioso quando chega um cliente e explica aquilo que sente;
9. Clientes bastante mais velhos;
10. Técnicos sabem que exames é que determinados clientes já fizeram ou vão fazer e questionam pelos resultados;
11. Enquanto não existem clientes na farmácia, organizam-se as prateleiras, sendo este trabalho feito pelas técnicas de atendimento sob orientação da diretora técnica;
12. De salientar que a presença do diretor no balcão é quase inexistente.

Anexo 3: Entrevistas

Entrevista ao farmacêutico (Técnico de atendimento e Diretor):

Bom diaBoa tarde, desde já o meu obrigado pela sua colaboração neste estudo. Todo o processo, será confidencial e será sempre assegurado o anonimato dos dados, inclusive dados demográficos. Posteriormente, os dados recolhidos serão alvo de análise e integração reflexiva, na Dissertação de Mestrado, cuja defesa será feita publicamente.

1. Antes de iniciarmos a entrevista, gostaria de lhe pedir alguns dados demográficos, como o seu nome, idade, naturalidade, percurso académico...
2. Observando a sua trajetória de vida, o que o levou a estar aqui hoje, nesta farmácia em Chaves?
3. Estudos indicam que o território influencia a forma de estar no trabalho... Desde sempre optou por trabalhar neste contexto?
 - 3.1. Há quanto tempo exerce funções nesta farmácia?
 - 3.2. Sente que o contexto onde exerce a sua atividade influência o desenvolver da sua atividade/trabalho? (Ambiente de trabalho, relações laborais, atividades desenvolvidas...).
 - 3.3. Quais as facilidades? E constrangimentos?
4. Como caracteriza a sua experiência profissional neste contexto?
 - 4.1. Quais as suas principais atividades/funções?
 - 4.2. Já exerceu atividade em outros contextos?
 - 4.3. Quais as principais aprendizagens que advêm da sua atividade profissional?
5. Qual a proximidade entre a comunidade e os serviços prestados na farmácia?
 - 5.1. Qual a relação estabelecida com os clientes?
 - 5.2. Sente que a relação entre farmácia e comunidade se tem vindo a alterar?
6. Avaliando a situação atual do nosso país, em que o acesso aos serviços de saúde é cada vez mais dispendioso, qual o papel assumido pela farmácia?
 - 6.1. Assume a farmácia um papel de apoio terapêutico? Isto é, em vez da pessoa se dirigir a um serviço hospitalar, opta por vir logo a uma farmácia aconselhar-se?
7. Que outra questão acha importante referir, relativamente à sua atividade?

Entrevista ao cliente:

1. Há quanto tempo frequenta esta farmácia?
 - 1.1. Costuma frequentar apenas a esta farmácia?
 - 1.2. Qual o principal motivo que o faz vir apenas a esta farmácia? (Esta questão apenas será colocada, se a resposta à questão anterior for afirmativa!).**
2. Quais as competências e capacidades que considera fulcrais no técnico de atendimento?
3. Por exemplo, quando está doente, opta por ir a um serviço hospitalar ou recorre primeiro à farmácia para pedir um conselho?
4. Como caracteriza a proximidade da farmácia com a comunidade que assiste?
 - 4.1. Sente que esta relação entre farmácia e comunidade se tem vindo a alterar?
5. Que outra questão acha importante referir, relativamente à sua relação com a farmácia?

Anexo 4: Sistema Integral de Categorías

SISTEMA DE CATEGORIAS					
1) Farmácia e Comunidade		Aqui categorizam-se todas as referências que se refiram à relação entre a farmácia e a comunidade, desde os motivos que levam o utente a frequentar a farmácia e a proximidade relacional existente entre ambos os intervenientes.			
1.1) Motivos para recorrer à farmácia		Nesta categoria inserem-se todas as referências que remetam para os motivos que levam os utentes a frequentar a farmácia.			
1.1.1) Distância		Aqui categorizam-se todas as referências que remetam para a distância do local de trabalho, residência ou facilidade de transportes públicos, como motivo que leva o utente à farmácia.			
Código	Designação	Descrição	Exemplo dos dados	N.º Sources	N.º Ref.
1.1.1.1	Residência		<i>“Esta farmácia está muito bem situada, em relação há minha residência e tem outra vantagem,”</i> (CCP_U)	1	3
1.1.1.2	Local de trabalho		<i>“ Foi quando montei o meu negócio aqui pertinho”</i> (CC_R)	2	4
1.1.1.3	Transportes públicos		<i>“Tem outra vantagem, tem uma paragem do autocarro mesmo em frente.”</i> (CCP_U)	1	2
1.1.2) Proximidade Relacional da Farmácia à Comunidade		Aqui categorizam-se todas as referências que remetem para a proximidade relacional estabelecida entre farmácia e comunidade e vice-versa. Destaca-se por exemplo, a preferência no atendimento, esclarecimento de			

		dúvidas, entre outros.			
1.1.2.1)	Relação de proximidade	Aqui categorizam-se todas as referências que remetem para o relacionamento de amizade do utente com a farmácia, nomeadamente, para se dirigir até lá para apenas conversar sobre futebol ou família.	<p><i>“Muitas vezes venho só para conversar.”</i> (CC_R)</p> <p><i>“Aqui compreendem-me”</i> (CCP_U)</p>	8	33
1.1.2.1) Tipo de Clientes		Aqui categorizam-se o tipo de clientes existentes nas farmácias, percebidos pelos profissionais de farmácia.			
a.)	Flutuantes	Aqui categorizam-se todas as referências relativas a clientes flutuantes, isto é, clientes que não são assíduos na farmácia, que passam pontualmente, sem regularidade.	<p><i>“Tem um cliente de passagem, que é um cliente que não está tao vocacionado para saber a nossa informação, é um cliente apressado que quer ser aviado rapidamente.”</i> (DCP_U)</p>	5	9
b.)	Contínuos	Aqui categorizam-se todas as referências relativas a clientes contínuos na farmácia, que vão com regularidade e apenas aquela farmácia.	<p><i>“Há aqueles clientes que eu conheço melhor e com quem eu me dou bem e já sei que a esposa está doente e o filho não sei o quê, está naquele sitio e não sei o quê e a conversa acaba sempre por ir para outros lados.”</i> (DC_R)</p>	9	19
1.1.2.3)	Preferência no atendimento	Aqui categorizam-se todas as referências relativas à preferência no atendimento, por parte dos clientes.	<p><i>“São clientes especiais e como sou o único homem aqui, são clientes especiais que vêm à procura daqueles estimulantes a nível sexual, pronto, não gostam muito de falar com as</i></p>	4	10

			<i>mulheres.” (DC_R)</i>		
1.1.3)	Comprar medicação	Aqui inserem-se todas as referências à compra de medicamentos, como um motivo que leva o utente à farmácia.	<i>“Constantemente tenho que vir buscar os medicamentos” (CP_U)</i>	3	6
1.1.4)	Realizar exames de rotina	Aqui categorizam-se todas as referências que referem fazer exames de rotina, como medicação de tensão, glicose e aplicação de injeções, por exemplo, como um motivo ida à farmácia.	<i>“Quando é uma vacina também aqui.” (CP_U)</i>	3	7
1.1.5)	Utilização da mesma farmácia	Aqui inserem-se todas as referências que remetam para a utilização da mesma farmácia, por parte do cliente.	<i>“Até porque vou muitas vezes para o centro, mas prefiro comprá-las hoje e aqui, do que esperar para amanhã e não sei quê e comprar noutro lado” (CC_R)</i>	5	14
1.2) A farmácia em situação de doença		Aqui categorizam-se todas as referências que referem a importância da farmácia em situação de doença, isto é, qual o papel da farmácia na comunidade.			
1.2.1	Opção pelo hospital		<i>“Normalmente, eu normalmente, o que é que acontece, eu como sou muito específico na minha doença, sou diabético! Eu quando tenho alguma coisa alterada procuro ir ao médico” (CP_U)</i> <i>“Aqui é mais o médico, mas a farmácia não faz tanto esse papel” (TCP_U)</i>	6	10

1.2.2	Opção pela Farmácia		<i>“Isso sempre foi assim... e mesmo com estas taxas moderadoras bem mais altas, isto sempre foi assim. As pessoas sempre vieram à farmácia, se calhar muito antes de ir ao médico até porque tinham muito mais...”</i> (DC_R).	8	32
1.2.3	Rastreio e Triagem		<i>“Faz com que se possa fazer um rastreio de, às vezes, determinadas situações que se podem prevenir no futuro, nomeadamente, na área cardiovascular e na diabetes”</i> (DCP_U)	4	7
1.2.4	Papel preponderante na farmácia	Aqui categorizam-se todas as referências que remetem para a importância da farmácia na comunidade.	<i>“De facto tem um papel preponderante em relação à comunidade.”</i> (CP_U)	4	9
1.3) O profissional de farmácia na comunidade		Aqui categorizam-se todas as referências relativas ao impacto do papel do profissional de farmácia no apoio à comunidade, nomeadamente, competências referidas pelos clientes. Como profissional de farmácia, consideram-se os técnicos de atendimento e farmacêuticos.			
1.3.1 Competências e características		Aqui categorizam-se todas as competências referidas pelos utentes como essenciais à prática da atividade do profissional de farmácia.			
1.3.1.1	Atendimento		<i>“O atendimento”</i> (CC_R)	1	1
1.3.1.2	Confiança e tranquilidade		<i>“Mas se a pessoa for capaz de transmitir mais calma, as pessoas acabam também por ficar mais calminhas e acho que a interação entre o cliente</i>	4	9

			<i>e a pessoas que está a atender tem muita influência” (TCP_U)</i>		
1.3.1.3	Aconselhamento		<i>“A farmácia sabe mais sobre os medicamentos, ajuda no aconselhamento e acho que às vezes vêm para cá, de facto”.</i> (CCP_U)	6	14
1.3.1.4	Conhecer o fármaco		<i>“Devem ter uma noção completa para que servem determinados medicamentos.”</i> (CP_U)	2	5
1.3.1.5	Bom relacionamento interpessoal		<i>“Porque eu acho que há melhor relacionamento entre um doente e um farmacêutico”</i> (CC_R)	8	13
1.3.1.6	Esclarecer dúvidas aos clientes		<i>“eu, a mim dizerem-me “você tem isto” e eu não saber o que isso é, eu só estou descansado quando me explicarem o que isso é e eu entender, quer dizer, que me expliquem e eu entenda, se não entender, então estou na mesma.”</i> (CC_R)	3	6
1.3.1.7	Visto como um médico		<i>“Olhe... eu acho que um farmacêutico deve, deve... é quase um médico, é quase um médico.”</i> (CP_U)	1	2
1.3.1.8	Disponibilidade		<i>“Esta farmácia aqui, especificamente, e é a que eu conheço, as pessoas são de facto muito solícitas”</i> (CP_U)	2	6

1.3.1.9	Conhecimento do histórico dos clientes		<i>“começa-se a habituar às caras, a conhecer as pessoas e a saber o que é que elas pretendem”</i> (TP_U)	3	8
2) Atividade do profissional de farmácia		Nesta categoria inserem-se todas as atividades desenvolvidas pelo profissional de farmácia, técnico de farmácia e diretor farmacêutico, por eles referidas. Por outro lado, destacam-se também características por eles citadas, relativas à sua atividade.			
2.1 Características da atividade		Aqui categorizam-se todas as características da atividade referidas pelo profissional de farmácia.			
2.1.1	Credibilidade na formação	Aqui categorizam-se todas as referências à credibilidade da profissão, por toda a experiência e formação destes profissionais.	<i>“No aconselhamento depende... hoje se estamos a falar, ainda que de uma funcionária de uma farmácia, que é aqui um dos casos que eu pelo menos conheço, e que é a Liliana, que é farmacêutica, uma coisa que ela possa dar ou não umas dicas sobre um medicamento, sobre isto, sobre aquilo”</i> (CC_R)	4	8
2.1.2	Dinamismo	Aqui categorizam-se todas as referências relativas ao dinamismo da atividade. Aqui insere-se o caráter dinâmico e polivalente da atividade deste profissional.	<i>“É boa, gosto de trabalhar aqui. Uma pessoa está sempre a aprender”</i> (TC_R)	3	6
2.2) Principais atividades		Aqui categorizam-se todas as atividades distinguidas pelos profissionais, relativas ao seu dia-a-dia na farmácia.			
2.2.1) Diretor técnico		Aqui categorizam-se todas as atividades referidas apenas pelo diretor técnico das farmácias.			

2.2.1.1	Atualizações legais	Aqui referem-se todas as atualizações legais as quais o diretor é responsável, nomeadamente, atualização de preços, atualizações enviadas pelo INFARMED.	“De facto, eu tenho de estar a par de todas estas atualizações do ponto de vista... hmm... do ponto de vista legal” (DCP_U).	3	4
2.2.1.2	BackOffice		“backoffice” (DC_R)	2	3
2.2.1.3	Gestão da informação	Aqui categorizam-se todas as referências relativas à gestão da informação, isto é, a transmissão da informação aos colaboradores da farmácia, atualização das alterações. Aqui destaca-se também a gestão da formação feita pelos diretores.	“Permanentemente temos hoje a gestão da informação, que é importante, transmitir à equipa, portanto nós temos que estar, de facto hoje, muito em cima do acontecimento, temos que coordenar todas essas alterações e fazê-las chegar atempadamente à equipa profissional.” (DCP_U)	3	4
2.2.1.4	Gestão farmacêutica		“De facto, as minhas funções são neste momento a direção técnica, ou seja, acabo por fazer mais... hmm... tanto estou em contacto com o utente como também dedico uma boa parte do meu tempo à área da gestão.” (CDP_U)	3	4
2.2.1.5	Informação nutricional e saúde comunitária	Aqui categoriza-se toda a informação cedida pelo diretor farmacêutico, no que respeita a questões nutricionais e	“as minhas áreas de abordagem para ensino, são mais na área dos alimentos, da dietética.” (DP_U)	1	1

		comunitária, nomeadamente, contraceptivos.			
2.2.2) Técnico de Atendimento		Aqui destacam-se as atividades relativas à função de técnico de atendimento.			
2.2.2.1	Organizar prateleiras		<i>“reposição nas prateleiras” (TC_R)</i>	3	3
2.2.2.2	Verificação de stocks		<i>“encomendas, stocks, uma pessoa faz um bocadinho de tudo” (TC_R)</i>	3	3
2.2.2.3	Outros serviços	Aqui categorizam-se todos os exames de rotina realizados na farmácia, como a medição da tensão, glicose,...	<i>“eu penso que os utentes das farmácias já se aperceberam que quase a totalidade das farmácias, faz, presta estes serviços de determinação de parâmetros bioquímicos, pelo menos os que nós achamos mais básicos, a glicémia, o colesterol e triglicérideos. Também temos, ou isso quase todas têm, um medidor de tensão arterial e uma balança” (DCP_U)</i>	4	8
2.2.3) Atividades transversais		Aqui codificam-se todas as atividades transversais a todos os profissionais de farmácia.			
2.2.3.1	Atendimento		<i>“atendimento ao público,” (DP_U)</i>	6	7
2.2.3.2	Confirmar receitas e encomendas		<i>“confirmo encomendas” (TP_U)</i>	4	6
2.2.3.3	Aviar receitas		<i>“O que está aviado...” (TCP_U)</i>	1	1

2.2.3.4	Acompanhar o utente		“Agora há uma possibilidade de acompanharmos o utente em determinadas características que não era possível anteriormente” (DCP_U)	1	6
2.3 Aprendizagens		Aqui categorizam-se todas as referências relativas às principais aprendizagens ao longo da sua atividade do profissional de farmácia.			
2.3.1	Adaptação ao contexto		“de algumas dificuldades, nomeadamente, no entendimento da linguagem que as pessoas menos cultivadas na área da saúde têm. Mas é assim, tenho andado em adaptação.” (DP_U)	4	6
2.3.2 Experiência profissional		Aqui refletem-se todas as referências relativas à importância da aquisição de experiência, nomeadamente, no conhecimento das patologias e fármacos e na promoção do relacionamento interpessoal.			
2.3.2.1	Conhecimento das patologias		“Alguém com mais competências a nível prático porque vamos ganhando tato com as patologias, não é muito fácil de explicar...” (DC_R)	1	7
2.3.2.2	“Ser psicólogo”		“É que nós, farmacêuticos, neste momento quase que somos ais psicólogos, que farmacêuticos.” (DP_U)	5	7
2.3.2.3	Conhecimento dos fármacos		“Aprendemos muita coisa, tanto em relação à interação dos medicamentos uns com os outros” (TC_R)	1	5

2.3.3	Aprendizagens transversais	Nesta categoria inserem-se todas as referências que remetem para a importância da aquisição de novos conhecimentos, nomeadamente, na área da gestão e vida pessoal.	“Até para a vida pessoal de cada um porque é assim conseguimos lidar até com os nossos familiares.” (TP_U)	3	7
2.4 Dificuldades		Aqui inserem-se todas as referências relativas às dificuldades sentidas pelos profissionais e utentes, relativas à atividade do profissional de farmácia.			
2.4.1	Ausência de receitas	Aqui categorizam-se todas as referências que remetem para a ausência de receitas, uma dificuldade a emergir na atividade.	“nos solicita que lhe sejam fornecidos, por exemplo, determinada medicação que já é habitual tomar e não tendo receita médica” (DCP_U)	3	8
2.4.2	Automedicação	Nesta categoria, inserem-se todos os discursos que remetem para a automedicação dos clientes, que cada vez menos ouvem os conselhos dos profissionais.	“O que lhe posso dizer, em relação a isso, é que as pessoas acabam por ter mais, quer dizer... elas pensam que já sabem aquilo que querem tomar. Ainda há muita gente que faz isso!” (DC_R)	2	4
3. Contexto geográfico		Nesta categoria, insere-se toda a informação que reflita o impacto do contexto na atividade do profissional de farmácia, bem como os motivos que levaram à opção de trabalhar em determinado local.			
3.1 Motivos para a escolha do contexto geográfico		Aqui categorizam-se todas as referências que remetem para a escolha de determinados contexto geográfico, rural ou urbano, para exercer atividade.			
3.1.1 Familiares		Aqui categorizam-se todos os motivos de caráter familiar.			

3.1.1.1	Continuidade de negócio	Nesta categoria inserem-se todas as referências que remetam a escolha do local de trabalho, como uma continuidade a um negócio de família.	<i>“foi sempre a minha opção vir para aqui até porque já tinha a finalidade de fazer sociedade nesta farmácia.” (DC_R)</i>	1	3
3.1.1.2	Herança	Nesta categoria inserem-se todas as referências que remetam a escolha do local de trabalho pela herança de uma farmácia.	<i>“Porque, de facto, a minha mãe tinha esta farmácia no Porto e, portanto, de facto eu agora... foi quase uma herança” (DCP_U)</i>	2	4
3.1.1.3	Permanecer perto da família	Nesta categoria inserem-se todas as referências que remetam a escolha do local de trabalho o facto de querer permanecer perto da família.	<i>“como sou natural de cá e, pronto, os meus pais também estão próximos, arranjei aqui emprego e fiquei por cá.” (TC_R)</i>	2	2
3.1.2	Trabalho pós-reforma	Nesta categoria inserem-se todas as referências que remetam a escolha do local de trabalho pela opção de continuar a trabalhar na pós-reforma, e ter encontrado na farmácia oportunidade de fazer sociedade.	<i>“Para ocupar o tempo, fiz uma sociedade nesta farmácia, farmácia da Pasteleira Lda., onde já estou há quase 13/14 anos, desde que me reformei, em 2000.” (DP_U)</i>	1	3
3.1.3	Falta de oportunidade de emprego	Nesta categoria inserem-se todas as referências que remetam a escolha do local de trabalho pela falta de	<i>“Olhe, quando eu me empreguei, tinha-se dado o 25 de Abril naquela altura. Pouco antes e portanto, tal e qual como agora, naquela altura</i>	1	3

		oportunidades de emprego.	<i>“havia muita dificuldade em arranjar emprego”</i> (TP_U)		
3.2 Influência do Contexto geográfico		Aqui categorizam-se todas as referências que remetem para a influência do contexto, rural ou urbano, no desenvolver da atividade do profissional de farmácia.			
3.2.1 Atividade profissional		Nesta categoria inserem-se todas as referências ao impacto do contexto no desenvolver da atividade profissional.			
3.2.1.1	Contexto exigente	Nesta categoria inserem-se todas as referências que remetam como influência do contexto na atividade profissional, para a exigência do contexto.	<i>“A exigência às vezes é muito feroz”</i> (DP_U)	2	2
3.2.1.2	Limita a atividade	Nesta categoria inserem-se todas as referências que remetam a limitação da atividade, isto é, não poder fazer aquilo que se é capaz e sabe, como um constrangimento do contexto.	<i>“Influencia muito, quer dizer, o contexto social em que aqui nesta farmácia vivemos, de certo modo limita a nossa atividade numas determinadas áreas”</i> (DP_U)	1	2
3.2.1.3	Meio familiar	Aqui inserem-se todas as categorias que remetam para o meio familiar, uma influência na atividade.	<i>“A farmácia sempre foi um local em que as pessoas estavam à vontade e com uma relação muito familiar com a farmácia.”</i> (DC_R)	1	2
3.2.1.4	Relação próxima com o cliente		<i>“É assim, está tudo relacionado. É um meio mais pequeno, é assim, aqui quase toda a gente se conhece, a relação já é mais aberta, não é?”</i>	4	11

			(TC_R).		
3.2.1.5	Sem influência		“ <i>Todo o local de trabalho influencia, só tem é que quando entrar no local de trabalho, desligar dos nossos problemas e vocacionar para o que estamos a fazer. Isso foi o que eu aprendi e tento sempre fazer.</i> ” (TCP_U)	1	4
3.2.2 Vida pessoal		Aqui categorizam-se todas as referências que se refiram à influência do contexto geográfico na vida pessoal do profissional de farmácia			
3.2.2.1	Meio pequeno		“ <i>É um meio mais pequeno, temos muito poucas coisas cá</i> ” (DC_R)	1	1
3.2.2.2	Poucos hobbies		“ <i>Poucos hobbies... Nós não temos aqui um cinema, o que é mau!</i> ” (DC_R)	1	1
3.2.2.3	Proximidade de casa		“ <i>Foi para primeiro estar perto de casa, não é? As deslocações... estava a ficar um bocadinho desgastada e então optei por vir para perto de casa.</i> ” (TCP_U)	3	7
3.2.2.4	Necessidade de criar novas relações		“ <i>Claro que tem as coisas boas, mas os meus amigos estavam no Porto, tive que fazer novos amigos... e isso são coisas que custam com vinte e poucos anos.</i> ” (DC_R)	1	1

3.2.2.5	Ambiente saudável		<i>“esta presença de eucaliptos e do mar é muito saudável. É uma zona em termos de ambiência climática e humana”</i> (DP_U)	1	1
4. Crise económica e a farmácia		Nesta categoria, inserem-se todas as referências que remetem para situações e referências relativas à crise económica e a influência que esta tem na farmácia e comunidade.			
4.1 Menor poder de compra do cliente		Aqui inserem-se todos os discursos que refletiam a crise económica vivida pelo cliente, nomeadamente, o menor poder de compra.			
4.1.1 Evita a compra de determinados fármacos		Nesta categoria inserem-se todas as referências à redução da compra de fármacos por parte do cliente.			
4.1.1.1	Redução de fármacos na terapia	Aqui inserem-se todas as referências que remetem para a redução de fármacos na terapia.	<i>“Só têm dez e com esses dez têm de comer e comprar medicamentos”</i> (CC_R)	5	12
4.1.1.2	Cessar terapia	Aqui categorizam-se todas as referências que remetem para o cessar de terapias importantes, como consequência da crise económica.	<i>“ Estamos numa fase muito difícil, em que as pessoas estão a cortar na saúde e isso não pode ser...”</i> (DCP_U)	2	2
4.1.2	Falta de dinheiro		<i>“as pessoas perdem confiança, essencialmente, no poder de compra delas”</i> (CC_R).	5	10
4.2 Caráter social da farmácia		Aqui categorizam-se todas as referências relativas à função social da farmácia em tempo de crise, perante a comunidade.			
4.2.1	Promover a	Aqui inserem-se todas as categorias que	<i>“Apoiamos na escolha da medicação, de forma a</i>	4	6

	continuidade das terapias	refletem a promoção e esforços dos profissionais de farmácia em encontrar alternativas para dar continuidade às terapias dos clientes.	<i>podemos garantir o medicamento mais económico ao utente</i> ” (DCP_U)		
4.2.2	Explicar alterações legais	Aqui categorizam-se todas as referências relativas as explicações legais que o profissional de farmácia dá ao cliente, relativamente a alterações de preços, principalmente.	<i>“são muito atenciosas e procuram explicar as alterações que há, nos genéricos, as alterações que há nos genéricos”</i> (TP_U)	3	5
4.2.3	Favorecer o crédito	Nesta categoria inserem-se todas as referências que remetem para o favorecimento ao crédito, como uma medida de apoio ao utente.	<i>“é as vezes poder fornecer crédito, porque isto, parecendo que não, quase que não se fala, mas é uma situação que hoje se verifica.”</i> (DCP_U)	5	7
4.3 Influência na relação		Aqui categorizam-se todas as referências que remetem para a influência do contexto de crise, na relação do cliente com a farmácia. Aqui destacam-se as alterações constantes de preços e alterações do INFARMED.			
4.3.1	Desconfiança	Aqui inserem-se todas as referências que remetem para a desconfiança, no que respeita à constante alteração dos preços dos medicamentos.	<i>“Com estas alterações de preços e margens e participações, as pessoas ficam desconfiadas”</i> (DC_R)	3	9
4.3.2	Pouca paciência	Aqui inserem-se todas as referências relativas à pouca paciência dos utentes	<i>“Sim, as pessoas estão um bocadinho mais aborrecidas, não têm tanta paciência”</i> (TCP_U).	1	1

		para as constantes alterações no setor farmacêutico, nomeadamente a alteração de preços, aspetos das caixas dos fármacos, entre outros.			
4.3.3	Confusão	Aqui inserem-se todas as referências feitas relativas à confusão que a constante alteração do apeto e preço dos fármacos causa, principalmente a pessoas de mais idade.	“as pessoas ficam muito baralhadas, principalmente as pessoas de mais idade” (TCP_U)	1	1
4.3.4	Evolução na relação	Aqui codificam-se todas as referências que remetem para a evolução da relação, não se verificando impacto de acordo com a conjuntura atual de crise.	“quer dizer, eu acho que o relacionamento entre cliente e farmácia, se for evoluindo de uma maneira normal, isto é quase como o envelhecimento, a pessoa quase que não dá por ela.” (CC_R).	3	7
4.3.5	Sem opinião		“Eu não tenho dados sobre isso” (CP_U).	2	2
4.3.6	Sem influência		“Eu não acho que isso tenha alterado significativamente.” (DC_R).	4	5
4.3.7	Compreensão	Aqui refletem-se todas as referências à compreensão do utente relativa a todas as alterações que o setor farmacêutico está a sofrer, nomeadamente, a nível de preços.	“Mas sentimos uma grande solidariedade para com os doentes que acham que não é justo que estejamos a pagar, o que ao estado competia. Hmmmm... e algumas situações que não são	2	2

			<i>justas.</i> ” (DP_U).		
4.4 O genérico		Nesta categoria inserem-se todas as referências relativas ao impacto do genérico em momentos de crise, quer para a farmácias, quer para o cliente.			
4.4.1 Impacto favorável no cliente		Aqui distinguem-se todas as referências relativas ao impacto positivo do genérico no contexto económico atual.			
4.4.1.1	Barato		<i>“Eu não pago 50€, quando na realidade tinha um medicamento que era assim em que tava a pagar 52 ou 53 euros e agora estou a pagar oito.”</i> (CC_R)	5	12
4.4.1.2	Confiança no produto		<i>“eu parto do princípio que ninguém faz um medicamento genérico, é igual ao outro, só lhe mudam o nome ou coisa parecida”</i> (CC_R).		
4.4.2	Risco para a terapia	Aqui categorizam-se todas as referências que permitem perceber a confusão de alguns genéricos, no que respeita ao diferente aspeto da embalagem. Este é visto como um fator de risco na terapia, pela troca de medicamentos.	<i>“Dada a esperança de vida aumenta da população, nós verificamos muitas vezes que essa esperança nem sempre é com todas as qualidades mentais e o que acontece é que hoje a pessoa, imagine, se alterarmos a embalagem exterior, ela corre o risco”</i> (DCP_U)	1	3
4.4.3 Impacto negativo na farmácia		Aqui distinguem-se todas as referências que remetem para o impacto negativo do genérico, no desenvolvimento e crescimento económico da farmácia.			
4.4.3.1	Estagnação na venda	Aqui categorizam-se todas as referências à	<i>“sempre que surge um genérico, o medicamento</i>	1	1

		estagnação da venda de medicamentos, ditos normais, com o aparecimento do genérico.	<i>de marca pura e simplesmente deixa de se vender.</i> ” (DC_R)		
4.4.3.2	Acumular de fármacos	Aqui categorizam-se todas as referências relativas ao impacto da venda do genéricos, no acumular de fármacos normais.	<i>“O que ainda nos faz trazer mais monos para a farmácia. Acabam por ficar na prateleira”</i> (DC_R)	1	1
4.4.3.3	Venda de fármacos a preço reduzido	Categorizam-se aqui todas as referências à venda abaixo do preço de custo, dos medicamentos.	<i>“Temos neste momento uma descida constante na área do preço do medicamento.”</i> (DCP_U).	2	2
4.5 A farmácia em crise		Aqui distingue-se todas as referências que remetem para a caracterização do estado atual da farmácia, resultante do contexto económico que caracteriza o país.			
4.5.1 Alterações legais		Aqui inserem-se as referências que remetem para o impacto das constantes alterações legais na farmácia.			
4.5.1.1	Dificuldade na aquisição de material		<i>“É possível prestar um bom serviço se tivermos condições para o fazer, e portanto, hoje a farmácia está a começar a ter dois problemas: quanto à qualidade da prestação de serviço, está a ter dificuldade na aquisição de determinados medicamentos”</i> (DCP_U) <i>“pela falta de produtos”</i> (TP_U)	4	6

4.5.1.2	Endividamento		<i>“Não sobrevive, normalmente não sobrevive. Neste momento endividam-se as farmácias”</i> (DP_U)	3	8
4.5.2	Impacto das parafarmácias		<i>“Causa mozza, claro que causa mozza... no nosso caso temos aqui uma Well’s muito próxima”</i> (DC_R).	2	11
5)	Sem interesse	Categorizam-se aqui todas as referências sem interesse para o tema em análise.	<i>“Aliás, eu até lhe dou um exemplo, o meu médico de família, somos amigos do Porto, já nos conhecemos desde de que tínhamos 15 anos ou coia parecida... ele também está aqui em Chaves. Ele, mandou-me aqui à tempos, fazer um ecocardiograma, um eletrocardiograma e tal.. e, por exemplo, acho aberrante que a pessoa pegue nos resultados e os leve ao médico e o médico não diga assim, isto está bem, isto está mal, isto está muito mal... que diga alguma coisa, não é pegar nos resultados e voltar a mete-los no envelope e devolve-los à pessoa. Porque no fundo fui fazer um exame e não sei para o que serviu porque ninguém me disse nada.”</i> (CC_R).	9	99

Sistema Integral de Categorias