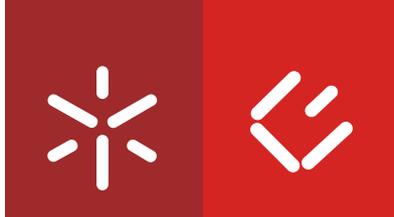


Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Maria da Graça Alves Leite de Castro

**A construção da identidade profissional
do diretor de farmácia hospitalar face
às alterações no setor da saúde**



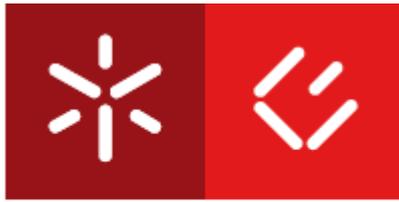
Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Maria da Graça Alves Leite de Castro

**A construção da identidade profissional
do diretor de farmácia hospitalar face
às alterações no setor da saúde**

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Gina Gaio Santos



Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Maria da Graça Alves Leite de Castro

**A construção da identidade profissional do diretor
de farmácia hospitalar face às alterações no setor
da saúde**

Dissertação de Mestrado

Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Gina Gaio Santos

Julho de 2018

DECLARAÇÃO

Nome: Maria da Graça Alves Leite de Castro

Endereço eletrónico: gracalcastro@gmail.com Telefone: 915303714/916811195 (alternativo)

Cartão do Cidadão: 05815224

Título da dissertação: A construção da identidade profissional do diretor de farmácia hospitalar face às alterações no setor da saúde

Orientadora:

Professora Doutora Gina Gaio Santos

Ano de conclusão: 2018

Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA DISSERTAÇÃO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

Universidade do Minho, ____/____/_____

Assinatura:

AGRADECIMENTOS

Este trabalho foi elaborado numa fase particularmente marcante da minha vida profissional. Constituiu, por isso, um desafio de superação. Dedico-o à minha neta Isabel, como incentivo para o percurso escolar que inicia no próximo ano letivo.

Agradeço a todos os que de alguma forma contribuíram para que eu realizasse este trabalho.

Aos meus pais, Elisa e Jaime que infelizmente já faleceram, mas cujo legado genético e educacional, fizeram de mim quem sou.

Ao Rogério, meu companheiro de vida, por estar sempre ao meu lado, particularmente nos momentos mais difíceis.

À minha filha Patrícia e à minha neta Isabel, por serem a garantia de que o melhor de mim vai permanecer.

Ao meu genro Afonso, pela minha neta e pelos conselhos e ensinamentos informáticos, que tão úteis se revelaram.

A todos os colegas farmacêuticos que participaram neste trabalho, pela forma como colaboraram e como me receberam e a todos os colegas que se ofereceram para colaborar, mas que por limitações temporais, já não foi possível incluir. Desejo a todos as maiores felicidades profissionais e pessoais.

A todos os que involuntariamente contribuíram para que eu decidisse fazer este mestrado.

À Professora Gina Gaio Santos, pelo conhecimento e dedicação que demonstrou, enquanto professora, bem como pela disponibilidade e profissionalismo com que me orientou neste trabalho.

RESUMO

Compete ao diretor de farmácia hospitalar, como responsável máximo do serviço, assumir, quer a responsabilidade técnica, quer a responsabilidade pela gestão dos recursos humanos do serviço, quer a responsabilidade pela gestão dos produtos farmacêuticos que, em termos de custos, representam a segunda maior parcela do orçamento do hospital. Para garantir o cumprimento das normas legais e de boas práticas, que o cargo exige, não pode abdicar da autonomia técnica e científica que lhe é legalmente atribuída, devendo ainda possuir conhecimento, idoneidade e competências, que lhe permitam gerir adequadamente a complexa dinâmica do serviço, em coordenação com a dinâmica do hospital em que se insere.

As profundas alterações ocorridas no setor da saúde, particularmente nas últimas duas décadas, vieram introduzir novos modelos de gestão, com consequências nos valores, procedimentos e métodos de trabalho. É de esperar que essas alterações influenciem, de algum modo, o diretor de farmácia hospitalar, contribuindo para a construção da sua identidade profissional e, conseqüentemente, para o modo como ele vai exercer o cargo que ocupa.

Para este estudo, a fenomenologia de cariz interpretativo revelou-se como sendo a abordagem metodológica mais adequada. Para a recolha de dados, recorreu-se a entrevistas semiestruturadas. Foram elaboradas 20 entrevistas a farmacêuticos em diferentes fases da vida profissional, nomeadamente, 5 em início de atividade, 5 com experiência profissional relevante, 5 em funções de direção e 5 ex-diretores, a exercerem a atividade de farmácia hospitalar, em vários hospitais situados em diferentes cidades do país. Os dados recolhidos foram trabalhados no programa *NVivo 11 Pro*.

Os resultados da análise dos dados recolhidos permitem identificar um conjunto de aspetos em evolução, na área da saúde, que contribuem para a construção da identidade do diretor de farmácia hospitalar e permitem ainda avaliar alguns impactos desses aspetos, no modo como ele exerce o cargo que ocupa.

Este estudo constitui um alerta para um conjunto de aspetos em evolução, na área da saúde, com consequências negativas para o exercício da farmácia hospitalar e potencialmente negativas para o doente. Dada a falta de estudos do género, nesta área de atividade de farmácia, este trabalho abre portas à elaboração de novos estudos, eventualmente mais específicos, dada a abrangência da farmácia hospitalar.

Palavras-Chave: Identidade profissional, direção de farmácia, farmácia hospitalar, alterações na saúde

ABSTRACT

The director of hospital pharmacy is expected to assume both the technical responsibility and responsibility for managing the human resources of the service, as well as the responsibility for the management of pharmaceutical products, which, in terms of costs, represent the second largest portion of the hospital budget. To ensure the due compliance with legal and good practices norms, he/she cannot relinquish his/her technical and scientific autonomy and must have the required knowledge, skills, and competences to manage properly the complex dynamics of the service, in coordination with the dynamics of the hospital where he/she operates.

The deep changes occurred in the health sector, in the last two decades, were followed by new management models that impacted on work values, procedures and working methods. Those changes are expected to influence the director of hospital pharmacy, contributing to the building of his professional identity and, consequently, to the way in which he/she will perform the job.

The empirical study follows a phenomenological tradition, which was appraised as the more adequate methodological approach to this research because of its exploratory and interpretative nature. Semi-structured interviews were used for the data gathering. Twenty pharmacists in different phases of their career were interviewed, five at the beginning of their careers, five with relevant professional experience and at mid-career stages, and other ten pharmacists with managerial experience, respectively - five directors in office and five former directors. All pharmacists interviewed were presently working (or worked in the past) at the hospital pharmacy of several hospitals, located in different Portuguese cities. The data collected was analyzed with the qualitative software *NVivo 11 Pro*.

After the data analysis, a set of important changing factors in the health sector and in the pharmaceutical profession are highlighted because of its role on the ongoing creation of the pharmacy director's identity, thereby allowing to evaluate its impact on the way this professional performs the job.

This study underscores a set of evolving aspects in the health sector that entail negative consequences for the practice of hospital pharmacy and that also, potentially, have a negative impact on patients' safety and healthcare. The lack of similar studies suggests the need for further studies tailored to the health care sector, given the relevance of hospital pharmacy for public healthcare in general.

KEYWORDS: Professional identity, pharmacy management, hospital pharmacy, health changes

ÍNDICE

Agradecimentos.....	iii
Resumo.....	v
Abstract.....	vii
Lista de Gráficos.....	xi
Lista de Quadros	xiii
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos	xv
1. Introdução	1
2. Enquadramento Teórico do Estudo.....	6
2.1 A Área da Saúde em Evolução.....	6
2.1.1 A Nova Gestão Pública.....	6
2.1.2 As Instituições de Saúde, a Gestão e a Evolução Tecnológica	8
2.1.3 A Adaptação dos Profissionais às Mudanças no Setor da Saúde	12
2.2 A Farmácia Hospitalar	14
2.2.1 Estrutura, Organização e Atividades	15
2.2.2 A Equipa	15
2.2.3 Os Relacionamentos Profissionais.....	17
2.2.4 A Carreira de Farmácia Hospitalar	18
2.2.5 O Diretor de Farmácia Hospitalar: Da Direção Técnica à Direção do Serviço	21
2.3 A Identidade Profissional	23
2.3.1 O Conceito de Identidade Profissional	23
2.3.2 A Construção da Identidade Profissional.....	24
2.3.3 A Construção da Identidade Profissional do Diretor de Farmácia Hospitalar	27
3. O Estudo Empírico	33
3.1 Opção Metodológica.....	33
3.2 Instrumento de Recolha de Dados	34
3.3 Caraterização da Amostra	34
3.4 Recolha de Dados	37
4. Análise e Apresentação dos Resultados	39
4.1 Codificação dos Dados	39

4.2	Apresentação e Discussão dos Resultados	41
5.	Conclusões	102
5.1	Conclusões do Estudo	102
5.2	Contributos do Estudo	112
5.3	Limitações do Estudo	112
5.4	Recomendações para Estudos Futuros	113
	Bibliografia	115
	Anexo I – Guião das Entrevistas	124

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Tempo de serviço dos entrevistados, na carreira e na categoria	36
Gráfico 2: Idade dos entrevistados	37
Gráfico 3: Média de idade dos entrevistados por subgrupo da amostra	37

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Estrutura das categorias temáticas que afetam a identidade do farmacêutico hospitalar	40
Quadro 2: O setor da saúde visto pelos farmacêuticos hospitalares e respetivas categorias	42
Quadro 3: Mudanças positivas no setor da saúde e respetivas subcategorias	42
Quadro 4: Mudanças negativas no setor da saúde e respetivas subcategorias	45
Quadro 5: Consequências para a farmácia hospitalar das alterações na saúde e respetivas subcategorias	49
Quadro 6: O impacto dos hospitais privados no sistema de saúde e respetivas subcategorias	52
Quadro 7: O impacto dos hospitais na farmácia hospitalar e respetivas subcategorias	53
Quadro 8: Perceções sobre o impacto das parcerias público-privadas e respetivas subcategorias	56
Quadro 9: A gestão da carreira de farmácia hospitalar e respetivas categorias	59
Quadro 10: Escolha do curso e respetivas subcategorias	59
Quadro 11: Escolha da área profissional e respetivas subcategorias	61
Quadro 12: A cesso á carreira de farmácia hospitalar e respetivas subcategorias	63
Quadro 13: Planeamento da carreira de farmácia hospitalar e respetivas subcategorias	66
Quadro 14: Objetivos profissionais e respetivas subcategorias	68
Quadro 15: Aspetos motivadores no exercício de farmácia hospitalar e respetivas subcategorias	69
Quadro 16: Aspetos desmotivadores no exercício de farmácia hospitalar e respetivas subcategorias	72
Quadro 17: Alterações desejáveis na carreira de farmácia hospitalar e respetivas subcategorias	78
Quadro 18: Diferenças da farmácia hospitalar em Portugal relativamente a outros países e respetivas subcategorias	81
Quadro 19: Marcos importantes na carreira de farmácia hospitalar e respetivas subcategorias	85
Quadro 20: Relações profissionais do farmacêutico hospitalar e respetivas subcategorias	87
Quadro 21: A direção de farmácia hospitalar e respetivas categorias	93
Quadro 22: O acesso à direção de farmácia hospitalar e respetivas subcategorias	93
Quadro 23: Caraterísticas valorizadas no diretor de farmácia hospitalar e respetivas subcategorias	96
Quadro 24: Desafios que o diretor de farmácia hospitalar tem de enfrentar e respetivas subcategorias	99

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

CIT (Contrato Individual de Trabalho)

CTFP (Contrato de Trabalho em Funções Públicas)

EPE (Entidade Pública Empresarial)

FIP (Formação da Identidade Profissional)

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

PPP (Parcerias Público-Privadas)

1. INTRODUÇÃO

A história da Humanidade tem compreendido longuíssimos períodos de estagnação quase absoluta, separados por curtos períodos de evolução radical, por vezes letais para quem tiver o discutível privilégio de os viver. Nos últimos anos temos assistido a uma rapidíssima sucessão de transformações na sociedade, a nível mundial, com reflexos profundos em vários aspetos fundamentais da vida, como a educação, o trabalho e a saúde. Nesta última, a evolução tecnológica englobando as áreas médica, cirúrgica, de diagnóstico e de terapêutica, têm permitido aumentar a esperança média de vida, com simultânea melhoraria, da respetiva qualidade. Porém, grandes avanços arrastam com frequência grandes problemas. As consequências sociais e laborais, agravadas pela crise económica que o país atravessa, são consideráveis. A crise acentuou-se profundamente, não só pela falta geral de recursos, mas também por uma gestão igualmente deficiente, ambas agravadas pela permissividade política perante uma corrupção galopante. A pressão para a eficiência é grande e, por isso, atualmente e de um modo geral, todos os hospitais estão fortemente interessados em melhorar o desempenho, devido a pressões epidemiológicas, demográficas e financeiras a que estão sujeitos e que motivam uma marcada escassez de recursos (Revilla-Macias, Santana-Mondragón & Rentería-Lopez, 2015).

O Estado deve garantir que todos os cidadãos tenham acesso aos tratamentos de que necessitam, independentemente das suas possibilidades ou dos sistemas de saúde de que beneficiem e, de fato, são os hospitais públicos que assumem os doentes mais complexos e as terapêuticas mais onerosas, sejam eles Entidades Públicas Empresariais (EPE), ou Parcerias Público-Privadas (PPP), estes últimos, com gestão privada. Os seus objetivos devem, assim, privilegiar o fornecimento dos tratamentos mais adequados, independentemente do custo que lhes possa estar associado. De qualquer forma, nem sempre as terapêuticas mais caras são as mais adequadas, e ainda bem, porque nenhum país, por mais próspero que seja, consegue suportar a escolha sistemática da terapêutica ao preço mais elevado, para todos os doentes.

A inovação tecnológica em saúde envolve uma complicada dinâmica e conflituante política entre pagadores, prestadores, reguladores e fabricantes (Pitts, 2015). A boa gestão implica a escolha da melhor relação custo/benefício. Será também a que permite tratar melhor e mais doentes, particularmente num cenário de evidente falta de recursos, como aquele em que vivemos. A boa gestão é, também, aquela que utiliza de forma coordenada os conhecimentos e a perícia da

equipa, focados num objetivo comum. A equipa de cuidados de saúde dos hospitais conta com um parceiro fundamental, mas muitas vezes esquecido, o farmacêutico hospitalar que, como especialista do medicamento deve gerir e ser responsável por todo o seu circuito, no hospital. Tem, por isso, uma grande responsabilidade, particularmente o diretor da farmácia, área cuja despesa é a segunda maior do orçamento do hospital, apenas ultrapassada pela despesa com os recursos humanos.

No ambiente hospitalar, desde há muito que os médicos e os farmacêuticos trabalham em estreita proximidade, permitindo a cada um perceber a importância do contributo do outro (Higby, 2014). Essa longa convivência profissional, bem como a partilha de uma linguagem e de preocupações comuns, tornaram a colaboração entre eles desejável e profícua. A recente entrada em cena da figura do gestor transformou esta associação num triângulo de decisão, cujo funcionamento é mais complicado. Assim, e de um modo geral, os médicos preocupam-se sobretudo com os resultados clínicos dos seus tratamentos, em detrimento dos custos, enquanto os gestores se preocupam sobretudo com os custos, até porque o seu distanciamento, em relação aos doentes, não lhes permite desenvolver uma sensibilidade adequada às suas reais necessidades. A posição do farmacêutico torna-se aqui fundamental, conciliando a oposição entre o valor e o custo, graças à otimização dos recursos terapêuticos, com a aplicação criteriosa de opções com a melhor relação entre preço e qualidade.

Todavia, a posição dos gestores na cadeia de decisão e, sobretudo, na hierarquia, é vista com desconfiança por médicos e farmacêuticos, que consideram que os gestores se deveriam cingir ao papel de consultores para as questões financeiras e económicas, sem o supremo poder nas decisões relacionadas com as terapêuticas, pelos perigos que isso poderá implicar para a saúde dos doentes. E, de fato, nas instituições de saúde as administrações são formadas, maioritariamente ou exclusivamente, por gestores, independentemente do seu estatuto ou política de funcionamento.

Ao mesmo tempo, a coexistência de instituições públicas e público-privadas agrava a complexidade do problema e pode, ocasionalmente, perturbar a transparência do mesmo. Nestes hospitais, conflitos de interesse, mais ou menos evidentes, podem atormentar os diretores de serviço, particularmente o diretor da farmácia, pelo peso das decisões que toma, pelas potenciais consequências para o doente, pelas consequências no orçamento que gere e pelas contas que terá que prestar a dois patrões, o Estado e o grupo económico que gere o hospital cujos interesses podem divergir bastante. Para enfrentar esses conflitos e tomar as decisões mais corretas, o diretor

de farmácia tem de ter valores éticos e profissionais bem alicerçados numa formação pessoal e profissional, que a vontade e o tempo vão permitindo construir. O conhecimento e a experiência assumem-se fundamentais e a autonomia técnica imprescindível. A existência de uma hierarquia farmacêutica pertencente ao grupo económico que gere a parceria, impondo atuações ao diretor da respetiva farmácia, afigura-se inaceitável.

A especialidade de farmácia hospitalar deve habilitar e certificar o farmacêutico com competências de seleção, preparação e distribuição de medicamentos, além da investigação e ensino. O programa desta especialidade deve acompanhar a evolução da carreira, adequando as matérias às necessidades específicas do contexto em que o farmacêutico hospitalar vai trabalhar. As transformações na área da saúde, tecnológicas, económicas, científicas ou sociais, implicam a necessidade de ajustes na preparação de novos profissionais e demonstram que a formação pós-graduada é fundamental. Para serem reconhecidos profissionalmente, os farmacêuticos hospitalares devem fazer bom uso dos seus conhecimentos científicos e profissionais especializados (Higby, 2014). De qualquer forma, perceber o que distingue os farmacêuticos de outros profissionais de saúde pode ajudar a valorizar a profissão (Elvey, Hassell & Hall, 2013).

Para assumir a direção de farmácia, o farmacêutico precisa de ter formação específica que lhe confira outras competências para além daquelas que a especialidade lhe confere e, obviamente, precisa também de ter idoneidade, espírito crítico, experiência e independência para tomar as decisões que convenham fundamentalmente ao doente. Para isso, o diretor da farmácia hospitalar deve ter a autonomia, integridade ética e conhecimento bastantes para perceber e resistir às constantes pressões da indústria farmacêutica, de outros profissionais de saúde e dos órgãos de gestão, independentemente das consequências que daí lhe possam advir.

As competências e valores são sempre importantes e particularmente imprescindíveis, sempre que a respetiva autonomia técnica seja posta em causa por interesses económicos particulares, preservados por um Estado que se demite das suas funções reguladoras.

Petriglieri (2011, p. 644) refere as ameaças às identidades individuais, incluindo obviamente a identidade profissional, e define-as como “*experiências percebidas como potencialmente danosas para o valor, significado e exercício de uma identidade*”. As ameaças originam respostas, cujas consequências só serão positivas para a evolução da identidade quando a ameaça for eliminada (Petriglieri, 2011). É de esperar que as alterações profundas na área da saúde afetem consideravelmente a identidade profissional do diretor de farmácia hospitalar. Resta saber quanto

e como, isto é, se as consequências são positivas ou negativas, qual o horizonte temporal em que se vão manifestar e em que medida vão impactar com a atividade de outros profissionais, das organizações e, sobretudo, com o doente.

Face ao exposto o tema deste trabalho de mestrado centra-se na seguinte problemática: A construção da identidade profissional do diretor de farmácia hospitalar, face às alterações no setor da saúde. O trabalho está organizado da seguinte forma:

Na primeira parte, é feito um enquadramento teórico do estudo, fundamentado com revisão da literatura, onde se analisa a evolução que o setor da saúde tem tido em Portugal, particularmente nas duas últimas décadas, começando por abordar as manifestações e consequências da nova gestão pública, seguindo-se uma parte dedicada às instituições de saúde, aspetos relacionados com a respetiva gestão e a evolução tecnológica e, uma outra, onde se analisa a forma como os profissionais se vão adaptando à evolução. Ainda, inserido no enquadramento teórico do estudo, aborda-se com algum pormenor a área da farmácia hospitalar, nomeadamente, a estrutura, organização e atividades, a equipa, os relacionamentos profissionais, a carreira de farmácia hospitalar, e o diretor de farmácia hospitalar. Termina-se o enquadramento teórico do estudo, com o conceito de identidade profissional, uma abordagem à construção da identidade profissional e, mais especificamente à construção da identidade profissional do diretor de farmácia hospitalar. Devido à escassez de literatura aplicável concretamente ao farmacêutico hospitalar, recorreu-se a literatura que focava a identidade profissional de outros profissionais de saúde ou de farmacêuticos a exercerem noutras áreas de atividade.

Na segunda parte, são tratados aspetos relacionados com o estudo empírico, tais como, a opção metodológica qualitativa e o recurso a entrevista semiestruturada, como instrumento de recolha de dados empíricos. É também feita a caracterização da amostra, composta por 20 farmacêuticos hospitalares em diferentes fases da respetiva vida profissional, isto é, por 5 diretores de farmácia hospitalar em exercício de funções, 5 ex-diretores também em exercício de funções, 5 farmacêuticos hospitalares com experiência profissional relevante (com pelo menos quinze anos de exercício profissional efetivo em farmácia hospitalar) e 5 farmacêuticos hospitalares em início de atividade (menos de cinco anos de exercício profissional efetivo em farmácia hospitalar) e, é ainda, descrito o processo de recolha dos dados empíricos.

Na terceira parte, faz-se a análise e apresentação dos resultados obtidos, na respetiva colheita de dados, referindo a codificação feita com recurso ao *NVivo 11 Pro*, bem como, a apresentação e discussão dos resultados

Por fim, apresentam-se as conclusões do estudo, os contributos esperados, as limitações do estudo e as recomendações para estudos futuros.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO ESTUDO

Este estudo pretende analisar a evolução que o setor da saúde tem sofrido em Portugal, particularmente nas duas últimas décadas, e em que medida as mudanças identificadas podem afetar as normas, as práticas, a organização, as equipas, os indivíduos e a forma como se relacionam e influenciam, nos hospitais, com particular impacto no diretor de farmácia hospitalar, moldando o modo como ele exerce o cargo.

2.1 A Área da Saúde em Evolução

Nesta parte do trabalho, é abordada a nova gestão pública, suas manifestações e consequências, seguindo-se uma parte dedicada às instituições de saúde, aspetos relacionados com a respetiva gestão e a evolução tecnológica e uma outra, onde se analisa a forma como os profissionais se vão adaptando à evolução.

2.1.1 A Nova Gestão Pública

A doutrina da nova gestão pública (NGP) teve início na década de 1970 e segundo Hood (1991, p. 5), o seu nascimento deve-se “ao casamento entre dois parceiros opostos”, o movimento “*New Institutional Economics*” e o chamado “*Managerialism*”. O primeiro surgiu após a II Guerra Mundial, e gerou reformas administrativas baseadas na transparência e direito de escolha, que pretendiam contrariar as normas enraizadas numa gestão pública fortemente burocrática, assente em pesadas estruturas hierárquicas e com significativos desperdícios de recursos. O segundo representou um novo tipo de gestão do setor público, mas importada da gestão do setor privado, com uma cultura própria, baseada na gestão feita por profissionais da área munidos de ferramentas de gestão adequadas que permitem acompanhar, medir, corrigir ou recompensar o desempenho.

A equidade e eficiência, valores que respetivamente cada um destes parceiros aportou à união, podem ser conflitantes e, por isso, Hood (1991) os considerou opostos. Seguindo as linhas orientadoras da NGP implementadas no Reino Unido por Margaret Thatcher, Portugal implementou, na década de 1990, as primeiras alterações no setor da saúde (Nunes & Harfouche, 2015). Esta nova doutrina de gestão tinha como principais linhas orientadoras a promoção do uso de novas e mais flexíveis ferramentas de gestão, a avaliação do desempenho, como instrumento

de avaliação da eficiência, a promoção da qualidade, centrada na satisfação dos clientes, a diminuição da burocracia, o aproveitamento das tecnologias de informação, o aumento da autonomia de decisão dos gestores públicos e o foco do Estado no papel de regulador (Nunes & Harfouche, 2015). Esta doutrina de gestão é um conceito neoliberal aplicado à gestão dos hospitais (Kippist & Fitzgerald, 2012).

Uma sequência de acontecimentos veio então alterar substancialmente, a vários níveis, o setor da saúde, procurando responder às necessidades de contenção de custos e de obtenção de aumento da eficiência e da eficácia na gestão da despesa pública (Major & Magalhães, 2013). Nesse sentido, novas disposições legais alteraram o estatuto de vários hospitais públicos com grandes implicações na gestão. Primeiro foram criados os hospitais Sociedade Anónima (SA), com autonomia financeira e administrativa, mas mantendo o financiamento público. Depois estes hospitais (e outros) foram transformados em hospitais Empresa Pública do Estado (EPE), seguindo-se fusões de alguns hospitais em Centros Hospitalares e a criação de Unidades Locais de Saúde. Foram também lançados concursos com vista à criação das Parcerias Público Privadas (PPP), que são formas de cooperação entre parceiros públicos e privados envolvendo partilha de riscos, custos, benefícios, recursos e responsabilidades, quer da gestão quer do planeamento e construção de infraestruturas (Koppenjan, 2005). No entanto os dois parceiros são entidades com objetivos e estratégias diferentes (Torchia, Calabró & Morner, 2015). Entretanto, o Estado afastou-se do seu tradicional papel de pagador/prestador que tinha nos anos de 1970 e assumiu (ou deveria ter assumido) o papel de regulador. Por seu lado, o cidadão tem vindo a caminhar no sentido de poder escolher o prestador de cuidados de saúde.

Esta profunda evolução na área da saúde significou grandes alterações nas políticas e nos mecanismos de gestão, forçando a adaptação dos diversos profissionais, particularmente aqueles que classicamente vinham desempenhando funções de chefia e, por inerência do cargo, funções de gestão. Estas alterações representaram em muitos aspetos, um desafio direto aos profissionais de saúde, na gestão dos hospitais (Kirkpatrick, Kuhlmann, Hartley, Dent & Lega, 2016). A adaptação foi dificultada pelos hábitos interiorizados e pela falta de preparação para as novas exigências, por um lado, e pela falta de sensibilidade, de experiência e de conhecimentos na área da saúde, pelo outro. Os caminhos encontrados ou escolhidos foram diversos e os resultados também. A abordagem das situações joga um papel tão importante para Kolthoff, Huberts & Heuvel (2007, p. 428) ao ponto de considerarem que “(...) os efeitos da introdução dos métodos de negócio no setor público, dependem mais da forma como são estabelecidos princípios práticos

que assegurem que estes métodos são aplicados de modo efetivo e ético, do que da introdução dos próprios métodos.”

De um modo geral, a literatura da NGP considera que o desempenho beneficia com uma mudança do tradicional sistema baseado no mérito, para um sistema mais flexível (Boateng & Cox, 2016).

2.1.2 As Instituições de Saúde, a Gestão e a Evolução Tecnológica

A rápida evolução do serviço de saúde, devida essencialmente à evolução tecnológica, ao envelhecimento da população e às alterações políticas, fez aumentar os custos e criou um problema orçamental comum a muitos países (Torchia, Calabro & Morner, 2013). A inovação organizacional está relacionada com a inovação de processos e de serviços a qual, tem influência no desempenho operacional, mas não é possível concluir que a inovação nos hospitais tem um impacto no desempenho financeiro global (Moreira, Gherman & Sousa, 2017). A forma como os grupos profissionais aceitam a inovação, depende do impacto que tem na respetiva jurisdição profissional, isto é, se a enfraquece ou fortalece (Plochg & Hamer, 2012).

A evolução tecnológica, médica, cirúrgica, de diagnóstico e terapêutica, tem permitido o aumento da esperança e da qualidade de vida. Como resultado, não só o período médio de consumo de recursos de saúde *per capita* aumenta, como aumenta também o valor do consumo em si. Efetivamente, com a idade cresce habitualmente a necessidade de cuidados médicos e o consumo de medicamentos. Como resultado da evolução tecnológica também o número de doenças diagnosticadas e tratadas tem aumentado, muitas das quais passaram de mortais a crónicas, constituindo a infeção pelo HIV¹, o exemplo paradigmático. Hoje, por princípio, não há mortes devido ao HIV, o que não acontecia há 20 anos, e o fato de ter deixado de ser mortal e ter passado a doença crónica, constitui, sem dúvida, um avanço considerável, que infelizmente acarreta também custos bastante consideráveis. A evolução foi ainda mais significativa na hepatite C, outra doença infecciosa, cujos avanços no tratamento permitiram em poucos anos a evolução sucessiva de doença mortal a doença crónica e, mais recentemente, à própria cura. Diversos tipos de cancro com maior ou menor mortalidade são hoje em dia diagnosticados, muitos deles em fases em que a cura é ainda possível e outros em que, embora não o sendo, permitem, com acompanhamento adequado prolongar a vida, com qualidade.

¹ *Human Immunodeficiency Virus* (Vírus da Imunodeficiência Humana)

Em termos clínicos, humanos e científicos, os avanços terapêuticos com significado constituem, *per se*, motivo de regozijo geral. No entanto, a complexidade de processos que envolvem não é, muitas vezes, clara e linear, pois a inovação tecnológica em saúde, envolve uma complicada dinâmica e conflituante política entre pagadores, prestadores, reguladores e fabricantes (Pitts, 2015). Desde logo, todo o anunciado avanço tecnológico deve ser objeto de uma análise cuidada e indubitavelmente livre de qualquer outro interesse que não se enquadre nos aspetos científico e clínico. A determinação do valor real de novas terapêuticas, não é tarefa simples, mas é uma responsabilidade que pertence ao farmacêutico hospitalar que deverá comportar-se como defensor dos doentes, dos hospitais e da sociedade, selecionando as terapêuticas mais adequadas, a preços apropriados (Wilson, 2007). Todavia, colide frequentemente com os interesses económicos que o setor envolve e que se podem estender a qualquer ponto do extenso e complicado circuito que o medicamento percorre, desde a sua conceção, até eventualmente chegar ao doente. O nível de tensão saudável que existe entre os farmacêuticos hospitalares e a indústria farmacêutica, funciona como elemento-chave para garantir que todas as partes beneficiem adequadamente dos resultados da investigação e desenvolvimento de produtos (Wilson, 2007). Nesse percurso incluem-se os longos períodos dedicados aos ensaios, que se continuam mesmo após o início da respetiva comercialização, até porque assim o determinam as normas aplicáveis. O problema da utilização e das indicações começa bem antes da comercialização, fases em que decisões de topo, isentas de interesses políticos ou puramente económicos, conscientes, devidamente fundamentadas e transversais, se impõem. A clarificação de aspetos que dizem respeito aos critérios de utilização do fármaco é fundamental, e deveria ser independente da localização geográfica do hospital onde o doente será tratado, do tamanho e capacidade daquele para exercer qualquer tipo de pressão sobre os decisores políticos, ou da capacidade do próprio doente ou da família para o fazer, de pressões de grupos com interesses políticos ou de associações de doentes, do poder económico do doente, ou do seu sistema de saúde. Na falta das decisões de topo, cada hospital, cada direção clínica, cada comissão de farmácia e terapêutica e cada diretor de farmácia hospitalar, vão tomando decisões, nem sempre em conjunto e nem sempre baseadas em conhecimentos, experiência e valores isentos.

A autonomia técnica e científica do diretor de farmácia, embora legalmente reconhecida, atualmente pode ser posta em causa em diversos contextos organizacionais, por razões que invariavelmente estarão de algum modo ligadas a interesses económicos.

A escolha local dos doentes e dos casos a tratar, nem sempre segue um caminho transparente e isento, sucedendo com alguma frequência que um mesmo doente tenha indicação para fazer determinado tratamento num hospital e não noutra, pertencendo ambos ao Serviço Nacional de Saúde.

Se a este circuito acrescentarmos o setor privado, mais se acentuam estas diferenças, porque mais se fazem sentir, ou prevalecem, os interesses económicos. É do conhecimento comum, dada a divulgação na comunicação social, que tais problemas podem ameaçar a interrupção de tratamentos mais prolongados e onerosos iniciados em hospitais privados a doentes com seguros de saúde cujo *plafond* é atingido. Muitos destes tratamentos são iniciados com terapêuticas mais recentes e mais caras. Quando o doente chega ao hospital público, porque fica sem outra alternativa, nenhum clínico lhe vai alterar o tratamento se ele respondeu favoravelmente ao tratamento instituído. Em consequência, o novo medicamento, que nem sempre tem mais-valias significativas, terá de ser autorizado para ele, vindo do privado, muitas vezes ultrapassando os doentes que já estavam à espera para iniciar o tratamento no hospital público que o acolheu. O diretor de farmácia, apanhado no centro destes problemas, é forçado a assumir posições difíceis, nem sempre consensuais, mas com frequência sem qualquer tipo de apoio e pressionado pelos doentes, pelos familiares, pela administração e pelos clínicos.

Se ao cenário descrito somarmos também os hospitais público-privados, temos um sistema ainda mais complexo, desde logo porque o diretor de farmácia terá de responder a dois patrões e, se a um deles se sente ligado pela ética pessoal e profissional, ao outro poderá ligá-lo o emprego, que é o mesmo que dizer, a sua própria sobrevivência.

A autonomia técnica e científica do diretor de farmácia, embora legalmente reconhecida, atualmente, tem sido posta em causa em diversos contextos organizacionais. Fortes e inabaláveis valores éticos e profissionais são requeridos para não sucumbir às pressões, tanto mais que os valores culturais das organizações influenciam o comportamento dos respetivos profissionais (Daher, 2016). Com frequência, os valores dos profissionais não estão em linha com os objetivos da administração (Padovani, Orelli & Young, 2014). Também Chiarello (2013) atribui importância à influência dos valores, normas e rotinas das organizações, no modo como os profissionais de saúde se comportam perante os desafios éticos.

Relativamente às parcerias na saúde, Torchia, Calabro & Morner (2015, p. 252) referem:

“A implementação de parcerias público-privadas requer uma reflexão crítica de políticas, especialmente quando a interação entre os setores público e privado pode positiva e negativamente impactar com o acesso à saúde para todos. Requer a adoção de políticas paradigmáticas comprovadas em que as relações entre o público e o privado são vistas como interações potencialmente problemáticas entre duas esferas separadas. Isso significa ser muito claro acerca dos objetivos do parceiro privado que é o de gerar lucros para as suas companhias. É acerca de perguntar “Quem ganha o quê?”, “Quem arrisca o quê?” e acerca de exercer os cuidados apropriados por forma a preservar o interesse público.”

Competentes auditorias e consequentes responsabilizações seriam desejáveis.

As roturas de medicamentos no mercado constituem outro problema com que os diretores das farmácias hospitalares se vêm debatendo. São cada vez mais frequentes e colocam em risco os tratamentos porque em muitos casos envolvem medicamentos essenciais e aumentam os custos. São várias as causas para este grave problema mundial, algumas das quais poderiam ser tratadas pelas agências governamentais (Gray & Manasse Jr., 2012). A este problema à escala global, soma-se, um outro, a nível nacional, o das roturas por atraso ou corte de fornecimento devido a atrasos de pagamento à indústria. Estes atrasos de pagamento, que há uns anos atrás não tinham grandes consequências, desembocam atualmente no corte de fornecimento ao hospital. Adicionalmente, a tentativa cega de negociar valores, por vezes, já tão baixos, que não pagam a produção tem como consequência que a indústria os retire do mercado português. Sendo necessários, terão então, de ser importados a preços bem mais altos, mediante processos morosos e dispendiosos.

Desde a sua criação em 1979, o Serviço Nacional de Saúde, um serviço gratuito e universal, tem vindo a sofrer sucessivos ajustes, em parte resultante da dificuldade de se articular com os três tipos de hospital que hoje em dia coexistem em Portugal, nomeadamente privados, públicos e público-privados.

No que respeita ao exercício profissional, as diversas profissões da área da saúde debatem-se com problemas sérios porque os ajustes, ou desajustes, que foram acontecendo não se fizeram acompanhar de legislação adequada e as zonas cinzentas foram-se multiplicando, permitindo decisões e procedimentos díspares para situações semelhantes. Nos hospitais públicos e nos hospitais público-privados, trabalham lado a lado profissionais com as mesmas funções, mas com contratos e contrapartidas muito diferentes, uns com contratos de trabalho em funções públicas

(CTFP) e outros com contrato individual de trabalho (CIT), tendo estes últimos, enorme variabilidade entre si.

A oportunidade de crescimento e a justiça, assim como outros valores organizacionais, assumem particular importância para a satisfação no trabalho (Sharma, 2017). Por sua vez, a satisfação no trabalho tem impacto no comportamento dos profissionais e no modo como eles perspetivam a evolução das suas carreiras.

2.1.3 A Adaptação dos Profissionais às Mudanças no Setor da Saúde

A evolução tradicional das carreiras foi substituída por um percurso complexo, com possibilidade de deslocações laterais e de retrocessos (Broscio, 2014). Efetivamente, se há uns anos atrás era possível construir uma carreira de sucesso e sólida, doseando o trabalho, a dedicação e o esforço, atualmente, com grande probabilidade, isso pode não ser suficiente. De fato, os tempos de carreiras lineares, ascendentes e seguras parecem ter acabado definitivamente. Para aqueles que entraram recentemente no mundo do trabalho ou que estão prestes a nele entrar, isso é um dado adquirido e faz parte das regras do jogo, mas para os que já lá estão há alguns anos, tudo mudou a meio do jogo e, para continuar, é preciso reavaliar a situação e perceber se, e como, se podem ajustar. Todavia, como refere Broscio (2014), nas etapas mais avançadas da carreira, os indivíduos raramente perseguem grandes desafios, no entanto, são desafiáveis.

Nos primeiros anos do século XXI, diversos fatores provocaram grande incerteza e alteraram a forma como as decisões de carreira são elaboradas e a rapidez com que as escolhas são feitas (Callanan, Perri & Tomkowicz, 2017).

Se há alguns anos atrás a segurança de um lugar numa instituição só poderia ser abalada pela competição habitual entre os próprios pares, o desemprego e a globalização, entre outros fatores, fizeram crescer exponencialmente essa competição. Não existem mecanismos legais ou competências que garantam qualquer segurança profissional. Os cursos deixaram de ser formatados para as profissões, e o perfil profissional, cujo significado é vago e abrangente, permite encaixar praticamente qualquer área de formação em qualquer cargo de gestão. Esta alteração ganhou especial protagonismo nos dias que correm.

Espírito competitivo, capacidade de adaptação, resiliência e abertura para a mudança, são características fundamentais para vencer no mundo do trabalho. Abertura para a mudança significa estar recetivo a trabalhar segundo objetivos e regras completamente diferentes, que se alteram

com grande facilidade e segundo uma lógica que não tem necessariamente de fazer sentido, porque não é para questionar, é para aceitar, sendo então muito útil a capacidade de adaptação. A competitividade é fundamental para justificar a ausência de alguns valores e a resiliência será aplicada quando todo o resto falhar.

Para escapar ao lado negro da gestão da carreira, Callanan, Perri e Tomkowicz (2017) consideram importante a adoção de medidas que mantenham a empregabilidade, como uma atitude positiva na orientação da carreira, lidar bem com as metodologias altamente tecnológicas de procura de emprego, e estar constantemente preparado para tomar decisões e assumir mudanças na carreira, de acordo com as condições e necessidades do meio.

Na gestão das nossas carreiras, assumimos dois papéis, o de atores e espetadores, e nem sempre a história acaba bem (Baruch & Vardi, 2016). Esta perspetiva da alternância de papéis, ao longo do nosso percurso profissional, parece fazer sentido e pode ser uma abordagem útil para a gestão do processo, na medida em que nos permite colocar do lado de fora da cena profissional para percebermos o que estamos a fazer bem e, sobretudo, o que fazemos menos bem, assim como, observar a reação dos restantes atores e da restante plateia.

Na saúde, como noutras áreas, nem sempre os papéis profissionais estão bem definidos e com frequência as fronteiras estão mal delimitadas, o que pode originar zonas de conflito. A rapidez com que as pessoas se movem entre cargos impede ou dificulta o estabelecimento de laços e de técnicas de comunicação que facilitem o trabalho em equipa e a agregação dos contributos individuais. Há mistura de papéis, duplicação de funções, nichos de atividade que vão mudando de mãos e falta visão estratégica. Conforme o interesse que suscitam, as responsabilidades são afastadas ou assumidas pelos diversos intervenientes.

A gestão dos serviços que ao longo dos tempos foi sendo assumida pelos respetivos diretores, ganhou novos interessados e tanto nos serviços clínicos, como nos serviços farmacêuticos, as realidades têm vindo a mudar, tendo os gestores vindo a assumir, em maior ou menor extensão, alguns aspetos de decisão do serviço. Nos últimos 50 anos, as grandes mudanças na gestão dos hospitais foram retirando os clínicos dos cargos executivos e atualmente, grande parte dos executivos dos hospitais, não são clínicos e, portanto, não têm a formação daqueles que administram (Jessica & Kleiner, 2013). Em alguns hospitais, a farmácia hospitalar está dependente do aprovisionamento, sendo variável o peso das decisões do diretor de farmácia e do aprovisionamento.

A nível mundial, farmacêuticos e profissionais de saúde, em geral, enfrentam desafios crescentes e mutáveis, que requerem atualização permanente das suas competências profissionais (Bader, McGrath, Rouse, & Anderson, 2017). Perante o cenário atual, os diretores dos serviços clínicos e da farmácia, isto é, os médicos e os farmacêuticos, têm de decidir se vão ceder as funções de gestão que vinham assumindo, aos gestores, ou se pretendem mantê-las, caso lhes seja dada essa possibilidade. No caso da segunda opção, é fundamental que possuam competências adequadas. McGivern, Currie, Ferlie, Fitzgerald & Waring (2015) sugerem que, aprender a ser um híbrido pode ser mais importante do que aprender a gerir. Passam a ser médico-gestor ou gestor-médico e farmacêutico-gestor ou gestor-farmacêutico, consoante a postura que adotem. McGivern *et al.* (2015) descreveram dois tipos de médicos híbridos, os incidentais e os voluntários. Os primeiros, assumem temporariamente o papel de híbridos, que usam para preservar os profissionais e o profissionalismo e, por isso, mantém as normas profissionais, bem como a identidade pessoal, social e profissional. Os híbridos voluntários, assumiam o papel de híbridos e referiam, com frequência mentores ou modelos de papel híbridos. Tendo verificado que os híbridos voluntários prevaleciam sobre os incidentais, McGivern *et al.* (2015) sugerem que a gestão pode ser considerada pelos médicos, uma subespecialidade. Estes profissionais híbridos, cuja função de gestão estará certamente mais facilitada, pelo conhecimento técnico que possuem, correm o risco de serem vistos com alguma desconfiança pelos respetivos pares (Croft, Currie & Lockertt, 2015). Os profissionais híbridos correm o risco de serem profissionalmente marginalizados pelos colegas e estão sujeitos a mais stress (Kirkpatrick *et al.*, 2016). O híbrido, passa ter dois papéis no hospital, o seu papel profissional, de médico, por exemplo e o papel organizacional, como gestor (Kippist & Fitzgerald, 2012). Alguns destes profissionais acabam por evoluir para gestores a tempo inteiro (Kirkpatrick *et al.*, 2016).

Elencadas as principais mudanças no setor da saúde passíveis de afetar a atividade do diretor de farmácia hospitalar e a evolução da sua carreira profissional, a secção seguinte discute o funcionamento da farmácia hospitalar.

2.2 A Farmácia Hospitalar

A farmácia hospitalar é o serviço ou departamento que cada hospital deverá ter e que assegura as adequadas e indispensáveis atividades promotoras do bom funcionamento do circuito do

medicamento, nos hospitais. A coordenação com todo o hospital em que se insere é fundamental, sendo o bom desempenho de cada um mutuamente dependente.

2.2.1 Estrutura, Organização e Atividades

A farmácia hospitalar é um serviço de saúde inserido num hospital, como serviço de apoio clínico ou como serviço de prestação de cuidados. Assegura as atividades de seleção, preparação, manipulação, armazenamento e distribuição de medicamentos e produtos de saúde, bem como o aconselhamento aos utentes e profissionais de saúde sobre aspetos relativos ao uso adequado dos medicamentos e produtos de saúde.

O farmacêutico hospitalar integra as equipas de investigação clínica do hospital, sendo sua a responsabilidade por todos os medicamentos utilizados nos ensaios clínicos, integra ainda, diversas comissões e grupos de trabalho.

A elaboração de um regulamento do serviço de farmácia hospitalar, sendo opcional, constitui um importante guia de orientação para o serviço e para a própria instituição, na medida em que congrega toda a informação relevante do serviço, nomeadamente, localização, acessos, estrutura física, organização funcional e hierárquica, horários de funcionamento e missão.

Dada a natureza e variedade das atividades que abarca, a farmácia hospitalar deveria ter preferencialmente uma localização privilegiada na estrutura dos edifícios hospitalares em que se insere, que viabilize todos os acessos e circulação necessários ao normal funcionamento do serviço. Deverá ter ainda uma zona de atendimento a doentes em regime de ambulatório, adequadamente localizada a acesso interno e externo. Caso a aquisição de medicamentos e produtos farmacêuticos dependa diretamente da farmácia, deverá ser também considerado cais de carga/descarga para os transportadores que recolhem ou entregam mercadorias. Deverão ainda, estar asseguradas as convenientes organizações estruturais e funcionais que permitam o controlo pela farmácia do circuito de distribuição dos gases medicinais no hospital.

2.2.2 A Equipa

Em Portugal, a equipa que compõe o serviço de farmácia hospitalar é multidisciplinar, composta habitualmente por farmacêuticos, técnicos de diagnóstico e terapêutica, assistentes operacionais e assistentes técnicos. Esta multiplicidade profissional, pode constituir uma fonte de conflitos pela coexistência de diversas identidades profissionais, algumas das quais, podem competir entre si.

Fiol, Pratt & O'Connor (2009) referem que as identidades são, uma razão importante de conflitos, nas organizações. Por outro lado, há quem defenda que a variedade profissional pode potenciar a capacidade criativa. A equipa tem também, uma considerável variedade etária, onde, com frequência podem coexistir várias gerações. Esta diversidade de idades pode ser vista como fator preditivo de sucesso para o funcionamento da equipa como um todo e para as instituições, desde que essa diversidade seja entendida e aproveitada, procurando evitar eventuais conflitos. Com efeito, a coexistência nos locais de trabalho de diferentes grupos etários, com diferentes ideias, expectativas e pontos de vista, pode potenciar o trabalho em equipa (Clark, 2017).

Uma geração é composta pelos indivíduos que nasceram e cresceram em determinada época e que por isso se acredita que partilham valores, interesses, atitudes e comportamentos. Embora não haja consenso na distribuição das diversas gerações ao longo do tempo, é assumido que os indivíduos de uma determinada geração, partilham efetivamente alguns valores e comportamentos, devido aos fatos históricos e sociais que vivenciaram (Clark, 2017)

O número de elementos que integram cada um dos grupos profissionais varia conforme o número e complexidade das atividades que no serviço são exercidas, o que, por sua vez, está relacionado com o tipo e tamanho do hospital em que o serviço se insere.

Em termos de constituição da equipa, os cenários são muito diversos a nível mundial e mesmo europeu. Diferem também as funções e responsabilidades dos diversos profissionais, no que respeita à atividade do serviço de farmácia. Koehler & Brown (2017) descobriram que existiam eventuais diferenças a nível global relativamente à equipa da farmácia hospitalar e encontraram também, diferenças substanciais, na constituição, responsabilidades e funções dos elementos que integram a equipa. No Japão, não encontraram outros profissionais na farmácia além de farmacêuticos, enquanto na Austrália e África do Sul, compõem a equipa outros profissionais que são supervisionados pelos farmacêuticos, sendo que em países, como o Canadá e a Dinamarca, coexistem na farmácia profissionais, cuja regulação legislativa das respetivas profissões lhes confere autonomia técnica para exercerem de forma independente na equipa, juntamente com os farmacêuticos, existindo ainda uma outra realidade em que o reduzido suporte legislativo aplicável, permite que todos os profissionais trabalhem na farmácia de forma autónoma.

Em Portugal, a direção do serviço que inclui a direção técnica é assumida pelo farmacêutico especialista em farmácia hospitalar. Na prática, em muitos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, existem as chamadas hierarquias paralelas no serviço, que, dificultam, em maior ou menor

grau, a coordenação da equipa como um todo, sucedendo que em alguns casos essas chefias nem sequer trabalham no serviço de farmácia.

A complexidade de atividades, a diversidade dos conhecimentos necessários, a multidisciplinariedade da equipa e o número e variedade de *stakeholders*, posicionam o serviço ou departamento de farmácia num patamar de responsabilidade e dificuldade elevados e fundamentam a necessidade de aposta num diretor responsável, experiente e convenientemente preparado.

Rahschulte (2018) considera que a aptidão para o relacionamento com outros quando focados num objetivo comum é fundamental para o sucesso do propósito organizacional. Sendo tão diversificada, a equipa da farmácia hospitalar precisa de estar organizada e coesa e ter objetivos comuns, bem conhecidos e assumidos por todos. Se os elementos da equipa de farmácia se identificarem com os objetivos do serviço, todos ganham, a equipa, o serviço, e, obviamente os doentes (Nold & Sander, 2004). A comunicação assume um papel importante quer para o dia-a-dia, quer para a elaboração de projetos específicos e deve fluir entre os diversos elementos da equipa e, obviamente, nos dois sentidos, entre o diretor e a equipa.

Os sucessos devem ser celebrados, com a equipa e eventualmente com equipas de outros hospitais (Nold & Sander, 2004) e podem constituir uma forma de motivar a equipa.

A relação com a administração do hospital assume sempre um papel muito importante para um bom ambiente de trabalho, particularmente, com o administrador a quem a farmácia reporta (Nold & Sander, 2004) sendo o bom relacionamento vantajoso para ambas as partes e o mau relacionamento particularmente penoso para o diretor de farmácia.

2.2.3 Os Relacionamentos Profissionais

Sendo visto como um serviço de apoio clínico, uma das possibilidades de classificação da farmácia, em termos de organograma hospitalar, a farmácia ocupa uma posição relacional e estruturalmente estratégica no contexto hospitalar. A farmácia hospitalar precisa de se adaptar passando a fornecer também serviços, além de fornecer produtos (Robberecht, Cardoen & Gemmel, 2014). Sendo fornecedor de bens, os medicamentos e produtos farmacêuticos, e de serviços, de aconselhamento ou informação, a farmácia é por excelência o serviço de saúde que tem mais pontos de intervenção no hospital. Os procedimentos devem refletir uma organização interna do serviço e um alinhamento com os processos do hospital, ao longo de toda a cadeia dos

cuidados de saúde (Robberecht, Cardoen & Gemmel, 2014). Não admira, portanto, que as relações institucionais sejam fundamentais para a qualidade e eficiência do serviço prestado pela farmácia. Adicionalmente, os interlocutores são variados e as respectivas formações e interesses nos serviços que a farmácia assegura, também o são. É certo que o papel do farmacêutico hospitalar tem evoluído consideravelmente, acrescentando ao tradicionalmente exercido, a dispensa de medicação aos doentes internados, outros papéis mais interventivos na equipa de saúde (Sowell, Sherson & Almuete, 2017). Neste contexto, as competências não cognitivas, que incluem as características pessoais, assumem cada vez mais uma importância relevante.

2.2.4 A Carreira de Farmácia Hospitalar

O percurso pessoal e profissional dos indivíduos é influenciado de diferentes modos e, desde o início, a influência da família e da sociedade em que o indivíduo se desenvolve faz-se sentir, alimentando-o com experiências que, por sua vez, lhe vão criando interesses e valores que o vão acompanhar e orientar nas decisões que vai tomando, tornando mais ou menos apelativa determina opção, em detrimento de outra. Claro que, todas as opções do indivíduo determinam o seu caminho, mas, nem todos os caminhos surgem como uma opção. Deverá este, portanto, escolher criteriosamente as opções que lhe forem surgindo e procurar ativamente, aquelas que deseja, mas que não lhe forem proporcionadas.

O conceito de carreira vem sendo objeto de estudo pelas ciências sociais e está relacionado com a identidade (Coupland, 2002). Assim, ao gerirem ativamente as suas carreiras, os indivíduos gerem também as suas identidades (Watzlawik & Kullasepp, 2016). Além disso, a noção de carreira que os indivíduos têm dá uma ideia do modo como eles se relacionam com o trabalho (Coupland, 2002). Nem sempre esta relação é positiva, e quase nunca é fácil, pelo que é de todo conveniente que os indivíduos tenham essa noção, para que possam ir traçando o seu percurso, munidos das ferramentas adequadas para atingirem os respetivos objetivos. O sucesso da carreira, no contexto dos objetivos atingidos, tem associação indireta positiva com a satisfação com a vida, mediante avaliações subjetivas baseadas na comparação de aspetos sociais e individuais (Abele, Hagmaier & Spurk, 2016).

A ideia de que existe um “lado negro” na gestão das carreiras atuais foi explorada por Baruch & Vardi (2016) assumindo que, de um modo geral, os académicos fazem uma abordagem positiva aos temas relacionados com as carreiras, o que justificaria, segundo estes autores, uma perspetiva mais realista da gestão das carreiras contemporâneas, considerando simultaneamente os aspetos

positivos e negativos, isto é, mostrando a verdade *versus* a mentira e as oportunidades *versus* as ameaças. De fato, tendo a noção da existência dos aspetos negativos das carreiras e das organizações, os indivíduos estão mais aptos a gerir as respetivas carreiras, de uma forma mais realista e mais equilibrada.

A carreira farmacêutica, é atualmente uma carreira autónoma do Serviço Nacional de saúde, tal como as carreiras médica, de enfermagem e de administrador hospitalar.

Os Decretos-Lei 108/2017 e 109/2017, ambos de 30 de agosto, criaram a carreira farmacêutica aplicável, no primeiro caso, aos farmacêuticos em regime de CIT nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde, em regime de gestão e financiamento privados e, no segundo, aos farmacêuticos integrados na carreira especial farmacêutica com vínculo de emprego público na modalidade de CTFP.

O Decreto Regulamentar n.º 4/2018, de 12 de fevereiro veio regulamentar a carreira dos farmacêuticos abrangidos pelo Despacho 109/2017, faltando ainda regulamentar a carreira daqueles que estão abrangidos pelo Despacho 108/2017. Apesar desse fato, estas alterações constituem, sem dúvida, um importante avanço para os farmacêuticos das áreas de análises clínicas, farmácia hospitalar e genética humana, a exercerem a sua atividade no Serviço Nacional de Saúde, cuja especial autonomia técnica, fundamentada na diferenciação e especialização, é assim reconhecida, retirando-os da carreira dos técnicos superiores de saúde, onde estavam integrados desde 1981.

Outro importante contributo desta legislação é o de abranger também e especificamente os hospitais em regime de PPP, trazendo alguma luz a uma área particularmente cinzenta.

A carreira está estruturada em três categorias, sendo a categoria inicial a de farmacêutico assistente, seguindo-se a de farmacêutico assessor e a de farmacêutico assessor sénior, sendo exigido para a admissão a assistente o grau de especialista, o qual tem sido obtido mediante aprovação em exame após cinco anos de prática efetiva em farmácia hospitalar.

Para aceder à categoria seguinte são necessários seis anos de exercício efetivo com a categoria de farmacêutico assistente e quatro anos de exercício efetivo como assessor para admissão à categoria de assessor sénior.

O exercício de funções de direção ou coordenação é feito por comissões de serviço, com a duração de três anos, as quais deverão ser exercidas preferencialmente por farmacêuticos com a categoria

superior, isto é, de assessor sénior, podendo em casos excepcionais e devidamente fundamentados ser um farmacêutico assessor ou mesmo um assistente, sendo que, neste caso, é exigido um mínimo de cinco anos de exercício efetivo de funções na respetiva área.

Em 1962 foi publicado o Decreto-Lei n.º 44 204, de 2 de fevereiro, que veio reunir as normas relativas à atividade farmacêutica hospitalar num “Regulamento geral da farmácia hospitalar”, determinando no artigo 2.º que os serviços farmacêuticos são departamentos com autonomia técnica. Definia ainda o funcionamento dos serviços farmacêuticos e o respetivo quadro de pessoal, bem como o modo como os lugares eram providos, estando previsto para a direção do serviço um concurso documental a que podiam concorrer os chefes de serviço. No artigo 18.º, considerava também que deveria existir um internato farmacêutico para aperfeiçoamento dos licenciados com vista à entrada na carreira, o que só viria a suceder em 1968, com o Decreto-Lei n.º 48 358, de 27 de abril, cujo artigo 57.º estipulava que a carreira começava com um internato com a duração de dois anos, ao qual se aplicava, com as devidas adaptações o que estivesse disposto para o internato médico.

As alterações legislativas que se sucederam substituíram o internato por um estágio e foram alterando a estrutura e categorias da carreira, bem como o tipo de concursos a efetuar para as diferentes progressões.

O Decreto Regulamentar n.º 29/81 de 24 de junho veio criar a carreira de técnicos superiores de saúde, uma carreira conjunta que integrava os farmacêuticos e outros profissionais de diferentes áreas da saúde, terminando assim com a autonomia da carreira farmacêutica. Esta carreira estava estruturada em quatro categorias, técnico superior de 2.ª classe, técnico superior de 1.ª classe, técnico superior principal e técnico superior assessor. O ingresso na carreira fazia-se por concurso documental, após estágio de dois anos e aprovação no respetivo exame final. O diretor de serviço era recrutado mediante apreciação curricular entre os assessores do serviço.

Posteriormente foram regulamentados os concursos de admissão a estágio, ficando sob a responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde, a definição do número e local das vagas a preencher. A classificação obtida pelos candidatos definia a prioridade de escolha do local a estagiar, o qual nomeava um tutor que assumia a responsabilidade pela formação profissional dos estagiários a seu cargo. Era efetuada avaliação contínua e final. Os candidatos aprovados ficavam habilitados, pelo período de dois anos, para o respetivo ingresso na carreira de técnico superior

de saúde, mediante concurso, enquanto os candidatos reprovados teriam de se submeter novamente a concurso de admissão a estágio, para então o repetirem (Rodrigues, 2013).

O regulamento do estágio previa ainda a possibilidade de atribuição de títulos de especialidade mediante recurso a processos de equivalência de prática profissional, recurso que passou a ser considerado em legislações subsequentes (Rodrigues, 2013).

As posteriores alterações da carreira de técnicos superiores de saúde foram, ao longo do tempo, integrando ou excluindo ramos de atividade, acabando por incluir profissões tão diversas como psicólogos, nutricionistas, farmacêuticos, veterinários, entre outros.

O estágio manteve-se como processo de obtenção do título de especialista, necessário para ingresso na carreira, coexistindo, no entanto, a possibilidade de obtenção do referido título por recurso a mecanismos de equivalência de prática profissional. Aliás, este processo que teve um caráter de exceção, para suprir a falta de vagas de estágio necessárias para os candidatos existentes, acabou por se tornar a única possibilidade de obtenção do título, quando cessou a abertura de concurso para estágios.

O título de especialista em farmácia hospitalar pela Ordem dos Farmacêuticos foi homologado em 1988 e em 2005, o Despacho Normativo n.º 29/2005, de 3 de março, determinou a concessão do título de especialista pela Ordem dos Farmacêuticos, em farmácia hospitalar, análises clínicas e genética humana. Para a obtenção do título é exigida uma experiência de prática hospitalar não inferior a quatro anos e aprovação no exame a que tem de se submeter. O reconhecimento deste título, pelo Estado e instituições públicas, tornou-se suficiente para a integração na carreira de farmácia hospitalar. A carreira com uma titulação conjunta pelo Ministério da Saúde e pela Ordem dos Farmacêuticos, ainda não é, nos dias de hoje, uma realidade para os farmacêuticos hospitalares (Rodrigues, 2013).

2.2.5 O Diretor de Farmácia Hospitalar: Da Direção Técnica à Direção do Serviço

O tamanho do hospital, as valências de que dispõe, os serviços que oferece, os recursos humanos da farmácia, a situação económica do hospital, a localização e as eventuais ligações a faculdades de farmácia ou medicina, definem as competências que o diretor da respetiva farmácia necessita (Nold & Sander, 2004).

Os líderes da farmácia hospitalar, onde deverão estar incluídos os diretores, podem ser valiosos para a instituição, na medida em que juntam o conhecimento e importância de áreas diferentes,

a logística, a financeira e a clínica, que coexistem no departamento complexo que é a farmácia (Ivey & Farber, 2011). O número crescente de normas e legislação aplicáveis ao setor, a inovação terapêutica em diferentes áreas, implicando atualização constante de conhecimentos, o número crescente de serviços a prestar, a evolução tecnológica nos equipamentos de automação, a evolução informática, as roturas de medicamentos no mercado, as dificuldades financeiras para assegurar a aquisição dos medicamentos necessários, particularmente os inovadores, as devoluções a fornecedores por erros diversos de produção ou fornecimento, a gestão de *stocks*, com frequência insuficientes, a escassez de recursos humanos, a gestão do trabalho e dos recursos humanos e assegurar a necessária formação a todos os trabalhadores, são algumas das dificuldades o diretor da farmácia enfrenta no dia-a-dia e às quais tem de dar resposta. Algumas das dificuldades referidas, devido à dimensão que assumem, constituem-se verdadeiros desafios.

Os decretos-lei n.º 108/2017 e n.º 109/2017, ambos de 30 de agosto, este último regulamentado pelo decreto regulamentar n.º 4/2018 de 12 de fevereiro e o primeiro aguardando regulamentação, vieram autonomizar a carreira farmacêutica no âmbito das instituições do Serviço Nacional de Saúde, criando respetivamente a carreira farmacêutica, aplicável aos farmacêuticos com CIT e a carreira especial farmacêutica, aplicável aos farmacêuticos com vínculo de emprego público na modalidade de CTFP. Os artigos 17.º e 19.º, respetivamente, especificam que “(...) podem exercer funções de direção ou coordenação de departamentos, serviços ou unidades funcionais dos serviços e estabelecimentos integrados no Serviço Nacional de Saúde, desde que sejam titulares, preferencialmente, da categoria de farmacêutico assessor sénior ou, em casos excecionais, devidamente fundamentados, de farmacêutico assessor ou de farmacêutico assistente, sendo exigido, neste último caso, que tenham um mínimo de cinco anos de exercício efetivo de funções na área profissional correspondente.”

Esta legislação veio impedir, pelo menos nas instituições do Serviço Nacional de Saúde, a nomeação para lugares de direção de farmacêuticos recém-licenciados, ou mesmo recém-especializados, e, conseqüentemente, com reduzida experiência e conhecimentos, necessários ao desempenho que tais funções exigem.

Nos últimos anos, devido à ausência de abertura de lugares de estágio para obtenção do título de especialista em farmácia hospitalar, a especialidade tem sido conferida apenas pela Ordem dos Farmacêuticos, mediante provas de exame após um mínimo de quatro anos de prática efetiva em

serviços farmacêuticos hospitalares. Trata-se, portanto, de um reconhecimento da prática exercida e não de uma formação efetiva, estruturada e tutelada.

Quanto à integração nas respectivas carreiras, o artigo 3º, em cada um dos decretos considerados refere que a integração na respectiva carreira “(...) pressupõe a posse do título definitivo de farmacêutico, concedido pela Ordem dos Farmacêuticos, bem como o título de especialista na correspondente área de exercício profissional, obtido nos termos de legislação própria.”

2.3 A Identidade Profissional

A construção da identidade profissional do farmacêutico hospitalar é um tema pouco explorado na literatura, talvez devido à baixa representatividade numérica deste grupo profissional, relativamente a outros, incluindo farmacêuticos de outras áreas, que têm sido objeto de maior número de estudos. São disso exemplo os farmacêuticos que exercem em farmácia comunitária e que constituem, obviamente, um número superior. No entanto, por analogia com este grupo, cuja formação académica é partilhada, bem como com outros profissionais de saúde, que se integram nas equipas de saúde dos hospitais, como médicos e enfermeiros, foi possível encontrar literatura aplicável à construção da identidade dos farmacêuticos hospitalares. Sendo o diretor de farmácia hospitalar um farmacêutico hospitalar, assume-se para efeitos do presente trabalho que a construção da sua identidade assentará nos mesmos pressupostos em que assenta a construção da identidade dos profissionais do grupo a que pertence, acrescidos de algumas considerações específicas.

2.3.1 O Conceito de Identidade Profissional

A identidade integra processos dinâmicos segundo os quais os indivíduos encontram o seu lugar no mundo, quer individualmente, quer como membros do coletivo (Goldie, 2012). Pode ser abordada a vários níveis, nomeadamente, individual, social, profissional e organizacional (Sveningsson & Alvesson, 2003). A identidade profissional está relacionada com a identidade individual e coletiva e com a representação de papéis profissionais (Chreim *et al.*, 2007; Ibarra, 1999; Pratt *et al.*, 2006, referidos em McGivern *et al.*, 2015). A identidade profissional é uma identidade exclusiva, desenvolvida mediante qualificações, treino e socialização, estabelecendo fronteiras de identidade profissional e fortalecendo as carreiras (Exworthy & Halford, 1999,

referidos em McGivern *et al.*, 2015). A transformação do indivíduo em profissional é um processo de aprendizagem contínua, através do qual vai perceber e integrar diferentes formas de conhecimento, de prática e de linguagem própria, à medida que desenvolve a identidade profissional e a perícia (Trede, 2009). Assim, a identidade profissional é a forma de ser e de se relacionar em contextos profissionais (Goldie, 2012)

“Profissão, profissional e profissionalismo são termos genéricos que se aplicam a um número limitado de ocupações, baseadas em conhecimentos específicos, que fornecem serviços essenciais à sociedade” (Cruess & Cruess, 2017, p. 665). Para estes autores profissionalismo é “a base do contrato social da profissão com a sociedade” (2017, p. 668). A transformação do indivíduo em profissional, ou a sua profissionalização, é um processo dinâmico que decorre ao longo do tempo, quer durante a sua formação académica quer durante o exercício da atividade profissional, estando relacionado com a construção da identidade profissional (Schein, 1978).

A identidade profissional pode ser caracterizada como o conjunto de normas, crenças, valores e experiências que autodefinem os profissionais (Schein, 1978). Ela está associada ao desempenho do papel profissional e representa a forma como o indivíduo se define enquanto membro de um determinado grupo profissional (Pratt & Dutton, 2000). A identidade profissional pode ser vista segundo duas perspetivas: a identidade percebida pelo próprio e a identidade que os outros lhe atribuem. “Os indivíduos reivindicam identidades transmitindo imagens que demonstram a forma como se vêem ou desejam serem vistas pelos outros” (Ibarra, 1999, p. 66). Observando os seus próprios comportamentos e as reações que provocam nos outros, os indivíduos mantêm ou modificam a forma como se vêem (Swann, 1987).

Segundo a definição da Associação Americana de Faculdades de Farmácia (2014), “A formação da identidade profissional (FIP) é o processo transformativo de identificar e internalizar as formas de ser e de se relacionar, num papel profissional”

2.3.2 A Construção da Identidade Profissional

A formação da identidade começa cedo na infância, quando a criança se apercebe da separação entre o próprio e os outros (Goldie, 2012; Monrouxe, 2010). A identidade de género, assim como a identificação com a raça, a etnia e a classe social, são consideradas identificações primariamente incorporadas ou assumidas e apesar de não serem definitivas, são menos dinâmicas do que as identidades desenvolvidas numa fase mais tardia da vida. O fato de se desenvolverem numa fase

inicial da vida, em que as respostas internas são fracas, tem como consequência que se formem com poucas respostas de rejeição ou modificação (Monrouxe, 2010). Ainda segundo Monrouxe (2010) as identidades não são fixas, elas evoluem ao longo da vida dos indivíduos, mediante o uso de linguagem e artefactos. A identidade é múltipla, dinâmica, relacional, situada e incorporada nas relações de poder, contudo ela é negociável (Goldie, 2010).

O modo como é formado o conjunto das identidades primárias ou como estas identidades são sinérgicas entre si, tem implicações na formação de novas identidades ou na evolução de identidades existentes, implicações que se relacionam com a forma como os indivíduos vão considerar os outros (Monrouxe, 2010). Tem sido sugerido que a percepção da estrutura das múltiplas identidades dos indivíduos, pode seguir quatro modelos diferentes, nomeadamente, interseção, hierarquização ou dominância, compartimentação e fusão (Monrouxe, 2010; Roccas & Brewer, 2002, referidos em Goldie 2012). A habilidade para a construção de uma representação complexa das diversas identidades, leva os indivíduos a desenvolverem um grupo único, onde as suas diversas identidades estão fundidas, tornando-os mais inclusivos em relação aos outros (Monrouxe, 2010). Esses indivíduos terão relações sociais mais próximas, melhor adaptação ao trabalho em equipas multidisciplinares e mais facilidade na construção de novas identidades profissionais. Contudo, como refere Monrouxe (2010), uma representação complexa das identidades, está associada a uma representação menos precisa do mundo social do que está uma representação simples.

A transformação do indivíduo em profissional, envolve a formação da identidade profissional (Trede, 2009). A integração da identidade profissional nas identidades pessoais, pode ser um processo traumático para os indivíduos em que aquelas identidades são dissonantes com a identidade profissional, processo que se encontra facilitado nos indivíduos em que a identidade profissional é consonante com as identidades pessoais (Costello, 2005, referido em Monrouxe, 2010). A identidade profissional vai-se ajustando ao longo do tempo, em resposta à interação entre fatores internos, como a motivação e fatores externos, como o reconhecimento da profissão pela sociedade (Noble, Coombes, Nissen, Shaw & Claravino, 2015)

Ibarra (1999) fundamentou a construção da identidade profissional, através de um modelo que incluía a observação de modelos de papel, a experimentação de identidades provisórias e a avaliação dos resultados de acordo com padrões internos e *feedback* externo.

Mais tarde, Pratt, Rockmann & Kaufmann (2006), tentaram explicar a construção da identidade profissional, mediante um modelo teórico que atribuía significado à socialização, à identidade do trabalho e às transições de carreira ou de papel.

A literatura é consensual no que respeita ao dinamismo da identidade profissional, sendo certo que ela vai evoluindo ao longo do tempo, por diversas razões, uma das quais será o desempenho de distintos papéis profissionais.

A revolução tecnológica e a globalização podem ajudar a explicar as alterações significativas que certas profissões têm sofrido, culminando no declínio de algumas e no nascimento ou ressurgimento de outras. Frost (2001) refere o declínio e o aumento do escrutínio público que muitas profissões têm enfrentado.

O estudo da identidade indica que os indivíduos procuram ter uma visão positiva de si próprios e que essa necessidade está relacionada com a importância social dos papéis e ocupações e com o modo como esses papéis são vistos pelos outros (Ashforth & Kreiner, 1999).

“As pessoas podem ser surpreendentemente flexíveis nas identidades que assumem. A mesma mulher, por exemplo, pode ser calorosa com seus filhos, distante com os seus empregados e uma mistura de ambos com seus sogros.” (Swann Jr., Johnson & Bosson, 2009). Este comportamento que os indivíduos assumem é resolvido, de acordo com estes autores, mediante a negociação de identidade, processo que é estabelecido no início das relações e, segundo o qual, se definem as expectativas mútuas. Este processo, segundo os mesmos autores, funciona como uma “cola interpessoal”, que vai ligar os indivíduos entre si e às respectivas organizações. Consideram ainda que, dada a importância que joga na vida das organizações e a pouca atenção que têm merecido, pode vir a tornar-se um problema sério, devido a vários fatores emergentes, como por exemplo, a mobilidade no trabalho, as telecomunicações e a globalização. Estas evoluções que originam outros modos de comunicação com diminuição do contato entre as pessoas, empobrecem as relações e podem colocar em risco a negociação da identidade entre os indivíduos, fomentando o aparecimento de conflitos nas organizações.

O trabalho de Dutton, Roberts & Bednar (2010) considerou a importância da construção de identidade positiva no trabalho, o que pode constituir um alerta para as instituições investirem nesse sentido, apostando nas condições adequadas. Este contributo revela-se importante se considerarmos que o trabalho constitui uma parte importante da vida das pessoas e que os locais de trabalho influenciam os indivíduos de diversos modos. Grande parte da vida é passada no

trabalho, fato que, em si, justifica a aposta em ambientes de trabalho agradáveis, que proporcionem o desenvolvimento das pessoas, tanto a nível pessoal, como profissional, o que, por sua vez, contribui para melhorar o desempenho, a criação de valor e a realização pessoal. Lideranças desajustadas, com deficiências de comunicação e organização, geram climas pouco transparentes, propícios à desconfiança e conflito, que afetam negativamente os elementos de qualquer grupo e impedem que funcione como uma equipa. O grupo não tem coesão e divide-se, em fragmentos com comportamentos, por vezes tão díspares, que acabam por se ameaçar mutuamente.

Petriglieri (2011) considerou que as ameaças à identidade são variadas, podem afetá-la de maneiras distintas e provocam nos indivíduos respostas com consequências individuais, grupais e institucionais. No trabalho que desenvolveu, esta autora concluiu que a frequência com que um indivíduo sente uma ameaça à identidade determina, em parte, a importância dessa ameaça, que por sua vez vai determinar a reação do indivíduo, protegendo ou reestruturando a identidade.

Sendo consensual que as organizações têm um papel importante na construção da identidade dos indivíduos, parece pertinente considerar que as novas formas de organização e prestação de trabalho, que tantos ajustes e alterações têm induzido nas organizações, venham a desempenhar um papel importante na construção da identidade dos respetivos trabalhadores. As novas formas de trabalho e de contratação como o trabalho à distância, a subcontratação, o *outsourcing*, o trabalho em *part-time*, com acumulação de empregos e os contratos precários originando grande rotatividade de empregos, vieram alterar o tipo de relação que existia entre o trabalhador e a organização em que exercia a sua atividade. Barley & Bechky (2017), consideram que a construção de identidades relacionadas com o trabalho, atendendo às condições em que ele decorre atualmente, constitui um tema emergente para os investigadores com interesse nessa área. Referem ainda que estes e outros aspetos levantam questões relativamente ao modo como alguns temas têm sido entendidos, sugerindo que deveriam ser vistos de modo diferente, nomeadamente o tema da construção da identidade profissional.

2.3.3 A Construção da Identidade Profissional do Diretor de Farmácia Hospitalar

Como referem Johnson & Chauvin (2016) o curso de ciências farmacêuticas não é, para muitos farmacêuticos, a primeira opção, resultado a que também chegaram Noble *et al.* (2015), o que pode explicar a falta de conhecimento da profissão, antes do ingresso no curso. Esse

desconhecimento, com que muitos farmacêuticos iniciam o seu percurso universitário, pode e deve ser compensado, à medida que ele decorre. As faculdades de farmácia deveriam incluir na preparação do futuro farmacêutico formação que lhe desse uma perspetiva dos caminhos que se lhe oferecem quando acabar o curso. Enquanto isso não acontece, quando conclui o curso, o farmacêutico tem uma visão pouco clara de algumas áreas de atividade, particularmente de farmácia hospitalar, cuja visibilidade ao público é bastante restrita. Aulas lecionadas por farmacêuticos das diversas áreas, visitas de estudo ou estágios de curta duração durante o curso, bem como a prática nas áreas de atividade a que a formação universitária dá acesso, incluída num estágio final, seria de grande utilidade, para dar ao futuro profissional, uma perspetiva realista do trabalho e, simultaneamente, o orientar nas possíveis escolhas que terá de fazer. Passi & Johnson (2016), consideram que a formação da identidade profissional é importante para ajudar os alunos a criarem uma visão realista da profissão. No estudo que efetuaram, Noble *et al.* (2015) referem que os participantes, farmacêuticos internos, australianos, tinham construído, ao longo dos respetivos percursos universitários, identidades idealistas, que tiveram de ajustar quando entraram em contato com a realidade e que esses necessários ajustes, podem provocar tensões. Essas tensões, provocadas pela incongruência entre os seus valores e os valores da profissão escolhida, podem originar dificuldades de adaptação que inclusivamente, podem culminar na desistência do curso, como refere Goldie (2012) a propósito dos internos de medicina. A explicação para as dificuldades de adaptação referidas, assenta, segundo Goldie (2012), na dissonância de identidades que esses indivíduos experimentam, contrariamente aqueles que apresentam consonância entre as suas identidades pessoais e o novo papel profissional, para os quais, o processo de integração da nova identidade se encontra facilitado. A forma como é feita a passagem de estudante a profissional, têm influência na formação da identidade profissional do indivíduo e para que essa formação seja bem-sucedida, o contexto de trabalho deve permitir que os indivíduos participem em atividades, interajam com outros e criem laços (Noble *et al.*, 2015). Também Trede (2009) refere que para se transformarem em profissionais, os alunos precisam de ser expostos a contradições, paradoxos e dilemas éticos que os ajudem a refletir e a reconhecer a imperfeição e que lhes incutam a curiosidade e o desejo de aprender, bem como o sentido de pertença ao respetivo grupo profissional. Um período de formação técnica e profissional como um estágio ou internato, em farmácias hospitalares com capacidade de formação, tutelados por orientadores experientes que ensinem e sejam referência para os profissionais em formação, é importante. Relativamente aos internos de medicina, Goldie (2012), refere que para o exercício da profissão,

eles devem desenvolver uma identidade profissional em relação com o respectivo contexto profissional. A transformação em profissional, deve ocorrer em contexto onde possam ser identificados modelos de papel positivos (Noble *et al.*, 2015). Assim, modelos de papel e mentores, devem estar conscientes das suas responsabilidades, não só no ensino da técnica da profissão, como também da formação da identidade profissional dos seus discípulos, tanto mais que o processo ocorre nos dois sentidos, pois a resposta dos alunos também pode desafiar ou validar as identidades dos mentores e modelos de papel (Goldie, 2012). Gibson (2004, p. 136) define modelo de papel como “(...) uma construção cognitiva baseada nos atributos das pessoas em papéis sociais, que um indivíduo percebe ser similar a si próprio, ou ele própria, até determinado ponto e, deseja aumentar a similaridade percebida através da emulação desses atributos.” Os modelos de papel têm importância para o desenvolvimento do profissionalismo, da identidade profissional e ajudam na escolha das opções de carreira (Passi & Johnson, 2016).

A forma como os indivíduos concetualizam e gerem as suas múltiplas identidades, tem influência na comunicação intergrupos e intragrupos, devendo no segundo caso estar facilitada em relação ao primeiro, caso os elementos do grupo tenham a consciência de pertença ao mesmo (Monrouxe, 2010). O modelo de estruturação das várias identidades define a abrangência dos grupos que são criados e, conseqüentemente, os elementos que a cada momento são incluídos ou excluídos desses grupos, determinando a maior ou menor facilidade com que ocorrem os relacionamentos. Estes fatores influenciam a facilidade de adaptação ao trabalho em equipa, quer seja a própria equipa de farmácia, que inclui diferentes grupos profissionais, quer outras equipas multidisciplinares, com âmbito mais alargado, inclusivamente a própria instituição, no seu todo. Além das relações intragrupo e intergrupo, também outros aspetos como, motivação, lealdade, estabilidade, mudança, liderança, compromisso, significado e colaboração organizacional, estão relacionados com a identidade (Sveningsson & Alvesson, 2003). A identidade profissional é dinâmica e, portanto, vai evoluindo ao longo do tempo, em resposta a fatores internos e fatores externos. A identificação compreende processos cognitivos e sociais, através dos quais organizamos o mundo (Monrouxe, 2010). Além da socialização, também as situações e os contextos, como as próprias organizações e os seus valores, influenciam o modo como a identidade profissional se vai construindo. McGivern *et al.* (2015) consideram que as identidades e as instituições têm uma relação muito próxima e, segundo Fiol, Pratt & O’Connor (2009) com frequência, são as identidades a razão central dos conflitos nas organizações. Nestas, os indivíduos assimilam a cultura observando o comportamento dos outros, aprendendo o que deve ou não ser feito e o que

é ou não aceitável (Hegland, Tarcon & Krueger, 2016). As identidades afetam o modo como os indivíduos interpretam as instituições e estas fornecem o material para a construção das identidades (Chreim *et al.*, 2007; Creed *et al.*, 2010; Glynn, 2008; Thornton *et al.*, 2012, referidos em McGivern *et al.*, 2015).

A hibridização profissional adotada por alguns grupos profissionais quando assumem papéis de gestão (McGivern *et al.*, 2015) entre os quais se encontram os farmacêuticos hospitalares, quer de forma voluntária, quer forçada, contribui para a transformação da identidade profissional desses profissionais. As alterações na gestão dos hospitais, designadamente o aumento de gestores e a crescente exigência de aumento de eficiência, veio trazer novos e maiores desafios ao diretor de farmácia hospitalar que habitualmente geria o serviço. Com receio de perderem a respetiva identidade profissional (McGivern *et al.*, 2015), alguns diretores resistem ou abandonam a ideia de se tornarem híbridos. Outros, porém, adotam esse caminho, que terá de passar pela construção de novas identidades profissionais, cujo processo pode estar mais ou menos facilitado, dependendo de vários fatores, entre os quais, o modo como são representadas e geridas as suas identidades. De acordo com Monrouxe (2010), se a representação das múltiplas identidades for complexa, isto é, se elas existirem num grupo único, a construção de identidades existentes, bem como a formação de novas identidades, está facilitada.

A forma como ocorreu a passagem da vida académica para a vida profissional, também influencia a construção da identidade profissional do diretor de farmácia hospitalar, nomeadamente, se fez internato ou se começou logo a trabalhar quando terminou o curso e, em que contexto essas situações ocorreram e ainda, se teve mentores ou modelos de papel. A identidade é construída em relação com os grupos a que os indivíduos pertencem, comparando-se com contextos, discursos, categorias e interações sociais (Ashforth *et al.*, 2008; Hogg & Terry, 2000, referidos em McGivern *et al.*, 2015).

A inovação tecnológica no setor da saúde e particularmente no setor farmacêutico tem sido considerável, umas vezes contribuindo para o aumento do trabalho do farmacêutico hospitalar, outras constituindo uma preciosa ajuda, outras ainda, provocando profundas mudanças nos métodos de trabalho e por fim, criando uma mistura das situações referidas. No primeiro caso, podemos considerar a inovação terapêutica, cuja informação técnica, necessidade de gestão cuidadosa devido aos custos inerentes e toda a burocracia que envolve, ocupa muito tempo do farmacêutico hospitalar, particularmente do diretor. Por seu lado, as tecnologias de informação,

aplicadas ao exercício da farmácia hospitalar, têm facilitado, tornado mais seguro e mais eficiente todo o trabalho do farmacêutico. Já a automação, aplicada ao armazenamento e distribuição de produtos farmacêuticos, ajudam o farmacêutico e restante equipa, aportando, por vezes, significativas alterações aos métodos de organização e execução do trabalho e consequentemente da própria equipa. Korica & Molloy (2010) defendem que a evolução tecnológica contribui para a evolução constante das identidades profissionais. Radaelli, Currie, Frattini & Lettieri (2017), consideram que os profissionais resistem à inovação tecnológica devido à perceção de ameaça aos seus interesses, por exemplo à sua autonomia profissional. Também Korica & Molloy (2010) referem a resistência dos profissionais à inovação tecnológica e acrescentam ainda, a diferença com que vários grupos profissionais classificam inovação tecnológica efetiva e as contradições e as tensões entre grupos profissionais e entre estes e outros atores envolvidos no processo, como reguladores e administradores. Radaelli *et al.* (2017) defendem que a resistência dos profissionais à inovação tecnológica não se centra na resistência direta à inovação, mas sim, às consequências que a mudança que aporta, têm nos interesses institucionalizados, nas normas e nos valores. Por seu lado, Barrett, Oborn, Orlikowski & Yates (2012) invocam a consequência que a inovação tecnológica pode ter na reconfiguração de fronteiras profissionais entre os diversos grupos que constituem as equipas de trabalho.

A importância que as fronteiras têm para os profissionais tem sido abordada na literatura, bem como as consequências que eventuais ameaças a essa fronteiras possam ter nas tensões e conflitos entre os grupos profissionais, na colaboração e na eficiência das equipas. As fronteiras profissionais são barreiras sociais que definem a competência e o domínio de atividade das profissões (Liberati, Gorli & Scaratti, 2015). A aposta das instituições de saúde em equipas multidisciplinares, considerando que a diversidade fomenta a inovação e a resolução de problemas, aumenta o risco de hostilidade interprofissional, como consequência da ameaça às fronteiras profissionais existentes (Mitchell & Boyle, 2015). A defesa das fronteiras profissionais, provoca tensão entre os diversos grupos profissionais e impede a partilha do conhecimento, a propagação da inovação e a coordenação das equipas de saúde (Ferlie, Fitzgerald, Wood & Hawkins, 2005).

Em tempos mais prósperos, alguns grupos profissionais rejeitam tarefas menos interessantes ou pior remuneradas, permitindo que outros grupos profissionais, menos especializados, as assumam, mas pretendendo reavê-las posteriormente quando as circunstâncias mudam (Nancarrow & Borthwick, 2005). Assim, tarefas valorizadas pelos grupos profissionais que as

assumiram, podem ser consideradas menos interessantes ou menos dignas, por aqueles que as rejeitaram e que consideram ameaças à respetiva identidade profissional (Liberati, Gorli & Scaratti, 2015). De acordo com Nancarrow & Borthwick (2005), as alterações no domínio de uma profissão têm impacto em profissões que estão próximas ou contribuem para a criação de novas profissões, com quatro hipóteses diferentes de evolução dos profissionais, nomeadamente, diversificação, especialização, substituição horizontal e substituição vertical. A especialização e a diversificação referem-se à expansão das fronteiras profissionais dentro da mesma área profissional, enquanto que a substituição horizontal e a substituição vertical se referem à expansão das atividades para fora da respetiva área profissional. A renegociação das fronteiras profissionais coloca-se como um caminho para favorecer a flexibilidade dos trabalhadores.

Mylrea, Gupta & Glass (2015) referem a importância que deve ter para os farmacêuticos a formação da identidade profissional, dadas as novas exigências que a evolução da farmácia veio introduzir, as quais, justificam a necessidade de melhorar a formação dos seus profissionais, posicionando-os num patamar superior ao da simples demonstração de valores, atitudes e comportamentos. Elvey, Hassell & Hall (2013) consideram que existem poucos trabalhos acerca da identidade do farmacêutico e que, particularmente na farmácia hospitalar, a falta de trabalhos é evidente. No estudo que efetuaram em farmacêuticos de várias áreas de atividade, identificaram 9 identidades profissionais, designadamente, o clínico, o cientista, o assistente social, o consultor de medicamentos, o fabricante de medicamentos, o fornecedor de medicamentos, o gerente, o empresário e uma não caracterizável. No dia-a-dia, vários elementos contribuem para a construção da identidade profissional do farmacêutico, nomeadamente as competências, a orientação, as perspetivas e o contexto (Pottie, Haydt, Farrell, Kennie, Sellors, Martin & Dolovich, 2009).

Para terminar, recordamos a importância de alguns fatores, na construção da identidade profissional, aplicáveis ao diretor de farmácia hospitalar, nomeadamente, a observação de modelos de papel (Ibarra, 1999), o reconhecimento da profissão pela sociedade (Noble *et al.*, 2015), as transições de carreira e de papel (Pratt, Rockmann & Kaufmann, 2006), a importância social dos papéis (Ashforth & Kreiner, 1999), as condições de trabalho (Barley & Bechky, 2017; Dutton, Roberts & Bednar, 2010) e a comunicação, considerando o processo de negociação de identidade (Swann Jr., Johnson & Bosson, 2009).

3. O ESTUDO EMPÍRICO

3.1 Opção Metodológica

Para este trabalho optou-se por seguir uma metodologia enquadrada num paradigma de análise qualitativo, dado que a colheita e análise de dados se vai centrar mais na interpretação da informação obtida do que na sua quantificação (Bryman & Bell, 2011). Estes métodos envolvem a recolha e interpretação de textos que resultam de conversas ou observações e são usados para explorar significados dos fenómenos sociais vividos pelos indivíduos nos seus contextos naturais. Dependem, portanto, da força das palavras e imagens (Khankeh, Ranjbar, Khorabani-Zavareh, Zarghan-Borouieni & Johansson, 2015). Na investigação qualitativa, apesar da grande variedade de pontos de vista e metodologias de pesquisa, os investigadores partilham a ideia comum da existência de realidades múltiplas, intangíveis, contextualmente localizadas, manipuladas e conservadas ou transformadas pelas experiências e significados dos participantes (Anderson, 2017).

A fenomenologia é uma tradição de pesquisa que tem sido usada no estudo de pessoas, incluindo as suas experiências, conceitos, crenças e interpretações acerca do mundo que as rodeia (Ellis, 2016). Este paradigma metodológico de estudo pressupõe que a descrição dos fenómenos estudados seja feita por quem os vivenciou. Edmund Husserl (citado em Ellis, 2016), pioneiro deste paradigma, utilizou-o sob um ponto de vista meramente descritivo, limitando-se a narrar os fenómenos descritos na primeira pessoa. Posteriormente, Martin Heidegger, seu discípulo, desenvolveu a abordagem fenomenológica interpretativa, na qual o investigador, utilizando as suas próprias experiências, crenças e valores, interpreta a descrição dos fenómenos que lhe são narrados pelos participantes que os vivenciaram: “Em termos teóricos a análise fenomenológica interpretativa visa explorar em detalhe a experiência pessoal vivida pelos participantes e a forma como eles percecionam essa experiência pessoal” (Smith, 2004, p. 40).

Jonathan Smith desenvolveu a análise fenomenológica interpretativa na psicologia e, através dos seus numerosos trabalhos, demonstrou a sua utilidade em estudos noutras áreas, nomeadamente na saúde (Roberts, 2013). Será essa a abordagem metodológica utilizada neste trabalho – a fenomenologia de cariz interpretativo – na medida em que se considera que existe relação de proximidade entre a investigadora e o objeto de estudo e que os valores daquela influenciam as interpretações resultantes. A pesquisa qualitativa é mais adequada nos casos em que o investigador está muito familiarizado com o

contexto de pesquisa, isto é, com o local, os participantes e os dados a recolher (Yates & Leggett, 2016). Além disso, as metodologias qualitativas podem contribuir para o entendimento dos fenómenos que ocorrem na área da saúde (Kankeh *et al.*, 2015).

O estudo empírico assentará assim em pressupostos ontológicos construtivistas, assumindo-se que os fenómenos em estudo estão em permanente evolução. Philip, Desai, Nguyen, Birney, Colavecchia, Karralli, Smith, Lorimer *et al.* (2016) concluíram que as competências dos diretores de farmácia se vão desenvolvendo ao longo da carreira, sendo distintas as que prevalecem em cada época.

3.2 Instrumento de Recolha de Dados

A entrevista é um dos métodos de recolha de dados previstos nos estudos que utilizam a abordagem metodológica qualitativa. Nos estudos qualitativos são muitos os tipos de entrevista possíveis (Brinkmann & Kvale 2014). Para o presente estudo optou-se pelo recurso a entrevistas em profundidade, semiestruturadas e presenciais realizadas em locais adequados, acordados atempadamente com cada um dos entrevistados, tendo em conta a sua privacidade, morada ou local de trabalho, disponibilidade de tempo e conforto. Todas as entrevistas foram conduzidas pela investigadora e decorreram em várias cidades do país, conforme a morada ou local de trabalho dos entrevistados

O guião das entrevistas² foi construído de acordo com os tópicos que se pretendiam abordar, composto por um conjunto de perguntas previamente pensadas e elaboradas, organizadas e divididas em três grandes temas: o primeiro aborda o percurso profissional e o acesso à direção da farmácia, o segundo trata assuntos relacionados com a direção da farmácia e o terceiro dedica-se às alterações no setor da saúde, particularmente nas duas últimas décadas. A cada um destes temas está associado um conjunto de perguntas.

3.3 Caraterização da Amostra

O tamanho ideal de uma amostra que garanta a qualidade dos resultados obtidos em investigação tem sido preocupação recorrente (Coutinho, 2016). A amostra deste trabalho foi selecionada segundo uma técnica de seleção de amostra não aleatória ou não probabilística, de conveniência, pois os participantes foram selecionados por razões ligadas à facilidade de acesso e à sua pertinência teórica para o estudo.

² Ver Guião das Entrevistas no Anexo I, pag.124

Efetivamente, nos estudos com metodologia qualitativa, são habitualmente escolhidas amostras sistemáticas e não probabilísticas, as quais não se destinam à seleção de amostras aleatórias e representativas da população (Isaacs, 2014). A maioria dos entrevistados selecionados são conhecidos de longa data, alguns dos quais amigos pessoais da investigadora, tendo a própria contactado cada um, individualmente. Quanto aos restantes, nos quais se incluíam farmacêuticos em início de atividade que a investigadora não conhecia, até porque poucos têm sido os hospitais públicos que têm contratado farmacêuticos nos últimos anos, foram recrutados pelo método de “bola de neve”, segundo o qual pessoas contactadas para o estudo, contactam outras solicitando a respetiva participação (Bryman & Bell, 2011).

Na metodologia qualitativa, a amostra não é exatamente predefinida porque ela evolui à medida que a recolha de dados começa (Miles & Huberman, 1994).

Para o presente trabalho, foi definida uma amostra inicial, com diversificação interna dos participantes, composta por cinco diretores de farmácia hospitalar em exercício de funções, cinco ex-diretores também em exercício de funções, cinco farmacêuticos hospitalares com experiência profissional relevante (com pelo menos quinze anos de exercício profissional efetivo em farmácia hospitalar) e cinco farmacêuticos hospitalares em início de atividade (menos de cinco anos de exercício profissional efetivo em farmácia hospitalar), o que perfaz um total de vinte entrevistados. Tendo em conta que a construção da identidade profissional é dinâmica e mutável, um dos critérios para a seleção dos entrevistados é que eles ocupem fases distintas do seu percurso profissional. Não existe uma regra específica para calcular o tamanho da amostra. Mais importante será avaliar se na amostra entretanto obtida a saturação foi atingida, o que sucede quando nenhuma informação nova surge na realização da entrevista seguinte, ou se a amostra terá de ser expandida relativamente ao inicialmente previsto, conclusões que só podem surgir no decurso do processo de recolha de dados (Isaacs, 2014).

Neste estudo, todos os participantes têm habilitação académica superior, mestrado integrado ou licenciatura equivalente a mestrado integrado e estão inscritos na Ordem dos Farmacêuticos, sendo estes os requisitos mínimos para exercício da atividade. Todos aqueles que já estão integrados na carreira, isto é, 15 dos 20 que completam a amostra, são especialistas em farmácia hospitalar, alguns com pós-graduações e mestrados. Os restantes 5 participantes, estão a exercer, mas ainda não têm a especialidade de farmácia hospitalar, pelo que não estão integrados na carreira nem têm ainda uma categoria atribuída. O quadro seguinte reflete essa realidade.

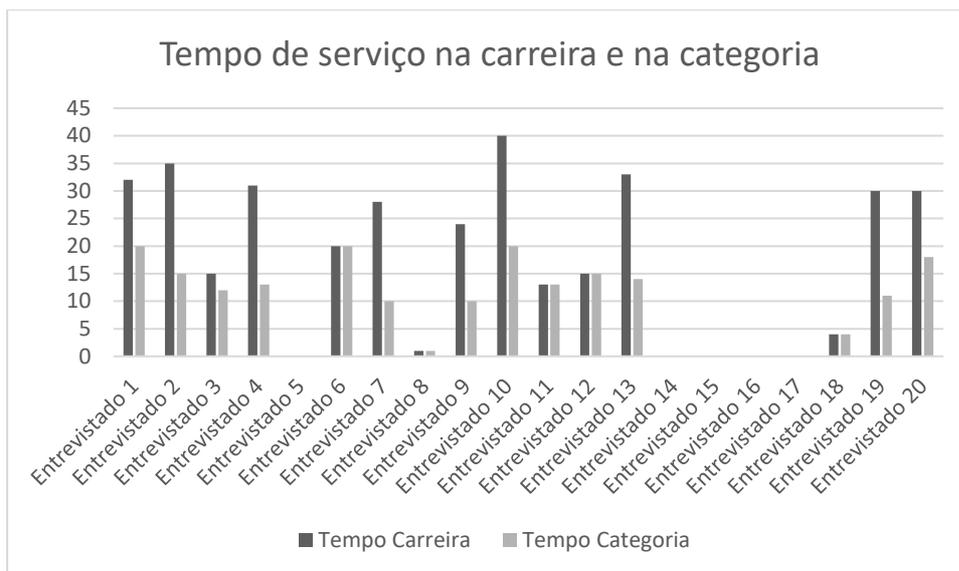


Gráfico 1: Tempo de serviço dos entrevistados, na carreira e na categoria

Procurou-se variar a amostra em termos de idade, sexo, cargo, função, localização geográfica e tamanho do hospital onde exercem. Todos os participantes selecionados estão a exercer farmácia hospitalar em hospitais públicos, embora alguns deles tenham exercido em hospitais privados e em parcerias público-privadas nalgum momento das suas carreiras. Além dos cargos de direção de farmácia hospitalar, que cinco dos participantes exercem e outros cinco já exerceram, alguns dos elementos que compõem a amostra têm experiência em cargos variados: na Ordem dos Farmacêuticos, no Sindicato dos Farmacêuticos, na Associação Portuguesa de Farmacêuticos Hospitalares e em organismos do Estado. O percurso profissional dos participantes também é bastante diversificado, incluindo, por exemplo, atividade em análises clínicas, análises bromatológicas, hidrologia, indústria farmacêutica, investigação, ensino, consultoria, farmácia comunitária e atividade empresarial.

Os participantes exercem farmácia hospitalar em hospitais de diversas cidades, como Guimarães, Porto (três hospitais), Vila Nova de Gaia, Figueira da Foz, Leiria e área de Lisboa (Almada e Amadora), tendo todas as entrevistas decorrido nas respetivas cidades ou áreas.

A distribuição por sexo, com seis indivíduos do sexo masculino e catorze do sexo feminino, seguiu uma proporção homens /mulheres superior à que se verifica na profissão de farmácia hospitalar no geral. Os seis participantes do sexo masculino encontravam-se distribuídos pelos quatro subgrupos da amostra.

A idade dos participantes varia entre os 29 anos e os 67 anos, à data das entrevistas, sendo a média de idades de 45,5 anos.

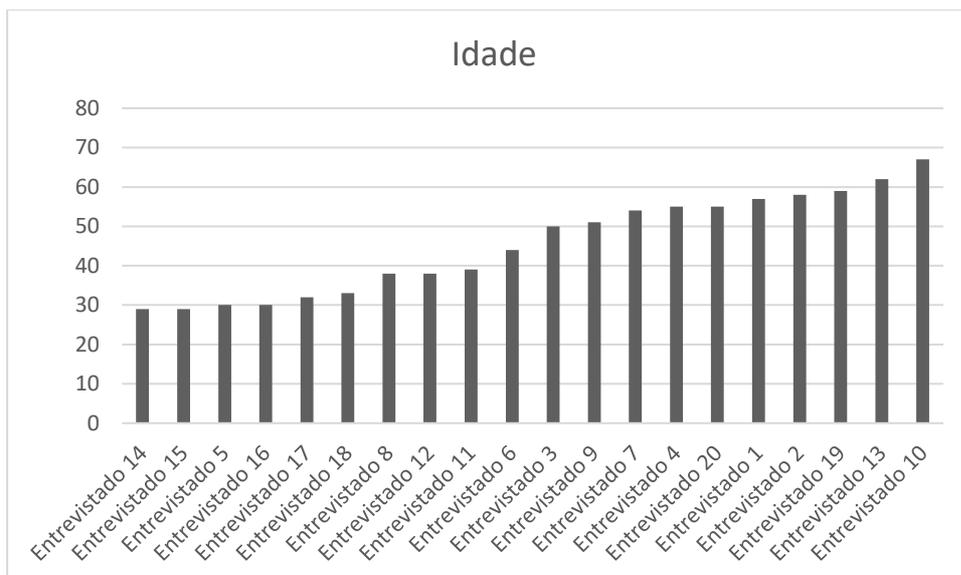


Gráfico 2: Idade dos entrevistados

A média das idades por subgrupo profissional e fase da carreira está evidenciada no gráfico 3.

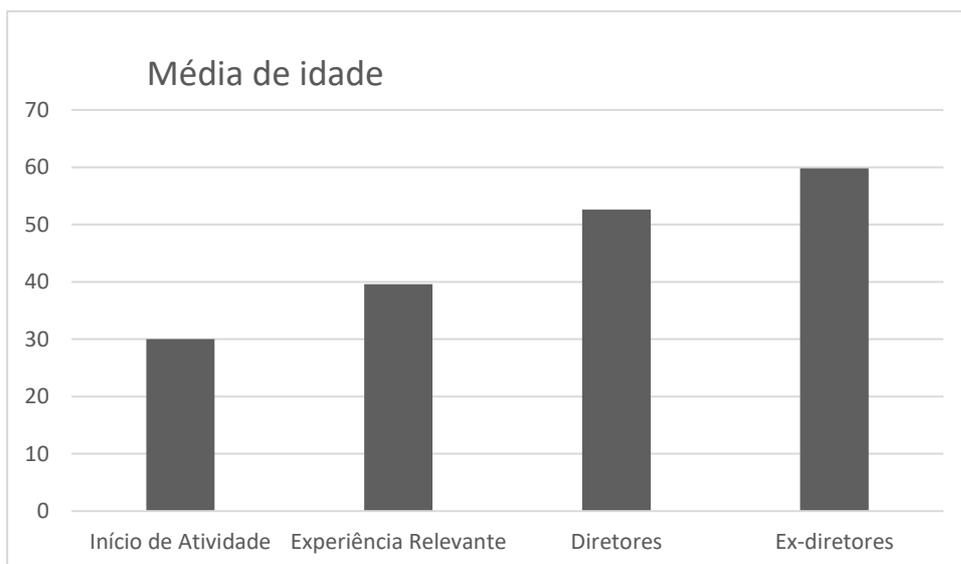


Gráfico 3: Média de idade dos entrevistados por subgrupo da amostra

3.4 Recolha de Dados

Todas as entrevistas foram conduzidas pela investigadora e decorreram em várias cidades do país, conforme a morada ou local de trabalho dos entrevistados. A maioria das entrevistas foi feita nos gabinetes dos entrevistados ou nas respetivas moradas, tendo algumas ocorrido em salas de reunião ou gabinetes, emprestados para o efeito, à investigadora.

Apesar da estruturação do guião, cada entrevista decorreu segundo um ritmo próprio, respeitando o raciocínio e espontaneidade de cada participante. Em cada entrevista, a investigadora procurou criar um ambiente acolhedor e relaxado que possibilitasse uma conversa agradável, em que a presença do gravador fosse esquecida, para que as palavras fluíssem sem bloqueios. Foram utilizados dois equipamentos de gravação, um gravador portátil e um telemóvel, como *backup*. No início de cada entrevista foi explicado a cada entrevistado a finalidade académica da entrevista, o tipo de amostra definida, o tema do trabalho e os assuntos a abordar, o tempo previsto de duração e o número aproximado de questões e, foi ainda, solicitada autorização para gravar, garantindo obviamente o anonimato.

A primeira questão da entrevista foi escolhida intencionalmente para colocar o entrevistado à vontade, permitindo-lhe recordar uma parte, presumivelmente agradável, da sua história académica, ao discorrer livremente sobre a forma como decorreu o seu percurso académico, até ao exercício da farmácia hospitalar. Confirmou-se que a estratégia foi adequada, tendo-se verificado que mesmo nos poucos casos em que houve algum nervosismo inicial, por receio do entrevistado de que as suas respostas pudessem não ter o interesse adequado para o estudo, ou por alguma entropia causada pela presença do gravador, todos acabaram por esquecer aquele e todos expressaram surpresa pela rapidez com que o tempo passou enquanto a entrevista decorria. As entrevistas foram realizadas entre os meses de dezembro de 2017 e abril de 2018, tendo sido utilizada a primeira delas como teste para verificar a adequação das perguntas às respostas obtidas, tempo gasto e condições logísticas, como a localização do gravador face ao entrevistado e ao entrevistador, bem como a qualidade da gravação. Tendo-se verificado que tudo funcionou muito próximo do que estava previsto, esta entrevista foi também incluída para a análise dos dados recolhidos.

Na investigação qualitativa, a recolha de dados e a respetiva análise podem decorrer em paralelo e com interação entre elas, pois não existe uma distinção entre as duas fases (Mayer, 2015). Após cada entrevista, procedia-se à transcrição integral da mesma, seguida de análise do conteúdo.

4. ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

4.1 Codificação dos Dados

Na investigação qualitativa, o investigador deve conhecer muito bem os dados recolhidos, o que implica um trabalho intenso e direto da respetiva informação, que habitualmente começa com a leitura das entrevistas transcritas, por forma a identificar temas e categorias emergentes (Yates & Leggett, 2016). No entanto, antes da análise das entrevistas, foi necessário transcrevê-las na íntegra, tarefa que ocupou à investigadora muitas horas de trabalho, dado que apesar da extensão das mesmas, transcreveu fielmente os diferentes discursos, procurando que a pontuação traduzisse o modo como efetivamente decorreram. Para melhor compreensão auditiva, as gravações foram trabalhadas com o programa *Audacity*, em ambiente Windows, para redução de ruído ambiente e ligeira redução da velocidade, com ou sem alteração da altura da voz.

A média de duração das entrevistas foi de 53,5 minutos.

Para a transcrição das entrevistas menos demoradas, isto é, entre 34 minutos e 45 minutos, gastou-se em média 12 horas/por entrevista. Para transcrever as entrevistas que demoraram acima de 45 minutos e, que foram em maior número, demorou-se em média 18 horas/por entrevista.

As 20 transcrições em formato *Word* foram depois importadas para o *NVivo 11 Pro*, para análise dos dados recolhidos.

Antes do início da codificação, após cuidada leitura da transcrição das entrevistas, foi definida a primeira estrutura de categorias a utilizar na análise dos dados recolhidos e inserida no programa. Durante o processo de análise e codificação dos dados, a estrutura inicial foi, porém, sendo ajustada. A estrutura final apresenta-se no quadro seguinte.

Tema 1: O setor da saúde visto pelos farmacêuticos hospitalares	Categorias:
	Mudanças positivas no setor da saúde
	Mudanças negativas no setor da saúde
	Consequências, para a farmácia hospitalar, das alterações na saúde
	O impacto dos hospitais privados no sistema de saúde
	O impacto dos hospitais privados na farmácia hospitalar
	Percepções sobre o impacto das parcerias público-privadas
Tema 2: A gestão da carreira de farmácia hospitalar	Categorias:
	Escolha do curso
	Escolha da área profissional
	Acesso à carreira de farmácia hospitalar
	Planeamento da carreira de farmácia hospitalar
	Objetivos profissionais
	Aspetos motivadores no exercício da farmácia hospitalar
	Aspetos desmotivadores no exercício da farmácia hospitalar
	Alterações desejáveis na carreira de farmácia hospitalar
	Diferenças da farmácia hospitalar em Portugal relativamente a outros países
	Marcos importantes na carreira de farmácia hospitalar
Relações profissionais do farmacêutico hospitalar	
Tema 3: A direção de farmácia hospitalar	Categorias:
	O acesso à direção de farmácia hospitalar
	Caraterísticas valorizadas no diretor de farmácia hospitalar
	Desafios que o diretor de farmácia hospitalar tem de enfrentar

Quadro 1: Estrutura das categorias temáticas que afetam a identidade do profissional de farmácia hospitalar

A partir do *codebook* final exportado do *NVivo* foi então elaborada a apresentação dos resultados, que inclui os excertos das entrevistas, para documentar os resultados encontrados.

4.2 Apresentação e Discussão dos Resultados

Esta parte do trabalho segue a estrutura final das categorias definidas, para a análise e codificação dos dados, feita por recurso ao programa informático *NVivo 11 Pro*. Divide-se em três grandes áreas temáticas, respetivamente, (1) o setor da saúde visto pelos farmacêuticos hospitalares, (2) a gestão da carreira de farmácia hospitalar e (3) a direção da farmácia hospitalar, cada um dos quais, dividido em diversas categorias. Relembra-se que o objetivo do estudo passa, assim, por compreender como as mudanças ao nível do setor da saúde, e da carreira de farmácia hospitalar, em particular, influenciam a identidade profissional do diretor de farmácia hospitalar.

Após cuidada leitura das entrevistas e tendo presente a revisão da literatura e a experiência profissional da investigadora, definiu-se um conjunto de categorias que foi sendo alterado à medida que decorria a codificação dos dados e que resultou na estrutura final apresentada no quadro 1.

Os resultados do estudo empírico são apresentados de acordo com a organização da estrutura de categorias definida no Quadro 1, seguidos da respetiva discussão detalhada de cada categoria nas suas subcategorias.

Na apresentação dos resultados não foram contabilizadas as respostas em que o participante não respondeu, ou declarou expressamente que não tinha qualquer opinião formada, ou conhecimento a respeito da questão colocada.

Para cada dimensão de análise, apresentam-se os excertos das entrevistas que melhor contribuem para a ilustração dos resultados encontrados.

Tema 1: O setor da saúde visto pelos farmacêuticos hospitalares

Neste tema apresentam-se os resultados das respostas obtidas às questões abordadas nas entrevistas relacionadas com as mudanças que ocorreram nos últimos anos no setor da saúde, que os participantes classificaram como positivas ou negativas, e das consequências que podem ter para o exercício da farmácia hospitalar, mais especificamente, para o diretor de farmácia. São também incluídas as respostas às diferenças gerais, entre os hospitais públicos, privados e parcerias, e, particularmente, aquelas que afetam a farmácia hospitalar.

Tema 1: O setor da saúde visto pelos farmacêuticos hospitalares	Categorias:
	Mudanças positivas no setor da saúde
	Mudanças negativas no setor da saúde
	Consequências, para a farmácia hospitalar, das alterações na saúde
	O impacto dos hospitais privados no sistema de saúde
	O impacto dos hospitais privados na farmácia hospitalar
	Percepções sobre o impacto das parcerias público-privadas

Quadro 2: O setor da saúde visto pelos farmacêuticos hospitalares e respectivas categorias

Categoria: Mudanças positivas no setor da saúde

As várias mudanças identificadas pelos participantes como sendo positivas encontram-se alinhadas em três subcategorias, nomeadamente, a evolução tecnológica referida por 16 participantes, o acesso aos cuidados de saúde referido por 7 participantes e o acesso à informação, referido por 1 participante.

Categoria: Mudanças positivas no setor da saúde	Subcategorias:
	A evolução tecnológica
	O acesso aos cuidados de saúde
	O acesso à informação

Quadro 3: Mudanças positivas no setor da saúde e respectivas subcategorias

Alguns participantes incluíram a inovação terapêutica na evolução tecnológica, enquanto outros a referiram separadamente. Das 16 referências à evolução tecnológica, 2 mencionaram a evolução da medicina, 6 referiam especificamente a inovação terapêutica e 8 a evolução tecnológica em geral, que, na maior parte dos casos, também incluía a terapêutica:

“(…) na saúde, eu colocava talvez tudo o que é tecnológico... e que é muito (...)” (Part.9)

“Pela positiva, é o... o avanço e a disponibilidade de medicamentos e de tratamentos que temos ... que eu acho que nestes últimos anos foi exponencial ... os novos tratamentos (...)” (Part.17)

“É assim... é assim, pela positiva, houve realmente um... uma evolução. Não só porque hoje há mais medicamentos, há mais medicamentos novos... há... inclusive, nós, na própria farmacotecnia... temos uma farmacotecnia evoluída. Na preparação de citostáticos, também evoluímos.” (Part.1)

Relativamente á inovação terapêutica, um dos participantes considera que, recentemente, e de um modo geral, esta não tem sido importante e que em algumas áreas terapêuticas não tem havido grande inovação:

“Não há investigação substantiva na área dos antibióticos. Não há investigação substantiva na área da diabetes. Não há investigação substantiva na área da hipertensão arterial. Estou a falar de medicamentos. Estou a falar de investigação farmacêutica ou investigação de... de medicamentos. São setores, nem de base, nem investigação básica. Não há investigação nesta área. Não há. Anda toda a gente à procura da última molécula do melhor anticorpo monoclonal para fazer não sei o quê de milagre, de garantir a sobrevivência de um indivíduo com cancro, mais que 5, 15 dias... isto é verdade. E eu acho que é importante tratar os indivíduos com cancro. Não estou a dizer o contrário. Agora, o que eu não posso é deixar morrer os indivíduos com hipertensão, nem os diabéticos. Nem posso deixar que campeiam as resistências aos antibióticos nos hospitais, sem fazer nada por isso!... E, portanto, os avanços tecnológicos na área farmacêutica, nos últimos 20 anos, sou muito pessimista. E acho que fazem investigação pura e dura para meter rendimento rápido, dinheiro rápido, com pouca expressão do ponto de vista da saúde pública. Posso estar enganado, mas é assim que eu penso.” (Part.2)

Foi também referido que nem toda a evolução terapêutica apresenta mais-valias consideráveis, mais ainda, se considerarmos os custos que podem estar envolvidos:

“Por isso quando se fala agora em anticorpos, algum tipo de terapêuticas, imuno-farmacologia, etc., são avanços espetaculares nalgumas áreas, não é, mas demora imenso tempo a...há aqui essa situação de... há muita coisa para resolver... e há muito investimento que foi feito em áreas sem grande... com algum retorno, mas quer dizer, a resposta a um medicamento que é caríssimo e que são 30% de redução de surtos na esclerose múltipla ...sente-se como escasso, não é?” (Part.9)

Existe uma consciência generalizada da evolução na medicina, como foi referido:

“Acho que a evolução tecnológica nalguns domínios, cirúrgico... tem sido substancial. A evolução tecnológica pura e dura... há processos de diagnóstico que evoluíram drasticamente nos últimos 20 anos, também é verdade.” (Part.2)

Foi notada também a importância da inovação tecnológica nos progressos dos hospitais, tanto em organização como em tecnologia, como foi afirmado:

“Olha, eu posso dizer que, de fato, o meu hospital evoluiu muito. Não posso dizer que não e... e, nos últimos anos, tornou-se um hospital muitíssimo mais organizado... mesmo a nível técnico.” (Part.1)

Existe também, por parte de alguns participantes, alguma consciência do papel da medicina preventiva no aumento e melhoria da esperança média de vida.

No contexto da evolução tecnológica foi também mencionada a importância das tecnologias de informação na área da saúde, particularmente a informação técnico-científica, que hoje está disponível e de fácil acesso em todo o lado, bem como as aplicações informáticas como as que são utilizadas para a prescrição eletrónica, nos hospitais. Eis alguns excertos que ilustram esta argumentação:

“A informatização de tudo...acho que se calhar aponto como... da grande mudança ... enfim, já... já conseguimos... ter acesso a...todos os nossos exames e marcar consultas, etc.” (Part.15)

“(...) já evoluímos imenso, o fato de termos conseguido a prescrição eletrónica foi uma... foi uma vitória... foi uma vitória grande, e eu não... não faço ideia de como é que isto funcionava antes da prescrição eletrónica, e tem... eles têm para lá uns papelinhos que de vez em quando mostram, e aquilo é super-engraçado. ..., mas imagino um hospital de uma dimensão destas andar com papelinhos para trás e para a frente, com... com mil camas, imagino que não deve ser coisa...o controle de stocks devia ser sumamente grotesco, devia ser bem complicado.” (Part.14)

A utilização das tecnologias de informação no circuito do medicamento, ao nível da prescrição eletrónica e dispensa de medicamentos, tornou o processo mais seguro e eficiente nos hospitais, quer no internamento quer no ambulatório, como foi referido pelo participante 14.

A inovação tecnológica, cuja importância na construção da identidade profissional é referida por Korica & Molloy (2010), foi invocada por grande parte dos participantes, demonstrando que, seja qual for o ponto de vista destes ela está presente e é sentida. A evolução tecnológica pode alterar profundamente a organização do trabalho e das equipas e Barrett, Oborn, Orlikowski & Yates (2012) consideram que pode conduzir à reconfiguração de fronteiras entre os diversos grupos que constituem as equipas de trabalho. Conforme referido por vários participantes do estudo, a investigação científica tem crescido consideravelmente em várias áreas terapêuticas, disponibilizando medicamentos inovadores que tratam doenças antes incuráveis ou, noutros casos, permitem manter a vida com uma qualidade que seria impensável noutros tempos. Porém, os avanços tecnológicos na saúde, particularmente na terapêutica, exigem um acompanhamento cuidado e conhecedor para perceber quando e onde estão as mais-valias para investir e, quando elas não existem ou não são significativas, ao ponto de justificar gastos de recursos que, desde logo, são escassos. É interessante a referência do participante 14, relativamente à alteração que a evolução tecnológica teve na dinâmica do trabalho diário, o qual veio sem dúvida facilitar. No entanto, estas alterações impactam com a comunicação entre os profissionais, empobrecendo-a e podendo comprometer a negociação de identidade que Swann Jr., Johnson & Bosson (2009).

Quanto ao acesso aos cuidados de saúde, foi referido por 7 participantes, 5 dos quais consideraram que o acesso melhorou e 2 invocaram a qualidade do Serviço Nacional de Saúde, que ainda persiste:

“Pela... pela positiva, eu destaco que... a geração que tem agora a idade dos meus pais, está a ter um acompanhamento fantástico. E isso tem vindo em crescendo.” (Part.13)

“(...) eu acho que no nosso sistema nacional de saúde, por mais que seja, que as pessoas o critiquem, é muito bom (...)” (Part.17)

“Penso que tem havido uma facilidade, de agora para algum tempo para trás, que... há mais tratamentos e as pessoas conseguem ter mais acesso a esses tratamentos (...)” (Part.16)

Finalmente, um dos participantes destacou a importância do acesso à informação, notando que a população está mais informada e que uma das consequências é que já se verifica maior atuação preventiva a nível da saúde. Eis um excerto de entrevista representativo:

“Há mais informação. Há mais conhecimento em todo o lado. Mas aqui o que tem sido feito no domínio de as pessoas se prevenirem mais contra... contra as maleitas da idade. É impressionante e é uma marca muito positiva.” (Part.2)

Categoria: Mudanças negativas no setor da saúde

Nesta categoria consideram-se 3 subcategorias: a falta de recursos referida por 12 participantes, a destruição do Serviço Nacional de Saúde referida por 11 participantes, e a falta de emprego, mencionada apenas por 2 participantes.

Categoria:	Subcategorias:
Mudanças negativas no setor da saúde	Falta de recursos
	Destruição do Serviço Nacional de Saúde
	Falta de emprego

Quadro 4: Mudanças negativas no setor da saúde e respetivas subcategorias

Um dos aspetos negativos mais referidos pelos participantes foi a perspectiva de destruição do Serviço Nacional de Saúde. Relativamente a esta subcategoria foram indicadas 5 dimensões de análise, nomeadamente: a promiscuidade entre setor público e setor privado, desumanização, falta de visão estratégica para a saúde, gestão demasiado economicista e viabilidade futura do Serviço Nacional de Saúde.

Relativamente à desumanização do Sistema Nacional de Saúde foi notada a perda de qualidade na assistência ao doente e a crescente ênfase na tecnologia:

“(…) acho que se tem perdido se calhar um bocadinho da... da qualidade assistencial. Acho que... se calhar estamos a desumanizar um bocadinho os... os cuidados de saúde.” (Part.11)

“Sim. Portanto, tudo o que é muito tecnológico é menos humanizado, não é? E, portanto... talvez sejam esses dois vetores (...)” (Part.9)

A gestão economicista e a promiscuidade entre público e privado foram também referidas como preocupantes, numa perspetiva de preservação do Serviço Nacional de Saúde. Eis alguns excertos que ilustram estes aspetos:

“Pá, pela negativa, vejo a mercantilização da saúde cada vez mais que me assusta! Eu não sou contra os hospitais privados por serem privados. Eu sou contra os hospitais privados porque a sua filosofia vicia a própria filosofia dos cuidados de saúde! A prestação de cuidados de saúde feita por instituições de solidariedade social, não lucrativas e por aí fora, eu entendo... agora, feita por capitais acionistas para rendas, para fazer rendimento de capital, eu não tenho muitas... não sou muito otimista nessa perspetiva. Essa mercantilização da saúde, alguém dizer que a saúde é o negócio do século XXI, a mim, assusta-me, porque eu não vejo a saúde como um negócio.” (Part.2)

“(…) eu, toda a minha vida achei que a saúde devia estar ... o público, completamente separado do privado. Portanto, ... esta situação de os médicos estarem no público... os médicos, os enfermeiros e outros profissionais, que eu tenho imensos auxiliares do hospital, que trabalham, também, da mesma forma, que todos os outros, não é? ... acho que...médicos, enfermeiros, todos os profissionais de saúde, deviam ser bem remunerados, para estarem em dedicação exclusiva, até noutros sítios, sejam eles públicos, ou privados. E isso tem sido o maior erro do nosso ... da nossa gestão da saúde.” (Part.20)

A gestão global é puramente economicista e não se vislumbra qualquer vontade ou estratégia, por quem de direito, para salvar o que ainda for possível, como foi comentado:

“(…) não há uma visão estratégica da saúde.” (Part.19)

Os participantes, de uma forma geral, demonstraram preocupação com a continuidade do serviço nacional de saúde, nos moldes em que foi pensado e criado. Muito ameaçado e com pouco ou nenhum investimento, só com muita dificuldade poderá sobreviver, como foi referido, por exemplo, pelo participante 13. A falta de recursos, nomeadamente recursos humanos e financeiros, é também referida como preocupante:

“É a outra encosta. ... subirmo-la, e agora não vamos conseguir mantê-la. ... a expectativa do... dos cuidados de saúde... acho que... para quem é realista, a expectativa é muito... é muito negativa. Acho que não vamos conseguir manter, porque não temos recursos humanos e não temos recursos financeiros. ... e o paradigma disso, ... é a proliferação de unidades de saúde privadas... e de... e de companhias de seguros a apresentar soluções. ... e... provavelmente, com a melhor das intenções, mas neste momento, está-se a destruir o SNS.” (Part.13)

“E temos doentes a pedir que no hospital X não são tratados, e vêm aqui para ser tratados, e dizem é que nós temos que os aceitar, por isso... mas isto tudo acho... acho que... acho que politicamente é uma decisão muito difícil, sem dúvida, não é, ... que se calhar os nossos políticos não querem tomar essas decisões, mas acho que é... acho que os recursos são finitos, e vai chegar uma altura em que... vai ter que se tomar decisões, não é?” (Part.4)

Nesta matéria foi referido pelos entrevistados a possibilidade de limitar os custos até um nível mais aceitável, se forem criteriosamente selecionados, para cada caso, os tratamentos com a relação custo/benefício mais favorável. É nessa seleção que a atuação conjunta e sinérgica do farmacêutico e do médico é fundamental, á qual se pode associar o gestor, aproveitando o contributo de cada um, para a obtenção de objetivos comuns, como foi defendido:

“Por isso é que eu acho que a nível hospitalar, a gestão tem que ser... multissetorial... e... e com... com os vários profissionais. Tem que haver uma interação muito forte entre os vários profissionais.” (Part.2)

Todavia, as pressões externas são extremas, nomeadamente pela pressão emotiva do doente, a pressão economicista dos representantes da indústria e a pressão financeira dos gestores, entre outras.

Conforme sublinhado por alguns dos entrevistados o Estado, sem dinheiro e sem capacidade ou vontade de atuar, tem vindo a transferir a responsabilidade para os hospitais entupindo-os com leis que sabe, à partida, que são impossíveis de cumprir e que ele próprio não vai auditar. Ao mesmo tempo, os recursos humanos estão sobrecarregados, enquanto as suas condições de trabalho se agravam constantemente, como foi comentado:

“Porque nós temos o doente que precisa de iniciar o tratamento, mas temos o procedimento que a tutela instituiu, que implica que se dê uma volta ou outra, temos o médico, temos a administração, e obviamente isso afeta o nosso trabalho (...)” (Part.6)

Adicionalmente, um vasto grupo de instituições do Estado exige constantemente dados, com frequência redundantes, e dos quais não apresenta resultados ou estudos com interesse. Os orçamentos para a aquisição de medicamentos são sucessivamente insuficientes e por isso vão somando a dívida dos hospitais à indústria que se vê obrigada a cortar fornecimentos, e quase sempre o faz cirurgicamente,

isto é, cortando aqueles que por alguma razão são insubstituíveis, pelo menos, no curto prazo, como referido:

“(…) até há pouco tempo era impensável que um laboratório não deixasse de fornecer um hospital não é, depois o pagamento viria, mas a questão mudou. Agora, hospitais a quererem comprar não têm verba, e tem um... laboratório, e bem, porque a legislação assim o prevê, a questionar: «eu só vendo esse medicamento que salva pessoas, só se tiverem dinheiro, se não tiverem dinheiro, já fomos amigos (...)” (Part.9)

Por outro lado, o esmagamento exagerado de preços nos medicamentos de uso corrente, que representam uma fração económica desprezível das aquisições, leva a indústria a desistir de os comercializar, obrigando à sua importação direta por preço muito superior ao que poderia ser adquirido:

“Por exemplo, este modelo de aquisição de medicamentos que hoje está controlado pela ACSS³ e pela SPMS⁴... ó pá, isto não tem jeito nenhum. Estes macacos com estes preços vão-nos levar a um mau caminho. Não vamos ter medicamentos. As pessoas estão a brincar com o fogo. Ninguém pense que mesmo os genéricos vão produzir medicamentos se o preço a que o medicamento está cotado no mercado, não lhes dá para pagar a matéria prima. Eles não percebem? É que se não percebem... Já o ano passado estivemos aqui um mês ou mais de um mês, sem alguns antibióticos, ou não foi? E estamos com falta de medicamentos outra vez.” (Part.2)

e, curiosamente, a falta de emprego não mereceu tanta atenção:

(...) não sei, sobre emprego, sei que entrei na faculdade e as pessoas saíam da faculdade e arranjavam logo trabalho, em qualquer área, mesmo no hospital já... ainda havia, e...depois, com a crise toda, ... complicou (...) (Part.16)

Categoria: Consequências, para a farmácia hospitalar, das alterações na saúde

As principais consequências referidas pelos participantes agrupam-se nas seguintes subcategorias de análise: acréscimo de trabalho para o farmacêutico hospitalar, referido por 6 participantes, insuficiência de recursos disponíveis, referido por 5 participantes e pressões no diretor de farmácia, referido por 3 participantes.

³ Administração Central do Sistema de Saúde I.P.

⁴ Serviços Partilhados do Ministério da Saúde EPE

Categoria: Consequências, para a farmácia hospitalar, das alterações na saúde	Subcategorias:
	Acréscimo de trabalho para o farmacêutico hospitalar
	Insuficiência de recursos disponíveis
	Pressões no diretor de farmácia

Quadro 5: Consequências, para a farmácia hospitalar, das alterações na saúde e respetivas subcategorias

Para o aumento de trabalho do farmacêutico hospitalar contribuíram, segundo os participantes: (1) o aumento de pedidos de dados de diversos organismos de saúde, (2) a necessidade de tempo para acompanhar a informação devida à crescente inovação terapêutica, (3) o dispêndio de tempo para cumprimento de todas as exigências legais, que por sua vez, estão em constante mudança e, por último, (4) o aumento de diversas atividades, quer devido ao crescimento dos hospitais quer devido ao aumento do número de patologias tratadas, quer, ainda, devido ao aumento da burocracia. Eis alguns excertos que ilustram a argumentação:

“(…) sim. ... temos muito mais experiências para gerir... temos muito mais conhecimentos... que é impossível, lá está, ou nos especializamos realmente ou qualquer dia não sabemos sequer nada sobre medicamentos, porque á medida que surgem é... é impossível acompanhar.” (Part.11)

“Acaba por se despender muito tempo. O farmacêutico, quer dizer, terá... acabou por trazer mais tarefa burocrática. E também, esta inovação acaba por... também trazer... mais trabalho burocrático, porque o consumo também é muito maior. Em termos de... sabermos quantos doentes temos em tratamento, por exemplo, termos maior cuidado com terapêuticas muito caras, temos maior cuidado nos stocks que temos aprovisionados, porque isso... temos mais atenção de saber quando é que o doente faz o próximo ciclo, quantos doentes é que vêm fazer, ou... mais... ter mais o cuidado, de se calhar, se pudermos aproveitar doses, juntar doentes numa determinada data, portanto pedir ao médico para...para isso, até prontos, acaba por se poupar recursos, não só a nível da medicação, mas de todo o tipo... mesmo material de consumo clínico, proteção individual, tudo isso, quer dizer, há maior acuidade, mas acho que os farmacêuticos estão muito mais despertos nessa área de... prontos... de economia. Poupar.” (Part.4)

“Há duas décadas atrás, nós estávamos naquela fase em que os orçamentos se esgotavam no mês de abril, e se continuava a comprar tudo sem ninguém perguntar nada, não era? Era assim, era um bocadinho assim... agora não, agora as restrições são muito maiores, as coisas são muito mais rigorosas, o farmacêutico hospitalar tem um... um papel fundamental também aí, em propor alternativas, em... em

restringir os stocks, em... em ... detetar desvios, portanto, principalmente nessa área financeira (...)" (Part.6)

O excerto do participante 6 sugere a adoção de uma postura mais gestora, isto é, uma postura de híbrido profissional referido por McGivern *et al.* (2015), adotada, neste caso por necessidade devido às exigências atuais, na gestão do serviço.

Segundo os dados recolhidos, as pressões exercidas sobre o diretor da farmácia surgem de vários ângulos e com interesses variados. Conforme notado por vários entrevistados, a evolução no setor da saúde trouxe indubitavelmente um acréscimo de trabalho para o farmacêutico hospitalar, desde logo, porque as pressões para a eficiência na gestão de recursos variados são cada vez maiores.

A administração pressiona, os doentes e familiares pressionam, o serviço pressiona, e diversos organismos também. Uns porque querem medicamentos recentes e quase sempre mais caros, outros, porque querem exatamente o contrário. Todos consideram as respetivas vontades, urgentes e justificadas, e o serviço também pressiona porque não consegue dar as respostas pretendidas e, se consegue, fá-lo com um sacrifício que não poderá ser recompensado, porque o diretor não dispõe de mecanismos para o fazer. Os participantes referem um contexto de trabalho com condições difíceis, devido a excesso de trabalho, burocracia e grande pressão, que, como sustentam Barley & Bechky (2017) pode ter consequências na construção da identidade profissional. Apresentam-se excertos exemplificativos:

"(...) é estar... estar... prensada... por um lado pela administração, e estar prensado... por outro lado, e ainda bem que está prensado, pelos... pelos colegas, e pelos trabalhadores..., pelo conjunto de trabalhadores do serviço, porque... é sinal que eles ainda querem fazer alguma coisa, e não estão amorfos. ..., mas é..., mas é uma posição... é uma posição muito difícil... manter a motivação... sem dar nada em troca. É só o sorriso matinal e um bom dia... às vezes não chega. Sobretudo no final de um dia de trabalho, só o «Até amanhã» e o «Tenha um bom regresso a casa» ... não (...)" (Part.13)

Paralelamente, os doentes estão cada vez mais informados e exigem o que nem sempre é mais adequado, mas quase sempre é mais caro, como foi referido:

"É muito difícil...e realmente pronto essa ... essa pressão que é feita, que vem... vem acoplada à inovação e que torna realmente... o desempenho da profissão mais... mais difícil." (Part.11)

São exigidos relatórios com os mais diversos dados por diferentes organismos, que se duplicam e não têm qualquer retorno:

“Eles são consumos, eles são os preços, eles são...e depois, não pode comprar, mas afinal pode, e depois... isso é kafkiano, e isso tem ...sinto que tem aumentado.” (Part.9)

Além disso, também referiu outro participante:

“Acaba por se despende muito tempo. O farmacêutico, quer dizer, terá... acabou por trazer mais tarefa burocrática.” As normas legais, alteram-se rapidamente e são difíceis de cumprir, como disse o participante 19: “(...) as alterações legislativas abruptas (...)” (Part.4)

As pressões para a eficiência afetam a gestão de recursos económicos, que são francamente insuficientes para a aquisição dos medicamentos necessários, mas também, a gestão dos recursos humanos, que sendo insuficientes, têm cada vez mais solicitações. Conforme foi sublinhado pelos entrevistados, os hospitais crescem em tamanho e em valências. O número de doentes a tratar em internamento e a atender em ambulatório, cresce também. Os medicamentos inovadores surgem a um ritmo alucinante, exigindo constante atualização de conhecimentos que permitam tomar as decisões mais corretas e devidamente fundamentadas.

A insuficiência de recursos disponíveis refere-se a todos os recursos, quer humanos quer económicos, quer materiais. Quanto aos recursos humanos, a insuficiência foi relacionada, por um lado, com o aumento de trabalho e, por outro, com a dificuldade em contratar:

“(…), mas de termos, nós estamos muito limitados, em termos de equipa, em termos de recursos, de hospitais, passamos uma fase de crise enorme, não é, em que os recursos ficaram todos muito mais limitados (...)” (Part.6)

“(…) não se consegue... é muito difícil tu provares... o teu trabalho, é muito... é um trabalho, como eu costumo dizer que é por trás do pano, é muito difícil tu mostrares o valor do teu trabalho, ...e... ..e provar que precisas, por exemplo, não é só mais pessoal, de tudo, e de obras, como tu viste, não é, ... eu não... eu não... não consigo... sinto-me mesmo um bocado impotente em não conseguir que eles vejam o estado daquele serviço, não é, é muito difícil porque as prioridades nunca são o serviço farmacêutico, como é um serviço da retaguarda, como o doente só vai ao gabinete do ... do ambulatório, buscar a medicação. E ali não se vê nada mau, não é? Pronto, o resto não interessa, estamos lá nós, e...e pronto (...)” (Part.7)

O excerto do participante 7 denota preocupação com a falta de reconhecimento da farmácia e do farmacêutico hospitalar, fator que Noble *et al.* (2015) consideram contribuir para a construção da identidade profissional.

Categoria: O impacto dos hospitais privados no sistema de saúde

O impacto dos hospitais privados no sistema de saúde, situa-se, segundo os dados recolhidos, a dois níveis, a competição com os hospitais públicos, referido por 7 participantes e a sobrecarga que colocam nos hospitais públicos, referido por 4 participantes.

Categoria: Impacto dos hospitais privados no sistema de saúde	Subcategoria:
	Hospitais privados competem com hospitais públicos
	Hospitais privados sobrecarregam hospitais públicos

Quadro 6: Impacto dos hospitais privados no sistema de saúde e respetivas subcategorias

Por não estarem sujeitos ao apertado conjunto de regras a que os hospitais públicos têm de obedecer e ao crivo burocrático para o desbloqueio das verbas necessárias ao respetivo funcionamento, a que os hospitais públicos estão sujeitos, os hospitais privados, têm uma gestão mais ágil, o que os pode tornar competitivos em relação aos públicos. Por exemplo, os seus serviços de hotelaria são, de um modo geral, superiores.

Dos participantes, 7 referiram o modo como os hospitais privados competem com os hospitais públicos:

“Os privados têm melhores condições de hotelaria, e... têm uma gestão muito mais ágil, e que responde melhor, em detrimento dos públicos, que continuam a ser lentos, à espera que o ministério das finanças autorize comprar um comprimido (...)” (Part.10)

“Portanto, num hospital privado, pode haver o desbloqueio financeiro por parte do investidor, ou da parceria, etc., mas num hospital público, não. Portanto, aí, estão sem... estarão sempre condicionados, portanto se calhar é mais fácil fazer as coisas, estando num hospital privado, do que estando num hospital público.” (Part.14)

Por outro lado, sobrecarregam os hospitais públicos ao selecionarem os doentes e atividades mais lucrativas, deixando os restantes, para os hospitais públicos assumirem. A este respeito, alguns participantes referiram que os hospitais privados selecionam os doentes que querem tratar, enquanto outros entrevistados consideram que os hospitais privados enviam para os hospitais públicos os doentes que atingiram o teto do seguro de saúde, para terminarem tratamentos:

“E, portanto, as questões que têm a ver com o processamento, o funcionamento das unidades privadas, tem muito mais a ver com aqueles serviços, com aqueles... com a prestação de cuidados de alta rentabilidade económica: cirurgias em massa, acidentes de viação, cirurgias de ambulatório, do que propriamente com tratar os grandes doentes.” (Part.2)

“Os públicos têm que garantir a acessibilidade de toda a gente aos cuidados de saúde. E quando se fala na acessibilidade de toda a gente, fala-se dos doentes crónicos com HIV, dos doentes crónicos com hepatites, dos doentes crónicos com esclerose múltipla... vale a pena continuarmos? É que não vale... e, portanto, esses doentes nunca vão para o privado. As necessidades do ponto de vista da farmácia dos hospitais privados são diferentes das dos hospitais públicos.” (Part.2)

Categoria: O impacto dos hospitais privados na farmácia hospitalar

O impacto dos hospitais privados na farmácia hospitalar, ao nível da direção do serviço, foi referido por 11 participantes, igual número de participantes que referiu as consequências nas competências dos farmacêuticos a exercerem nesses hospitais, que consideram deficientes.

Categoria: O impacto dos hospitais privados na farmácia hospitalar	Subcategorias:
	Consequências para a direção da farmácia
	Competências dos farmacêuticos a exercerem em hospitais privados

Quadro 7: O impacto dos hospitais privados na farmácia hospitalar e respetivas subcategorias

Dos 11 participantes que mencionaram o impacto dos hospitais privados nas competências dos farmacêuticos hospitalares a exercerem nesses hospitais, a maior parte considera que elas não são comparáveis às dos farmacêuticos a exercerem em hospitais públicos. De fato, o que está em causa é saber se dois profissionais, em condições de igualdade de tempo de serviço, alcançam as mesmas competências, qualquer que seja o tipo de hospital. Dado que as funções que desempenham serão o molde das suas competências, à partida a semelhança de competências só será credível se as atividades forem semelhantes. O que de fato, não acontece, segundo a opinião dos participantes, porque os hospitais privados são, de um modo geral, muito mais pequenos que os públicos e bastante menos diferenciados, também. O fato dos privados terem menos valências do que os hospitais públicos e não tratarem todo o tipo de doenças, condiciona a competência dos respetivos profissionais. Por outro lado, os hospitais públicos, têm maior exigência de diferenciação de recursos humanos, dado que, terão, necessariamente, de possuir as competências ajustadas às atividades a desempenhar, atendendo à complexidade de tratamentos e intervenções que se praticam, nesses hospitais:

“Se eu te estou a dizer que há funções diferentes e que há uma abrangência de funções diferentes... acho, eu acho que enquanto num hospital público, a competência de um diretor dos serviços farmacêuticos tem que ter uma abrangência técnica, capaz de pelo menos, perceber a amplitude total

do desempenho da função dentro do hospital, eu perceciono que num hospital privado, a função tem que ser muito mais direcionada para a rentabilização dos recursos disponíveis, de forme a tornar fácil e rentável, o circuito do medicamento dentro do hospital. Mais nada. Mais nada que isso. Um hospital público tem de cuidar de muito mais coisas.” (Part.2)

“A questão é adquirir as competências, mas depois é a evolução posterior. E a grande maioria dos hospitais privados são muito mais limitados em termos de valências, e... a todos os níveis, do que os hospitais públicos. Por tanto, a bagagem que uma pessoa, num hospital público, adquire, é muito maior do que... num hospital privado... normal, não é? Que tem duas ou três valências, que tem umas cirurgias menores, que... tem umas urgências assim-assim.... é completamente diferente a bagagem e os casos que nos aparecem.” (Part.6)

A estes diferentes tipos de hospital correspondem razões de ser igualmente diferentes. Os hospitais públicos integram-se no atual serviço nacional de saúde, criado há mais de quarenta anos e que tem sido um exemplo paradigmático a nível europeu. Estes hospitais são dificilmente autossustentáveis, porque o âmbito da sua missão é garantir que todos os doentes, sejam efetivamente tratados, independentemente dos custos associados. Nos hospitais privados, a prioridade máxima está no lucro. Há seleção de doentes, que são tratados pelos meios mais onerosos enquanto o teto do respetivo seguro não é atingido, sendo então empurrados para os hospitais públicos, como foi referido:

“A realidade é constatada, não vale a pena... Eu sei que os seguros só pagam 5 ciclos de tratamento. Não pagam mais. Infelizmente os doentes sobrevivem aos 5 ciclos e depois, quem paga a seguir? E é que são cada vez mais caros. E, portanto, em relação aos privados e á gestão dos privados, tenho um conceito claro. Aquilo é para gerar, é para render, é para gerar lucros e, portanto, é para fazer aquilo que dá lucro. Os custos complicados, o Estado está lá para assegurar isso.” (Part.2)

Foi referido também que as diferenças de competências se devem ao fato de os privados contratarem farmacêuticos mais jovens, e conseqüentemente, mais inexperientes e também mais baratos e influenciáveis:

“Eu acho que no privado, até pelas questões remuneratórias, contrata-se... e nós temos conhecimento de que colegas jovens, que não têm grande experiência, para a direção de serviço. Em termos aqui do público, eu acho que já são coisas com mais... tempo de serviço... com menos... na área norte... de um modo geral e da área norte que conheço melhor... já são pessoas que estão no cargo há muito tempo e..., portanto, já têm outras competências... já adquiriram outras competências.” (Part.4)

“(...) e o... que pode ter acontecido nalgumas situações é... é... o privado necessita de um farmacêutico formalmente... formalmente precisa do farmacêutico, portanto fica, assim: «É pá, olha que chatice,

preciso do farmacêutico para abrir isto». Então o que é vai fazer? Se não estiver sensibilizado para perceber o papel do farmacêutico, vai dizer: «Ó pá, vou buscar o mais barato, não é?» Eu até posso dizer, «O miúdo sai da escola, é farmacêutico, ninguém... ninguém me exige que ele tenha uma formação, e, portanto, ponho o anúncio e vou buscar o mais barato, ou alguém que eu conheça», não é?» (Part.9)

“O acesso à direção..... Se calhar entre as pessoas ... e tendo em conta que agora com estas novas legislações podem nomear qualquer um... não é, às vezes as pessoas chegam à faculdade, chegam à... chegam aos serviços farmacêuticos e ficam logo diretores, não é?” (Part.7)

O diretor da farmácia do hospital público exerce em pleno a atividade de gestão dos respetivos recursos humanos, a sua atividade de controlo sobre os procedimentos técnicos executados, a participação em numerosas e variadas comissões e grupos de trabalho e a representação da farmácia no hospital e fora dele. O seu papel na gestão de recursos financeiros é variável, conforme a administração do hospital, mas sempre superior ao que tem o seu colega do privado. O diretor da farmácia do hospital privado existe com alguma frequência, apenas por imposição legal e o seu papel é bastante discutível, como foi referido por diversos participantes e que se exemplifica com o comentário seguinte:

“(...) eu acho que acaba por ser mais, desculpa o termo, uma figura decorativa que está a dar o nome, a direção técnica ao hospital, do que propriamente ter ali uma grande intervenção, antes pelo contrário, há alguém intermédio entre diretor de aprovisionamento, assim um misto que põe e dispõe...percebes?”(Part.4)

Dos 11 participantes que referiram o impacto dos privados na direção da farmácia, houve também a referência à pouca capacidade de decisão do diretor e ao fato de a autonomia do diretor da farmácia poder ser posta em causa. Eis alguns excertos ilustrativos:

“(...) a pressão que nós temos da direção, ou seja, é diferente, eu acho que é diferente, pronto, que se olha mais aos custos de maneira diferente. Tenta rentabilizar e fazer lucro de maneira diferente, enquanto que no público não se prevê tanto lucro, no privado tenta-se um lucro de maneira diferente. É a perceção que eu tenho. “(Part.12)

“Um... tem mais a ver com lucros, e outro... tem mais a ver com... resultados, e outras... ou outras coisas quaisquer. Ou não, resultados ou não. Mas são diferentes...e, portanto, se calhar, as direções de serviço poderão ser... como é que eu hei-de dizer... pressionadas de formas diferentes a exercer a sua atividade. “(Part.19)

Categoria: Percepções sobre o impacto das parcerias público-privadas

Categoria: Percepções sobre o impacto das parcerias público- privadas	Subcategorias: No setor da saúde, em geral Na farmácia hospitalar (direção de farmácia e exercício da profissão)
---	--

Quadro 8: Percepções sobre o impacto das parcerias público-privadas e respectivas subcategorias

Dos 20 participantes, 17 consideraram que as PPP têm impacto negativo no setor da saúde. Assim, é sublinhado pelos participantes o aumento de custos para o Estado, bem como as eventuais consequências resultantes do fato de nesses hospitais a gestão económica se sobrepor à gestão técnica.

Aparentemente as parcerias implicam custos mais elevados do que os sistemas públicos de gestão hospitalar, conforme referido por vários participantes:

“Segundo...segundo os entendidos em dinheiro, aquilo é uma pipa de maça que vai pelo cano abaixo..., mas pronto.” (Part.19)

“(...) a ideia que tenho, ...é um bocado dar o ouro ao bandido... no sentido que... eu podia fazer, ou seja, podia ser meu (...)” (Part.9)

Entre os entrevistados há quem considere que o comportamento geral das parcerias depende de quem as gere:

“(...) depende de quem está a gerir, não é, e os objetivos que têm.” (Part.4)

Mas vários participantes evidenciaram que os objetivos prioritários das PPP são essencialmente económicos:

“É isso mesmo que está a acontecer e acho que há uma predominância excessiva da gestão económica, das atitudes meramente gestionárias, relativamente àquilo que tem que ser a função e o objetivo de prestação de cuidados de saúde. (...) Deviam acabar. Está tudo dito. Já disse o que tinha a dizer e, portanto... estar aqui a misturar... eu não consigo misturar as coisas. Eu estudei química, felizmente e estudei física também... eu nunca consegui misturar duas coisas que não eram miscíveis. Não é? Querer estar ... a pôr no mesmo, no mesmo plano duas organizações que, segundo o meu entendimento, e eu posso estar errado, têm objetivos de prestação de serviço público diferentes, não dá. Não dá, pá... isto sou eu, não sei se estou certo.” (Part.2)

No que se refere ao impacto das PPP na gestão da farmácia hospitalar mais especificamente, dos 20 participantes, 16 identificaram possíveis conflitos de interesse sentidos pela direção de serviço, nesses

hospitais. A incongruência entre os valores da identidade dos diretores de farmácia das PPP e os valores que terá de assumir, enquanto diretor, podem provocar a existência de conflitos, indicada pela maioria dos participantes, o que, pode ser explicado pelo trabalho de Goldie (2012). A propósito, refere-se também, a influência das organizações, na construção da identidade profissional dos seus trabalhadores, nomeadamente respetivos contextos e valores, como referem McGivern *et al.* (2015).

As PPP são hospitais públicos geridos por um grupo económico privado, ou seja, as regras são as dos hospitais públicos, a gestão é que é privada. Todavia, enquanto não existir um regime legal adequado para as parcerias, as zonas juridicamente cinzentas serão sempre aproveitadas para o exercício de um domínio mais apertado sobre os profissionais do hospital. Como no caso específico do serviço de farmácia hospitalar já existe legislação específica, será de esperar que a situação melhore, como foi referido:

“Penso que às vezes há atropelos. Penso que às vezes há atropelos. E por isso me parece que a ... carreira farmacêutica é importante, e que, se ela tiver ... robustez, talvez evite atropelos.” (Part.10)

O diretor da farmácia hospitalar é o responsável por todos os aspetos técnicos e científicos dessa farmácia, quer num hospital público quer num hospital em regime de PPP, portanto, o garante, perante o Estado, de que as decisões técnicas e científicas que têm a ver com medicamentos são as mais corretas, independentemente das pressões que diferentes órgãos desse hospital possam exercer, incluindo os de gestão. Salvaguardando a defesa contra essas eventuais pressões, a legislação publicada em meados do ano passado define que o diretor da farmácia de um hospital público ou de uma PPP seja um farmacêutico no topo da carreira, nomeadamente um assessor sénior, e obriga a direção do hospital, nos casos em que queira ultrapassar esta imposição, a fundamentar devidamente essa decisão.

Acontece que há parcerias que centralizam a gestão das farmácias do grupo económico que gere a parceria, o que na prática é um método de submeter o diretor da farmácia a uma hierarquia indevida e ilegal, possibilitando uma promiscuidade de interesses económicos entre os hospitais privados pertencentes a esse grupo económico e a PPP, pertencente ao Estado português.

Face a isto, e de acordo com os entrevistados, o diretor da farmácia tem que gerir eventuais conflitos entre dois patrões, o Estado e o grupo económico que gere a parceria, o que pode ser problemático, conforme notado por vários entrevistados:

“Eventualmente sim, quer dizer... é...eu já me sinto desconfortável por ter indicações kafkianas, não é, de um só patrão. Se eu tiver dois patrões, ambos ...a competirem também nessa... nessa componente, eu acho que ficava mais descompensado.” (Part.9)

“(...) existe logo à partida uma gestão central, uma orientação central, que tem que ser aplicada em todos os hospitais, que tem realidades completamente diferentes, que deve ser difícil de articular, com todos os diretores de serviço, porque eles... basta pensar que as realidades são diferentes, não é (...)” (Part.6)

“(...) deve ser muito difícil. Tem... deve-se ter uma ética muito forte... e... e uma liberdade que... eu acho que pode ser necessária. De ter aquela liberdade de chegar ao conselho de administração, ou do administrador que gere aquela área, e dizer: «Eu, não estou disponível para isto, nem que isso custe o meu cargo». E... eu não sei até que nível se calhar apesar de tudo num hospital público... ok, deixo de ser diretora, mas se calhar mantenho... mantenho o meu emprego... não sei até que ponto é que num hospital PPP... num hospital privado... isso é fácil de acontecer...é (...)” (Part.11)

Por último, o diretor da farmácia hospitalar tem de gerir ainda outro tipo de conflito de interesses, aquele entre o grupo económico que gere o hospital e o interesse do doente, sendo que o interesse deste último tem que ser prioritária e inequivocamente defendido pelo diretor da farmácia, o que poderá implicar decisões muito difíceis para este:

“Ah, até podem ser consequências complicadas, se nós sentirmos que... estamos nalgum momento... a não oferecer o melhor tratamento a um doente por questões... meramente... financeiras, ou definidas superiormente, mas que não relacionadas com as questões técnicas, em termos profissionais, éticos e deontológicos, é muito complicado (...)” (Part.6)

“Pois, se a pessoa não for... se não for... não tiver uma conduta íntegra, pode ser... muito mau. Pode ser muito prejudicial. [para o doente]” (Part.7)

Ainda, alguns participantes referiram que as nomeações do diretor da farmácia estão mais dependentes da confiança do que do mérito profissional:

“Claro que sim. Muito mais de confiança política do que de competência.” (Part.19)

“Mas idealmente, não deveria afetar... teoricamente, não deveria afetar. Na prática, as nomeações... Cada... cada vez há mais nomeações, cada vez as nomeações são pelos motivos que nós já falamos.” (Part.20)

Foi também referido por 6 participantes, o impacto das PPP na profissão de farmácia hospitalar. Nos excertos apresentados a seguir, é evidente a preocupação com as ameaças às fronteiras profissionais, que como refere Petriglieri (2011) podem provocar respostas individuais, grupais e institucionais.

“Sem dúvida. Sem dúvida. Sem dúvida. Claro. Se eu vejo que estão a desvalorizar colegas... isso, isso é mau para todos. Como é evidente. É mau para a nossa profissão e é mau para todos.” (Part.1)

“Muito mal.... muito mal. Mais, mais... ainda por cima, puseram em causa a autonomia técnica de uma profissão que é eminentemente autónoma tecnicamente.” (Part.2)

Tema 2: A gestão da carreira de farmácia hospitalar

O desenvolvimento deste tema segue a organização hierárquica das categorias definidas na análise dos dados empíricos. As respostas às questões abordadas nas entrevistas permitiram traçar os respetivos percursos profissionais dos participantes, desde uma fase anterior ao início da carreira, até à atualidade. Com maior ou menor profundidade, dependendo da vontade expositiva dos entrevistados, foi-lhes dada a possibilidade para discorrerem sobre o percurso profissional e académico, ao sabor das próprias recordações e da inspiração do momento. Neste contexto, alguns participantes desenvolveram mais as respostas, enquanto outros foram mais sucintos.

Tema 2: A gestão da carreira de farmácia hospitalar	Categorias:
	Escolha do curso
	Escolha da área profissional
	Acesso à carreira de farmácia hospitalar
	Planeamento da carreira de farmácia hospitalar
	Objetivos profissionais
	Aspetos motivadores no exercício da farmácia hospitalar
	Aspetos desmotivadores no exercício da farmácia hospitalar
	Alterações desejáveis na carreira de farmácia hospitalar
	Diferenças da farmácia hospitalar em Portugal relativamente a outros países
	Marcos importantes na carreira de farmácia hospitalar
	Relações profissionais do farmacêutico hospitalar

Quadro 9: A gestão da carreira de farmácia hospitalar e respetivas categorias

Categoria: Escolha do curso

Categoria: Escolha do curso	Subcategorias:
	Influência familiar ou outra influência
	Opção alternativa para quem quer um curso na área da saúde
	Oportunidade ou acaso

Quadro 10: Escolha do curso e respectivas subcategorias

Conforme referido pelos participantes, nos tempos áureos da farmácia comunitária com frequência a escolha pelas Ciências Farmacêuticas era a primeira opção para quem dispunha de uma farmácia na família, cuja direção técnica, mais cedo ou mais tarde, acabava por assumir. Alguns participantes iniciaram a descrição do seu percurso académico na fase em que tiveram que decidir a opção pela área profissional, enquanto outros foram mais atrás no tempo, à data da escolha do curso. Assim, 7 participantes referiram que escolheram o curso por influência familiar ou por influência de colegas e amigos. Singh & Sharma (2017), referem que os familiares, bem como profissionais que os indivíduos admiram, exercem uma forte influência no processo de decisão da carreira.

Apresentam-se os excertos seguintes:

“(…) e estava a iniciar o 10.º ano com as técnicas laboratoriais, a parte de laboratório e tudo, e comecei a gostar mais, e, entretanto, eu também tinha... os meus avós foram farmacêuticos, tenho uma tia também com uma farmácia, pronto, havia sempre... havia... várias pessoas... e então acabei por... por gostar, e... e pronto, acabei por ir para farmácia.” (Part.17)

“(…) e a universidade do Porto faz uma mostra no Palácio de Cristal, todos os anos, com os cursos, onde tem lá colegas, todos os anos, colegas nossos mais velhos, do terceiro e quarto, anos, que no fundo dizem como é que é o curso, os cursos que são, o que é que se faz, estavam lá umas experiências, etc. Então lembro-me de parar numa barraquinha de farmácia, que por acaso uma amiga minha disse, vamos ver farmácia, já agora, ... na altura estavam lá dois colegas meus, depois até fiquei em contato eles, mais tarde, quando entrei no curso, falava com eles, estavam no terceiro ano, ... e falei com eles, e na altura eles disseram, para quem gosta de química, este curso é de cinco estrelas, porque 90% das cadeiras são química, ... e se gostas de laboratório então anda, ... e ... e eu disse... não, fiquei na dúvida, fiquei com o bichinho (...)” (Part.14)

A opção pela farmácia é frequentemente uma segunda opção de curso (Johnson & Chauvin, 2016; Noble *et al.*, 2015) para quem quiser ficar ligado à saúde e tiver falhado medicina, por falta de classificação. De fato, a dedicação profissional à saúde é uma ideia popular e apelativa e, especificamente, o medicamento em si é atrativo, como símbolo do alívio que as atividades da saúde proporcionam aos doentes:

“A minha mãe tinha asma, doença de que morreu, e eu senti que a asma não tinha terapêutica adequada naquela altura e, portanto, senti muita necessidade da evolução da terapêutica e, portanto, eu agarrei-

me à farmácia como uma arma fundamental para as pessoas poderem viver mais tempo e de terem uma qualidade de vida melhor.” (Part.10)

Apenas 2 participantes referiram que a escolha da área profissional aconteceu devido ao acaso:

“Foi um acaso. ... fiz candidatura online, já, e eu ia ser nutricionista. Dois minutos antes de terminar a candidatura, e felizmente a internet funcionou, eu consegui buscar... e sim, é verdade, não ... não tinha... não... não conhecia ninguém, e foi mesmo um acaso, foi um acaso.” (Part.15)

Também é interessante referir que muitos dos entrevistados que enveredaram pelo curso por mero acaso, e/ou por lhes ter surgido uma oportunidade fortuita, acabaram por gostar do curso e da profissão:

“Era medicina e farmácia e pus medicina Porto e farmácia Porto e entrei em farmácia e nunca mais pensei sequer em medicina. E a verdade é que eu gostei do curso.” (Part.1)

Categoria: Escolha da área profissional

Relativamente à escolha da área profissional, foram analisados os motivos que fundamentaram a escolha e a satisfação com a opção tomada.

Categoria: Escolha da área profissional	Subcategorias:
	Motivos de escolha
	Satisfação com a escolha

Quadro 11: Escolha da área profissional e respetivas subcategorias

Terminada que foi a licenciatura em ciências farmacêuticas (legalmente equiparada, à atual licenciatura com mestrado integrado), o farmacêutico defrontava-se e defronta-se com a opção em seguir uma das várias áreas a que o curso dá acesso, ou seja, farmácia comunitária, farmácia hospitalar, indústria farmacêutica ou investigação científica, análises clínicas, assuntos regulamentares, entre outras. Todos os entrevistados selecionados para este trabalho embarcaram, obviamente, na farmácia hospitalar.

Quando o jovem universitário se encontra a terminar a sua licenciatura em ciências farmacêuticas e quer seguir uma das carreiras a que ela dá acesso, os estágios de pré-licenciatura poderão ser os primeiros passos para a escolha definitiva. Finda a licenciatura, poderá ainda experimentar os estágios profissionalizantes e, frequentemente, poderá aceitar empregos provisórios nos diversos setores, que também servirão de orientação para a escolha final. Ora é nessa altura que esses estágios ou afins, passados em ambiente hospitalar, podem tornar a área mais apetecível ao jovem farmacêutico que desde o princípio pretendia ligar-se à saúde. Essa escolha aparentemente será acertada, pois foram raros

os entrevistados que não se congratulassem pela sua escolha.

Dos 20 participantes, 8 decidiram-se pela farmácia hospitalar após o estágio em cada uma das áreas, hospitalar e comunitária, 4 decidiram depois de terem experimentado outras áreas, 2 por influência familiar e 6 por oportunidade ou acaso. Eis alguns excertos que ilustram estas escolhas:

“Gostei... no estágio, o primeiro contato, ... gostei do que vi, comparei com outra área que experimentei, foi farmácia comunitária (...)” (Part.15)

“Eu não sabia logo... por acaso, quando estava na faculdade, ainda não tinha bem a noção de qual era a área que eu gostava. Fiz o estágio em comunitária, fiz o estágio hospitalar, depois na altura, quando acabei, ainda quis ir experimentar a indústria farmacêutica para ver todas as áreas, fiz ainda um... um ano, mais ou menos, na indústria farmacêutica, mas depois cheguei à conclusão que eu gostava mesmo era... a parte da... da farmácia hospitalar, por ser um bocadinho mais científica. A comunitária exclui-a logo, não gostei muito daquela parte muito comercial, só comercial, e... farmácia hospitalar gostei do contato com o público, contato com outros profissionais de saúde, e por ser mais científica (...)” (Part.12)

“Aconteceu de estar... de estarem a precisar de alguém com urgência, e... e eu estar disponível e no fundo foi de referência, não é, portanto aí, foi assim um... um estar no sítio certo à hora certa.” (Part.5)

Quando questionados se estavam satisfeitos com a opção feita e se repetiam a escolha, apenas um dos 20 participantes respondeu que não estava satisfeito e, portanto, não repetia a escolha:

“Não. Não voltaria. ... Não sei, acho que teria enveredado para a área da Psicologia, que é outra ... outra área de que eu gosto muito e que tenho pena de não ter ... não ter feito psicologia. E atualmente se calhar seria o curso que teria escolhido. Não saúde, mas sim psicologia.” (Part.3)

Quanto aos restantes 19, embora respondessem que repetiam a escolha, as suas respostas pareceram evidenciar algumas dúvidas, afirmando que gostariam de experimentar ou de adicionar outra atividade à farmácia hospitalar, por diversas razões.

Os excertos que se apresentam demonstram que existem algumas dúvidas quanto à satisfação com as escolhas efetuadas, dúvidas que parecem estar mais relacionadas com a escolha do curso, do que posteriormente com a opção pela área da farmácia hospitalar:

“Agora, ... não sei se... se não juntaria... não só farmácia ou outra... outra profissão qualquer diferente, fora da saúde, porque eu acho que as pessoas da saúde sofrem um bocadinho... a nível ... acho... eu estou aqui num hospital oncológico, acho que umas pessoas, quem está mais no ambulatório... que é um ambiente pesado. Vemos muitas alegrias, mas também vemos muitas tristezas. E acho que... pronto, acabamos por sofrer um bocadinho com isso, e acho que... não sei se não... juntaria outro emprego que

fosse uma coisa completamente diferente, fora da saúde, e pronto, que às vezes quando sabemos demais, da dor (...)" (Part.17)

Portanto, a vasta maioria dos entrevistados disse sentir-se satisfeito pela opção, quer do curso quer da especialidade, apesar de, em alguns casos, não ter sido a primeira escolha e apesar dos fatores desmotivadores com que se têm debatido, sobretudo o congelamento da carreira.

Categoria: Acesso à carreira de farmácia hospitalar

Categoria: Acesso à carreira de farmácia hospitalar	Subcategorias:
	As condições atuais de acesso não são adequadas
	As condições atuais de acesso são adequadas

Quadro 12: Acesso à carreira de farmácia hospitalar e respectivas subcategorias

Para aceder à carreira de farmácia hospitalar é necessário ter o título de especialista que tem sido atribuído pela Ordem dos Farmacêuticos, por não terem sido abertos estágios pelo Ministério da Saúde. Estes títulos têm sido atribuídos após aprovação em exame, ao qual podem concorrer os farmacêuticos com pelo menos 4 anos de exercício da atividade em farmácia hospitalar. O exame atribui assim uma equiparação ao estágio e o respetivo conhecimento que confere a especialidade é adquirido por exercício da atividade nas habituais condições de trabalho de cada hospital e não por aprendizagem planeada, estruturada e tutelada como aconteceria com o estágio. Mais ainda, o acesso à carreira é automático após a obtenção do título, por início ou continuidade de CIT, e não por submissão a provas de acesso à respetiva carreira.

A grande maioria dos participantes considera que a forma mais adequada de aceder à carreira de farmácia hospitalar seria por frequência de um estágio nacional, com um número de vagas ajustado às necessidades, tutelado, com um programa devidamente organizado e estruturado, com uma vertente mais clínica e com avaliação final de conhecimentos que iria conferir a especialidade em farmácia hospitalar. Essa especialidade permitiria depois aceder aos lugares existentes nos hospitais.

Assim, dos 20 participantes no estudo, 17 referiram que as condições deveriam ser alteradas, sendo unânimes na opinião de que o melhor caminho era um tempo de formação, a que se chamaria estágio ou internato. Este internato constaria de um programa adequadamente organizado e estruturado, ajustado à realidade do exercício profissional atual e tutelado por profissionais experientes. Seria realizado em hospitais com capacidade formativa e com lugares em número suficiente para as necessidades de

cada época. A opinião dos participantes é suportada pela literatura. Com efeito, Passi & Johnson (2016) consideram a importância da formação da identidade profissional, na criação de uma visão realista da profissão, aspeto que também tinha sido considerado por Noble *et al.* (2015). Acresce que, como refere Goldie (2012) a formação da identidade profissional, pode ser um processo complicado, justificando-se por isso, a formação em contexto de trabalho que referem Noble *et al.* (2015), expondo os alunos aos problemas que vão ter de enfrentar no exercício da atividade profissional, como defende Trede (2009). Para a formação da identidade profissional contribui também a influência de mentores e modelos de papel, o que justifica a necessidade de orientadores experientes e conscientes da responsabilidade que lhes cabe na formação dos alunos, como referem Passi & Johnson (2016). As opiniões divergiram quanto ao tempo e conteúdo da formação, bem como quanto á eventual subespecialização:

“(…) o que eu acho mesmo é que um internato era...era... é... era o ideal. Um internato com um vencimento condigno ... e depois com prestação de provas, mas..., mas... tendo por base o internato.” (Part.13)

“Porque, lá está, no fundo o... não há um programa, teoricamente têm que se cumprir determinadas horas... em determinados setores de... áreas de... da farmácia hospitalar, mas... acho que é muito vago... acho que era preciso o... algo mais orientado, com tutores realmente que ... certificados, que nos pudessem realmente orientar pela... pela profissão e pela especialidade.” (Part.11)

“Eu acho que é adequado o internato. Acho que de fato a nossa carreira precisa de ter o internato, um internato muito bem definido, com as áreas todas muito bem balanceadas, com os exames feitos depois da áreas, também muito bem estruturados, acho que é muito importante ... é fundamental passar pelas áreas todas, é fundamental fazer-se relatórios, mas também é fundamental depois de fato ter um exame, ... neste momento, na carreira anterior, era apenas verbal, mas pode ser verbal e pode ser escrito, mas ser muito bem validado porque acho que isso só nos beneficia, só nos valoriza.” (Part.6)

“E acho que devia ter um conteúdo [o internato] ... e acho que devia ter um conteúdo clínico maior, que não tem.” (Part.2)

Alguns participantes consideraram que estes estágios ou internatos poderiam ser semelhantes aos dos médicos, com uma parte mais generalista e depois, haveria a escolha da especialidade, como foi referido:

“(…) acho que primeiro deveria haver uma área generalista, e depois poderia haver a tal especialidade, no fundo, quase como... como é... a parte médica, ou seja, havia a parte generalista de um ano comum, em que se aprendiam todas as áreas, e depois, consoante o gosto, ou consoante... ou por concurso, ou por notas, haver zonas de especialidade em que a pessoa podia se um farmacêutico oncologista, ou um farmacêutico de algumas áreas (...)”(Part.12)

Apenas 3 participantes consideraram que as condições atuais estão ajustadas, 2 dos quais ainda não estão na carreira. Para a maior parte dos entrevistados também é bastante consensual que as exigências de internato deveriam ser transversais ao setor público e ao setor privado, pois só assim se poderia garantir o conhecimento necessário para a segurança e qualidade do serviço prestado pelos farmacêuticos, em ambos os setores, o que é compreensível, visto que tanto no privado, como no público se tratam doentes. Foram várias as referências neste contexto, das quais se apresentam as seguintes:

“(…) acho que o público tem sempre mais gente com mais *know how*, com mais tempo do que tem o privado. O privado, vão mais recém-licenciados (…)” (Part.4)

“(…) para já, não é, porque depois se... se para o privado for exigido uma especialidade exatamente igual ao que é para o público, as competências são adquiridas, mas depois podem não ser evoluídas, não é? A questão é adquirir as competências, mas depois é a evolução posterior.” (Part.6)

O participante 6 alertou para um aspeto importante e que passa por garantir a competência, pois, não basta que as exigências para o acesso sejam as mesmas no público e no privado, mas é preciso manter a atualização dos conhecimentos, particularmente numa área que está em constante evolução.

Para a maioria dos participantes, a realidade atual não parece a mais adequada pois a especialidade é obtida mediante exame de equiparação ao estágio, a que se submetem os farmacêuticos com prática de um mínimo de 4 anos em farmácia hospitalar, sem programa de formação, sem tutela e a exercerem nas condições habituais de trabalho. Considerando que as condições de trabalho contribuem para a construção da identidade do indivíduo (Barley & Bechky, 2017; Dutton, Roberts & Bednar, 2010), as condições referidas pelos participantes, sendo de grande exigência e pressão, com frequência em funções repetitivas e sem experimentarem todas as áreas de atividade, causam alguma apreensão, pelas consequências que podem ter a nível profissional e da formação da respetiva identidade.

Apresenta um excerto:

“Quem anda nos recibos verdes, normalmente não tem hipótese de correr aquelas áreas todas. E, portanto, depois pode ter uma formação um bocadinho deficiente, não é, a não ser que realmente tenha muito cuidado e se preocupe em percorrer todas as áreas que são consideradas indispensáveis para a formação, para o estágio e para a especialidade, não é?” (Part.10)

Como foi referido por alguns participantes, antes do exame de equiparação os candidatos tiram algumas dúvidas com os colegas que trabalham nas áreas que não conhecem, ou, no melhor dos casos, passam lá umas horas e declaram que têm experiência em todas as áreas da farmácia e o diretor de serviço assina por baixo, para não os prejudicar, como foi referido:

“Só que não têm as valências todas e cada vez mais é difícil ter-se as valências, até por causa da falta de pessoal. Mesmo que haja vontade... se mobilizar o pessoal vai dar para eles aprenderem as várias áreas, não ... não há, não temos recursos para isso. E depois quer dizer, é fácil, é fácil chegarmos a um exame e ver que o colega não tem aquelas valências, porque não sabe, faz-se determinadas perguntas e dizer que..., portanto, é um título que está desvirtuado (...)” (Part.4)

A abrangência da farmácia hospitalar, potenciada pela inovação terapêutica, que em algumas áreas é enorme, chama a atenção para a necessidade de subespecialização, como forma da profissão se expandir (Nancarrow & Borthwick, 2005), de forma a permitir o acompanhamento da informação que acompanha a inovação e a constituir uma mais-valia na equipa de saúde. A farmácia clínica seria uma dessas áreas a desenvolver, mas outras foram citadas, como a farmácia hospitalar no domicílio. Os estágios ou internatos dariam formação nessas subespecialidades.

Categoria: Planeamento da carreira de farmácia hospitalar

Dos 20 participantes, 15 afirmaram que não fazem planeamento da carreira enquanto os restantes 5 responderam que o fazem.

Categoria:	Subcategorias:
Planeamento da carreira de farmácia hospitalar	Planeia a carreira
	Não planeia a carreira

Quadro 13: Planeamento da carreira de farmácia hospitalar e respetivas subcategorias

Dos 5 participantes que fazem planeamento da carreira, 2 estão numa fase inicial da atividade profissional e responderam que planeiam tirar a especialidade. Os outros 3 pretendem continuar a aumentar os conhecimentos:

“Acho que estou em... mesmo muito no início, agora o meu próximo objetivo seria fazer o exame de especialidade, entretanto vou concorrer... tentar concorrer ao exame, e, portanto, agora, neste momento, o meu foco é... é esse... é o exame de especialidade, para tentar subir se as carreiras (...)” (Part.17)

“(...) e planeio, planeio, mas não sei se vou ter tempo, é assim, pronto, gostava de fazer também o mestrado, ou a..., mas sempre na área de gestão, curiosamente, porque como estou nesta área de direção, acho que é muito importante para nós termos também alguma coisa mais focada, mesmo, nessa

área. Já fiz um bocadinho com o PADIS⁵, há algumas perspetivas diferentes, mas acho que há algumas ferramentas que nos faltam, e que nos ajudavam no dia-a-dia, principalmente com as exigências atuais (...)" (Part.6)

Dos que afirmaram não planear a carreira, alguns referem planear apenas as atividades de trabalho, não propriamente um percurso de carreira, outros afirmaram que o deixaram de fazer por desmotivação:

"Nada. Zero." (Part,9)

"Não muito, ... não muito a partir do momento em que... em que as progressões nas carreiras deixaram de ser... de ser... seguidas, e de ser possíveis, ... deixei de programar a minha... a minha carreira. Vou... vou viajando em função daquilo que é a velocidade dentro do... do serviço, dentro do hospital. De certa maneira, ... é o que eu penso que é o que nós todos fazemos." (Part.13)

"Eu tenho vindo a planear a minha carreira, obviamente, eu não... não me atirei assim para as coisas sem pensar que poderia haver sempre uma consequência, agora... agora, no fim da carreira, é que me sinto menos motivada para... para ... estou meio desiludida (...)" (Part.19).

Relativamente ao planeamento de carreira seria de esperar que pelo menos todos os participantes que ainda não estão na carreira tivessem planos de a virem a integrar, tornando-se especialistas, o que não acontece. Aparentemente isto sucede por descrédito generalizado, quer pela especialidade obtida nos moldes atuais, quer pela própria carreira de farmácia hospitalar. Este descrédito conduziu alguns dos profissionais numa fase mais avançada da vida profissional a desistirem do planeamento da carreira, que em tempos abraçaram, abdicando mesmo de atingirem o topo.

As mudanças na saúde por evolução natural ou forçada pela crise económica, que se aproveitou dos alvos mais facilmente acessíveis para a suportar, os funcionários do Estado, muito contribuiu para o panorama atual de desmotivação generalizada, como foi referido:

"(...) com a história de que tudo aquilo que vem na comunicação social sobre os funcionários públicos, que são, não é, que são os... acham que foram os funcionários públicos que colocaram o... este país na bancarrota, e... há um desrespeito (...)" (Part.20)

Categoria: Objetivos profissionais

Dos 20 participantes, 2 responderam que não têm objetivos profissionais, 5 que pretendem apenas assegurar o melhor possível o dia-a-dia e 13 referiram que têm objetivos específicos.

⁵ Programa de Alta Direção de Instituições de Saúde

Categoria:	Subcategorias:
Objetivos profissionais	Atualmente não tem objetivos profissionais
	Assegurar o dia-a-dia
	Tem objetivos específicos

Quadro 14: Objetivos profissionais e respectivas subcategorias

Apresentam-se em seguida algumas respostas que fundamentam a ausência de objetivos ou o fato de se procurar assegurar somente as necessidades diárias, do serviço:

“[O objetivo] Sobreviver (...)” (Part.9)

“Isto hoje não está a dar. Objetivos devem ter-se, mas acho que esta situação não está fácil. Não há condições objetivas para fazer grande desenvolvimento profissional nesta área, porque efetivamente não há dinheiro. Os recursos que existem são todos gastos no consumo corrente.” (Part.2)

“Os meus objetivos profissionais... é... é levar... eu acho que o meu trabalho é uma missão... e então eu é levar a missão a bom porto ... porto (...)” (Part.7)

Foram vários os objetivos profissionais referidos e alguns dos participantes têm vários objetivos, particularmente os diretores de serviço que somam aos seus próprios objetivos, os objetivos do serviço.

Eis alguns excertos ilustrativos:

“(...) e depois há uma área que até nem sempre as pessoas gostam muito, mas que eu gosto, que é o ambulatório, que eu tento também sempre melhorar assim um bocadinho mais ou desenvolver um pouco mais, para dar mais proximidade... do doente, que é... que é um... a atividade onde nós estamos mesmo perto do doente, mais diretamente, e é uma área que... que eu gosto de desenvolver, sim.” (Part.12)

“Querida que... sair do Serviço, ver outras coisas, nos serviços clínicos. Esse era o meu principal objetivo aqui.” (Part.15)

“(...) eu gosto muito da área da oncologia, e... gostava de... de aprender mais... cada vez mais, e sei lá, futuramente, uma pós-graduação que... na área da oncologia, que me possibilitasse ter mais conhecimentos na... na área, e... estar sempre a par da... que isto é uma área que... está sempre a evoluir, e (...)” (Part.16)

“Os objetivos profissionais era... é continuar de fato na carreira hospitalar, tentar ... evoluir na área da gestão (...)” (Part.6)

O desenvolvimento profissional por que o farmacêutico hospitalar anseia é, de fato, o espelho dos seus sonhos e ambições, pelo que a resposta a esta pergunta foi coerente, para cada caso, com as posições

que o entrevistado assumiu ao longo da sua entrevista. Assim, não é de estranhar que aparecessem planos de subespecialização, em áreas como a farmácia clínica, a oncologia, o atendimento ambulatorio e a gestão. Mais uma vez neste trabalho, se manifesta a vontade de expansão profissional dos farmacêuticos hospitalares, através da subespecialização, uma das formas de expansão dentro da mesma área profissional, referidas por Nancarrow & Borthwick (2005).

A ressuscitação da carreira está a dar um apoio saudável às meritórias ambições de progresso na mesma. Era esperado que se ouvissem manifestações de desejo de atingimento do topo da carreira, mas foi particularmente agradável a expressão de uma intenção de progredir na carreira e ter um projeto para a farmácia, pois é desse estrato que vêm os futuros bons diretores.

Categoria: Aspetos motivadores no exercício da farmácia hospitalar

Categoria: Aspetos motivadores no exercício da farmácia hospitalar	Subcategorias:
	Perceção da importância do contributo do trabalho do farmacêutico hospitalar
	Aprendizagem e evolução constantes
	Trabalho em equipa
	Contato com o doente
	Gosto pelas atividades praticadas
	Outras razões

Quadro 15: Aspetos motivadores no exercício da farmácia hospitalar e respetivas subcategorias

Foram vários os aspetos motivadores mencionados pelos participantes, relacionados com a utilidade percebida do trabalho do farmacêutico hospitalar, com a aprendizagem e evolução constantes, com o trabalho em equipa, com o contato com o doente e com o gosto pelas atividades, entre outras razões.

Os aspetos mais valorizados foram a perceção da importância do contributo do trabalho do farmacêutico, referido por 12 participantes:

“O serviço. Ter a garantia que estou a trabalhar para o bem de alguém, que aqui os doentes são os utentes do Serviço Nacional de Saúde.” (Part.2)

“Porque apesar de tudo eu sinto... posso não me sentir realizada, mas sinto que o meu papel é importante e nesse aspeto, sinto que estou a fazer algo útil, como talvez não me sentisse noutra profissão.... Sinto que faço algo útil, sinto que o meu trabalho é importante.” (Part.1)

Seguida da aprendizagem e evolução constantes referida por 11 participantes. Eis dois excertos

ilustrativos:

“E... foi uma coisa que eu senti muito, é que na farmácia hospitalar nós aplicamos as competências que adquirimos na... na faculdade. Quer dizer... pode haver outras áreas de... de atividade farmacêutica em que isto não acontece, mas no hospital nós pomos efetivamente em... em uso e desenvolvemos as capacidades que nos... que nos são dadas na faculdade. Acho que isso é uma coisa muito interessante (...)” (Part.10)

“O que me motiva ... é estar constantemente a aprender, estar constantemente a evoluir, ... felizmente é uma carreira que permite isso, não é, porque está aqui, sempre em mim, em constante mudança, o que é hoje, amanhã já... já não é, ... e... foi... e é uma das coisas que eu noto desde que entrei para cá, é uma grande necessidade de voltar a estudar, de voltar a... isso é uma coisa que me agrada.” (Part.5)

Outro aspeto motivador mencionado por 6 participantes foi a oportunidade de trabalhar em equipa:

“(...) o sermos uma profissão que pode... estar em grupos multidisciplinares, acho que isso é muito importante, acho que... que temos que trabalhar mais nisso, acho que temos que ser mais aguerridos nessa área, é a minha opinião (...)” (Part.4)

O contato com o doente foi também referido por 5 participantes:

“(...) o nosso contato, que temos cada vez mais com os doentes (...)” (Part.4)

Outros aspetos motivadores, referidos por menos participantes, estavam relacionados com o gosto pelo contato com as pessoas e a possibilidade de haver um equilíbrio trabalho-família facilitado pela profissão:

“E... eu gosto muito do contato com as pessoas. Gosto pouco de estar parado a uma secretária, ... o ideal era andar por fora, era andar a fazer ambulatório, ou outra coisa... adoraria fazer ambulatório ligado à farmácia hospitalar. Apoio a ambulatório, adoraria. Porque eu gosto imenso de trabalhar com as pessoas, e... sair, e...evitar rotinas, não está na minha... na minha maneira de ser (...)” (Part.13)

“Desde logo... isto, não devia começar por aqui. Mas desde logo eu acho que temos um horário... um horário bom, para quem... para quem tem família, permite gerir a vida privada (...)” (Part.18)

Apesar de os fatores de desmotivação da carreira de farmácia hospitalar serem muitos e relevantes, como veremos de seguida, apenas um dos entrevistados mostrou arrependimento pela sua opção profissional. As reações às suas contrariedades manifestaram-se com atitudes que vão desde a acomodação, até à integração, investindo tudo o que for possível na carreira, mas não deixando, em qualquer caso, de se preocupar com os colegas mais novos, como evidenciado por alguns entrevistados:

“Preocupa-me o futuro da profissão, que já não é para mim (...)” (Part.19)

“Mas..., mas preocupa-me o futuro das colegas mais novas. ...dos colegas e das colegas mais novos, porque... porque o... o horizonte deles é... é que o horizonte de todos os jovens, em Portugal, ou quem ... quem esteja a baixo dos quarenta anos, ... não é... não é famoso.” (Part.13)

Deve, todavia, salientar-se que esta atitude foi a predominante nos diretores e ex-diretores. Todavia, nos restantes entrevistados, a atitude foi mais de indignação, mesmo naqueles que se acomodaram. De fato, o farmacêutico hospitalar sente que o seu papel, no circuito do medicamento é fundamental para que o doente receba, com segurança, o tratamento mais adequado, num ambiente terapêutico, em constante evolução técnica e científica, orgulhando-se de ser apreciado pelos médicos e pelos doentes. Dada a importância que a evolução tecnológica tem na construção da identidade profissional (Korica & Molloy, 2010), a constante evolução que acompanha a atividade do farmacêutico, particularmente nos últimos anos, sugere um grande dinamismo da respetiva identidade profissional. O reconhecimento social da profissão também segundo Noble *et al.* (2015) tem um papel importante na construção da identidade profissional. Mesmo durante o período negro do congelamento das carreiras, a evolução pessoal foi sempre possível desde que aproveitadas todas as oportunidades de granjear experiência e de frequentar ações de formação, como referido por alguns participantes:

“(...) o nosso trabalho, embora seja de equipa, apesar de ser um trabalho de equipa, é um trabalho individual, também... que... que dá para nós nos desenvolvermos individualmente... com uma certa independência... é assim uma mistura... não sei explicar bem.” (Part.7)

“E depois com os outros profissionais, eu acho isso é... de me impor, uma das coisas que me dá mais gozo é... pá, estar numa reunião, promover uma reunião com... com médicos, enfermeiros, a discutir coisas que... que são... interessantes.” (Part.9)

Para estes entrevistados o contentamento com o seu percurso profissional deve-se sobretudo ao sentimento de cumprir uma missão socialmente muito importante, num trabalho em equipa, quer com os seus colegas quer com outros profissionais de saúde. Evidencia-se na referência do participante 9 o valor que atribui à importância do papel que reconhece ser-lhe atribuído pelos colegas da equipa de saúde, ao promover reuniões para discutir assuntos, transportando-nos para as considerações de Ashforth & Kreiner (1999) relativamente à importância social dos papéis e ocupações e da sua relação com a identidade.

A inovação permanente é outro fator de motivação, embora obrigue a muito trabalho para se atualizar, eventualmente, à custa do seu tempo de descanso, mas vale a pena porque os resultados, nos doentes, são aliciantes:

“Hoje é uma... uma... uma vertigem de... novos medicamentos, investigação, *guidelines* e, portanto... isso motiva-me, porque acho que estamos a assistir a uma mudança relativamente profunda nalgumas áreas, de investigação, e isso motiva-me imenso.” (Part.9)

Categoria: Aspetos desmotivadores no exercício da farmácia hospitalar

Categoria: Aspetos desmotivadores no exercício da farmácia hospitalar	Subcategorias:
	Aspetos relacionados com a carreira e com a profissão
	Aspetos relacionados com as condições de trabalho
	Aspetos relacionados com a existência de conflitos no trabalho
	Aspetos relacionados com o doente

Quadro 16: Aspetos desmotivadores no exercício da farmácia hospitalar e respetivas subcategorias

Os farmacêuticos hospitalares têm afinidades com outros profissionais da saúde, nomeadamente médicos e enfermeiros. Todavia, constituem uma comunidade muito mais pequena, o que lhes retira peso reivindicativo, pelo que em alturas de crise têm que se submeter a contratos de trabalho menos interessantes que os que auferem aqueles profissionais afins, apesar de o seu trabalho, nos hospitais, ser fundamental para o bem-estar e a segurança dos doentes. As administrações hospitalares tendem a abusar desta situação, contratando-os com vencimentos insatisfatórios, a ponto de serem por vezes remunerados com vencimentos menores que os de técnicos de diagnóstico e terapêutica, contratados na mesma altura e com quem trabalham lado a lado. Esses contratos obrigam-nos com frequência a trabalhar indefinidamente num mesmo setor rotineiro, condenando-os a permanecer indiferenciados e limitados a um setor, privados de ações formativas e, portanto, de evoluírem para poderem avançar numa carreira.

Assim se justifica que os aspetos relacionados como a carreira dominem a preocupação dos farmacêuticos hospitalares, com 49 referências dos participantes.

São referidos como desmotivadores na carreira de farmácia hospitalar os aspetos relativos às questões da remuneração e falta de incentivos, referido por 7 participantes, assim como a falta de reconhecimento e de valorização do papel e da atuação do farmacêutico hospitalar, mencionado por 6 participantes. A perceção de falta de reconhecimento profissional persiste em alguns farmacêuticos e é por eles

valorizada, sendo considerada importante para a construção da identidade profissional por Noble *et al.* (2015). Eis alguns excertos relacionados com estes aspetos:

“(...) estou paralelamente a pensar num projeto diferente, meu, em que possa conciliar com... com a farmácia hospitalar porque sinto que a farmácia hospitalar nunca me vai dar... nunca me vai dar ...pelo menos a autonomia total que eu gostava de ter... e a... valorização total que eu gostava de ter. Por isso eu tento conjugar com outras coisas porque... gosto de fato de farmácia hospitalar pelo gosto, mas acho que não... nem sempre é tão remunerada como deveria ser.” (Part.12)

“O que menos aprecio..... é o fato de... muitas vezes ainda termos que dar prova daquilo que somos e para o que servimos. E... e eu acho que nesta altura... a... acho que isso devia ser ...um dado adquirido... para... para todas as pessoas que trabalham num hospital. Perceber porque é que o farmacêutico (...)” (Part.11)

Além disso, outras profissões procuram novas áreas para se expandir, tentando ocupar as áreas de ação dos farmacêuticos e aparecendo como ameaçadoras para a identidade profissional destes, como foi referido por alguns participantes. As ameaças á identidade e as consequências que podem ter, são referidas por vários autores (Liberati, Gorli & Scaratti, 2015; Mitchell & Boyle, 2015; Nancarrow & Borthwick, 2005; Petriglieri, 2011). A substituição horizontal e a substituição vertical, são duas formas de expansão das fronteiras profissionais, para fora da respetiva área profissional, ocorrendo a primeira entre profissões com o mesmo nível de diferenciação e a segunda, entre profissões com níveis de diferenciação diferentes (Nancarrow & Borthwick, 2005).

Apresenta-se um excerto:

“(...) preocupa-me o papel do farmacêutico hospitalar dentro do serviço nacional de saúde, muito mesmo, ... nós estamos a ficar emparedados no meio de outras carreiras que nos querem ... pura e simplesmente usurpar funções, e querem ocupar o espaço... o nosso espaço (...)” (Part.19)

O carácter rotineiro de algumas tarefas do farmacêutico hospitalar e particularmente o desejo de dar visibilidade ao contributo do seu trabalho e ao seu papel profissional no hospital, leva-o a desejar sair do interior da farmácia e perfilar-se ao lado dos outros profissionais de saúde, nomeadamente os médicos e os enfermeiros, no contato direto com os doentes, quer no ambulatório quer, sobretudo, nas enfermarias, praticando aquilo a que se chama a farmácia clínica, como foi referido:

“(...) é sair muito mais da farmácia, participar muito mais nas equipas multidisciplinares, estar muito mais na enfermaria, ... fazer muito mais fármaco-vigilância ativa, ... estar muito mais presente junto do doente, acho que somos... e... o nosso futuro passa por aí.” (Part.6)

A farmácia clínica é um trabalho de colaboração entre médicos e farmacêuticos que permite individualizar, para cada doente, a terapêutica mais adequada, isto é, mais segura e, adicionalmente, mais favorável na relação custo-benefício. Adicionalmente, como transporta para o palco da enfermaria essa colaboração, permite aumentar a visibilidade dos farmacêuticos, para que lhes seja reconhecida a importância que merecem, como foi referido:

“(…) percebes, é que é isso, é começando aos poucos, porque também depois, mesmo até o próprio pessoal de enfermagem habitua-se, dela estar no serviço, acabam por começar a ser um membro indispensável à lei da equipa. Mas quer dizer, nós temos que trabalhar bem isso (...)” (Part.4)

A vontade de expansão das suas próprias fronteiras profissionais, também está patente em vários excertos das entrevistas. O farmacêutico hospitalar quer trabalhar mais próximo da restante equipa de saúde e, obviamente, mais próximo do doente. Alguns farmacêuticos manifestam mesmo a vontade de transformar a farmácia clínica uma subespecialidade, outros referem, pelo menos no curto prazo, um modo diferente de fazer determinadas tarefas, o que pode sugerir a diversificação referida por Nancarrow & Borthwick (2005). De qualquer forma, tanto a especialização, como a diversificação, referem-se à expansão de fronteiras, dentro da mesma área profissional.

Infelizmente, no contexto atual, esta prática colaborativa e de trabalho em equipa está praticamente abandonada devido à deficiência de recursos humanos na farmácia, que dificulta inclusive assegurar a rotina diária, o que aumenta a frustração e desânimo da maior parte dos entrevistados.

Com a degradação económica progressiva, ao fim de alguns anos, os estágios desapareceram, a carreira congelou e as remunerações não só não foram ajustadas, como foram efetivamente reduzidas, sobretudo para os que estavam com CTFP. Para aqueles que assinaram CIT as atualizações de vencimento não aconteceram, como foi referido:

“(…) eu comecei a trabalhar e comecei logo a ganhar o mesmo que colegas que já estavam a trabalhar há 10 ou 20 anos, e não é justo, não acho isso correto, e... e desmotiva, não é?” (Part.18)

Esta situação viria ainda a deteriorar-se com o tempo, e os contratos posteriores foram sendo ajustados para valores inferiores. Em agosto de 2017 foi publicada uma nova carreira, mas, espantosamente, uma parte significativa dos entrevistados, sobretudo os mais jovens, conhecia-lhe a existência, mas nunca havia tido a curiosidade de a consultar, o que apenas se pode explicar por estarem em estado de desânimo e incredibilidade em relação às carreiras.

Assim, muito referido foi a questão de não haver uma aposta na carreira de farmácia hospitalar e o fato de não haver um espírito de união, por parte dos farmacêuticos enquanto principal parte interessada, no

sentido de lutarem pela dignidade da profissão de farmacêutico hospitalar. Esta falta de espírito de corpo e de grupo, fragiliza os profissionais, tanto na defesa das suas fronteiras, como na defesa dos seus próprios valores e, portanto, vai -se refletir na construção das suas identidades profissionais, pois como sustentam Pratt & Dutton (2000), a identidade profissional refere-se à forma como o indivíduo se define enquanto membro de um determinado grupo profissional. Além disso, a falta de partilha de valores e experiências que o participante 19 refere, pode condicionar, segundo Schein (1978) a identidade profissional deste grupo, tanto mais que, como também é referido, já existem muitas assimetrias, no setor farmacêutico, em Portugal. Eis alguns excertos ilustrativos:

“E há outra coisa que me incomoda de há uns anos para cá e me faz chegar a uma triste conclusão. Acho que a farmácia é um exército sem soldados... que tem alguns generais, mas generais sem soldados, não fazem as guerras, nem ganham as guerras.” (Part.2)

“(...) em Portugal também há muitas assimetrias no setor farmacêutico, principalmente no setor farmacêutico hospitalar. E é isso um bocadinho que me... que eu acho que é negativo. Nós devíamos..., mas isso nem tem a ver connosco... nós não conseguimos unir-nos, por forma a partilharmos as experiências, que as pessoas têm. A gente olha sempre para o outro...olha lá está este (quando não está a partilhar uma experiência), lá está este a armar-se em bom, não é? e... e não é... não é assim, nós não temos... embora... nós não temos a... ..o culto do associativismo que outras profissões têm. E isso faz-nos mal.” (Part.19)

O hábito de trabalhar em gabinetes e laboratórios, perpetuado por muitas gerações, criou no farmacêutico hospitalar uma certa tradição eremítica, virada para dentro do seu *habitat*, com escassos contatos com os seus colegas de profissão, apesar de eles estarem à distância de um simples telefonema. Assim, não só não têm oportunidade de se entreajudar, como não chegam a ganhar uma união e um espírito de corpo, que lhes daria maior visibilidade, respeito e força e permitiria a socialização necessária à construção da identidade profissional, pois esta, como refere Trede (2009), inclui também, a forma de relacionamento com os outros.

Antes da crise se ter aprofundado a carreira de farmácia hospitalar ainda assumia contornos aliciantes, embora já fosse penosa em algumas situações. Porém, o serviço de saúde abria anualmente concurso para vagas de estágio de especialidade, embora em número largamente insuficiente para as necessidades nacionais. Terminado esse estágio, podiam submetiam-se ao respetivo exame que lhes conferia o título de especialistas em farmácia hospitalar, atribuído pelo Ministério da Saúde. Aqueles que não conseguiam entrar para o estágio eram contratados em regime de tarefa para trabalhar nas

farmácias hospitalares, podendo ao fim de alguns anos submeterem-se a exame de equiparação e eventualmente entrar na carreira.

Por tudo isto, as questões associadas à falta da aposta na formação ou o congelamento da carreira e a ausência de progressão, ou as dificuldades de acesso a esta para os mais jovens, foram também destacados como importantes aspetos desmotivadores da profissão na atualidade e com consequências na formação profissional e conseqüentemente na identidade profissional (Exworthy & Halford, 1999, referidos em McGivern *et al.* 2015). Referem-se alguns excertos:

“(...) que a carreira volte a ser reativada, que os colegas possam fazer uma formação condigna, de modo a que todos possam vir para os hospitais com a segurança, poderem trabalhar com segurança e não (...)” (Part.4)

“A única coisa é a falta de progressão de 22 anos de base da carreira, que me faz algum desconforto (...)” (Part.3)

Seguem-se os aspetos relacionados com as condições materiais de trabalho, referidos por 10 pessoas, nomeadamente questões relacionadas com o excesso de procedimentos burocráticos, sobrecarga de trabalho, associada a falta de pessoal, e o que isso pode implicar para o doente e, também, a falta de condições físicas de trabalho:

“O que eu menos aprecio, mas isso tem que ver, com mais com a direção do serviço, eventualmente, é... a carga absolutamente burocrática, Kafkiana, mesmo, que existe... .. que te ...é preciso muita... muita coragem – admiro imenso os colegas com... que estão há mais tempo, e com... mais velhos do que eu, e que passaram por muitas... muitas situações (...)” (Part.9)

“Temos... uma... trabalhamos sob pressão, também, que além da carga de trabalho, falta de recursos, e... isso pode levar a que sejam... até haja erros, e somos nós, não é, que estamos ali, que passa por nós e... ..o... ..esse receio... e essa... possibilidade de haver erros, que depois pode ser muito grave, não é, e quem... quem sofre depois é o doente, não é?” (Part.16)

“(...) as nossas condições de trabalho também me preocupam, preocupam-nos a todos, principalmente lá em cima, não sei se conhece a nossa unidade lá em cima, temos algumas deficiências a nível de infraestruturas (...)” (Part.14)

Parte da frustração dos farmacêuticos em geral, e dos diretores de farmácia em particular, relaciona-se frequentemente com uma relação difícil com certas administrações hospitalares que quase atribuem aos farmacêuticos a culpa dos gastos com medicamentos:

“E eu penso assim, às tantas ainda há pior que isto, será que ainda há pior que isto? Percebes? Foi uma coisa tão... tão fora de tudo... ...que isso por acaso assusta-me. Nós... nós neste momento estamos para mudar. Quem eu... eu peço sempre, “Deus queira que venha aí alguém que seja minimamente comunicável”. Até já tive pessoas... cordiais, e com bom trato, sim, sim, sim. Mas também já tive algumas experiências desagradáveis.” (Part.7)

Esse tipo de administração hospitalar tende a ser muito parca em elogios quando as coisas correm bem, não reconhecendo o esforço da equipa farmacêutica para o êxito obtido:

“Não consegui passar ... a ideia de que o serviço ia apresentar trabalhos ou publicava livros, isso era importante, para o hospital e para os... principalmente para o centro hospitalar. É...era bom para o serviço, era bom para as pessoas que o apresentavam, era bom para o conjunto dos farmacêuticos hospitalares, mas ... contribuímos modestamente, à nossa...à nossa maneira, mas contribuímos. E... e... nunca houve, da parte da administração, ao longo destes anos, ... qualquer... não só o apoio, como... como um comentário ao que se fazia, que era... que era dado conhecimento.” (Part.13)

Assim, os conflitos interpessoais - interpares e com as chefias - são também mencionados como desmotivadores por 10 participantes. O fato de metade dos participantes terem referido a desmotivação que os conflitos provocam, demonstra o peso que têm para eles e, sendo a motivação, um fator interno importante para a identidade profissional (Sveningsson & Alvesson, 2003), e com consequências sérias para o modo como os indivíduos encaram o trabalho e se comportam, deveria ser alvo de atenção de todos os atores envolvidos, quer diretamente, quer indiretamente.

Apresentam-se alguns excertos:

“O que menos aprecio, na nossa atividade..... olha, é passar o tempo em nada de produtivo, ou seja, que são as confusões que não trazem mais-valias nenhuma, e que as pessoas muitas vezes..... fazem um nó de qualquer coisa... acho que só pela vontade de complicar (...)” (Part.20)

“As tricas. ... nós... nós somos um grupo profissional... com uma organização fantástica. ... com uma disciplina, em termos de profissão, em termos de... do desenvolvimento da nossa profissão, nos hospitais, nós somos fantásticos... somos... como já te disse, somos quase enciclopédicos ... o que faz desmoronar estas paredes fortes são a... o bichinho que anda a... a roer o cimento, a argamassa, porque os tijolos podem ser muito bons, mas se não estiverem unidos, não... as paredes não se podem construir... e desmoronam-se.”(Part.13)

Por último, há também referências aos aspetos relacionados com a relação com o doente, por 7 entrevistados. Efetivamente, a proximidade com os doentes, que são a razão de ser dos profissionais de saúde, pode tornar-se desconfortável quando se tornam agressivos e desrespeitadores, particularmente

no serviço ambulatorio, maltratando injustamente esses profissionais. A isso se deve também a indignação do próprio doente com a falta de humanização do tratamento hospitalar:

“(...) embora, eu penso que, dos grandes pecados da farmácia hospitalar de hoje em dia e do que nós vivemos no XYZ, é, de fato, o nosso afastamento físico do doente. Há um grande afastamento físico... eu tento sempre ultrapassar isso, tento no meu dia-a-dia pensar constantemente no doente, pensar que não é o cama X da medicina B ou da medicina A, mas sim, é a Maria, é o António, é o Joaquim, é o Manuel... percebes?” (Part.1)

“O doente, quando chega a hora, não quer saber, não tem respeito, ... há uma... um desrespeito (...)” (Part.20)

Torna-se assim evidente, a necessidade de efetuar alterações à carreira, assunto que será tratado na apresentação e discussão da categoria seguinte.

Categoria: Alterações desejáveis na carreira de farmácia hospitalar

São 33 as alterações na carreira que os participantes indicaram como sendo desejáveis, algumas das quais, mais do que desejáveis, são mesmo necessárias, e outras já estão parcialmente implementadas, como é o caso das que se referem à autonomização da carreira, que aguarda apenas a regulamentação da legislação aplicável aos farmacêuticos com CIT, quer em hospitais públicos quer em hospitais em regime de PPP. A legislação aplicável aos farmacêuticos com vínculo de emprego público na modalidade de CTFP, já está regulamentada.

Categoria:	Subcategorias:
Alterações desejáveis na carreira de farmácia hospitalar	Uniformizar a carreira
	Ajustar os mecanismos de acesso à carreira
	Progressão na carreira
	Autonomização da carreira
	Criar subespecialidades
	Ajustar a remuneração
	Outras alterações na carreira

Quadro 17: Alterações desejáveis na carreira de farmácia hospitalar e respetivas subcategorias

As alterações identificadas foram diversas. Assim, 6 entrevistados referem a necessidade da uniformização da carreira, 5 o ajuste dos mecanismos de acesso à carreira, 5 referem-se à progressão

na carreira, 4 referem a importância da autonomização da carreira, 3 referem a importância da criação de subespecialidades dentro da farmácia hospitalar, 3 à remuneração, e 7 a outras alterações. As referências dos participantes, demonstram a percepção da necessidade de revisão e ativação da carreira, o que terá consequências várias, pois, motiva o grupo, fortalece-o, permitindo uma melhor defesa das respectivas fronteiras profissionais e maior possibilidade de expansão das mesmas. Tudo isto terá certamente repercussões na sua identidade profissional (Liberati, Gorli & Scaratti, 2015; Sveningsson & Alvesson, 2003).

Foi defendida a uniformização da carreira:

“(...) acho que também... e espero que agora se resolva o fato de ainda não haver unificação entre os CIT e os funcionários públicos e haver muita diferença de condições entre os vários profissionais que prejudica bastante a atividade e isso acontece, em todas as profissões em que isso aconteça, não é, porque a pessoa tem que desempenhar as mesmas funções com condições de trabalho completamente diferentes, não facilita propriamente a organização de uma equipa, não é?” (Part.6)

Note-se ainda, que foi defendida uma carreira única e a aplicar igualmente em todos os hospitais, públicos, privados ou parcerias, como foi defendido:

“O que é que eu via...gostaria de ver...olha, gostaria de ver uma carreira onde toda a gente lá estivesse.” (Part.7)

Defendeu-se um internato farmacêutico em moldes semelhantes aos do internato médico, forçando a abertura de vagas para internos de especialidade:

“Acho que era importante termos um internato... à semelhança do que têm por exemplo os médicos.” (Part.11)

“(...) nós devíamos ter todos os anos internos, para poder formar ... devíamos todos os anos abrir vagas para internos nos hospitais que têm idoneidade para tal, nós também podemos dar formação aos nossos colegas, e devíamos... como... como as outras carreiras, devíamos ter um... um...um circuito de entrada, dentro da carreira, normalizado (...)” (Part.6)

Sugeriu-se ainda uma progressão baseada no mérito e com o correspondente reflexo na remuneração, bem como uma adequação geral da remuneração dos farmacêuticos hospitalares:

“Mas... mudar... não sei se é possível mudar alguma coisa para ser mais ágil, porque isso se calhar não vai depender de nós, não é, mas se fosse possível... era isso... ser mais ágil, para.... para... ..mais dinâmica, para as pessoas poderem subir, ... facilmente... facilmente, quer dizer, de acordo com... com o mérito, não é, com o mérito, e pudessem ganhar mais se assim o merecessem, não é?” (Part.7)

Foi também defendida a autonomização da carreira, com a criação da carreira farmacêutica:

“De resto, eu acho que é um princípio muito importante para nós, que é uma vitória termos uma carreira, sairmos do pool dos técnicos superiores de saúde, nós somos farmacêuticos, está em todas as normas... normativas europeias, farmacêutico hospitalar é um profissional demasiado ... especializado para estar a ... junto com outros profissionais com valências completamente diferentes, acho que a ... se funcionar bem, que vai ser ótimo, que vai... dinamizar a nossa carreira, que vai dar-se o conhecimento à nossa carreira, o que como já tinha dito antes acho que é muito importante (...)” (Part.6)

Estando as carreiras farmacêuticas em fase de reestruturação, deveria ser aproveitado este novo rumo, para as atualizar. A existência de uma carreira farmacêutica baseada numa especialização geral em farmácia hospitalar, tal como foi programada e implementado nas décadas de 50 e 60 do século passado, mostrou-se suficiente quando o objetivo era a autonomização dos farmacêuticos que se dedicavam especificamente ao trabalho hospitalar. Hoje os tempos são outros e, nos chamados países civilizados, os grandes hospitais começam a requerer aos farmacêuticos uma especialização cada vez mais modular na área onde trabalham, ou seja, estamos numa era em que a subespecialização vai ter que ser a resposta ao ritmo estonteante da atual inovação científica:

“(...) especializações dentro da... dentro da farmácia hospitalar ...não só as grandes especializações, da parte da oncologia, mas mesmo haver... haver formação dedicada a quem... a quem..., a quem esteja com determinados... com determinadas tarefas mais específicas. Porque ... os medicamentos da psiquiatria... e os doentes da psiquiatria têm um... têm uma abordagem, os doentes da ortopedia têm outra, os da medicina são um mundo.” (Part.13)

Foram ainda consideradas, outras alterações desejáveis a efetuar na carreira, como a definição dos recursos mínimos necessários para assegurar as tarefas, como foi referido:

“Porque não há revisão de quadros, eu acho... é outra coisa que eu acho que na definição da carreira também devia haver uma revisão dos quadros dos hospitais de... das várias áreas inclusive da área farmacêutica. Devia haver números mínimos de recursos humanos para assegurar as áreas.” (Part.6)

Também ocorreram propostas para situações mais específicas de determinados hospitais, nomeadamente a definição de fronteiras profissionais em relação a outros profissionais de saúde, bem como a generalização do acesso dos farmacêuticos ao processo clínico, que em alguns hospitais ainda não é uma realidade, como foi dito:

“Eu acho que... nós, enquanto farmácia e aquilo que podemos dar ao doente e não sei... pronto, nós aqui, no hospital XYZ, não sei se sabe, não temos acesso ao processo clínico.” (Part.14)

Apareceram propostas de investimento na qualidade das chefias:

“E tenho visto isso, não só a nível da chefia da farmácia hospitalar, como chefias a outros níveis e noutros serviços. Não se valoriza isso, de fato E isso é péssimo. Não é? “(Part.1)

Categoria: Diferenças da farmácia hospitalar em Portugal relativamente a outros países

Tendo presente o conhecimento adquirido em visitas a outros hospitais no estrangeiro e em congressos e reuniões internacionais e ainda no conhecimento de colegas que trabalham noutros países, os participantes assinalaram os aspetos positivos e negativos da realidade da farmácia hospitalar em Portugal, quando comparada com outras realidades.

Categoria:	Subcategorias:
Diferenças da farmácia hospitalar em Portugal relativamente a outros países	Aspetos positivos da farmácia hospitalar em Portugal
	Aspetos negativos da farmácia hospitalar em Portugal

Quadro 18: Diferenças da farmácia hospitalar em Portugal relativamente a outros países e respetivas subcategorias

Aquando de visitas ocasionais a farmácias de hospitais estrangeiros, os farmacêuticos hospitalares portugueses não podem deixar de estabelecer comparações pois embora separados pela distância e outros fatores eventuais, têm a perceção de pertencerem ao mesmo grupo profissional, fato que Goldie, (2012) valoriza. De um modo geral, o criticismo remanescente dessas preocupações mostrou-se um tanto mais severo junto das gerações mais novas.

Mas independentemente da idade do entrevistado, as comparações sobre condições de trabalho, organização estrutural dos hospitais, ou oportunidades de carreira, foram geralmente consideradas relativamente piores em Portugal, quando comparadas com as existentes em países como a Alemanha ou o Reino Unido. Todavia, a valorização dos setores técnico e científico foi defendida, sobretudo pelos veteranos, posto que, em determinados setores pontuais, possam estar aquém de um ou outro hospital estrangeiro particularmente emblemático. Alguns entrevistados fizeram notar que haverá países que intencionalmente apresentam uma boa imagem para o exterior, de forma que o que apresentam aos seus visitantes, ou em reuniões internacionais, pode não corresponder á realidade, como foi referido:

“E... e tentei sempre transmitir às colegas com quem eu trabalhei esta mensagem. ... que... dos países grandes, nós só conhecemos o que é muito bom. E nem sequer sabemos qual é a percentagem daqueles que são muito bons.” (Part.10)

Por exemplo, há fatores negativos em Portugal, dependentes da nossa crise socioeconómica e do desinvestimento na farmácia hospitalar, que a existirem lá fora (e provavelmente existem) não serão eventualmente evidenciados.

De um modo geral, e particularmente, os participantes mais novos tiveram alguma dificuldade em encontrar aspetos que possam ser considerados mais positivos em Portugal, relativamente a outros países, pelo que foram referidos mais aspetos negativos do que positivos. Apenas metade dos participantes referiu aspetos positivos em Portugal. Seis entrevistados referiram a existência de melhores práticas em Portugal comparativamente a outros países que conhecem, de que destacaram a nossa capacidade de adaptação e a organização. Eis alguns excertos:

“(...) é...sermos mais organizados e estruturados. Porque... trabalhamos mais tempo do que os outros, não é (...)” (Part.9)

“Pá, eu acho que nós até não estamos muito mal colocados, em termos das nossas atividades, ... do rigor que nós exigimos no nosso trabalho. Tudo o que nós ... produzimos, temos um controlo muito... muito...muito definido, e muito sistematizado, daquilo que fazemos, quer seja as normas... normas e cumprimos, não é, isto muitas vezes não é só estar escrito, não é? Portanto eu acho que isso que nós somos realmente muito rigorosos, e fazemos bem.” (Part.19)

“Tem aspetos positivos. ... não ficamos... não ficamos paralisados quando nos surge uma dificuldade burocrática, não ficamos paralisados quando não temos um medicamento para dali a uma hora, mas conseguimos que... convencer a... a quem manda, a mandar um carro buscá-lo, ...e conseguimos-nos adaptar com muita facilidade, a... regras importadas, ou seja, as regras que nós importamos, a nível de qualidade, a nível de procedimentos do serviço, conseguimos adaptá-las bem às nossas... às nossas características.” (Part.13)

De acordo com alguns entrevistados, as características anteriores permitem aos profissionais Portugueses ultrapassar as condições existentes para apresentar um trabalho de qualidade crescente, estando numa posição mais do que confortável no panorama das farmácias hospitalares europeias. Conforme foi defendido por um participante, as farmácias nos hospitais portugueses fazem tudo o que é importante fazer-se, à semelhança do que acontece nos hospitais estrangeiros, e fazem ainda muito do que eles não conseguem fazer, como foi evidenciado:

“Estamos perfeitamente dentro da média europeia, somos capazes de fazer o que eles fazem, fazemos muitas coisas que eles não fazem... e, portanto, não me parece que haja aqui nenhuma “décalage” relativamente ao conteúdo da farmácia, da farmácia hospitalar europeia. Aliás, os farmacêuticos hospitalares portugueses conseguem-se emparelhar quando estão nas associações europeias porque têm cartas para dar. Se não tivessem cartas para dar, com a dimensão do nosso país, não chegavam a lado nenhum.” (Part.2)

Porém, os aspetos negativos foram mais referidos pelos participantes, tendo todos eles referido o avanço de alguns países relativamente ao conteúdo e organização profissional assim como a questão do reconhecimento da profissão, perante o público em geral, demonstrando o valor que atribuem à importância social da profissão e ao respetivo reconhecimento pela sociedade (Ashforth & Kreiner, 1999; Noble *et al.*, 2015). Apresentam-se alguns excertos:

“É assim, precisamos de evoluir muito e eu acho que isso passa muito por termos a carreira definida, por sermos mais reconhecidos, termos mais pessoal, e ao sermos mais reconhecidos também podemos projetar mais o nosso trabalho, divulgar mais o nosso trabalho. ... nós, basta compararmos com Espanha, não é?” (Part.6)

“Temos, por exemplo, sim, tu vais lá fora e em qualquer hospital vês muito mais farmacêuticos a trabalhar fora da farmácia. Encontram-se muito mais. Até responsáveis pelos serviços... eles vão aos serviços...do que cá. Do ponto de vista... Isso é um aspeto que nós temos que... que melhorar.” (Part.4)

“Para já, a valorização da profissão em alguns países é absolutamente extraordinária. Por exemplo, na Holanda, na Bélgica, no Reino Unido, ... são profissões que dão... é uma profissão que realmente é, efetivamente, muito, muito estimada, e está ao nível do médico. Não há... não há hipótese, o farmacêutico e o médico são iguais, no trabalho, cada um, em seu sítio, mas trabalham em conjunto e são iguais. Falam na mesma língua e ao mesmo nível.” (Part.19)

Alguns entrevistados sublinharam que a crise portuguesa tem tido ainda dificuldades próprias, aparentemente mais específicas do nosso país, como tentativas de assalto às suas prerrogativas profissionais, por parte de outras profissões, que tentam, administrativamente, conseguir qualquer forma de equiparação a outras profissões que admiram e querem imitar, como é o caso dos técnicos de diagnóstico e terapêutica, como foi referido. Como referem Nancarrow & Borthwick (2005), em determinadas circunstâncias, alguns grupos profissionais rejeitam algumas tarefas que consideram menos interessantes e que acabam por se tornar atrativas para outros grupos profissionais menos especializados, que as adotam, não querendo perdê-las quando as circunstâncias mudam e são reclamadas pelo grupo que as rejeitou.

Apresentam-se alguns excertos:

“É assim, eu penso que... pelo que eu tenho... tenho apercebido... pelo que tenho visto... em Portugal a farmácia hospitalar, penso que em mais nenhum país tem acontecido aquela questão dos técnicos... quererem quase ser farmacêuticos. Percebes? Acharem-se quase no direito de pensarem que, que é um bocado indiferente ser técnico ou ser farmacêutico, porque é tudo a mesma coisa e, nenhum país, nem sequer em Espanha, isso acontece.” (Part.1)

Outra das dificuldades específicas do nosso país é a deficiente formação profissional, inerente não só à crise económica e à consequente sobrecarga de trabalho, mas também à falta de comunicação entre os profissionais, que tendem a acomodar-se aos maus tempos, para sobreviverem, em vez de se organizarem e estruturarem para fazerem ouvir a sua voz, como foi referido:

“No caso português. ...acho muito acomodada, mesmo. Uma pessoa vai a um site ... estrangeiro, tu vês atividades farmacêuticas que... e vais ao nosso, não tens lá nada. Não tens lá nada. Não tens... nos outros, tens cursos online, tens... tens normas disto e daquilo, tudo... tudo o que tu queres está tudo publicado, e aqui não tens nada.” (Part.7)

Categoria: Marcos importantes na carreira de farmácia hospitalar

Dos 21 acontecimentos marcantes que os participantes relataram 17 referem-se a acontecimentos ocorridos nas respetivas atividades profissionais, 2 dos quais foram negativos, 2 estão relacionados com a atividade científica e 2 com a participação em atividades associativas. O relato de apenas 2 acontecimentos que marcaram pela negativa, pode significar que os acontecimentos negativos são amenos marcantes ou que sucedem com muito menos frequência do que os positivos. “Todos contamos histórias acerca de nós próprios. As histórias definem-nos. Conhecer bem alguém é conhecer a sua história - as experiências que a moldaram, as tentativas e pontos de viragem que a testaram.” (Ibarra & Lineback, 2005, p. 66). Os farmacêuticos em início de carreira, ainda não têm acontecimentos profissionalmente marcantes, enquanto que aqueles que estão numa fase mais avançada, referem mais do que um acontecimento que, devido ao impacto que teve, lhes ficou na memória.

Categoria: Marcos importantes na carreira de farmácia hospitalar	Subcategorias:
	Marcos importantes relacionados com a atividade profissional
	Marcos importantes relacionados com a atividade científica
	Marcos importantes relacionados com a participação em atividades associativas

Quadro 19: Marcos importantes na carreira de farmácia hospitalar e respetivas subcategorias

Foram referidos 2 marcos relacionados com a atividade científica, a obtenção do primeiro prémio, atribuído a um trabalho, num congresso internacional e o convite para participar numa palestra num hospital, num país estrangeiro.

“Pronto, ah... tive... tive... tive há... dois anos, acho eu, foi há dois anos, já fez dois anos, o prémio do melhor XYZ, foi a primeira vez que um português teve... teve esse... esse prémio (...)” (Part.9)

“(...) o ano passado fui convidada para ir ao país XYZ, falar de um tema... e então isso deixou-me feliz, por... por partilhar a minha experiência de cá, ... e porque, fui eu.” (Part.15)

Para além destas atividades que implicaram o reconhecimento internacional, a maioria dos entrevistados referiu situações de âmbito profissional que puderam ser resolvidas por uma atitude sensata, inteligente e profissional que mereceram elogios e enaltecem o papel do farmacêutico.

Assim, os acontecimentos positivos relacionados com a atividade profissional referem-se à implementação de novos equipamentos ou novas atividades, conforme referido por alguns participantes:

“Portanto, eu que tive um projeto de implementação de máquinas automatizadas de dispensa de medicamentos, ... foi para mim um projeto aliciante, e tenho tido feedback positivo (...)” (part.3)

“Eu... para mim, a preparação dos citotóxicos ... e eu penso que ... que fui das primeiras pessoas a preparar citotóxicos na farmácia, no hospital XYZ eu não sei exatamente em que data, mas nós começamos a ... a centralizar a preparação dos citotóxicos na farmácia, ... e... com uma... atitude super-agradecida da enfermeira diretora, porque não queria que as enfermeiras preparassem na bancada, e... ..e.... passados muitos anos, 20 ou 30, ouvir um hematologista dizer... que a farmácia foi... o maior suporte que ele teve para o trabalho dele na hematologia do XYZ, porque a farmácia começou a preparar citotóxicos na farmácia, e porque tinha um livrinho onde ele ia ler tudo, porque...se... porque sentia falta de formação, porque estamos a falar nos anos 80, não é, nos anos 80 (...)” (Part.10)

De entre as várias histórias contadas, destaca-se a do entrevistado que conseguiu salvar a vida a uma criança, fornecendo um medicamento imprescindível, que estava completamente fora dos circuitos de aquisição, depois de uma saga trabalhosa e complicada, em que o farmacêutico envolvido, nunca se deixou levar pelo desânimo e muito menos pelo desespero:

“E, portanto, conseguimos a fórmula, conseguimos que... que o Hospital... andamos às voltas para ver como é que íamos arranjar, importávamos da Itália, mas a importação era complicada por causa do... de ser um manipulado, e o INFARMED começou a dizer que não sei quantos, falamos com as farmácias e as farmácias não conseguiam, falamos com o hospital militar e o laboratório militar conseguiu fazer a fórmula. Infelizmente a criança teve a primeira... convulsão antes de nós conseguirmos o fármaco. Houve um ..., mas de qualquer maneira a criança ainda está viva e está a fazer o medicamento.” (Part.19)

Noutros casos, são referidos acontecimentos associados ao reconhecimento profissional, como a aprovações e elogios em auditorias externas de qualidade:

“O fato de ter tido várias nessas... nas... auditorias da *Joint Commission International*, ter tido elogios públicos, lá está, não é nada de especial, mas ter tido um elogio ao serviço farmacêutico, deu-me imenso orgulho, como é óbvio. Porque foi um esforço reconhecido. Não ganhei nada com isso, mas o fato de alguém reconhecer o esforço feito para cumprir aquelas normas, e para ter as coisas direitas, já é um incentivo, já me enche a alma, digamos assim.” (Part.6)

Finalmente, há referência também à obtenção de novas instalações para o serviço e a reorganização do serviço:

“Do ponto de vista da estrutura, não era a melhor, não era o melhor dos mundos, mas tivemos a dignidade e tinha alguma funcionalidade. Isso foi das coisas que...a estrutura física da farmácia, as instalações.” (Part.2)

“E mais... depois... e, portanto, foi... a tal farmácia, conseguir inaugurar um espaço novo, não é, contra tudo... contra tudo e contra todos, (...)” (Part.9)

Como acontecimentos negativos marcantes foram feitas duas referências, um erro grave com um medicamento que felizmente foi detetado atempadamente:

“Sim, sim. Um erro de medicação que me deixou muito, muito arrasada, durante muito tempo. Felizmente foi detetado antes do... antes de ser administrado aos doentes, ao doente, aos doentes, mas se fosse administrado, causava a morte para aí de cinco ou seis pessoas. Pronto.” (Part.19)

E um acontecimento insólito com um elemento do conselho de administração foi também relatado como um marco negativo:

“Do conselho de administração. E eu era a presidente do júri. Pronto. E a filha estava no concurso. E como eu não a pus em primeiro lugar, percebes, ele ficou para morrer. Porque... à... ele primeiro pediu-me para... para ver esta grelha, não é? E assinou a grelha, e viu a grelha. Primeiro. E estava tudo bem, não é? No fim, quando viu o resultado e a filha não estava em primeiro lugar, já não estava bem. Porque eu não sabia fazer uma grelha, que não sabia fazer nada, que não sabia fazer uma ata, mas aos berros, aos berros, os funcionários todos naquele corredor, ouviram... ouviram.” (Part.7)

Relacionados com atividades associativas foram referidas duas situações marcantes relacionadas igualmente com o reconhecimento público, a atividade na Associação Portuguesa de Farmacêuticos Hospitalares e o convite para pertencer ao Colégio de Especialidade da Ordem:

“Senti-me bem quando contribuí para a revitalização da associação portuguesa dos farmacêuticos hospitalares, nomeadamente quando foi a notificação de processos... e com a automatização de uma série de mecanismos internos de processamento da informação...de informação on-line.” (Part.2)

“(...) do meu reconhecimento de... prontos, pelo fato da Ordem dos Farmacêuticos, de... de reconhecer quando me convidaram para ser membro também do Colégio, acho que... acho que eu sou uma pessoa feliz com a minha profissão. Não, é que sou, sou feliz e gosto do que faço.” (Part.4)

Categoria: Relações profissionais do farmacêutico hospitalar

Consideraram-se as relações profissionais que o farmacêutico hospitalar tem nas instituições onde exerce farmácia hospitalar, particularmente com os restantes grupos profissionais da farmácia, com o respetivo diretor, com os médicos, com os diretores dos serviços e com os gestores. Questionou-se ainda se existe amizade entre colegas de serviço.

Categoria:	Subcategorias:
Relações profissionais do farmacêutico hospitalar	Com os restantes profissionais da farmácia
	Com o diretor da farmácia
	Com os médicos
	Com os diretores de serviço
	Com os gestores
	Com outros profissionais do hospital

Quadro 20: Relações profissionais do farmacêutico hospitalar e respetivas subcategorias

Sendo o diretor de farmácia hospitalar um farmacêutico, é esperado que os restantes farmacêuticos do serviço entendam o difícil papel que lhe cabe, na boa gestão do serviço e que entendam as suas decisões, o que muitas vezes não acontece:

“(…) depois tenho do outro lado, os outros colegas que dizem, “Mas porque é que aquela colega ou aquele colega está sempre naquela área, eu também queria ir àquela área”, percebes? E tem de se ir gerindo isto, não é fácil.” (Part.4)

De qualquer forma, cabe ao diretor decidir e quando os consensos não são possíveis, uma boa liderança assente na organização e na adequada definição de papéis é importante e beneficia todo o serviço, como foi referido:

“Toda a gente quer mandar, toda a gente acha que percebe de tudo e, não pode ser. Não é? Quer dizer, um bom serviço tem que ter, primeiro, tem que ter liderança, tem que ter organização e tem que ter... cada um tem que... cada um tem que saber qual é o seu papel. Isso tem que estar definido. Não pode haver confusão. Estás a ver? Eu, eu acho que nos últimos anos... não sei... tem (...)” (Part.1)

Houve um tempo, num passado não muito longínquo, em que os médicos e os farmacêuticos se olhavam com alguma desconfiança. Médicos e farmacêuticos são parceiros privilegiados na prestação de cuidados de saúde, sendo que o desenvolvimento da farmácia clínica fez com que o farmacêutico fosse bem aceite na equipa, enquanto a participação de ambos em comissões comuns, como a comissão de farmácia e terapêutica, estreitou ainda mais os laços de união. Assim, a evolução dos serviços de saúde acabou por facilitar o trabalho conjunto, demonstrando, a uns e a outros, que o seu trabalho não era concorrente, mas sim complementar, permitindo construir uma boa relação interprofissional, em que cada um conhece o seu papel e respeita o do outro. Excetuando alguns casos pontuais, que são apresentados nesta parte do trabalho, atualmente, os médicos já não sentem que o farmacêutico hospitalar possa constituir uma ameaça às suas fronteiras profissionais, o que contribuiu para diminuir a tensão entre os dois grupos profissionais, facilitando a partilha do conhecimento e a coordenação da equipa de saúde (Ferlie *et al.*, 2005).

Apresenta-se o seguinte excerto:

“Portanto penso realmente que estas comissões ... é importante que tenham farmacêuticos com capacidade de... de...de ligação com os outros profissionais porque são pontos importantes da... de passem imagem da farmácia para o hospital.” (Part.10)

De qualquer forma, 3 entrevistados queixaram-se de que quando um médico é inseguro se torna agressivo ou que era preciso, com alguns, marcar a posição:

“Na maior parte das vezes, é... é bom. ... é fácil, sim, na maior parte das vezes. Claro que há... há exceções, que eu costumo dizer, que quanto mais... inseguro é o médico, mais agressivo é com o farmacêutico (...)” (Part.11)

“Eu dou-me relativamente bem com...com... com toda a gente, e... quer dizer, toda a gente. Dou-me..., mas com... às vezes é preciso... uma pessoa impor-se, não é?” (Part.9)

De ressaltar que os farmacêuticos em início de carreira, isto é, 5, só contactam por telefone ou contactam muito raramente com os médicos, conforme é descrito:

“(...) só pelo telefone, só pelo telefone.” (Part.16)

Quanto aos outros 12 participantes, afirmaram manter boas relações com a equipa médica:

“Com os médicos, normalmente a minha ...a minha relação é boa, ... demorou algum tempo a construir, é um processo que demora há uns anos (...)” (Part.19)

“Excelente. Tenho muito bom relacionamento com os... com aqueles que trabalho mais diretamente e mesmo com aqueles que não tenho um relacionamento tão próximo, mas aqueles que trabalho diariamente, acho muito bom.” (Part.3)

Com os diretores de serviço as respostas foram semelhantes, exceto no que respeita ao grupo dos participantes em início de atividade. De um modo geral, os farmacêuticos mais jovens não tinham contactos com os diretores de outros serviços. Entre os mais velhos, o relacionamento foi frequentemente mais declarado, sendo que era considerado um investimento como elo de ligação da farmácia com os restantes médicos do hospital. De fato, persiste uma certa desconfiança latente entre os diversos grupos de profissionais de saúde, como foi referido:

“(…), mas eu acho... o que eu aprendi é que, o sentimento de desconfiança está sempre presente.” (Part.9)

Os entrevistados mais antigos, sobretudo os que mantinham ou que tinham tido funções de direção, eram apologistas de que a farmácia só podia funcionar se as relações com a administração fossem boas, e agiam em conformidade. Os restantes entrevistados tinham poucos contactos a esse nível. De qualquer forma, houve quem se lamentasse que a administração só reconhecia o valor dos farmacêuticos na gestão económica, furtando-se a reconhecer o valor técnico-científico, como foi o caso referido:

“(…) as administrações, eu acho que só reconhecem o nosso valor, na gestão de dinheiros. Não reconhecem o nosso valor na... na parte científica e no que poderíamos dar como contributo mais na segurança e na qualidade.” (Part.12)

Assim, a relação com os gestores intermédios foi descrita, pela maior parte dos entrevistados, como inexistente a boa, mas nas farmácias dos hospitais públicos, a que pertenciam todos os entrevistados, a gestão era feita pela respetiva direção (exceto em alguns casos em que a farmácia dependia do aprovisionamento, nas aquisições) e reportava diretamente à administração, como foi referido:

“Específico e só da farmácia, não. Não, nós temos um gestor do departamento. De logística e compras. Nós estamos integradas no departamento de logística e compras, que tem vários serviços, e existe um gestor intermédio desse departamento todo. Só da farmácia, não.” (Part.6)

De um modo geral, nas farmácias de hospitais públicos dos participantes não existe a figura de gestor para a farmácia e, em alguns deles, nem sequer existiam gestores intermédios, mas apenas gestores consultivos, como foi referido:

“Cá não existe... um gestor. Por exemplo, aqui há o conselho de administração, e os diretores de serviço. Não há gestores intermédios. Aqui não há.” (Part.4)

Talvez por isso, apenas alguns pusessem reservas às funções e à acessibilidade dos gestores.

Assim, 4 participantes afirmaram que as relações com os gestores eram boas:

“Com os gestores também. Com os gestores hospitalares, sim. Também temos uma parceria e trabalhamos sempre em... quando precisam de alguma coisa, ou nós, deles, sempre é igual para igual e muito bem. Bom relacionamento.” (Part.3)

8 que eram variáveis:

“(...) com os gestores... com os gestores, às vezes há dificuldades... de passar a mensagem. É muito difícil passar a mensagem. O farmacêutico tem, primeiro que prove alguma coisa, é... é de irmos, sei lá, a esgotar até à última molécula de ATP⁶. É. Eu, às vezes, só venço mesmo pela... pela in... eles devem-se cansar de me ouvir.” (Part.7)

6 que não contactavam com gestores, conforme foi referido:

“Não tenho. Zero.” (Part.15)

Enquanto 2 participantes referem que não existem gestores intermédios na instituição:

“Cá não existe... um gestor. Por exemplo, aqui há o conselho de administração, e os diretores de serviço. Não há gestores intermédios. Aqui não há.” (Part.4)

⁶ *Adenosine triphosphate* (Trifosfato de Adenosina é uma molécula associada ao transporte de energia, nas células)

Relativamente aos restantes profissionais dos hospitais, externos à farmácia, quase todos os participantes afirmaram que tinham bom relacionamento a este nível. Apenas foram mencionados alguns pequenos atritos, ocasionais, ao nível da enfermagem:

“Temos um bom relacionamento, temos alguns conflitos com a enfermagem, acho que todas as farmácias têm, mas..., mas são aqueles conflitos habituais de rotinas... de rotinas, e de horários, e de...o dia-a-dia. Coisas habituais.” (Part.6)

Equipa de enfermagem, por exemplo, no geral. ... lá está, é como lhe digo, de vez em quando, no dia-a-dia, surgem pequenos atritos, mas que são situações que se, que se resolvem e que são, no geral, mal-entendidos. ... que acabam por se resolver. Tento sempre manter uma boa relação com... com os outros profissionais.” (Part.5)

Com os restantes profissionais do serviço de farmácia, 8 participantes referiram que as relações são, no geral, boas:

Em... em termos... em termos humanos eu acho que... que nos compreendemos todos... muito bem. Sempre que... que é preciso... sempre que alguém precisa de ajuda, os outros estão lá para ajudar.” (Part.18)

Sim, é muito boa, sim, é... creio que temos boas relações com... com todos (...).” (Part.11)

Os restantes 12 entrevistados referem a existência de pequenos atritos nas relações interpessoais e algumas oscilações nos relacionamentos profissionais, variando assim conforme o momento específico:

“Eu tenho pessoas que tecnicamente são até boas, mas... têm um feitio... terrível e nós temos que nos adaptar e tentar fazer de conta que não se vê e tal... e andar para a frente porque o... ninguém muda ninguém... ninguém muda ninguém (...).” (Part.20)

“Com os colegas de... normal...está tudo bem, quer dizer, alguns dias está melhor, outros não está tão bem, mas (...).” (Part.8)

“Oh pá, há sempre aquela... há sempre uma ou outra pessoa que... gosta de uma intriguinha e isso estraga logo o ambiente todo.” (Part.7)

Uma parte importante da vida é passada em ambiente de trabalho. O convívio, durante os períodos de trabalho é saudável, mas, a sua extensão para fora desse horário, pode acontecer ou não. Há convívios de trabalho que se vão instituindo por repetição, nomeadamente os clássicos jantares de Natal, mas que não traduzem convívio habitual.

Apesar de tudo, relativamente á criação de laços de amizade com colegas de trabalho, a maior parte dos entrevistados (14) respondeu positivamente:

“Também há alguns. Entre os meus amigos também tenho alguns colegas de trabalho. Não é questão essencial. Não faço disso uma questão. Os laços estabeleceram-se, as pessoas acabam por estabelecer laços de amizade, até com alguma... com alguma robustez, mas não foi porque fossem colegas ou deixassem de ser. Não tem nada a ver com isso.” (Part.2)

“Tenho muitos amigos que são colegas de trabalho.” (Part.11)

Os restantes 6 descrevem uma relação de maior distanciamento pessoal, apesar de aparentemente manterem um bom relacionamento com alguns colegas:

“Eu posso ter até um tenho bom relacionamento, acho que com todos os colegas. Mas... não mantenho propriamente assim um ritmo de amizade ... com nenhum deles...quer dizer, são pessoas de quem gosto... alguns deles, são pessoas de quem gosto muito, ..., mas não são propriamente meus amigos.” (Part.12)

“Não vou... não tomo... não vou tomar café, não, não, não, lá fora pelo menos, e fazer uma relação (...)” (Part.17)

Aparentemente, em alguns casos, esse distanciamento pode dever-se a um fosso geracional. Um dos entrevistados mais jovens descreveu um cenário aparentemente raro, mas emblemático, em que duas gerações (mais novos e mais velhos), separadas por um hiato de idade média quase despovoado, não conviviam uma com a outra, como foi referido:

“Tentamos, mas... os convites... a outra faixa tem sempre outras coisas para fazer, ou não se sentem bem, ou acabam por não alinhar (...)” (part.14)

Os mais novos reuniam-se para beber ou comer juntos, depois do trabalho, enquanto os mais velhos, quando convidados encontravam, sistematicamente, uma desculpa.

Vários declararam que não tinham realizado amigos no trabalho, e houve quem dissesse que já tinha tido no passado, mas que poucos restavam nessa condição, como foi referido:

“(...) pronto, é daquelas coisas que, pronto, a vida vai-nos dando a conhecer, pessoas que até achávamos que eram amigas, mas que por fatos que foram acontecendo, afinal, não foram tão amigas e, portanto, as pessoas, não é, vai acabando, tem um evidente bom relacionamento profissional, mas a parte mais pessoal, fica... fica para lá... fica em casa.” (Part.4)

Os farmacêuticos hospitalares trabalham juntamente com outros profissionais de saúde, nomeadamente com técnicos de diagnóstico e terapêutica, com os assistentes técnicos, e com os assistentes operacionais. Estas relações podem sofrer altos e baixos, obrigando-os a pôr as coisas nos seus lugares, sobretudo quando se sentem tentativas de atropelo entre classes, como foi referido:

“Uns arrufos ou às vezes assim... aquilo como é que se chama? Aqueles inquéritos, ou processos disciplinares, um ou outro, de vez em quando, para por as coisas calmas, para ver se as pessoas se acalmam, porque as pessoas não percebem... não compreendem que há uma hierarquia, e... e... acham que só têm direitos, não têm deveres, portanto, nós, como funcionários temos, no... na lei da função pública, e na lei dos... dos contratos de trabalho, um profissional tem direitos e deveres.” (Part.19)

Geralmente os atritos conseguem-se resolver com certa facilidade, apesar dos problemas inerentes às hierarquias paralelas. De qualquer forma, os atritos surgem com mais facilidade quando há sobrecarga de trabalho, mas vale sempre a pena tentar transformá-los em aprendizagem, como foi referido:

“(...) acho que os próprios conflitos são uma... uma boa forma de nos... de nos fazerem... de nos ensinar, exatamente, ..., portanto... do bom e do mau, tentam... temos de tirar... um bocadinho.” (Part.5)

Tema 3: A direção de farmácia hospitalar

Nesta parte do trabalho são apresentados os resultados do estudo empírico considerados com mais relevância para a direção do serviço de farmácia hospitalar, desde o acesso ao cargo, até aos desafios que o diretor tem de enfrentar.

Tema 3: A direção de farmácia hospitalar	Categories:
	O acesso à direção de farmácia hospitalar
	Caraterísticas valorizadas no diretor de farmácia hospitalar
	Desafios que o diretor de farmácia hospitalar tem de enfrentar

Quadro 21: A direção de farmácia hospitalar e respetivas categorias

Categoria.: O acesso à direção de farmácia hospitalar

Categoria: O acesso à direção de farmácia hospitalar	Subcategorias:
	Acesso por concurso
	Acesso por nomeação
	Acesso por eleição
	Acesso por escolha de um projeto para a direção do serviço
Acesso por nomeação e eleição	

Quadro 22: O acesso à direção de farmácia hospitalar e respetivas subcategorias

O diretor da farmácia, para além das suas funções de gestão, é, sobretudo, o diretor técnico do serviço e, portanto, o garante da qualidade do seu funcionamento. A formação e experiência são fundamentais, como foi referido:

“Quer dizer, as pessoas não dão muito valor á experiência, não dão muito valor á formação..., mas isso é muito importante, não é? Quer dizer, há cargos que, de fato, só se podem exercer bem (...)” (Part.1)

Acontece que a despesa inerente à aquisição dos medicamentos representa uma fração muito elevada dos custos de qualquer hospital, apenas superada pelos custos dos recursos humanos, fato que torna a farmácia um alvo muito apetecível para utilização de diversas medidas de contenção de custos, umas justificáveis e pertinentes, outras impensáveis, quando tomadas em consciência e por quem está habilitado para o fazer - o farmacêutico. Assim, para assumir os seus deveres técnico-profissionais, o diretor não pode ser sensível às pressões económicas do conselho de administração, sem as ponderar devidamente e rejeitar se preciso for, sob pena de prejuízo grave para o doente. Justifica-se, portanto, que a direção de farmácia seja tão ou mais isenta do que outras direções de serviço, e tenha uma postura ética irrepreensível. Por vezes esta atuação não se ajusta minimamente com a obediência que está implícita e é procurada com as nomeações administrativas, que não necessitam de qualquer fundamento ou justificação.

A direção do serviço de farmácia tem sido acedida por nomeação do conselho de administração do hospital. A escolha habitualmente não segue qualquer critério previamente definido e publicitado. O mérito pode não estar na origem da decisão. Perguntou-se aos participantes que opinião tinham acerca das nomeações administrativas ou políticas. Todos responderam que eram inaceitáveis se não fossem baseadas no mérito, tendo um dos participantes referido que, excepcionalmente e apenas para ultrapassar uma situação urgente, poderia ser aceite:

“Pontual. Não... não vou dizer sou absolutamente contra, por isso. Imaginar que... há uma situação muito complexa no serviço. Porque tem que esperar um ano ou dois com impugnações, recursos, etc. para... para poder fazer uma substituição numa direção é algo que também não faz sentido, não é? Portanto, um mecanismo que diga eu resolvo assim, e responsabilizo-me. E esse... o outro processo, depois, pode seguir. Só por isso é que eu... admito que...- possa existir uma figura assim de... nomeação administrativa – administrativa ou política.” (Part.9)

Dos 20 participantes, 8 entendiam que o concurso, com critérios bem definidos, onde o mérito e a experiência fossem contemplados, é o método de acesso mais adequado:

“Sim, porque não? Porque às vezes, enfim, os lugares de confiança... pronto, o lugar de confiança nem sempre se escolhe as pessoas com mais... digamos, com melhores características para o lugar. Portanto, não me choca nada que o lugar de direção do serviço fosse um lugar de prontos, uma pessoa concorrer, que já houve em tempos, em tempos já foi assim, não é? Abria-se o lugar e as pessoas concorriam, pronto, e não era um lugar, lá está... depois, a pessoa adapta-se ou não à estratégia do conselho de administração, pode ali haver mais atritos ou menos atritos (...)” (Part.4)

“Portanto, passaria por... um concurso, não é, com as regras bem definidas, e posso assumir que dou a... alguma vantagem a quem trabalhar numa determinada instituição face a quem venha de fora, mas não posso nunca..... inibir que aquela instituição possa ir buscar um melhor elemento.” (Part.9)

Outros 5 participantes consideravam que a nomeação pelo conselho de administração, desde que, baseada no mérito, é aceitável. Eis um excerto ilustrativo:

“É o que eu digo, eu não sou contra a nomeação desde que seja uma nomeação fundamentada, e que seja tomada em consciência, conhecendo a pessoa, achando que realmente ela é adequada para o cargo, e que tem um currículo que também suporte essa decisão, claro. Agora, puramente política, ou... ou só porque é amigo de..., não... não faz sentido.” (Part.18)

Ainda 3 participantes referiram que a eleição pelo serviço seria o mais adequado, conforme explica o entrevistado seguinte:

(...) mas alguém que, a maioria, veja como alguém, que seja capaz de liderar, e de motivar toda a gente, e de ... portanto acho que deve ser alguém que o grupo aceite, como chefe, e que...que veja no chefe, também, alguém... que consiga, no fundo, encaminhar as pessoas, e orientar o serviço e dar uma visão ao serviço para o futuro... Para o presente e para o futuro.” (Part.14)

Finalmente, outra opção sugerida, por 2 participantes, foi a de que eventuais candidatos propusessem, em simultâneo, um projeto de direção, sendo nomeado aquele que fosse mais adequado aos objetivos do conselho de administração.:

“E ele... e ele, perante a apresentação do trabalho, digo, o planeamento, não é, cada uma das pessoas apresentou, escolheu a pessoa (...)” (Part.20)

Outros 2 participantes consideravam que o melhor método seria misto, em que a administração indicasse os candidatos possíveis, que depois seriam escolhidos por votação do serviço de farmácia:

“Portanto tem que ser alguém com experiência, e... e com visão. ... e acho que não pode ser só... acho é que... devia haver... parece-me bem que quem responda futuramente... parece-me que quem está acima deve ter uma palavra sobre quem é o diretor de serviço, mas acho que quem está abaixo, também devia ter... por isso, eu acho que negociando bem, que se calhar 50/50, ... em que a administração ...

a administração escolhia, ou por exemplo a administração, escolhia 3 pessoas possíveis, mas depois os funcionários que pudessem eleger a pessoa que...também acham que melhor... respondesse aos interesses do serviço.” (Part.11)

Neste último caso, alguns dos entrevistados mais jovens sugeriram, mesmo, que os eleitores não se deveriam resumir aos farmacêuticos, dado que o futuro diretor seria diretor de todos os profissionais que trabalham na farmácia, fossem farmacêuticos, assistentes técnicos, assistentes operacionais ou técnicos de diagnóstico e terapêutica, conforme referido:

“(…) toda a gente deve ser... ouvida (…)” (Part.15)

De qualquer forma, a recente publicação de legislação da carreira prevê condições específicas no que respeita aos cargos de direção de serviços ou departamentos, quer nos hospitais públicos (EPE) quer nas parcerias público-privadas (PPP), restringindo os poderes da direção. Deste modo, a nomeação deverá incidir nos farmacêuticos no topo da carreira (assessor sénior), podendo excecionalmente a escolha recair em profissionais com categorias inferiores, nomeadamente em assessores e em assistentes (estes últimos, se tiverem um mínimo de cinco anos de exercício da carreira, nesta categoria). Estas escolhas excecionais obrigarão, todavia, a adequada justificação, numa tentativa de impedir as nomeações de confiança política e fomentar as nomeações por mérito, invertendo assim o que vem acontecendo particularmente nas PPP, como referido:

“Claro que sim. Muito mais de confiança política do que de competência.” (Part.20)

Categoria: Caraterísticas valorizadas no diretor de farmácia hospitalar

Os participantes enumeraram um vasto conjunto de caraterísticas que consideram importantes num diretor de farmácia hospitalar. São essencialmente de dois tipos, competências de conhecimento, ou técnicas e competências pessoais e sociais. As competências pertencentes a este segundo grupo foram consideradas muito mais importantes.

Categoria:	Subcategorias:
Caraterísticas valorizadas no diretor de farmácia hospitalar	Competências técnicas e de conhecimento
	Competências pessoais e sociais
	Modelos de papel que fazem a diferença

Quadro 23: Caraterísticas valorizadas no diretor de farmácia hospitalar e respetivas subcategorias

Cada farmácia hospitalar tem que ter um diretor que é não só o responsável pela qualidade técnica de tudo o que nela se pratica, mas também o gestor da mesma, particularmente o gestor dos respetivos

recursos humanos e financeiros (em muitos hospitais privados e parcerias, esta última função pode estar a cargo, total ou parcial, de um gestor). De acordo com os entrevistados, os colaboradores deverão reconhecer no seu diretor, competência técnica, mas sem chegar ao nível de superespecialista em todos os setores, o que seria muito difícil e absolutamente desnecessário. Referem que aquele deve conhecer bem a dinâmica do serviço e do hospital e ter uma boa empatia com todos os seus elementos. Deve ainda demonstrar uma visão de conjunto do que é o hospital, bem como da integração da farmácia no seio do mesmo e ter uma boa relação com o respetivo conselho de administração, de forma a otimizar o trabalho da sua equipa e firmá-la como um suporte fundamental da instituição. Deve também saber definir estratégias e ser capaz de aplicar as táticas necessárias ao desenvolvimento de ações ou à elaboração de métodos, sempre em interligação com a direção e com os restantes serviços do hospital. Assim, quanto às competências técnicas e de conhecimento, também conhecidas por *hard skills*, foram referidas como importantes, saber definir estratégias, ações e métodos de atuação:

“E conseguir depois clarificar as ações, as estratégias e os métodos.” (Part.2)

“As coisas mais importantes, em primeiro é preciso ter uma visão de conjunto, de todo... daquilo que é um hospital.” (Part.19)

Conhecer a dinâmica do serviço e do hospital foi também referido:

“(...) depois, tem que ser alguém que ... tenha um... que tenha uma ideia do que é, o que é que se pretende para o serviço, e o que é que... quer, no curto... médio, e longo prazo.” (Part.8); e ter competência técnica reconhecida pela equipa: “Acho que qualquer diretor ... tem que... acho que ... sempre há as competências técnico-científicas, que eu acho que são importantes (...)” (Part.11)

Relativamente às competências *soft* ou pessoais e sociais os participantes fizeram 71 referências, sendo particularmente mencionada a importância das características de liderança. Como líder da equipa, o diretor deverá ser um bom gestor de recursos humanos, particularmente com a capacidade de gerir conflitos, assim como deve defender os interesses da sua equipa, o que inclui identificar as necessidades de formação de cada um dos seus membros. No dia-a-dia, deverá promover a motivação dos seus colaboradores, fazer cumprir os seus objetivos, evitando conflitos, procurar soluções em vez de apontar erros e estar ciente de que não pode saber tudo:

“Pensando no geral, ... uma liderança consciente, (...)” (Part.15)

“Primeiro que diretor, alguém que seja líder. Sem dúvida que tem que ter características de liderança.” (Part.2)

“(...) uma pessoa motivadora que... que motive a equipa (...)” (Part.17)

“Mas acima de tudo tem que ter... um bom relacionamento humano. Tem que ter características humanas... bem desenvolvidas... tem que ser um bom gestor de recursos humanos, porque, de fato, na... farmácia hospitalar, nós temos vários profissionais, não é?” (Part.1)

Como representante da farmácia perante o Hospital, deve ter capacidade de servir de elo de ligação entre o serviço e a administração como aliás também foi referido:

“(...) deve liderar pelo exemplo, a liderança pelo exemplo, portanto, sai à luta, não é, não desiste, este tipo de... de exemplo.” (Part.9)

A maioria dos entrevistados demonstrou ter ideias bem definidas sobre as qualidades que espera ver no seu diretor. Assim, há um grande número de características ou traços de personalidade que merecem destaque, nomeadamente, ser justo, organizado, humilde, assertivo e saber defender os interesses da equipa, resiliente, inovador, dinâmico, bom ouvinte, bom gestor de conflitos, ambicioso, visionário, bom comunicador, ter abertura de espírito, entre outras. Eis alguns excertos ilustrativos:

“(...) tem de ser resiliente (...)” (Part.19)

“(...) em termos profissionais, acho que devemos ser assertivos, nas tarefas, nas pessoas que colocamos (...)” (Part.4)

“(...) a humildade, ou seja, muito importante... eu aprecio isso. ... ser um entre pares, ou seja, as pessoas sentirem que... a pessoa não faz esforço para estar com elas, para ser um elemento do grupo, que está... dentro de... dentro desse grupo.” (Part.9)

“(...) mais que isso, eu acho que também é importante a pessoa que está à frente do serviço ser uma pessoa... queria arranjar aqui uma palavra... uma pessoa que não tenha grandes anticorpos... ou seja justa, o que eu quero dizer que consiga distinguir apesar de às vezes, por exemplo, não se identificar tanto com alguma pessoa, conseguir ter uma conduta íntegra na direção (...)” (Part.12)

Por último, os entrevistados identificaram alguns diretores de farmácia, que, pelas suas características profissionais e humanas, viam como modelos de papel a emular profissionalmente. A importância dos modelos de papel na construção da identidade profissional é referida por vários autores (Ibarra, 1999; Noble *et al.*, 2015; Passi & Johnson, 2016) e há ainda quem considere, como é o caso de Goldie (2012) que os modelos de papel também podem ser influenciados pelos alunos, na medida em que a resposta destes pode validar ou desafiar as suas identidades.

No total foram referidos 17 diretores considerados de referência, dos quais 8 já não estão no ativo, 4 ainda exercem farmácia hospitalar, mas já não são diretores e 5 são atualmente diretores. No total, destacam-se 3 diretores de serviço, pelo número de participantes que os referiram. Estes modelos de

papel são identificados como líderes e profissionais que conseguiram revolucionar o funcionamento do serviço de farmácia hospitalar. Eis alguns excertos que ilustram:

“É...era determinado, e gostava... atirava-se para a frente, mesmo... sem saber as coisas, atirava-se e depois...ia estudar e... e... e conseguia, pronto. Ele ... ele foi... o primeiro colega a preparar... nutrição parenteral... nos serviços farmacêuticos. O primeiro no país.” (part.7)

“(...) era um... era uma besta de força, pá. Aquela mulher fazia tudo... tinha capacidade de liderar, tinha capacidade de iniciativa, tinha capacidade de empurrar... era capaz de empurrar e puxar a carroça ao mesmo tempo.” (Part.2)

“(...), também é uma pessoa muito dinâmica, com projetos novos (...)” (Part.6)

Categoria: Desafios que o diretor de farmácia hospitalar tem de enfrentar

Categoria:	Subcategorias:
Desafios que o diretor de farmácia hospitalar tem de enfrentar	Gestão do orçamento do serviço
	Gestão das suas competências e das competências da equipa
	Motivação da equipa
	Assegurar o cumprimento das normas legais e de boas práticas

Quadro 24: Desafios que o diretor de farmácia tem de enfrentar e respetivas subcategorias

O sucesso da atividade do diretor de farmácia depende muito dos recursos de que dispõe e, como são limitados, precisa de os gerir com a maior perícia. A gestão dos recursos económicos e a gestão dos recursos humanos estão muito ligadas, pois a insuficiência de qualquer uma das partes, prejudica a gestão da outra. Os orçamentos limitados que o diretor tem de gerir, dificultam a contratação dos necessários recursos humanos e não dão margem de manobra à utilização de incentivos para os que já integram a equipa. Nesse contexto, a gestão dos recursos humanos, terá de ser compensada por grandes doses de experiência, sensibilidade e imaginação.

Porém, primeiro que tudo, ele é o diretor técnico do serviço, pelo que todos os desafios terão de ser ultrapassados, no cumprimento das normas legais e de boas práticas.

Em resumo, todas as dificuldades que o diretor de farmácia tem de enfrentar, se podem incluir em 4 grandes desafios, nomeadamente, a gestão do orçamento, a gestão das competências necessárias, quer da equipa, quer do próprio, ao adequado desempenho das respetivas funções, a motivação da equipa e, o cumprimento das normas legais e de boas práticas, num contexto particularmente adverso.

A gestão do orçamento, particularmente no que respeita a verbas necessárias para a aquisição de medicamentos, verbas para os recursos humanos e para a adequação de equipamento e estruturas, foi referida por 20 participantes:

“Os principais desafios é a falta de orçamento, que lhe permita as próprias aquisições diárias de medicamentos, e a própria inovação da farmácia hospitalar. Eu acho que a falta de orçamento e uma gestão muito apertada penso que condiciona a direção de serviço.” (Part.3)

“É muito difícil, primeiro, sofrer as pressões de cima, porque em cima vão sempre exigir, depois, sofrer as pressões de baixo, que o diretor de serviço sofre as pressões da equipa interna, pois a equipa não está satisfeita, muitas vezes quando não está satisfeita, cria dificuldades também ao diretor de serviço, então o que eu sinto, do diretor de serviço, é que o diretor de serviço é... é... é um joguete que é apertado em cima e é apertado em baixo, não tem muito... muito por onde sair.” (part.12)

Relativamente aos desafios que se relacionam com a gestão das competências necessárias ao adequado exercício da atividade, quer do diretor, quer da equipa, que se vai repercutir no bom funcionamento do serviço, foram mencionados por 18 participantes:

(...) enfim, ou o farmacêutico que luta pelo lugar ao sol dele, ou então vai acabar por ser absorvido... pronto, e vai... vai se calhar ficar aqui num... num... num... não pode estar confinado à farmácia, tem que sair da farmácia, é isso que eu acho. (Part.4)

“Eu acho que se pudéssemos fazer mais, farmácia clínica, farmacocinética, e outro tipo de coisas, também ...se calhar esses hospitais iam saber o benefício que isso tem, também se calhar olhariam para nós com outros olhos e se calha (...)” (Part.14)

Os desafios relacionados com a motivação da equipa, foram mencionados por 18 participantes e referem-se a aspetos relacionados com a motivação, a atribuição ajustada e satisfatória de tarefas e a gestão de conflitos, potenciados pela insuficiência de recursos:

“Às vezes é o que me custa mais é gerir os recursos humanos... os conflitos... entre as pessoas (...)” (Part.7)

“(...) e a motivação para o trabalho, porque, é assim, não... o diretor de serviço não... não nos pode pagar mais porque uns são melhores que outros e dizer... eu vou-te dar mais a ti do que ao outro, tu és mais aplicada, mais interessada, mais... mais trabalhadora, seja o que for.” (Part.20)

Os desafios relacionados com o cumprimento das normas legais e de boas práticas, inseridos num contexto de atividade adverso, dada a já mencionada falta de recursos, a dificuldade em motivar a equipa

e as exigências crescentes de cumprimento de normas, de alteração frequente de legislação e de solicitação de dados, por diversos organismos do Estado, foram mencionados por 15 participantes:

“(…) as alterações legislativas abrutadas, que nos provocam (…)” (Part.19)

“Fui-me apercebendo... vou constatando que a miríade de instituições e institutos que circulam à volta da saúde, vou nomear alguns...Entidade Reguladora da Saúde, Inspeção Geral das Atividades em Saúde, Finanças, Tribunal de Contas, ACSS⁷, SPMS⁸, ARS⁹, INFARMED, Serviço Português de Transplantação e Sangue, ..., portanto, algumas destas ... competem entre si...é curioso... competem pela... para comprovar a sua real necessidade... e o que é que acontece? Ao competir entre si, não se unem, competem, se se unissem, chegavam à conclusão que provavelmente metade delas podia desaparecer, enfim, é um processo de fusão e de otimização, assim cada uma tenta provar... ao boss, ao chefe, a quem manda, eu sou tão ou mais importante que o outro... e para fazerem isso, precisam de dados, precisam de evidências, precisam de... de arranjar pretextos, não é, e muitas vezes os pretextos existem nos dados que estão na farmácia. Eles são consumos, eles são os preços, eles são...e depois, não pode comprar, mas afinal pode, e depois... isso é kafkiano, e isso tem ... sinto que tem aumentado.” (Part.9)

⁷ Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

⁸ Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE

⁹ Administração Regional de Saúde, EPE

5. CONCLUSÕES

5.1 Conclusões do Estudo

Tema: O sector da saúde visto pelos farmacêuticos hospitalares

Desde há duas décadas, vimos assistindo, em Portugal a uma evolução técnico-científica vertiginosamente rápida, que aliás parece muito longe de abrandar. A vertente médica e terapêutica dessa evolução tem transformado o tratamento dos doentes para além do que seria imaginável há vinte anos, graças a grandes investimentos, aparentemente compensados pelo elevado retorno económico para a indústria do setor. Todavia, essa evolução altamente gratificante está a abalar a sustentabilidade do serviço nacional de saúde, pois tanto as grandes melhorias como as de pequeno retorno, se traduzem em custos cada vez mais incontroláveis. A doutrina de gestão neoliberal, aplicada à gestão dos hospitais públicos (Kippist & Fitzgerald, 2012), ou NGP, foi implementada em Portugal na década de 1990 e introduziu grandes alterações à organização e financiamento destes hospitais (Nunes & Harfouche, 2015). Pretendia-se com estas alterações, aumentar a eficiência e reduzir os custos da despesa pública (Major & Magalhães, 2013). Entretanto surgem os hospitais PPP, formas de cooperação entre parceiros públicos e privados (Koppenjan, 2005) e multiplicam-se os hospitais privados, pertencendo na sua maioria a grupos económicos que gerem os hospitais PPP.

Aproveitando as grandes alterações nos hospitais públicos que lhes conferiram maior autonomia, as pressões políticas, escravas das económicas ou de resultados eleitorais, transferem as decisões mais críticas para estes hospitais, obrigando-os a optar, entre a aquisição dos tratamentos mais caros e a responsabilidade de não os terem. Essas decisões, tomadas pelas comissões de farmácia e terapêutica dos hospitais, que são formadas por médicos e farmacêuticos, consomem imenso tempo, na medida em que exigem estudos, reuniões e relatórios envolvidos em elevada carga burocrática. Como estes processos se repetem nos vários hospitais do país, existe uma verdadeira multiplicação de esforços, para o mesmo tipo de decisões, além do que, originam grandes desigualdades, não só a nível nacional, como, também, muitas vezes a nível regional, pois nem sempre as decisões são semelhantes. É comum que um doente não obtenha determinado tratamento num hospital e, acabe por o conseguir, no hospital vizinho.

Os órgãos de gestão central, por alegada falta de dinheiro, não compensam os hospitais com o necessário reforço das respetivas verbas e, em consequência, as dívidas aos fornecedores acumulam-

se, originando, nas farmácias desses hospitais, roturas sistemáticas de *stock*. Por outro lado, os organismos responsáveis pelas negociações centrais, procuram compensar o esforço financeiro resultante da aquisição dos medicamentos mais caros, esmagando ao máximo os preços dos mais baratos, atingindo valores que acabam por não compensar a produção, levando a indústria a deixar de os comercializar no mercado nacional. Quando esses medicamentos retirados do nosso mercado, são essenciais, as farmácias hospitalares são forçadas a importá-los diretamente, a preços muito mais elevados e com grande consumo de recursos humanos. Os processos descritos, colocam em risco o adequado tratamento dos doentes, aumentam os custos, provocam desgaste dos recursos humanos dos hospitais em particular, da farmácia e aumentam imenso a carga de trabalho.

A atual crise económica e as deficiências de gestão levam à depleção dos recursos financeiros das farmácias hospitalares, com consequências lesivas dos respetivos recursos humanos, cada vez mais escassos. Temos igualmente remunerações cada vez menores e com acréscimos progressivos de trabalho, para os que persistem no seu posto. A direção da farmácia hospitalar é, também, progressivamente sujeita a maiores pressões, vindas de todos os lados. A pressão para a eficiência é enorme, pois as administrações, que têm orçamentos apertados, usam todos os mecanismos possíveis para limitar a subida de custos. Por seu lado, os farmacêuticos exigem ao seu diretor melhores condições de trabalho e reivindicam melhor remuneração, os médicos insistem em dispor de toda a gama de medicamentos e os doentes, alertados pela comunicação social, exigem tudo o que essas fontes de informação, nem sempre credíveis, dizem ser o melhor.

Os hospitais privados tornaram-se mais competitivos pois, além da melhor hotelaria que os caracteriza, cresceram, aumentaram em número, melhoraram os serviços que disponibilizam, e aumentaram os acordos com os subsistemas de saúde. Todavia, como os seus objetivos são essencialmente económicos, o respetivo acesso está limitado, aos que tiverem possibilidades económicas, seguros de saúde ou estiverem abrangidos pelos subsistemas que com esses hospitais, tiverem acordos. Fazem concorrência aos hospitais do Estado, podendo dizer-se mesmo que a concorrência é desleal, dado que procuram para clientes os doentes mais rentáveis, enviando-os para o público quando o teto do seguro é atingido. No caso dos doentes oncológicos, com frequência as terapêuticas iniciadas nos hospitais privados são mais recentes e mais caras. Todavia, se um doente estiver a responder bem a um tratamento, é considerado não deontológico substituir-lhe o tratamento, portanto, essa terapêutica terá que ser continuada no hospital público, em detrimento de medicação mais acessível com que outros doentes em circunstâncias semelhantes estão a ser tratados no mesmo hospital público.

As PPP são essencialmente hospitais públicos submetidos a uma gestão privada. Portanto, têm por obrigação contratual a assistência da população, nas mesmas condições em que seria atendida em qualquer outro hospital público. Não podem recusar doentes no contexto das especialidades que forem obrigados por contratualização prévia a ter, devendo dar-lhes acesso a todos os tratamentos dessas especialidades, considerados necessários. Os hospitais PPP em Portugal são geridos por grupos económicos que exploram simultaneamente uma rede de hospitais privados. Alguns desses grupos criaram uma centralização da direção das farmácias dos seus hospitais, com um farmacêutico a superintender a ação de todos os diretores das farmácias desse grupo, incluindo as parcerias, tentando assim, retirar-lhes a autonomia técnico-científica que lhes é legalmente atribuída e forçando decisões que podem servir os interesses do grupo e não os da parceria, dos doentes e do Estado. O diretor de uma farmácia hospitalar responde nominalmente perante as suas ações, enquanto diretor técnico dessa farmácia.

Tema 2: A gestão da carreira de farmácia hospitalar

Depois de concluído o ensino secundário, o curso de ciências farmacêuticas pode ser uma primeira escolha em jovens em cuja família exista uma farmácia comunitária que a curto ou médio prazo necessitará de um diretor técnico. Mais frequentemente, é escolhido como uma segunda opção por aqueles que querem garantir uma profissão ligada à saúde, conclusão que confirma os resultados obtidos por outros investigadores (Johnson & Chauvin, 2016; Noble *et al.*, 2015).

Terminado o curso (atualmente, licenciatura + mestrado integrado), oferecem-se-lhe várias áreas de atividade, sendo a farmácia hospitalar uma delas. Dada a amostra definida, obviamente todos os entrevistados tinham optado pela farmácia hospitalar, $\frac{1}{4}$ dos quais ainda não era especialista. A satisfação com a escolha da área profissional era quase total.

A carreira de farmácia hospitalar sofreu várias alterações, desde a primeira alusão à atividade farmacêutica hospitalar, em 1962. A carreira acabou por ser legislada e mais tarde criaram-se também os estágios de carreira, mas com uma atribuição de vagas sistematicamente insuficiente, obrigando os farmacêuticos a iniciarem a sua atividade, sem a devida formação. Posteriormente, requeriam a equiparação a estágio, submetendo-se ao respetivo exame. Entretanto as crises sucessivas foram acabando com os estágios e a própria carreira, foi congelada. Em 2017, foi publicada legislação que veio autonomizar a carreira farmacêutica, separando-a da carreira dos técnicos superiores de saúde, criando assim, a carreira farmacêutica para os farmacêuticos com CTFP e para os farmacêuticos com CIT, nos

hospitais públicos e nas PPP. Entretanto, a carreira dos funcionários públicos já foi regulamentada. Todavia, a inércia do sistema ainda não permitiu que se vissem resultados convincentes.

A maioria dos entrevistados continua a procurar cumprir objetivos profissionais. Ainda prevalecem ambições de progresso na carreira e, obviamente acesso à mesma, para aqueles que ainda não têm a especialidade. Outros objetivos interessantes referiam-se à subespecialização numa das diversas áreas, como gestão, oncologia, farmácia clínica ou atendimento ambulatorio. Também se verificou que os farmacêuticos hospitalares gostam de reformular os seus métodos de trabalho, adquirindo competências e implementando novas tarefas ou formas diferentes de as realizar. Quer a subespecialização, quer a diversificação do trabalho, vêm confirmar a necessidade de evolução profissional, que o grupo sente, neste caso, envolvendo expansão das próprias fronteiras, uma das formas de evolução profissional defendidas por (Nancarrow & Borthwick, 2005). As fronteiras profissionais constituem uma preocupação para este grupo, pois além de pretender expandi-las, quer protegê-las de outros profissionais de saúde que aparentam querer invadi-las, nuns casos por substituição horizontal, quando se situam no mesmo nível de especialização do farmacêutico e, noutros, por substituição vertical, quando o nível de especialização é inferior (Nancarrow & Borthwick, 2005).

A verdadeira autonomia técnica, fundamentada pela elevada diferenciação e especialização constitui outra das ambições dos farmacêuticos hospitalares. Em 1981, foi criada a carreira dos técnicos superiores de saúde, onde foram integrados, juntamente com profissionais de outras áreas da saúde e, só em 2017, voltaria a ser restituída a autonomia à carreira, com a criação da carreira farmacêutica hospitalar. No entanto, ainda só foi regulamentada a carreira especial farmacêutica para os farmacêuticos que têm CTFP, faltando ainda regulamentação para aqueles que têm CIT. As grandes alterações na área da saúde e, particularmente, nos hospitais, associadas à inatividade de uma carreira desajustada ao contexto atual, promoveram a proliferação de situações onde a autonomia técnica destes profissionais é posta em causa com bastante frequência, particularmente nos hospitais privados e nas PPP, onde nem a direção do serviço escapa, pois a escolha assenta em pressupostos de obediência e não em conhecimento, experiência e competências. Assumindo que existe uma relação próxima entre as identidades e as instituições (McGivern *et al.*, 2015) e que os indivíduos assimilam a cultura, observando o comportamento dos outros e aprendendo o que deve ou não ser feito (Hegland, Tarcon & Krueger, 2016) e ainda, considerando o contexto em que o exercício da atividade se processa, é de esperar consequências para a identidade profissional dos farmacêuticos hospitalares e dos respetivos diretores.

O farmacêutico hospitalar aposta na inovação, ultrapassando mesmo os horizontes individuais, como conseguir novas instalações para o serviço ou encontrar formas de promover a farmácia e as suas atividades. Apesar das vicissitudes da sua carreira, ou da falta dela, o farmacêutico pode continuar a evoluir se souber aproveitar as oportunidades, adicionando competências àquelas que adquiriu na faculdade. O ritmo da inovação obriga-o a constantes atualizações e adaptações, contribuindo paralelamente para a evolução da sua identidade profissional (Korica & Molloy, 2010).

Apesar de constituírem uma comunidade pequena, os farmacêuticos hospitalares têm pouco espírito de corpo e de grupo e, portanto, pouco peso reivindicativo para poderem exigir uma remuneração mais ajustada à importância das suas funções. São frequentemente contratados para executar uma determinada tarefa e não lhes permitem que rodem por outras funções, para ganhar a experiência necessária ao seu progresso.

Os estágios de carreira acabaram por desaparecer, a carreira congelou e as remunerações não só não subiram, como foram efetivamente reduzidas, sobretudo para os que estavam sujeitos a CTFP que foram eletivamente taxados com impostos alegadamente provisórios. Quanto aos CIT, os valores são muito variados. Os valores dos novos contratos são mais baixos e os mais antigos não têm tido aumentos. Foi curioso verificar que quando inquiridos sobre legislação que em agosto de 2017 regulava a nova carreira farmacêutica, uma parte significativa dos entrevistados, sobretudo os mais jovens, conhecia-lhe a existência, mas nunca havia tido a curiosidade de a consultar, o que pode traduzir o seu estado de desânimo e incredibilidade em relação às carreiras.

Os exames de especialidade da Ordem dos Farmacêuticos persistiram e puderam ser acedidos ao fim de uns anos de atividade em farmácia hospitalar, em que desempenhavam funções de especialistas, sem o serem, de fato, com salários baixos, que aliás mantiveram após o título.

Podem ainda sentir satisfação com o contributo do seu trabalho, sentindo que cumprem uma missão socialmente muito importante, num trabalho em equipa quer com os seus colegas, quer com outros profissionais de saúde, quer com os doentes. O farmacêutico hospitalar constitui-se como o responsável pela segurança do circuito do medicamento e este papel é apreciado pelo médico e pelo doente.

Os farmacêuticos hospitalares portugueses, particularmente os mais jovens, tendem a considerar mais aspetos negativos do que positivos, quando comparam a farmácia hospitalar em Portugal, com a de outros países. De fato, em termos remuneratórios, e de desenvolvimento profissional, os portugueses estão aquém de outros países como a Alemanha, a Inglaterra, e até mesmo, a Espanha. Já na

comparação técnico-científica, a nossa atuação foi defendida, sobretudo pelos veteranos, que entendem que nos aspetos técnicos e científicos estamos nivelados com os melhores. Também não podemos desprezar o fato de que cada país só mostra e divulga o que quer e, habitualmente cinge-se ao melhor. Podem faltar condições, mas não restam dúvidas que os farmacêuticos hospitalares são trabalhadores, resilientes e não se detêm perante os obstáculos.

De um modo geral, os farmacêuticos hospitalares acreditam na sua profissão, e no valor que ela tem no sistema de saúde, e pretendem implementar na sociedade o respeito e a admiração que ela merece, corroborando a importância social dos papéis referida por Ashforth & Kreiner (1999), bem como a importância do reconhecimento da profissão pela sociedade, a que se refere Noble *et al.* (2015). Esses sentimentos ficaram bem patentes nos relatos individuais dos marcos profissionais que lhes ficaram na memória. Procuram encontrar solução para todos os problemas e melhorar o que é possível. Deveriam encontrar mais fóruns de partilha e debate, que lhes permitissem aproveitar conhecimentos, experiências, soluções e sobretudo constituírem-se como um grupo coeso, com normas e valores que os unam e caracterizem (Schein, 1978).

Aproveitando a nova legislação das carreiras percebeu-se o interesse em alterar e ajustar vários aspetos pertinentes ou fundamentais. A formação para a obtenção da especialidade, é particularmente urgente pois aquela que é adquirida pelo exercício profissional não abrange de fato todas as áreas, não obedece a um programa, e nem sequer é tutelada, pondo em causa a adequada formação profissional e consequentemente a respetiva identidade. Assim, houve insistência na proposta de uma formação estruturada, tutelada por formadores credenciados, que poderiam servir de referência aos profissionais em formação tão importantes para o desenvolvimento do profissionalismo e da identidade profissional (Ibarra, 1999; Noble *et al.*, 2015; Passi & Johnson, 2016). Essa formação, ocorreria em hospitais com idoneidade, em contexto de exercício profissional, adequado ao desenvolvimento da respetiva identidade profissional, como refere Goldie (2012), de forma análoga à dos internatos médicos, incluindo a abertura de vagas específicas, suficientes para as necessidades nacionais, com vencimento digno e avaliação adequada. Teria ainda a vantagem adicional de impedir que o farmacêutico comece a trabalhar em hospitais desempenhando funções para as quais ainda não têm competência, assumindo responsabilidades que ainda não lhe deveriam ser atribuídas. Simultaneamente, levantou-se a necessidade de rever os quadros da equipa farmacêutica, obrigando-a a uma adequação consoante as tarefas específicas do hospital. Também se sugeriu um progresso na carreira dependente do mérito, assim como a competente remuneração.

Foi ainda, defendida uma carreira única, aplicada igualmente nos hospitais públicos, nos privados e nas parcerias, que contribuiria para aumentar a coesão e a força do grupo e simultaneamente garantir a segurança e qualidade dos serviços prestados nos hospitais privados.

O peso das relações no desenvolvimento profissional e na formação da identidade profissional, justifica a atenção que este aspeto merece. De fato a identidade profissional é dinâmica, relacional e negociável (Goldie, 2010), o que significa que ela está em constante evolução, que se desenvolve na relação com os outros e que as expectativas mútuas se definem no início das relações, funcionando como “uma cola” que vai ligar os indivíduos entre si e às organizações, como defendem (Swann Jr., Johnson & Bosson, 2009). Esta “cola” que se forma no processo de negociação de identidade referido por Swann Jr., Johnson & Bosson (2009) é importante para reduzir os conflitos provocados pelas identidades que segundo Fiol, Pratt & O’Connor (2009) são a razão central dos conflitos nas organizações.

O convívio entre colegas, durante o período de serviço, é bastante saudável. Fora desse período, existe, particularmente para os mais novos, enquanto nos mais velhos não é tão frequente e pode mesmo limitar-se a jantares de Natal. Para além do convívio, a incidência da criação de laços de amizade propriamente ditos demonstrou-se também diferente consoante os hospitais. Aparentemente, a ligação por amizade entre colegas mostrou uma certa tendência a diminuir com o decorrer do tempo, ao longo da carreira. O relacionamento entre os farmacêuticos e os restantes profissionais que trabalham na farmácia é mais complexo, mais variável, e mais inconstante do que o relacionamento entre aqueles, mas os problemas daí decorrentes normalmente são controláveis, apesar das dificuldades inerentes às hierarquias paralelas. O relacionamento com a administração hospitalar e com os outros diretores de serviço foi geralmente dado como bom pela maioria dos entrevistados mais antigos, sobretudo os que têm ou tiveram funções de direção. Na maioria dos mais jovens, eram quase inexistentes, por falta de contato pessoal. Não se referiram problemas importantes no relacionamento com gestores intermédios, até porque na maioria dos hospitais representados a farmácia não dispõe da sua colaboração. As relações com os médicos, que antigamente tendiam a ser algo conflituosas, são neste momento de cooperação e de mútuo respeito. Para a criação desses laços tem contribuído o trabalho conjunto nas comissões e nas enfermarias. A relação com os restantes profissionais hospitalares variou entre a quase inexistência e a cordialidade, com alguns pequenos atritos pelo meio.

Tema 3: A direção de farmácia hospitalar

Mais do que o gestor dos recursos humanos e financeiros da farmácia, o diretor é sobretudo o responsável pelos atos técnicos e pelas decisões científicas da farmácia, sendo que estas últimas vão

inexoravelmente repercutir-se nos custos para o hospital. Por isso tem que ser autónomo, como o atesta o seu registo como diretor técnico no INFARMED. A maior fatia do orçamento dos hospitais vai para os recursos humanos, e a segunda maior para a farmácia, que a administração não tem competência científica para controlar. Um diretor consciente dos seus deveres deve tentar conter a despesa, mas não pode ceder a pressões que o façam ultrapassar os devidos valores éticos e profissionais, sob pena de prejuízo para a saúde dos doentes. A nomeação administrativa do diretor da farmácia, sem qualquer evidência de mérito, foi completamente rejeitada por todos os farmacêuticos, excetuando casos muito pontuais e de urgente resolução. Adicionalmente, não foi atribuída ao conselho de administração competência para escolher o diretor de farmácia, dado que desconhece quais os conhecimentos profissionais que o mesmo deve ter. De um modo geral, é entendido que a escolha deveria ser feita pelos seus pares porque são competentes para lhe avaliarem os conhecimentos, quer por concurso, quer sob a forma de eleição. Esta última opção foi defendida sobretudo pelos mais novos que foram mais longe nas suas considerações, defendendo que o corpo eleitoral deveria ser constituído por todos os profissionais da farmácia, dado que o futuro diretor viria, de fato, a ser diretor de todos. Surgiram ainda soluções alternativas como por exemplo, a escolha, pela administração, do melhor projeto para o serviço que cada candidato ao cargo fosse convidado a elaborar. De qualquer forma, desde a publicação da última legislação, que, o poder das administrações, parece ter sido alterado no concernente ao tipo de nomeações que vinham acontecendo dado que, caso a escolha da administração não recaia sobre um candidato com categoria superior, essa decisão deverá ser devidamente fundamentada.

Os entrevistados demonstraram plenamente que sabem apreciar um bom diretor de serviço enumerando um vasto conjunto de características. É da interação entre os fatores internos e os fatores externos que a identidade profissional vai evoluindo (Noble *et al.*, 2015). Além disso, sendo o líder do serviço, o diretor deve constituir uma referência para todos os farmacêuticos, com especial relevo para os que estão a iniciar a formação da respetiva identidade profissional (Ibarra, 1999; Noble *et al.*, 2015; Passi & Johnson, 2016). Sendo diretor de uma equipa multidisciplinar, tem de gerir os conflitos inerentes às diferentes identidades dos vários grupos profissionais que formam a equipa (Fiol, Pratt & O'Connor, 2009). Deve impor-se pelo seu conhecimento técnico-científico, mas sem qualquer necessidade de ser um superespecialista em todas as áreas. Deve estar perfeitamente enquadrado em todos os contextos em que se move, com particular ênfase na farmácia e no hospital como um todo. Deve ter uma boa relação com a administração, com os outros diretores de serviço, com os seus pares, e com todos os profissionais que trabalham sob a sua direção. Deve ter capacidade estratégica para programar os caminhos que a farmácia deve percorrer e capacidade tática para vencer os obstáculos a esses

caminhos. Deve ser justo, dinâmico, assertivo, firme, ambicioso e inovador, mas humilde, resiliente e organizado. Deve ter abertura de espírito, ser empático, saber ouvir e comunicar e, obviamente, fazer-se respeitar. É muito importante que seja um bom gestor de conflitos e, sobretudo, um bom dinamizador do trabalho de equipa, pois só assim conseguirá manter a motivação para continuar o avanço, quando estão todos esgotados pelo excesso de trabalho e pela desmotivação inerente a carreiras congeladas e a más remunerações. Deve ainda estar atento a todos os que com ele trabalham, identificando as suas necessidades e as suas frustrações, estando sempre disponível para os orientar e gerir os respetivos talentos, atribuindo-lhes as funções mais adequadas. Finalmente, deve aproveitar o seu papel de representante da farmácia para a promover e para promover, assim como aos os seus colaboradores.

Durante as entrevistas, e quando as perguntas incidiam sobre os diretores que deixaram atrás de si um legado cuja memória vai certamente ultrapassar a prova do tempo, destacaram-se três diretores

Um dos grandes desafios que o diretor da farmácia hospitalar tem enfrentado resulta da pressão a que é sujeito. Ao centro da sua farmácia chega, de cima, a pressão da administração, eventualmente assessorada por gestores intermédios, a exigirem dados extensos e cortes impraticáveis nas despesas de gestão de medicamentos. Transversalmente, os médicos pressionam-no para poderem dispor de uma panóplia completa dos medicamentos existentes ou que estão para vir, a indústria farmacêutica pressiona desesperadamente para introduzir medicamentos novos e extremamente onerosos, dando como comprovadas vantagens que nem sempre estão demonstradas. Concomitantemente, os colegas pressionam para que se aumentem os recursos humanos, que estão sobrecarregados, e demonstram o seu desânimo e desagrado face às carreiras, que estão congeladas, às condições de trabalho, que estão deterioradas, e às remunerações, que são parcas. Acresce também a pressão dos doentes, que a comunicação social inflama com notícias descontextualizadas prometendo milagres terapêuticos que não vão acontecer, mas que convencem os doentes, levando-os a exigir novas medicações.

Mas as pressões estão longe de ser os únicos desafios a enfrentar. O crescimento dos hospitais privados não tem sido acompanhado por uma atualização dos respetivos regimes legais, nem por uma fiscalização atenta. Antes se criou um certo pântano jurídico que permite que a administração considere legais atos que, por não estarem especificadamente previstos para os seus hospitais, pretendem que não infringem qualquer lei. Como exemplo, muitos administradores dos hospitais privados consideram o diretor da farmácia como uma necessidade exigida pela lei. As PPP são geridas por grupos económicos que exploram simultaneamente hospitais privados, sendo que algumas têm um farmacêutico do grupo, pretensamente coordenando, todos os diretores hospitalares, incluindo os das parcerias, impondo as

suas regras, sobrepondo-se aos mesmos, aos interesses do Estado e, eventualmente dos próprios doentes. Nesse contexto, o diretor da farmácia, só tem dois caminhos, ou segue essas ordens e terá de assumir as eventuais consequências, caso algum dia venham ao conhecimento público, ou não as cumpre e demite-se ou é demitido.

Em resumo, a evolução dos últimos anos manifestou-se por alterações profundas nos processos de gestão pública, transportando modelos utilizados na gestão privada. Essas alterações culminaram com a implementação dos modelos de gestão dos hospitais em regime de parceria entre o Estado e os grupos económicos que paralelamente gerem hospitais privados, com mecanismos complexos, que, por vezes, não permitem perceber onde realmente se situam as fronteiras, entre a parte pública e a parte privada, caso realmente existam. Os doentes e os profissionais que os tratam movem-se entre eles, assim como os gestores que acabam por ter um pé em cada lado. Ao diretor da farmácia da parceria é exigido obediência ao farmacêutico do grupo que gere as farmácias dos hospitais privados.

O diretor enfrenta enormes e variados desafios, gerindo recursos humanos que não estão devidamente preparados e remunerados, sobrecarregados por um número crescente de tarefas e consequentemente desmotivados. Não tem meios económicos para contratar ou incentivar. É pressionado por todos os lados. Tem que gerir o acesso á inovação terapêutica, as relações profissionais e as exigências dos doentes. Sente-se ameaçado por outros profissionais que com ele competem. Consciente da mais-valia que a sua prestação representa para a equipa de saúde, quer alargar o seu campo de ação, mas os impedimentos são vários.

O diretor de farmácia hospitalar atravessa um período particularmente sensível e aparentemente insustentável que terá de ultrapassar, escolhendo um caminho que, tudo indica, não será fácil. Necessita de determinação, bom senso e força, que deverá obter pela união e partilha de problemas e soluções entre os seus pares, mostrando a sua mais-valia, sempre fundamentada no conhecimento e boa prática. Não deverá abandonar importantes valores éticos e profissionais, nem se deverá afastar dos restantes profissionais, que formam a equipa de saúde.

Face a tudo o que foi exposto, podemos concluir que foram identificadas as alterações no setor da saúde que, nos últimos anos, contribuíram para moldar a identidade do diretor de farmácia hospitalar, pelo que, se considera cumprido um dos objetivos específicos.

Quanto ao segundo objetivo específico, que pretendia avaliar o impacto dessas alterações, no exercício do cargo que ocupa, parece-nos que poderia ser mais explorado e que estudos futuros o podem fazer.

Considera-se que o objetivo geral foi atingido, o que abre várias possibilidades de estudos futuros.

5.2 Contributos do Estudo

A investigadora teve dificuldade em encontrar bibliografia referente ao tema tratado neste trabalho. Existem poucos estudos a nível mundial sobre a farmácia e, menos ainda, focando especificamente a farmácia hospitalar.

O presente trabalho pode constituir um incentivo à elaboração de outros, nesta área particularmente, utilizando a opção metodológica usada neste estudo.

A compilação de vários problemas comuns pode contribuir para uma reflexão mais sustentada.

As questões que são colocadas podem motivar discussão e partilha de ideias, quer nos diversos serviços farmacêuticos, quer entre hospitais, ou noutros âmbitos, o que pode promover a consciencialização e eventualmente a organização de ideias e a descoberta de soluções. Refere-se, a propósito que, relativamente às questões que compõem o guião da entrevista, foi dito por vários participantes que nunca tinham pensado em muitas delas.

Por último, é de notar que este trabalho evidencia problemas reais, alguns dos quais nos parecem graves.

5.3 Limitações do Estudo

Considera-se que a metodológica escolhida para este trabalho foi a mais adequada ao tipo de fenómeno que se queria estudar. No entanto, dado que seguiu uma metodologia qualitativa, temos de reconhecer que padece das limitações subjacentes a este tipo de metodologia.

Desde logo, é assumido que a investigadora pertence ao grupo profissional da amostra, isto é, é farmacêutica, especialista em farmácia hospitalar, atividade que exerce há mais de 30 anos e foi diretora de serviço, durante mais de 10 anos em 3 hospitais, sendo 2 deles de grandes dimensões, o último dos quais, uma parceria público-privada. Considera-se, no entanto que a diversificação interna da amostra, com farmacêuticos que ainda não estão na carreira, farmacêuticos que estão numa fase mais avançada da carreira, farmacêuticos diretores de serviço e farmacêuticos que já foram diretores de serviço, atenua esta limitação. De referir ainda que a investigadora evitou a todo o momento influenciar os entrevistados, abstendo-se por exemplo de fazer comentários ou de dar opiniões acerca dos temas tratados. Considera-se que a proximidade existente entre a investigadora e os participantes, alguns dos quais seus amigos, contribuiu para a promoção de um ambiente calmo e agradável, propício ao relato fluente das experiências vividas, pelos participantes e nunca da investigadora, isto é, a troca de experiências, que poderia influenciar o tipo de informações recolhidas, nunca aconteceu.

Apesar da entrevista utilizada para a recolha de dados ser semiestruturada, as questões foram abordadas á medida que os discursos decorriam, sem uma ordem rígida, permitindo que os entrevistados concluíssem o raciocínio e, com bastante frequência, respondessem a perguntas que ainda não tinham sido feitas.

Os participantes não apresentaram qualquer objeção à gravação das entrevistas.

Tratando-se de um estudo qualitativo, as conclusões não poderão ser generalizadas, o que se revela também como uma limitação, porque, à partida, a aplicação pratica, está condicionada.

Por último, refere-se, a limitação temporal para a realização deste estudo, apesar do prolongamento de tempo utilizado, atendendo ao volume e riqueza dos dados recolhidos, conjugada com a falta de estudos deste tipo, nesta área profissional, e ainda à extensão geográfica em que os dados foram recolhidos.

5.4 Recomendações para Estudos Futuros

Desde logo, próximos estudos poderão perceber as consequências que os diversos aspetos em evolução na saúde vão tendo na construção da identidade do diretor de farmácia hospitalar.

Outros estudos poderiam ajudar a explicar como é que a identidade que o diretor vai assumindo se manifesta no modo como ele exerce o cargo que ocupa.

Seriam também interessantes estudos mais específicos, focando em maior profundidade quer os vários aspetos profissionais da farmácia hospitalar, quer as diferentes alterações na saúde.

Sendo a saúde um processo em constante evolução e a identidade profissional também, o número de estudos possíveis nesta área será, obviamente, grande.

É de referir a notória falta de estudos deste género na área da farmácia hospitalar.

BIBLIOGRAFIA

- Abele, A. E., Hagmaier, T., & Spurk, D. (2016). Does career success make you happy? The mediating role of multiple subjective success evaluations. *Journal of Happiness Studies*, *17*, 1615–1633
- Anderson, V. (2017). Criteria for evaluating qualitative research. *Human resource development quarterly*, *28*, 125-133.
- Ashforth, B. E., & Kreiner, G. L. (1999). "How can you do it?" Dirty work and the challenge of constructing a positive identity. *Academy of Management Review*, *2*, 413-434.
- Bader, L.R., McGrath, S., Rouse, M. J., & Anderson, C. (2017). A conceptual framework toward identifying and analyzing challenges to the advancement of pharmacy. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. *13*, 321-331.
- Barley, S. R., Bechky, B. A., & Milliken, F. J. (2017). The changing nature of work: careers, identities, and work lives in the 21st century. *Academy of Management Discoveries*, *3*, 111-115. Acedido em 15 de julho, 2018, em <https://doi.org/10.5465/amd.2017.0034>.
- Barrett, M., Oborn, E., Orlikowski, W. J., & Yates, J. (2012). Reconfiguring boundary relations: robotic innovations in pharmacy work. *Organization Science*, *23*, 1448–1466.
- Baruch, Y., & Vardi, Y. (2016). A fresh look at the dark side of contemporary careers: toward a realistic discourse. *British Journal of Management*, *27*, 355–372.
- Boateng, J., & Cox III, R. W. (2016). Exploring the trust question in the midst of public management reforms. *Public Personnel Management*, *45*, 239-263.
- Brinkmann, S., & Kvale, S. (2014) *Interviews: learning the craft of qualitative research interviewing* (3rd ed.). London: Sage Publications.

- Brosio, M. A. (2014). Career management in today's healthcare environment. *Journal of Healthcare Management, 59*, 395-398.
- Brown, M. E., & Treviño, L. K. (2014). Do role models matter? An investigation of role modeling as an antecedent of perceived ethical leadership. *Journal of Business Ethics, 122*, 587–598.
- Bryman, A., & Bell, E. (2011). *Business research methods* (3rd ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Callanan, G. A., Perri, D. F., & Tomkowicz, S. M. (2017). Career management in uncertain times: challenges and opportunities. *The Career Development Quarterly, 65*, 353-365.
- Chiarello, E. (2013). How organizational context affects bioethical decision-making: pharmacists' management of gatekeeping processes in retail and hospital settings. *Social Science & Medicine, 98*, 319-329.
- Clark, K. R. (2017). Managing multiple generations in the workplace. *Radiologic technology, 88*, 379-398.
- Council of Deans (2014). *Taskforce on professional identity formation – final report*. American Association of Colleges of Pharmacy, Arlington, Virginia, USA.
- Coupland, C. (2004) Career definition and denial: a discourse analysis of graduate trainees accounts of career. *Journal of Vocational Behavior, 64*, 515–532.
- Coutinho, C. P. (2016). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática* (2.^a ed). Coimbra: Edições Almedina.
- Croft, C., Currie, G., & Lockett, A. (2015). Broken 'two-way' windows? An exploration of professional hybrids. *Public Administration, 93*, 380–394.
- Cruess, S. R., & Cruess, R. L. (2017). *From teaching professionalism to supporting professional identity formation: lessons from medicine*. *Mercer Law Review, 68*, 665-685.

- Daher, N. (2016). The relationships between organizational culture and organizational innovation. *International Journal of Business and Public Administration*, 13, 1-15.
- Dutton, J. E., Roberts, L. M., & Bednar, J. (2010). Pathways for positive identity construction at work: four types of positive identity and the building of social resources. *Academy of Management Review*, 35, 265–293.
- Ellis, P. (2016). The language of research (part 8): phenomenological research. *Wounds UK*, 12, 128-129.
- Elvey, R., Hassell, K., & Hall, J. (2013). *Who do you think you are? Pharmacists' perceptions of their professional identity. International Journal of Pharmacy Practice*, 21, 322-332.
- Ferlie, E., Fitzgerald, L., Wood, M., & Hawkins, C. (2005). *The nonspread of innovations: the mediating role of professionals. Academy of Management Journal*, 48, 117–134.
- Fiol, C. M., Pratt, M. G., & O'Connor, E. J. (2009). Managing intractable identity conflicts. *Academy of Management Review*, 34, 32-55.
- Frost, N. (2001). Professionalism change and the politics of lifelong learning. *Studies in Continuing Education*, 23, 5–17.
- Gibson, E. G. (2004). Role models in career development: new directions for theory and research. *Journal of Vocational Behavior*, 65, 134–156.
- Goldie, J. (2012). The formation of professional identity in medical students: considerations for educators. *Medical Teacher*, 34, e641–e648.
- Gray A., & Manasse Jr, H. R. (2012). Shortages of medicines: a complex global challenge. *Bulletin of the World Health Organization*, 90, 158–158A.

- Hegland, L. T., Tarcon, K. A., & Krueger, M. (2010). Building culture from the ground up in a new hospital. *Physician executive, 36*, 56-60.
- Higby, G. J. (2014). A cornerstone of modern institutional pharmacy practice: mirror to hospital pharmacy. *American Journal of Health-System Pharmacy, 71*, 1940-1946.
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons? *Public Administration, 69*, 3-19.
- Ibarra, H. (1999). Provisional selves: experimenting with image and identity in professional adaptation. *Administrative Science Quarterly, 44*, 764-791.
- Ibarra, H., & Lineback, K. (2005). What 's your story? *Harvard Business Review (January 2005)*, 64-71.
- Isaacs, A. N. (2014). An overview of qualitative research methodology for public health researchers. *International Journal of Medicine and Public Health, 4*, 318-323.
- Ivey, M. F., & Farber, M. S. (2011). Pharmacy residency training and pharmacy leadership: an important relationship. *American Journal of Health-System Pharmacy, 68*, 73-6.
- Jessica, P., & Kleiner, B. (2016). Excellence in hospital management. *Insights to a changing World journal, 2016*, Issue 2.
- Johnson, J. L., & Chauvin, S. (2016). Professional identity formation in an advanced pharmacy practice. experience emphasizing self-authorship. *American Journal of Pharmaceutical Education, 80*, 1-9.
- Khankeh, H., Ranjbar, M., Khorasani-Zavareh, D., Zargham-Boroujeni, A., & Johansson, E. (2015). Challenges in conducting qualitative research in health: a conceptual paper. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 20*, 635-641.

- Kippist, L., & Fitzgerald, A. (2012). Breaking down professional boundaries: how can doctors and managers work together to better manage health care organisations? *Employment Relations Record*, 12, 34-47.
- Kirkpatrick, I., Kuhlmann, E., Hartley, K., Dent, M., & Lega, F. (2016). Medicine and management in European hospitals: a comparative overview. *BioMed Central Health Services Research*, 16, (Suppl 2), 7-14.
- Koehler, T., & Brown, A. (2017). A global picture of pharmacy technician and other pharmacy support workforce cadres. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 13, 271-279.
- Kolthoff, E., Huberts, L., & Heuvel, H. V. D. (2007). The ethics of new public management: is integrity at stake? *Public Administration Quarterly*, Winter, 399-439.
- Koppenjan, J. (2005). The formation of public-private partnerships. Lessons from nine transport infrastructure projects in the Netherlands. *Public Administration*, 83, 135-157.
- Korica, M., & Molloy, E. (2010). Making sense of professional identities: stories of medical professionals and new technologies. *Human Relations*, 63, 1879-1901.
- Liberati, E. J., Gorli, M., & Scaratti, G. (2016). Invisible walls within multidisciplinary teams: disciplinary boundaries and their effects on integrated care. *Social Science & Medicine*, 150, 31-39.
- Major, M. J., & Magalhães, A. (2014). Reestruturação do serviço nacional de saúde em Portugal: balanço da empresarialização dos hospitais públicos portugueses. *Revista de Administração (São Paulo)*, 49, 476-490.
- Mayer, I. (2015). Qualitative research with a focus on qualitative data analysis. *International Journal of Sales, Retailing and Marketing*, 4, 53-67.

- McGivern, G., Currie, G., Ferlie, E., Fitzgerald, L., & Waring, J. (2015). Hybrid manager–professionals' identity work: the maintenance and hybridization of medical professionalism in managerial contexts. *Public Administration, 93*, 412–432.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis* (2nd ed.). London: Sage Publications.
- Mitchell, R., & Boyle, B. (2015). Professional diversity, identity salience and team innovation: the moderating role of openmindedness norms. *Journal of Organizational Behavior, 36*, 873–894.
- Monrouxe, L. V. (2010). Identity, identification and medical education: why should we care? *Medical Education, 44*, 40–49.
- Moreira, R. M. A., Gherman, M., & Sousa, P. S. A. (2017). Does innovation influence the performance of healthcare organizations? *Innovation, 19*, 335-352.
- Mylrea, M. F., Gupta, T. S., & Glass, B. D. (2015). Professionalization in pharmacy education as a matter of identity. *American Journal of Pharmaceutical Education, 79*, 1-9.
- Nancarrow, S. A., & Borthwick, A. M. (2005). Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce. *Sociology of Health & Illness, 27*, 897-919.
- Noble, C., Coombes, I., Nissen, L., Shaw, P. N., & Clavarino, A. (2015). Making the transition from pharmacy student to pharmacist: australian interns' perceptions of professional identity formation. *International Journal of Pharmacy Practice, 23*, 292–304.
- Nold, E. G., & Sander, W. T. (2004). Role of the director of pharmacy: the first six months. *American Journal of Health-System Pharmacy, 61*, 2297-2310.
- Nunes, A. M., & Harfouche, A. P. J. (2015). A reforma da administração pública aplicada ao setor da saúde: a experiência portuguesa. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde, 4*, 1-8.

- Padovani, E., Orelli, R. L., & Young, D. W. (2014). Implementing change in a hospital management accounting system. *Public Management Review*, *16*, 1184–1204.
- Passi, V., & Johnson, N. (2016). The impact of positive doctor role modeling. *Medical Teacher*, *38*, 1139–1145.
- Petriglieri, J. L. (2011). Under threat: responses to and the consequences of threats to individuals' identities. *Academy of Management Review*, *36*, 641-662.
- Philip, A., Desai, A., Nguyen, P. A., Birney, P., Colavecchia, A., Karralli, R., Smith, L., Lorimer, D., *et al*, (2016). Evaluating pharmacy leader development through the seven action logics. *American Journal of Health-System Pharmacy*, *73*, 82-85.
- Pitts, P. J. (2015). Access to medical innovation: obstacles & opportunities. *Journal of Commercial Biotechnology*, *21*, 53–63.
- Plochg, T., & Hamer, S. (2012). Innovation more than an artefact? Conceptualizing the effects of drawing medicine into management. *International Journal of Healthcare Management*, *5*, 189-192.
- Pottie, K., Haydt, S., Farrell, B., Kennie, N., Sellors, C., Martin, C., & Dolovich, L. (2009). Pharmacist's identity development within multidisciplinary primary health care teams in Ontario; qualitative results from the IMPACT project. Research in Social and Administrative Pharmacy*, *5*, 319–326.
- Pratt, M. G., & Dutton, J. E., (2000). Owing up or opting out: the role of emotions and identities in issue ownership. In N. Ashkanasy, C. Hartel, & W. Zerbe (Eds.), *Emotions in the workplace: research, theory and practice*. (pp. 103-129). Westport, CT: Quorum Books.
- Pratt, M. G., Rockmann, K. W., & Kaufmann, J. B. (2006). Constructing professional identity: the role of work and identity learning cycles in the customization of identity among medical residents. Academy of Management Journal*, *49*, 235–262.

- Radaelli, G., Currie, G., Frattini, F., & Lettieri, E. (2017). The role of managers in enacting two-step institutional work for radical innovation in professional organizations. *Journal of Product Innovation Management*, 34, 450–470.
- Rahschulte, T. (2018). Investing for soft skills: build, buy or both. *Chief Learning Officer (January/February 2018)*. Acedido em 6 de julho, 2018, em <http://www.clomedia.com/2018/01/03/investing-soft-skills-build-buy/>
- Revilla-Macías, D. A., Santana-Mondragón, R., & Rentería-López, M. (2015). La influencia de la cultura organizacional en el desempeño hospitalario. *Revista de sanidad militar de Mexico*, 69, 429-439.
- Robberecht, R., Cardoen, B., & Gemmel, P. (2014). Breaking down the silo of the hospital pharmacy. *British Journal of Hospital Medicine*, 75, 486-487.
- Roberts, T. (2013). Understand the research methodology of interpretative phenomenological analysis. *British Journal of Midwifery*, 21, 215-218.
- Rodrigues, J. (2013). Internato e carreira farmacêutica hospitalar: *perspectiva histórica, revisão do actual modelo de seriação e formação de candidatos á especialidade em farmácia hospitalar e respectiva carreira*. Acedido em 15 de julho, 2018, em http://www.apfh.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/articleFile183.pdf
- Schein, E. H. (1978). *Career dynamics: matching individual and organizational needs*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Sharma, P. (2017). Organizational culture as a predictor of job satisfaction: the role of age and gender. *Management*, 22, 35-48.
- Smith, J. A. (2004). Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 1, 39-54.

- Sveningsson, S., & Alvesson, M. (2003). Managing managerial identities: organizational fragmentation, discourse and identity struggle. *Human Relations, 56*, 64–71.
- Sowell, A. J., P Sherson, E. C., & Almuete, V. I. (2017). Expansion of inpatient clinical pharmacy services through reallocation of pharmacists. *American Journal of Health-System Pharmacy, 74*, 1806-1813.
- Swann, W. B. (1987). Identity negotiation: where two roads meet. *Journal of Personality and Social Psychology, 6*, 1038-1051.
- Swann Jr., W. B., Johnson, E. J., & Bosson, J. K. (2009). Identity negotiation at work. *Research in Organizational Behavior, 29*, 81–109.
- Torchia, M., Calabró, A., & Morner, M. (2015). Public-private partnerships in the healthcare sector. A systematic review of the literature. *Public Management Review, 17*, 236-261.
- Trede, F. (2009). Professionalism. Becoming professional in the 21st century. *Journal of Emergency Primary Health Care, 7*, 1-5.
- Watzlawik1, M., & Kullasepp, K. (2016). Career as affective journey: how constant flux challenges the search for career pathways and counseling. *Integrative Psychological and Behavioral Science, 50*, 492–506.
- Wilson, A. L. (2007). Pharmacy and the pharmaceutical industry: healing the rift - a hospital pharmacy perspective. *Journal of Pharmaceutical Marketing & Management, 18*, 55-61.
- Yates, J., & Leggett, T. (2016). Qualitative research: an introduction. *Radiologic Technology, 88*, 225-231.

ANEXO I – GUIÃO DAS ENTREVISTAS

Entrevista
Número
Data

Parte I. O percurso profissional e o acesso à direção do serviço de farmácia hospitalar

1. Fale-me um pouco do seu percurso profissional e do porquê de ter escolhido a carreira de farmácia hospitalar.
2. Face às experiências vividas no exercício da atividade, teria alterado a sua escolha? Porquê?
3. O que mais valoriza na carreira? Porquê? E o que menos aprecia? Porquê?
4. O que é que o motiva profissionalmente? E o que o preocupa/assusta?
5. Tem vindo a planear a sua carreira? Quais são os seus objetivos profissionais?
6. O que gostaria de ver alterado na carreira de farmácia hospitalar? Porquê?
7. E esses aspetos que gostaria de ver mudados afetam negativamente a sua carreira? Como?
8. Recorda-se de algum(a) acontecimento/situação que o tenha feito sentir orgulhoso em ser farmacêutico hospitalar? E de algum(a) que lhe tenha provocado desconforto ou mal-estar?
9. Considera adequadas a formação e experiência profissionais exigidas para a obtenção do título de especialista em farmácia hospitalar? Porquê?
10. Como considera que deveria ser feito o acesso à direção de farmácia hospitalar? Quais deveriam ser os critérios de acesso à carreira?
11. Relativamente ao exercício da profissão e particularmente no que respeita à direção do serviço, considera que existem diferenças entre o público e o privado (considerar também as parcerias público-privadas)? Em caso afirmativo, quais?
12. E quanto às competências, acha que os colegas a exercer no público e no privado, em igualdade de funções e tempo de serviço, têm competências comparáveis? Porquê?
13. O que pensa do novo regime legal da carreira farmacêutica hospitalar publicado em agosto de 2017, no que respeita à direção de serviços?

Parte II. A direção da farmácia hospitalar

14. O que pensa das nomeações administrativas/políticas?
15. Como caracteriza um bom diretor de serviço de farmácia hospitalar?
16. Recorda-se de algum diretor, em particular, que o tenha influenciado pela positiva? Porquê?

17. E alguém que o tenha marcado pela negativa? Porquê?
18. Quais são, para si, os principais desafios que o diretor de farmácia hospitalar tem vindo a enfrentar ao longo do tempo? E no futuro, quais lhe parecem ser os principais desafios?
19. Acha que os diretores de farmácia hospitalar, em Portugal, têm aprendido com as experiências e as práticas profissionais do passado? Se comparar a profissão em Portugal com o exercício da mesma em outros países que conhece, o que é que destaca como positivo no caso português? E como negativo?
20. O seu serviço tem gestor? Que papel desempenha na respetiva cadeia hierárquica?
21. Quem comunica com os restantes serviços, o diretor ou o gestor? Quem comunica com a administração do hospital? Quem representa o serviço nas decisões financeiras?

Parte III. As alterações na área da saúde: verdades e consequências

22. Como tem sido a sua relação profissional, ao longo do tempo, com os outros profissionais do serviço onde trabalha? O que destaca pela positiva nessas relações de trabalho? E pela negativa?
23. E como é o relacionamento com os médicos com os quais tem que interagir no serviço? E com os gestores? E com os diretores dos restantes serviços do hospital?
24. Como tem sido trabalhar com os restantes profissionais do hospital, externos à farmácia?
25. E as suas relações de amizade, os seus amigos são ou foram colegas de trabalho? Se não, porquê?
26. Há convívio entre colegas de trabalho ou as relações restringem-se apenas à esfera profissional? Porquê?
27. De um modo geral como vê a evolução e as mudanças do setor da saúde, nas últimas duas décadas? O que destaca pela positiva? E pela negativa?
28. E, mais especificamente, no que respeita ao setor farmacêutico? Que mudanças destaca pela positiva? E pela negativa?
29. Na sua opinião, como é que essas mudanças no setor da saúde têm afetado o exercício da profissão de farmacêutico hospitalar? E particularmente, a direção de serviço?
30. De um modo geral, o que pensa das parcerias público-privadas no setor da saúde?
31. Acha que a carreira farmacêutica hospitalar sofreu muitas alterações nesses hospitais público-privados? Se sim, quais? E a direção do serviço?
32. Como se sente relativamente a essas alterações na carreira que decorreram das PPP? Elas acabaram por afetar o modo como vê a carreira de farmácia hospitalar? Ou mesmo o modo como começou a exercer a profissão?
33. Acha que os diretores de farmácia hospitalar a trabalharem em hospitais público-privados sentem a existência de interesses económicos conflitantes, entre o doente e o grupo económico que gere o hospital? Que consequências pode ter para o exercício da função?

Parte IV. Dados sociodemográficos

Idade

Sexo

Estado Civil

Tem filhos: número

Tempo de serviço na carreira

Tempo de serviço na categoria

Atividades profissionais anteriores

Cargo atual

Funções atuais