

**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**A prática profissional em farmácias e drogarias de
Jundiaí, SP: em busca da atenção farmacêutica**

Simone Sena Farina

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública para
obtenção do título de Mestre em Saúde
Pública

Área de Concentração: Serviços de Saúde
Pública

Orientador: Profa. Dra. Nicolina Silvana
Romano Lieber

**São Paulo
2005**

A prática profissional em farmácias e drogarias de Jundiaí, SP: em busca da atenção farmacêutica

Simone Sena Farina

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Profa. Dra. Nicolina Silvana Romano Lieber

São Paulo
2005

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores.

Assinatura:

Data:

*A meu avô, José Sena, por me ajudar a descobrir a
aventura do conhecimento.*

Com amor e saudade.

The Road Not Taken

*Two roads diverged in a yellow wood,
And sorry I could not travel both
And be one traveler, long I stood
And looked down one as far as I could
To where it bent in the undergrowth;*

*Then took the other, as just as fair,
And having perhaps the better claim,
Because it was grassy and wanted wear;
Though as for that passing there
Had worn them really about the same,*

*And both that morning equally lay
In leaves no step had trodden black.
Oh, I kept the first for another day!
Yet knowing how way leads on to way,
I doubted if I should ever come back.*

*I shall be telling this with a sigh
Somewhere ages and ages hence:
Two roads diverged in a wood, and I –
I took the one less traveled by,
And that has made all the difference.*

Robert Frost (1875-1963)

AGRADECIMENTOS

A minha avó, Elza, e a meu pai, Levy, pelo amor, pelo apoio e pela compreensão, em especial nos momentos em que experimentar e errar foram imprescindíveis para minha caminhada.

A minha orientadora, Profa. Dra. Nicolina Silvana Romano Lieber, por ter aberto as portas da ciência para mim, pela confiança, pelos ensinamentos, pela paciência e pelo imenso carinho.

Ao Dr. Rogério Renato Silva por acompanhar o meu desenvolvimento, por despertar meu olhar crítico, pela valiosa ajuda na construção do questionário, pelo incentivo e pelo carinho.

A Dra. Thaís Adriana do Carmo pela importante colaboração, desde a qualificação, na construção deste trabalho e pelas oportunidades de crescimento profissional.

A Dra. Adriana Mitsue Ivama pela leitura do trabalho e pelas preciosas considerações.

A Profa. Dra. Aracy Witt de Pinho Spinola pelas sugestões referentes à metodologia durante a fase de qualificação.

A Profa. Dra. Cleide Lavieri Martins pelas sugestões enviadas na fase de pré-banca.

Ao Dr. Mauro Silveira de Castro por dispor parte de seu tempo para me mostrar os caminhos teóricos para o estudo da atenção farmacêutica.

A Luciana Scarlazzni Costa pelos ensinamentos de bioestatística.

A Thaís Maria Giammarco pelas traduções para o *summary*.

Aos funcionários da Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública da USP pela gentileza com que sempre me atenderam e, em especial, ao Sr. José e ao Sr. Raimundo pelo carinho e amizade.

Aos funcionários da Sala de Informática da Faculdade de Saúde Pública da USP, em especial ao César, pela atenção e pela ajuda nas dificuldades ligadas à informática.

Aos funcionários da Comissão de Pós-graduação da Faculdade de Saúde Pública da USP pelo atendimento gentil e pelas informações sempre prestadas.

Ao Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo, à Prefeitura Municipal de Jundiaí e à Associação das Farmácias de Jundiaí e Região por disponibilizarem os dados sobre as farmácias de Jundiaí.

Aos colegas que encontrei durante o mestrado, em especial o Benedito, a Carmem, a Cláudia, a Denise, a Emília, a Estela, o Jorge, a Márcia Freitas, a Márcia Puerro, a Maria e a Maria Inês, pelas conversas, por dividirmos as angústias e alegrias desse pedagógico processo, pelo apoio e pelo imenso carinho.

Aos colegas da Drogaria Dantas pela compreensão e colaboração durante o primeiro ano do curso.

Aos usuários da Drogaria Dantas por me ajudarem a descobrir o valor do farmacêutico e assim despertar meu interesse pela atenção farmacêutica.

A todos os farmacêuticos entrevistados por disponibilizarem parte de seu tempo de trabalho, colaborando com este estudo.

A meus irmãos, Levy e Michele, e aos amigos Cleide, Emily, Fábio, Felipe, Kátia, Paulo e Wladimir por estarem sempre ao meu lado, pela torcida, pelo amor e pela preciosa amizade.

RESUMO

Farina SS. A prática profissional em farmácias e drogarias de Jundiaí, SP: em busca da atenção farmacêutica. São Paulo; 2005. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

A profissão farmacêutica vive momento de busca de novas práticas baseadas na atenção farmacêutica. O objetivo deste estudo foi conhecer a prática profissional de farmacêuticos que atuavam em farmácias com ênfase em atividades relacionadas à prática da atenção farmacêutica. **Material e métodos.** Trata-se de um estudo descritivo tipo *survey* transversal; os dados foram coletados em entrevistas com farmacêuticos do município de Jundiaí/SP. **Resultados.** Entrevistou-se 93 farmacêuticos, sendo a maioria jovem (31,7 anos em média), do sexo feminino (62,4%), graduada em instituições privadas (90,1%) e não proprietária do estabelecimento (86,0%); desenvolviam na farmácia atividades administrativas, técnicas e de atenção ao usuário, em especial, orientações e dispensação de medicamentos; 67,7% acompanhavam o tratamento farmacoterapêutico dos usuários, mas sem registro de informações, e 77,8% já haviam detectado algum problema com a medicação. Muitos farmacêuticos (91,4%) consideravam necessário realizar um trabalho de maior proximidade com os usuários, porém apontaram como principais dificuldades a falta de: tempo, apoio dos proprietários, interesse dos usuários e conhecimento. A compreensão que 62,3% tinha sobre atenção farmacêutica estava relacionada à orientação e ao atendimento dispensados. **Conclusões.** A prática da atenção farmacêutica, como preconizada na literatura, não foi observada entre os entrevistados. Estudos futuros para conhecer como os farmacêuticos realizam suas atividades são importantes ao aprimoramento dos serviços farmacêuticos e melhorar a compreensão sobre atenção farmacêutica poderá ajudar na sua implementação.

Descritores: serviços farmacêuticos; profissão farmacêutica; farmacêuticos.

SUMMARY

Farina SS. The professional practice in pharmacies and drugstores in Jundiaí, SP: searching for pharmaceutical care. São Paulo; 2005. [Master's Degree Dissertation – USP's College of Public Health].

The pharmaceutical profession is searching for new practices based on pharmaceutical care. The purpose of this study was to get to know the professional practice of the pharmacists who worked in pharmacies, with emphasis placed on the activities related to the pharmaceutical care practice.

Material and methods. This is a transversal survey descriptive study; the data were collected among pharmacists of the municipality of Jundiaí/SP.

Results. In total, 93 pharmacists were interviewed, most of whom were young (31.7 years of age on average), female (62.4%), private institution graduates (90.1%), and were not pharmacy owners (86.0%); at the pharmacy, they carried out administrative, technical, and attention to patient activities, particularly providing guidance and dispensing medications; 67.7% followed-up on their patient's pharmacotherapeutic treatment, but did not record any information regarding it, while 77.8% had already detected some type of problem with medications. Many pharmacists (91.4%) considered it necessary to work more closely with their patients; however, the main difficulties they mentioned to in order to do so included the lack of time, pharmacy owner support, patient interest, and knowledge. The understanding 62.3% had about pharmaceutical care was related to providing guidance and customer service. **Conclusions.** The pharmaceutical care practice among the interviewees was not observed as in the literature. Future studies aimed at getting to know how the pharmacists perform their activities are important in order to improve the pharmaceutical services and to improve the understanding about pharmaceutical care can help implanting.

Descriptors: pharmaceutical services, pharmaceutical profession; pharmacists.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	
1.1. Breve histórico da Farmácia	1
1.2. Atenção farmacêutica: um novo componente da prática farmacêutica	4
1.2.1. O processo de atenção farmacêutica	8
1.2.2. Os problemas relacionados com medicamentos	9
1.3. A profissão farmacêutica no Brasil	12
1.3.1. A Assistência Farmacêutica	19
1.3.2. A atenção farmacêutica no Brasil	21
2. JUSTIFICATIVA	25
3. OBJETIVOS	
3.1 Objetivo geral	27
3.2. Objetivos específicos	27
4. MATERIAL E MÉTODOS	
4.1. Tipo de estudo	28
4.2. O local da pesquisa	29
4.3. A população de estudo	30
4.4. O instrumento da pesquisa	31
4.5. O trabalho de campo	34
4.6. Análise	35
4.7. Aspectos éticos	36
5. RESULTADOS	
5.1. Farmácias e farmacêuticos pesquisados	37
5.2. Estrutura e recursos das farmácias de Jundiaí	39
5.3. Características da população estudada	45
5.3.1. Características sócio-demográficas	45
5.3.2. Características referentes à formação e capacitação profissionais	46
5.3.3. Características referentes à atuação profissional	51
5.4. Compreensão sobre atenção farmacêutica	66
5.5. Resultados das associações entre a variável acompanhamento farmacoterapêutico e outras variáveis	71
6. DISCUSSÃO	
6.1. Universo pesquisado	74
6.2. Estrutura e recursos das farmácias	75
6.2.1. Estrutura das farmácias	75
6.2.2. Recursos materiais das farmácias	77
6.2.3. Recursos humanos das farmácias.....	79

6.3. Características da população estudada.....	81
6.3.1. Características sócio-demográficas.....	81
6.3.2. Características referentes à formação e capacitação profissionais.....	82
6.3.3. Características referentes à atuação profissional	87
6.3.3.1. Características relacionadas ao mundo do trabalho	87
6.3.3.2. Atividades realizadas pelos farmacêuticos.....	92
6.3.3.2.1. Características relacionadas ao acompanhamento	
farmacoterapêutico	99
6.3.3.3. Características relacionadas ao trabalho mais intenso com	
usuários	103
6.3.3.3.1. Dificuldades relatadas para realizar o trabalho mais intenso	
com os usuários	104
6.4. Compreensão sobre atenção farmacêutica	112
6.5. Associações entre a variável acompanhamento farmacoterapêutico e outras	
variáveis	113
7. CONCLUSÕES	114
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	116
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
ANEXOS	
Anexo 1 – Questionário	A1
Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	A9

1. INTRODUÇÃO

A farmácia é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e tem por fim a promoção, proteção e recuperação da saúde, no nível individual ou coletivo, centradas no medicamento (Código de Ética Farmacêutica, art. 1º)

1.1 Breve histórico da Farmácia

A profissão farmacêutica, desde o século XIX, vem sofrendo grandes mudanças impulsionadas pelos avanços na tecnologia e por alterações na economia e na legislação (HOLLAND e NIMMO 1999).

Ao longo dos séculos, a economia passou pelas eras agrícola, industrial e hoje vive a era da informação. A prática e a educação farmacêuticas percorreram a era do empirismo, da ciência e, atualmente, do cuidado com o paciente (HEPLER 1987).

Do final do século XIX à década de 1940, a principal atividade da Farmácia, desenvolvida nas farmácias comunitárias e nos hospitais, era o preparo de medicamentos. O aconselhamento e orientações para seleção e uso de medicamentos também eram realizados e a Farmácia possuía valor social claro e definido (HOLLAND e NIMMO 1999).

No início do século XX, instituições científicas foram criadas para a pesquisa e produção de medicamentos, vacinas e soros e a síntese química começa a se desenvolver (BERMUDEZ 1995), abrindo caminho à industrialização de medicamentos.

Após a Segunda Guerra Mundial, houve um grande período de crescimento do capitalismo comandado por empresas transnacionais de diversos ramos da economia. Nessa época, surge a indústria farmacêutica global e o desenvolvimento de novos produtos em maior escala (BERMUDEZ 1995).

Na década de 1950, a existência desses novos produtos fez com que as empresas transnacionais mudassem suas estratégias de marketing para tentar influenciar a prescrição médica (BERMUDEZ 1995). Assim, as prescrições voltaram-se para os produtos industrializados, sendo que, em 1952, apenas 10 a 15% dessas envolviam a manipulação (HIGBY 1997). O desaparecimento do preparo de medicamentos e a grande oferta de medicamentos industrializados limitaram a farmácia comunitária apenas à dispensação de medicamentos, empurrando o farmacêutico comunitário a uma atividade meramente comercial, o que levou à perda de seu papel social (HOLLAND e NIMMO 1999; HIGBY 1997).

Por outro lado, os farmacêuticos hospitalares mantiveram suas atividades, estando envolvidos na distribuição, gerenciamento e preparo de medicamentos, educação de enfermeiras e participação em comissões terapêuticas (HOLLAND e NIMMO 1999).

Na década de 1960, a possibilidade de automação do sistema de distribuição de medicamentos e os erros de medicação dentro dos hospitais despertaram os farmacêuticos hospitalares para uma nova atividade: a farmácia clínica, definida como o controle do uso de medicamentos (HEPLER 1987). O farmacêutico passou, então, a integrar a equipe de

saúde, utilizando seus conhecimentos para assegurar uma terapia medicamentosa o mais racional¹, eficaz, segura e custo-efetiva (ALVAREZ 1993). Novas funções começaram a ser realizadas pelos farmacêuticos como o fornecimento de informações sobre medicamentos, o monitoramento farmacocinético e outras atividades relacionadas aos medicamentos (KLEINMANN 1994).

A farmácia clínica trouxe muitas contribuições à profissão, como o desempenho de novas funções e inovações na prática, mas ainda permaneceu uma prática focada no medicamento (HEPLER e STRAND 1990).

Para HEPLER e STRAND (1990), a prática farmacêutica deveria assumir sua responsabilidade sobre o paciente. Segundo esses autores, o conhecimento e as habilidades clínicas não foram suficientes para maximizar a eficácia dos serviços farmacêuticos. Para tanto, se fazia necessário uma nova prática profissional, denominada, pelos autores, de *pharmaceutical care* [atenção farmacêutica]. Essa prática profissional se desenvolveu ao longo de anos de investigação e exercício profissional e nasceu como resposta ao alto grau de morbidade e mortalidade relacionadas aos medicamentos e ao alto custo humano e econômico dos problemas ocasionados pelos mesmos (CIPOLLE e col. 2000).

¹ Uso racional de medicamentos – é o processo que compreende a prescrição apropriada; a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis; a dispensação em condições adequadas; e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade (MS 1999).

1.2 Atenção farmacêutica: um novo componente da prática farmacêutica

A atenção farmacêutica é o componente da prática profissional onde o farmacêutico interage diretamente com o paciente para atender suas necessidades relacionadas com os medicamentos (PERETTA e CICCIA 1998). A introdução da palavra *care* no vocabulário da Farmácia coloca o paciente no centro dos interesses do farmacêutico (PENNA 1990).

Segundo CIPOLLE e col. (2000), Mikeal, em 1975, foi o primeiro a conceituar a atenção farmacêutica como “a atenção que o paciente requer e recebe, a qual assegura um uso seguro e racional de medicamentos”.

BRODIE e col. (1985) acrescentaram ao conceito a determinação das necessidades de medicamentos para um dado indivíduo e a provisão não só do medicamento requerido, mas também dos serviços necessários (antes, durante e depois do tratamento) para assegurar uma terapia ótima e efetiva.

HEPLER (1987) conceituou a atenção farmacêutica como uma “relação baseada no acordo entre o paciente e o farmacêutico, na qual o farmacêutico desempenha a função de controle do uso de medicamentos (com conhecimento e habilidades apropriados), consciente de seu compromisso com os interesses do paciente” (p.376).

Segundo DÁDER e ROMERO (1999), o conceito de atenção farmacêutica adquiriu importância a partir da publicação de HEPLER e STRAND, em 1990, que assim a definiram:

Atenção farmacêutica é a provisão responsável de tratamento farmacológico com o propósito de alcançar resultados definidos que melhorem a qualidade de vida do paciente.

(....) A atenção farmacêutica implica no processo através do qual o farmacêutico coopera com o paciente e outros profissionais mediante o delineamento, a execução e a monitorização de um plano terapêutico que produza resultados terapêuticos específicos para o paciente.

(....) A atenção farmacêutica é um elemento necessário da assistência à saúde e deve estar integrada aos demais elementos (HEPLER e STRAND 1990, p.539).

Segundo tais autores, os resultados terapêuticos que podem ser alcançados são: a cura da enfermidade, a eliminação ou redução de sintomatologia, a interrupção ou retardamento do processo patológico e a prevenção de uma enfermidade ou sintomatologia. Para tanto, o farmacêutico possui três funções principais: a) identificar problemas relacionados com medicamentos (PRM) potenciais ou reais, b) resolver PRM reais e c) prevenir PRM potenciais (HEPLER e STRAND 1990).

A provisão de atenção farmacêutica pelo profissional envolve o estabelecimento de uma relação terapêutica com o paciente, caracterizada pela verdade e pelo acordo mútuo para um trabalho em conjunto (TOMECHKO e col. 1995). Em tal relação, enquanto o farmacêutico assume responsabilidade pelo conhecimento, o paciente deve ser respeitado como o principal participante nas decisões terapêuticas (STRAND e col. 1991). O

paciente concede autoridade ao profissional e este lhe fornece competência e compromisso, aceitando responsabilidades (HEPLER e STRAND 1990).

O beneficiário direto da atenção farmacêutica é o paciente, sendo o farmacêutico responsável pelo paciente e por essa assistência (HEPLER e STRAND 1990).

A atenção farmacêutica pode recolocar o farmacêutico dentro da equipe de assistência à saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1988, discutindo o papel do farmacêutico dentro do sistema de saúde, já destacava a necessidade de sua inclusão dentro da equipe multidisciplinar de saúde. A OMS afirmava que o conhecimento especializado do farmacêutico sobre medicamentos pode aproximá-lo tanto dos prescritores, como uma fonte independente de informações sobre opções terapêuticas e conseqüências dos tratamentos, quanto dos pacientes para os quais ele atua como um provedor de medicamentos e de informações em saúde (WHO 1988).

Em 1993, a OMS, adotando o conceito de HEPLER e STRAND, emitiu sua definição:

A atenção farmacêutica é um conceito de prática profissional na qual o paciente é o principal beneficiário das ações do farmacêutico. A atenção farmacêutica é o compêndio das atitudes, os comportamentos, os compromissos, as inquietudes, os valores éticos, as funções, os conhecimentos, as responsabilidades e as habilidades do farmacêutico na prestação da farmacoterapia com o objetivo de obter resultados terapêuticos definidos na saúde e na qualidade de vida do paciente (OPAS 1993, p.3).

A OMS estendeu à comunidade como um todo o caráter beneficiário da atenção farmacêutica, reconhecendo o farmacêutico como um “provedor de atenção à saúde que pode participar ativamente na prevenção da enfermidade e na promoção da saúde junto com outros membros da equipe de atenção à saúde” (OPAS 1993, p.3).

O nível de atenção farmacêutica que cada paciente necessita, segundo STRAND e col. (1991), pode ser expresso em termos de risco associado à farmacoterapia. Esse risco, por sua vez, provém da combinação de três fatores de riscos ligados a: a) características clínicas do paciente, b) enfermidade do paciente e c) farmacoterapia do paciente.

A OMS (1993) coloca o critério clínico do farmacêutico como o determinante do nível de atenção farmacêutica que cada paciente necessita. Cita, porém, algumas situações que exigem essa atenção: a) pacientes mais vulneráveis a efeitos adversos, como crianças e idosos; b) pacientes crônicos, como hipertensos, asmáticos e diabéticos; c) pacientes submetidos à medicação múltipla; d) pacientes tratados com medicamentos de grande toxicidade potencial e e) pacientes com enfermidades graves (OPAS 1993).

Para prover atenção farmacêutica, o farmacêutico deve saber solucionar problemas científicos e ser um gerente, bom comunicador, educador e líder (PENNA 1990). Em 1997, a OMS descreveu o “farmacêutico sete estrelas”, o qual deve possuir conhecimento, atitudes, habilidades e comportamento específicos que sustentem sua prática, e acrescenta mais três atributos que o profissional deve ter: ser um prestador de serviços, tomador de decisões e estudante para toda vida (WHO 1997).

A maior necessidade social que o farmacêutico deveria atender é a provisão de uma terapia medicamentosa segura e efetiva (HEPLER 1990). A OMS, em 1996, baseada no texto da Federação Internacional Farmacêutica (FIP), coloca que “a missão da prática farmacêutica é prover medicamentos e outros produtos e serviços para o cuidado da saúde e ajudar as pessoas e a sociedade a utilizá-los da melhor forma possível” (WHO 1996, p4). A atenção farmacêutica vem ao encontro desse anseio.

1.2.1. O processo de atenção farmacêutica

A atenção farmacêutica envolve um processo de assistência ao paciente lógico, sistemático e global, que permite ao profissional prestar um serviço de qualidade, completo e uniforme (CIPOLLE e col. 2000).

Esse processo de assistência possui três etapas: a) análise da situação das necessidades do paciente em relação aos medicamentos; b) elaboração de um plano de seguimento, incluindo os objetivos do tratamento farmacológico e as intervenções apropriadas; e c) avaliação do seguimento para determinar os resultados reais obtidos no paciente (CIPOLLE e col. 2000).

A American Pharmaceutical Association (APHA 1995) estabeleceu os seguintes passos ao processo de atenção farmacêutica:

- a) Estabelecer e manter uma relação profissional entre farmacêutico e paciente;

- b) Coletar, organizar e registrar informações médicas específicas do paciente;
- c) Avaliar as informações coletadas e desenvolver um plano de atenção farmacêutica com a participação do paciente;
- d) Garantir que o paciente tenha toda informação, conhecimento e suporte para conduzir o plano terapêutico;
- e) Rever, monitorar e modificar o plano terapêutico conforme necessário em acordo com o paciente e a equipe de saúde.

1.2.2. Os problemas relacionados com medicamentos

Os medicamentos constituem a forma mais freqüente de tratamento na assistência sanitária (CIPOLLE e col 2000) e o desenvolvimento de novos fármacos tem um papel importante na melhoria da qualidade de vida e no aumento da expectativa de vida (MAGALHÃES e CARVALHO 2003). Entretanto, a farmacoterapia comporta também riscos ligados, principalmente, ao seu uso; nos Estados Unidos, 20% das hospitalizações estão relacionadas a tratamentos farmacológicos que não deram bons resultados (CIPOLLE e col. 2000).

HEPLER e STRAND (1990), discutindo a relevância da morbidade e da mortalidade relacionadas com medicamentos, definiram os problemas relacionados com medicamentos (PRM) como um evento ou circunstância envolvendo a farmacoterapia que interfere ou potencialmente pode interferir na obtenção de resultados ótimos pelo paciente.

STRAND e col. (1990), classificam os PRM em oito categorias: a) indicações sem tratamento, b) seleção inadequada do medicamento, c) dosagem subterapêutica, d) falha no recebimento da medicação, e) sobredosagem, f) reações adversas² a medicamentos, g) interações medicamentosas e h) uso de um medicamento sem indicação (HEPLER e STRAND 1990).

A utilização dessa classificação mostrou que as categorias não eram totalmente excludentes e, assim, outras classificações foram propostas. Em 1998, o Consenso de Granada traz uma nova classificação dividida em seis categorias e agrupadas em três supra-categorias: indicação, efetividade e segurança (COMITÉ DE CONSENSO 2002).

Em 2002, o Consenso de Granada (COMITÉ DE CONSENSO 2002), frente a novos estudos, propõe outra definição para PRM:

Problemas Relacionados com Medicamentos são problemas de saúde, entendidos como resultados clínicos negativos, derivados da farmacoterapia que, produzidos por diversas causas, conduzem a não obtenção do objetivo terapêutico ou ao aparecimento de efeitos indesejados (p.179).

Dentre outras classificações, MEYBOOM e col (2000) diferenciam os PRM entre a) uso apropriado, b) uso não apropriado de medicamentos, c) problemas relacionados à dose e d) efeitos adversos.

² Reação adversa a medicamentos: qualquer efeito prejudicial ou indesejado que se apresente após a administração de doses de medicamentos normalmente utilizados no homem para profilaxia, diagnóstico ou tratamento de uma enfermidade (WHO 1969).

A participação do farmacêutico no cuidado com o paciente e em atividades consultivas constitui uma ferramenta importante para a redução e a prevenção de eventos adversos³ ligados à medicação (LESAR e col, 1997; LEAPE e col, 1999). A intervenção do farmacêutico também pode melhorar a adesão⁴ ao tratamento e a prescrição médica (HANLON e ARTZ 2001).

CIPOLLE e col. (2000a) publicaram os resultados do exercício da atenção farmacêutica por profissionais que tinham cursado um programa de atenção farmacêutica. Entre 1993 e 1999, 14.357 pacientes foram assistidos em farmácias e clínicas ambulatoriais norte-americanas, identificou-se PRMs em 40% dos pacientes, evitou-se consultas médicas desnecessárias em 193 casos e 90% dos problemas de saúde dos pacientes melhoraram ou se estabilizaram com a provisão da atenção farmacêutica.

JOHNSON e BOOTMAN, em 1997, estimaram o impacto econômico da provisão de atenção farmacêutica a pacientes ambulatoriais nos Estados Unidos. O custo anual estimado da mortalidade e da morbidade relacionadas a medicamentos sem a provisão de atenção farmacêutica seria de U\$ 76,6 bilhões e com a provisão, de U\$ 30,9 bilhões. Além disso, segundo os autores, a provisão de atenção farmacêutica pode aumentar em 40% a chance de se obter um resultado terapêutico ótimo.

³ Evento adverso: qualquer ocorrência médica inesperada que pode surgir durante o tratamento com medicamentos, mas que não tem necessariamente uma relação causal com esse tratamento (MEYBOOM e col. 2000).

⁴ Adesão ao tratamento: o cumprimento estrito pelo paciente da prescrição médica, entendendo-se por prescrição não apenas os medicamentos mas, também, todos os demais cuidados ou providências recomendados (PAULO e ZANINI 1997).

1.3 A profissão farmacêutica no Brasil

Com a colonização portuguesa no Brasil, os medicamentos e as drogas passaram a ser preparados e vendidos em casas comerciais denominadas boticas. Até então, a população nativa utilizava meios próprios para cura de enfermidades, tendo destaque nesse papel a figura dos pajés (ZUBIOLI 1992). Nas boticas, o responsável pela manipulação das drogas e pela organização da mesma era o boticário (SANTOS 1999) que, para exercer tais funções, necessitava de uma espécie de habilitação: a carta de aprovação (ZUBIOLI 1992).

Nesses estabelecimentos – boticas – outras atividades eram exercidas além do comércio de medicamentos. Em 1744, a promulgação do Regimento 1744 trouxe nova regulamentação para as boticas: a) o comércio de medicamentos passou a ser exercido somente em estabelecimentos habilitados, b) a figura do profissional responsável foi criada, c) exigências estruturais foram estabelecidas – como existência de balanças, pesos, vasilhames – e d) determinou-se a fiscalização sobre o estado de conservação das drogas e vegetais medicinais (ZUBIOLI 1992). As boticas foram, assim, se especializando na manipulação de medicamentos e até o século XIX dominaram este mercado (SANTOS 1999).

Dentre as mudanças conseqüentes da chegada da família real ao Brasil, houve a implantação dos cursos de Farmácia no país, inicialmente ligados aos cursos de Medicina, como na Bahia e no Rio de Janeiro. Em 1839, foi criada a Escola de Farmácia de Ouro Preto, primeiro

estabelecimento autônomo de ensino farmacêutico do Brasil e da América Latina, que teve grande importância para a consolidação do mesmo. Os boticários foram, então, substituídos pelos farmacêuticos formados e as boticas, pelas farmácias (ZUBIOLI 1992).

Até as primeiras décadas do século XX, o farmacêutico, nas farmácias, era responsável pela pesquisa, produção, comercialização e orientação sobre o uso correto de medicamentos, desempenhando relevante papel social e mantendo uma relação próxima com a comunidade (SANTOS 1999).

No final do século XIX e início do século XX, a necessidade de combate às grandes epidemias que afetavam o país levou à fundação de institutos de pesquisa e à produção de soros e vacinas (BERMUDEZ 1995). No mesmo período, começa a se formar também uma indústria de medicamentos nacional fruto dos laboratórios artesanais das farmácias (SANTOS 1999; ZUBIOLI 1992).

Essa indústria farmacêutica nacional atingiu seu auge na década de 30, mas, diferentemente de outros países, aqui não houve desenvolvimento industrial na área química (BERMUDEZ 1995). Assim, as indústrias nacionais não conseguiram acompanhar o desenvolvimento tecnológico, em especial referente à síntese orgânica, dos grandes laboratórios, principalmente, europeus e norte-americanos (SANTOS 1999).

Durante a Segunda Guerra Mundial, as indústrias farmacêuticas internacionais se expandem, instalando filiais em outros países. No Brasil, a abertura da economia ao capital estrangeiro, fruto da política econômica da

década de 50, possibilitou a entrada dessas empresas transnacionais e muitas empresas brasileiras acabaram por se associar a elas ou foram simplesmente adquiridas pelos oligopólios internacionais, o que provocou desnacionalização do setor farmacêutico brasileiro e dependência econômica e industrial. Mesmo com a entrada das transnacionais, não houve incorporação de tecnologia, pois a produção de matérias-primas e as atividades de pesquisa e desenvolvimento continuaram restritas às matrizes (BERMUDEZ 1995), sendo realizadas nas filiais apenas processos físicos e técnicos da produção de medicamentos (SANTOS 1999).

Com o processo de industrialização, os farmacêuticos perderam o controle sobre a produção de medicamentos e sobre o conhecimento específico da área (IVAMA 1999; SANTOS 1999) e a farmácia tornou-se um estabelecimento somente de venda de medicamentos, resultando em uma atividade sem valor profissional. O farmacêutico passa, então, a buscar outras atividades (IVAMA 1999).

Mudanças na legislação contribuíram para o afastamento do profissional da farmácia. O Decreto 19.606, de janeiro de 1931, conferiu competência legal ao farmacêutico para atuar como analista clínico, químico bromatologista, biologista e legista. O Decreto 20627, de novembro de 1931, estabeleceu que o comércio de farmácia, até então exclusivo do farmacêutico, poderia ser exercido por sociedade mercantil composta por leigos, resguardando apenas 30% do capital social para um farmacêutico (ZUBIOLI 1992).

Na década de 50, o desenvolvimento de um complexo médico-industrial-hospitalar, resultado do modelo previdenciário de assistência sanitária, intensificou o deslocamento da atuação dos farmacêuticos para área de análises clínicas (PÉTRIS 1999); esse processo atingiu seu auge na década de 70 e início da década de 80 e resgatou o prestígio da profissão (IVAMA 1999).

O ensino de Farmácia, para atender às novas funções do farmacêutico no campo industrial (medicamentos e alimentos) e nas análises clínicas, sofre reestruturações (ZUBIOLI 1992; SANTOS 1999). Em decorrência da Reforma Universitária de 1968 (Lei 5540/68), em 1969 foi estabelecido o segundo currículo mínimo para o curso de Farmácia e a divisão da profissão foi oficializada com a criação das modalidades farmacêutico, farmacêutico-bioquímico e farmacêutico-industrial (SANTOS 1999).

Essa ampliação do âmbito profissional provocou a fragmentação da profissão e sua descaracterização, relegando questões relacionadas ao uso de fármacos e de medicamentos (FREITAS e col. 2002). Segundo SANTOS (1999), “o desvio do farmacêutico do seu eixo principal de atuação, desvinculando-o da relação com a comunidade, levou-o a se despreocupar da defesa e resguardo dos direitos fundamentais do cidadão em seu acesso total à saúde” (p. 72).

Na década de 70, o exercício das análises clínicas pelo farmacêutico gerou uma disputa por mercado de trabalho com os biomédicos (FREITAS e col. 2002), que acabou provocando, no início dos anos 80, um movimento de

contestação ao chamado “Projeto Biomédico”. Tal movimento mobilizou a categoria farmacêutica, em especial os estudantes, a lutar pela preservação do espaço profissional e desencadeou questionamentos sobre a relação entre a formação do farmacêutico e sua atuação profissional (FENAFAR/ENEFAR 1996). Como consequência da busca pela identidade profissional, a categoria passou a defender a presença do farmacêutico na farmácia (IVAMA 1999).

Nos anos 80, estava em curso o movimento de Reforma Sanitária que buscava um novo marco conceitual para a saúde no Brasil. As diretrizes desse movimento – cidadania, universalidade, participação, representatividade e democracia – concretizaram-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, quando ficou estabelecido que o reordenamento do setor de saúde deveria se dar com a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS). O Movimento Estudantil de Farmácia participou dos eventos e lutas que precederam essa Conferência e no mesmo ano de 1986 realizou a campanha do “Dia Nacional de Mobilização pelo Farmacêutico na Farmácia” – manifestação em praça pública que fez críticas à perda de identidade do profissional e tentou esclarecer a população sobre a condição do setor na época (FENAFAR/ENEFAR 1996; SANTOS 1999).

Como fruto desse processo de mobilização estudantil, nasce a decisão de se reformular o currículo do curso de Farmácia. De 1986 a 1995, vários seminários e encontros foram realizados com esse propósito (FENAFAR/ENEFAR 1996).

O perfil do farmacêutico que foi sendo definido, ao longo desses eventos, estava de acordo com a concepção de Assistência Farmacêutica, a qual passou a ser um direito da sociedade por meio da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990). As discussões destacavam a importância de se centralizar a formação do farmacêutico na área do medicamento, abrangendo todos os seus aspectos, desde a pesquisa até a vigilância de sua ação farmacológica (FENAFAR/ENEFAR 1996).

Em 1996, com a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), foi extinto o currículo mínimo e estabeleceram-se as diretrizes curriculares como referências às instituições de ensino superior. As diretrizes são “linhas gerais capazes de definir quais as competências e habilidades que se deseja desenvolver nos cursos” (MEC/SESu 1997).

Depois de longo processo de elaboração e discussão com a comunidade interessada, em fevereiro de 2002 foram instituídas as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia que trouxeram o seguinte perfil do formando egresso/profissional:

Farmacêutico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. Capacitado ao exercício de atividades referentes aos fármacos e aos medicamentos, às análises clínicas e toxicológicas e ao controle, produção e análise de alimentos, pautado em princípios éticos e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade (CNE 2002).

Além da reformulação do ensino de Farmácia, os Conselhos Regionais de Farmácia também vem promovendo mudanças em suas posturas e ações no sentido de recolocar o profissional na farmácia. O Conselho Regional do Paraná (CRF/PR), no final da década de 80, passou a fiscalizar mais intensamente a presença do profissional nas farmácias com o objetivo inicial de manter este campo de atuação do farmacêutico. Num segundo momento, o CRF/PR passou a incentivar atividades de educação continuada para preparar o farmacêutico para atuar nessa área (IVAMA 1999; PÉTRIS 1999).

O Conselho Regional de Farmácia de São Paulo adotou trabalho semelhante. Nos últimos anos, o CRF/SP aumentou o número de inspeções fiscais nas farmácias e, desde 1992, por meio de ações efetivas e postura determinante, vem verificando um aumento da presença do profissional junto ao usuário (CRF-SP 2002). Em 1999 o CRF/SP criou o “Selo de Assistência Farmacêutica” para os estabelecimentos que mantinham farmacêutico prestando assistência em tempo integral (CRF-SP 1999), incentivando, assim, a presença do profissional na farmácia. A partir de 2004, o órgão passou a cobrar a presença do profissional nos finais de semana, fazendo cumprir a legislação que regulamenta o setor (CRF-SP 2004c).

Segundo PÉTRIS (1999), a profissão farmacêutica vive ainda uma “crise de identidade” decorrente da liberalização do mercado farmacêutico e da redução dos postos de trabalho no campo das análises clínicas. A situação de crise não atende às necessidades sociais de saúde e bem-estar

relacionados aos medicamentos e não satisfaz profissionalmente os farmacêuticos. Assim, o futuro da profissão esteja talvez na prestação de serviços, na resolução de problemas com os medicamentos e no desenvolvimento da atenção farmacêutica (IVAMA 1999).

1.3.1. A Assistência Farmacêutica

O direito de todo cidadão brasileiro à assistência farmacêutica é garantido pela Lei 8080/90, que institucionalizou o Sistema Único de Saúde (SUS) e definiu como princípios da atenção à saúde no Brasil a universalização do acesso, a equidade na prestação de serviços e a integralidade das ações (DUPIM 1999).

No Brasil, a assistência farmacêutica envolve atividades de caráter abrangente, multiprofissional e intersetorial, tendo como objeto de trabalho a organização das ações e serviços relacionados aos medicamentos em suas diversas dimensões (MARIN e col. 2003).

Conforme recomendações da OMS e após amplo debate com vários segmentos e representações da sociedade, o Ministério da Saúde aprovou e homologou, em 1998, a Política Nacional de Medicamentos do Brasil, baseada nos princípios e diretrizes do SUS, a qual traz a seguinte definição de assistência farmacêutica (MARIN e col. 2003):

Grupo de atividades relacionadas como o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o

abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (MS 1999).

O Conselho Nacional de Saúde, em maio de 2004, aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica que trouxe uma outra definição para a assistência farmacêutica:

Trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional, conjunto este que envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL 2004).

A assistência farmacêutica engloba, nas suas diversas atividades, as ações de atenção farmacêutica quando se refere às ações específicas do farmacêutico na assistência à população – individual e coletiva – quanto ao uso racional de medicamentos (MARIN 2003).

1.3.2. A atenção farmacêutica no Brasil

A atenção farmacêutica tem sido tema de reportagens e artigos presentes nas publicações de órgãos de classe, como o Conselho Federal de Farmácia (CFF) e o Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo (CRF/SP).

Em abril de 2001, foi publicada, no Diário Oficial da União, a Resolução 357 do CFF que regulamenta a atividade do farmacêutico nas farmácias e drogarias⁵. Os artigos 32 e 33 da Resolução abrem a possibilidade de se realizar acompanhamento farmacoterapêutico, prevendo o registro das atividades profissionais do farmacêutico (CFF 2001).

No final do ano de 2000, algumas entidades e instituições constituíram um grupo de trabalho com o intuito de promover a atenção farmacêutica no Brasil. Tal grupo, coordenado pela Organização Pan-Americana de Saúde e pela Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS),

⁵ Há uma distinção legal entre farmácia e drogaria estabelecida pela Lei 5991/73:

- Farmácia: estabelecimento de manipulação de fórmulas magistrais e oficinais, de comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, compreendendo o de dispensação e o de atendimento privativo de unidade hospitalar ou de qualquer outra equivalente de assistência médica.
- Drogaria: estabelecimento de dispensação e comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos em suas embalagens originais (BRASIL 1973).

era formado por: Conselho Federal de Farmácia, Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR), Ministério da Saúde (MS), Rede UNIDA, Secretaria Estadual de Saúde do Ceará (SESA/CE), Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar (SBRAFH), além de profissionais, docentes e pesquisadores que trabalhavam com atenção farmacêutica (OPAS/OMS 2002).

Após reuniões para a busca de estratégias de ação, abriu-se uma consulta pública por meio da página da OPAS/OMS, em 2001, para apresentação de experiências, individuais ou institucionais, com atenção farmacêutica que estavam sendo desenvolvidas no Brasil. A análise e a seleção dessas contribuições forneceu um diagnóstico das bases conceituais utilizadas e possibilitou o conhecimento do estágio de desenvolvimento da prática farmacêutica/atenção farmacêutica no país (OPAS/OMS 2002).

Todo esse processo resultou numa Oficina de Trabalho, realizada em Fortaleza/CE no ano de 2001, que teve por objetivo elaborar uma proposta de pré-consenso para a promoção da atenção farmacêutica no Brasil. Dentre os resultados de tal trabalho, há uma série de recomendações e estratégias de ação, além de um consenso sobre o conceito de atenção farmacêutica (OPAS/OMS 2001).

Dando continuidade aos trabalhos, seguiram-se duas reuniões complementares no ano de 2002 para a discussão de temas que necessitavam de aprofundamento (OPAS/OMS 2002).

Esse processo resultou no “Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica – Proposta”, 2002, com o seguinte conceito de atenção farmacêutica:

É um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde (OPAS/OMS 2002a, p.16-17).

O conceito acima situa a atenção farmacêutica como um modelo de prática desenvolvida no contexto da assistência farmacêutica e com a perspectiva de respeito às doutrinas do SUS (Sistema Único de Saúde), entre elas, a integralidade das ações (OPAS/OMS 2002a).

Diferentemente do conceito adotado em outros países, o Consenso considera a promoção da saúde e dentro dela, a educação em saúde, como componente do conceito de atenção farmacêutica (OPAS/OMS 2002a).

A Proposta de Consenso definiu os componentes da prática farmacêutica necessários ao exercício da atenção farmacêutica: a)

educação em saúde; b) orientação farmacêutica; c) dispensação; d) atendimento farmacêutico; e) acompanhamento/seguimento farmacoterapêutico e f) registro sistemático das atividades, mensuração e avaliação dos resultados (OPAS/OMS 2002a).

Por fim, a Proposta de Consenso faz um elo entre a atenção farmacêutica e a farmacovigilância. Esta última é definida pela OMS como “a ciência e as atividades relativas à detecção, avaliação, compreensão e prevenção dos efeitos adversos ou qualquer outro possível problema relacionado com medicamento” (WHO 2002, p.7). Desta forma, a atenção farmacêutica é uma das entradas do sistema de farmacovigilância ao identificar e avaliar problemas/riscos relacionados a segurança, efetividade e desvios da qualidade de medicamentos (OPAS/OMS 2002a).

2. JUSTIFICATIVA

Segundo STRAND (2001), citado em relatório da OPAS/OMS (2002), a prática da atenção farmacêutica tem beneficiado cerca de vinte mil usuários em todo o mundo. Essa prática profissional está documentada, sendo os resultados publicados positivos (OPAS/OMS 2002).

Diante da perda do valor social do farmacêutico, a atenção farmacêutica pode acelerar o processo de reprofissionalização da profissão, que se iniciou com a farmácia clínica (HEPLER 1987).

No Brasil, a profissão farmacêutica ainda vive uma crise de identidade e o farmacêutico não tem atuação destacada no acompanhamento da utilização de medicamentos, na prevenção e promoção da saúde e é pouco reconhecido como profissional de saúde tanto pela sociedade quanto pela equipe de saúde (OPAS/OMS 2002).

Os problemas ligados aos medicamentos, entretanto, existem como mostram os números referentes às intoxicações por medicamentos: no ano de 2001 houve no Brasil 20534 casos de intoxicações por medicamentos (27,3% do total de intoxicações), dos quais, 185 ocasionados por prescrição médica inadequada, 1105 por uso terapêutico, 1226 por erro de administração e 552 por automedicação (SINITOX 2001). Diante desse quadro, um compromisso maior dos farmacêuticos com o uso adequado e seguro de medicamentos se faz necessário e a prática da atenção farmacêutica pode ajudá-los em tal desafio.

A farmácia, por sua acessibilidade e pela atenção rápida e gratuita que oferece, constitui um recurso muito utilizado pela comunidade para recuperação da saúde (VALVERDE 1989). Em consequência do trabalho realizado pelos CRFs, muitos farmacêuticos hoje atuam em farmácias, tem contato freqüente com a população e possivelmente podem desenvolver novas práticas que possam mostrar à sociedade o seu valor enquanto profissional de saúde e responder por um melhor uso dos medicamentos. A atenção farmacêutica constitui ferramenta importante para o profissional desempenhar seu papel junto ao bem-estar da população.

Para empreender mudanças na atuação, entretanto, é necessário entender a prática farmacêutica corrente (SCHOMMER e col. 2002). Nesse intuito, um aspecto importante a se investigar é o trabalho atual realizado nas farmácias: o que fazem, como fazem e como poderiam fazer melhor (GONZÁLEZ 2000). As informações geradas nesse tipo de avaliação são importantes às escolas de Farmácia, cuja missão é prover formação apropriada aos farmacêuticos para que possam atender às necessidades sociais relacionadas aos medicamentos, e às organizações profissionais, responsáveis pela defesa dos interesses profissionais (McDERMOTT e col. 2002).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Conhecer a prática profissional de farmacêuticos que atuam em farmácias e drogarias com ênfase em atividades relacionadas à prática da atenção farmacêutica.

3.2 Objetivos específicos

- a) Descrever o perfil das farmácias e drogarias de Jundiaí.
- b) Descrever o perfil de farmacêuticos que atuam em farmácias e drogarias do município de Jundiaí, São Paulo, com relação a sua formação e capacitação profissionais.
- c) Descrever o perfil dos farmacêuticos que atuam nas farmácias e drogarias de Jundiaí com relação a sua atuação profissional.
- d) Analisar a prática dos profissionais farmacêuticos quanto às atividades relacionadas à atenção farmacêutica.
- e) Conhecer a compreensão dos farmacêuticos sobre atenção farmacêutica.

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Survey são estudos observacionais que podem ter caráter descritivo ou analítico. Um estudo tipo *survey* descritivo tem por finalidade descrever uma situação e aumentar a familiaridade do investigador com o problema em estudo. Por fim, um estudo pode ser longitudinal ou transversal, dependendo do período em que ocorre a observação; estudos transversais – instantâneos – fornecem informações sobre situações num certo momento (ABRAMSON JH e ABRAMSON ZH 1999).

Para se levantar informações provenientes de pessoas, pode-se utilizar como instrumento a entrevista ou o questionário. As entrevistas podem ser informais ou mais estruturadas, seguindo um roteiro ou programa; os questionários são normalmente preenchidos pelos informantes (MANN 1970). Contudo, ABRAMSON JH e ABRAMSON ZH (1999), adotaram o termo questionário para designar a lista de questões que compõe tanto o roteiro de uma entrevista altamente estruturada, na qual as questões são colocadas oralmente, quanto o questionário auto-administrado.

O presente estudo, tipo *survey* transversal, tem caráter descritivo e exploratório. Para a coleta de dados foi utilizado, como instrumento de pesquisa, um questionário aplicado diretamente pela pesquisadora em entrevistas.

4.2 O local da pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Jundiaí, localizado a 63 Km de São Paulo. A população do município é de 323 mil habitantes, sendo que a população urbana prevalece: taxa de urbanização de 92,83% (IBGE 2000).

O município ocupa a posição de oitava economia do Estado de São Paulo com produto interno bruto (PIB) de U\$ 2,4 bilhões. A economia está concentrada nos setores secundário, que conta com 486 indústrias, e terciário, onde há 6.206 estabelecimentos comerciais e 25.715 prestadores de serviços.

Quanto ao ensino superior, o município possui seis faculdades, incluindo um curso de Farmácia, e um centro universitário.

No setor saúde, Jundiaí possui 30 Unidades Básicas de Saúde (UBS), oito unidades do Programa de Saúde da Família (PSF), cinco ambulatorios com especialidades e seis hospitais, sendo dois públicos e um hospital escola.

A esperança de vida ao nascer é de 68,5 anos, a mortalidade infantil está em 16,42 (por mil nascidos vivos) (IPEA/Seade) e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município era, em janeiro de 2003, de 0,857 – quinto de Estado de São Paulo na época (PNUD 2002).

As informações sobre o município estavam disponíveis no *site* oficial da Prefeitura de Jundiaí – <http://www.jundiai.sp.gov.br> – o qual foi acessado em 12/11/2004.

4.3 A população de estudo

A população pesquisada foi composta pelos farmacêuticos que trabalhavam nas drogarias e farmácias de Jundiaí. Para este trabalho, utilizou-se a denominação farmácia para ambos os estabelecimentos.

O universo de farmacêuticos do município não estava restrito a esses estabelecimentos, havendo outros profissionais nos hospitais, UBSs, laboratórios clínicos e farmácias com manipulação tanto homeopáticas quanto alopáticas. O presente estudo, entretanto, restringiu-se à população acima citada, envolvida diretamente na dispensação e comércio de produtos.

A Lei Federal nº 5991/73 (BRASIL 1973) permite que, em virtude do interesse público, práticos de farmácia ou oficiais de farmácia possam assumir a responsabilidade técnica por farmácias. Assim, tais pessoas podem se inscrever nos Conselhos Regionais de Farmácia e ocupar a posição de responsáveis técnicos como provisionados. Embora atualmente isso seja difícil, ainda há provisionados trabalhando em farmácias. Assim, para efeito deste estudo, foram considerados farmacêuticos os profissionais com graduação em Farmácia e os provisionados, incluídos na população pesquisada.

Para conhecimento de todo o universo de farmácias e, por consequência, de farmacêuticos trabalhando nesses estabelecimentos em Jundiaí, buscou-se três fontes:

- Secretaria Municipal de Finanças – Divisão de Licenciamento de Atividades da Prefeitura de Jundiaí;

- Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo (CRF/SP);
- Associação das Farmácias de Jundiaí e Região (APROFARMA).

A utilização de três relações de farmácias, provenientes de fontes diferentes, teve por objetivo conseguir uma lista de estabelecimentos mais completa, abrangendo, dessa forma, a totalidade de farmácias até então existentes em Jundiaí.

4.4 O instrumento da pesquisa

O instrumento de pesquisa do presente estudo foi um questionário, contendo seis partes (Anexo 1), a saber:

- A) Identificação: composta por campos abertos para o preenchimento de informações sobre o estabelecimento e o profissional; esses dados tinham por finalidade auxiliar a organização do material e do trabalho de campo.
- B) Estrutura e Recursos do Estabelecimento: continha questões destinadas à caracterização das farmácias.

Neste trabalho foram classificadas como farmácias de rede aquelas que atendiam à definição do Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas⁶ (SEBRAE), que considera rede de empresas como um agrupamento de empresas autônomas que realizam atividades comuns e conseguem, assim, vários benefícios como o aumento do poder de barganha em compras e vendas e a troca de experiências. As farmácias que não se

⁶ <http://www.sebrae.com.br/br/cooperecrescer/redesdeempresas.asp>. [2004 dez 01].

enquadraram nessa definição foram classificadas como farmácias independentes.

C) Dados pessoais: sexo e idade.

D) Formação e Capacitação Profissionais: As questões relativas à formação profissional foram colocadas apenas para os profissionais com graduação em Farmácia. As questões referentes à atualização profissional e à necessidade de capacitação profissional, foram aplicadas a todos os pesquisados.

E) Atuação profissional: seção que englobava questões referentes ao mundo do trabalho e à prática profissional.

Para este trabalho, foi adotada a denominação de “vínculo de trabalho” para a variável relacionada à condição de empregado, proprietário ou co-proprietário do estabelecimento.

Foram consideradas atividades de atenção ao usuário as que envolviam relação mais clínica com os usuários; tais atividades fazem parte dos componentes da prática da atenção farmacêutica definidos pela OPAS/OMS (2002).

O seguimento farmacoterapêutico de usuários é um dos componentes da atenção farmacêutica (OPAS/OMS 2002a) e permite identificar, resolver ou prevenir problemas relacionados à medicação (HEPLER e STRAND 1990). Trata-se de um processo sistemático, contínuo e documentado com objetivo de alcançar resultados terapêuticos que melhorem a qualidade de vida do cliente (OPAS/OMS 2002a).

Embora o Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica considere acompanhamento e seguimento equivalentes (OPAS/OMS 2002a), no presente estudo optou-se por utilizar a denominação acompanhamento, considerando-o um processo informal, sem o rigor metodológico necessário ao seguimento farmacoterapêutico.

F) Compreensão sobre atenção farmacêutica: seção final do questionário que continha uma questão aberta sobre o entendimento dos pesquisados sobre o tema citado.

O questionário foi aplicado pela pesquisadora, que colocava as questões como escritas no questionário. Nos casos em que explicações foram requeridas, utilizou-se o mínimo de palavras para evitar indução de resposta.

No final da entrevista, os pesquisados podiam tecer, se desejassem, qualquer comentário sobre o seu trabalho na farmácia. Tais comentários foram utilizados em alguns momentos na Discussão do presente estudo.

O entendimento das questões e a colocação das mesmas pela pesquisadora foram previamente testados em pré-teste que contou com a colaboração de quatro profissionais que trabalhavam em farmácias de municípios vizinhos. Modificações em algumas questões foram feitas e incluiu-se uma questão sobre problemas com a medicação de usuários (questão 28).

4.5 O trabalho de campo

Antes de iniciar a coleta de dados, elaborou-se uma relação de farmácias a serem visitadas. Os estabelecimentos foram agrupados por bairro para organizar a ida a campo.

O trabalho de campo foi realizado entre 25 de fevereiro de 2004 e 06 de maio de 2004. Todas as farmácias presentes na lista foram visitadas pela pesquisadora, exceto uma. Segunda visita foi realizada nos estabelecimentos onde a) o profissional não estava presente, b) o profissional preferiu agendar outro dia e c) mais de um farmacêutico estava empregado.

A pesquisadora, ao ser atendida por algum funcionário, pedia para falar com o farmacêutico. Após solicitação de colaboração no trabalho e aceitação do profissional, o farmacêutico lia e preenchia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2), em duas vias, ficando de posse de uma.

O questionário foi aplicado no balcão da farmácia, exceto nos casos em que o profissional oferecia um local mais reservado para a conversa – escritório ou sala do farmacêutico. Os questionários foram preenchidos a lápis, para possibilitar correção imediata; as questões abertas foram preenchidas com as próprias palavras do pesquisado. O tempo médio de cada entrevista foi de vinte minutos

4.6 Análise

O programa Epi Info versão 6 foi utilizado para análise estatística dos dados pré-categorizados e dos provenientes de questões abertas. Na exploração de possíveis associações entre variáveis, tal programa também foi utilizado para cálculo do qui-quadrado (χ^2), do valor de p e para obtenção do p pelo método exato de Fischer. Trabalhou-se com um alfa de 5% (intervalo de confiança de 95%).

Somente para análise das questões que envolviam sugestões e entendimento dos pesquisados realizou-se tratamento distinto do material. Embora o presente estudo não seja qualitativo, a maneira como os dados foram trabalhados foi semelhante à técnica de Análise Temática. Esta técnica de Análise de Conteúdo consiste em descobrir os núcleos de sentido presentes numa comunicação, levando a uma contagem de frequência das unidades de significação como definitórias do caráter do discurso. A Análise Temática pode ser desdobrada em três etapas: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO 2004).

A fase de pré-análise do presente estudo consistiu na leitura inicial das respostas e leitura para determinação das unidades de categorização – tema. Na fase exploratória realizou-se a codificação de cada resposta e posterior agregação desses dados. Na fase de tratamento, os dados foram submetidos a operações estatísticas simples (frequências) e interpretados.

4.7 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (COEP) em 9 de abril de 2003.

Atendendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, foi apresentado aos pesquisados um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2), garantindo o caráter confidencial e anônimo da pesquisa.

5. RESULTADOS

5.1 Farmácias e farmacêuticos pesquisados

A relação de farmácias e drogarias de Jundiaí utilizada na pesquisa foi resultado da fusão de três relações fornecidas por:

- Secretaria Municipal de Finanças – Divisão de Licenciamento de Atividades da Prefeitura de Jundiaí, em 14/10/03, composta por 149 estabelecimentos divididos em: 5 farmácias homeopáticas, 33 farmácias alopáticas e 111 drogarias;
- Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo (CRF/SP), em 08/12/03, composta por 129 estabelecimentos classificados como: 17 farmácias alopáticas, 2 homeopáticas, 9 farmácias, 4 farmácias únicas⁷ e 97 drogarias;
- Associação das Farmácias de Jundiaí e Região (APROFARMA), em dezembro de 2003, composta por 52 estabelecimentos associados.

Descartadas as farmácias exclusivas de manipulação, tanto alopáticas quanto homeopáticas, a fusão das três relações gerou uma lista com 149 estabelecimentos: 145 com atividade apenas de drogaria e quatro com atividade de manipulação e drogaria. Dessas quatro farmácias, três foram mantidas na lista, pois os farmacêuticos que trabalhavam na drogaria (atendimento) não estavam envolvidos nas atividades do laboratório de

⁷Farmácia única: denominação adotada pelo Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo para as farmácias que manipulam medicamentos alopáticos e homeopáticos (informação pessoal em novembro de 2004).

manipulação e vice-versa, e uma foi excluída, pois os profissionais estavam envolvidos em ambas as atividades.

Das 148 farmácias da lista resultante, 51 haviam fechado e uma farmácia nova, encontrada durante o trabalho de campo, foi incluída no universo pesquisado. Assim, o total de estabelecimentos visitados foi 98, sendo que, desses, 94 estavam presentes na relação do CRF/SP, dois, apenas na relação da Prefeitura e um, somente na relação da APROFARMA.

Quanto à responsabilidade técnica, os 98 estabelecimentos assim se encontravam:

- três farmácias sem responsabilidade técnica até o final da coleta de dados;
- 13 farmácias com um farmacêutico empregado, mas que não foi encontrado nas duas visitas realizadas; apenas para uma farmácia foi feito contato telefônico devido à localização distante do estabelecimento;
- 63 farmácias com um farmacêutico empregado e entrevistado;
- 17 farmácias com dois farmacêuticos: em uma farmácia nenhum profissional foi entrevistado; em quatro, entrevistou-se apenas um farmacêutico; em 12 entrevistou-se os dois;
- duas farmácias com três farmacêuticos: em uma farmácia entrevistou-se os três profissionais e na outra, apenas dois.

Portanto, da população total de farmacêuticos, 113 (três farmacêuticos trabalhavam em duas farmácias em Jundiaí), entrevistou-se 93 profissionais

e pesquisou-se 80 estabelecimentos (um profissional que trabalhava em duas farmácias respondeu apenas por um estabelecimento).

5.2 Estrutura e recursos das farmácias de Jundiaí

A maioria das farmácias de Jundiaí pesquisadas eram independentes (87,5%), ou seja, não pertenciam a nenhuma rede (Tabela 1) e localizavam-se nos bairros (83,7%) (Tabela 2).

Tabela 1- Distribuição do número e freqüência de farmácias segundo sua situação comercial. Jundiaí/SP, 2004.

Situação comercial	Farmácias	
	N	Freqüência (%)
Farmácia de rede	10	12,5
Farmácia independente	70	87,5
Total	80	100,0

Tabela 2 – Distribuição do número e freqüência de farmácias segundo localização. Jundiaí/SP, 2004.

Localização	Farmácias	
	N	Freqüência (%)
Centro	13	16,3
Bairro	67	83,7
Total	80	100,0

A média de funcionários por farmácia foi de 6,6 ($\sigma = 4,3$) e a mediana, 5. Assim, metade das farmácias de Jundiaí possuía até cinco funcionários,

incluindo o(s) farmacêutico(s). A distribuição do número de funcionários por farmácia é apresentada na Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição do número e freqüência de farmácias segundo o número de funcionários. Jundiaí/SP, 2004.

Número de funcionários	Farmácias	
	N	Freqüência (%)
2 a 6	53	66,3
7 a 12	19	23,7
13 a 26	8	10,0
Total	80	100,0

Quanto ao número de farmacêuticos por farmácia, em 77,5% dos estabelecimentos havia um farmacêutico empregado e, em 20,0%, dois farmacêuticos, como mostra a Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição do número e freqüência de farmácias segundo o número de farmacêuticos por estabelecimento. Jundiaí/SP, 2004.

Número de farmacêuticos	Farmácias	
	N	Freqüência (%)
1	62	77,5
2	16	20,0
3	2	2,5
Total	80	100,0

Das 80 farmácias pesquisadas, 82,4% permaneciam abertas por volta de 12 horas por dia, sendo que dessas 43,7% abriam 12 horas por dia e 38,7% funcionavam com carga horária média de 12,8 horas ($\sigma = 2,1$) por dia com intervalo variando de 11 horas a 18 horas (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição do número e freqüência de farmácias segundo o período de funcionamento do estabelecimento. Jundiaí/SP, 2004.

Período de funcionamento (horas/dia)	Farmácias	
	N	Freqüência (%)
8	3	3,8
10	7	8,8
12	35	43,7
24	4	5,0
Outro	31	38,7
Total	80	100,0

A existência de um local reservado para atendimento de usuários, que oferecesse privacidade e conforto, foi referida em 68 farmácias (85,0%) (Tabela 6), sendo que, para 50 dessas, o local mencionado foi a sala de aplicação de injetáveis. Somente para quatro estabelecimentos foi citada a sala do farmacêutico (Tabela 7).

Tabela 6 – Distribuição do número e freqüência de farmácias segundo presença de local reservado para atendimento ao usuário. Jundiaí/SP, 2004.

Local reservado para atendimento	Farmácias	
	N	Freqüência (%)
Sim	68	85,0
Não	12	15,0
Total	80	100,0

Sobre a disponibilidade de um microcomputador, para ser utilizado pelos farmacêuticos para atividades profissionais, não relacionadas ao gerenciamento, 50 farmácias (62,5%) o possuíam (Tabela 8).

Tabela 7 – Distribuição do número e freqüência de farmácias segundo tipo de local reservado para o atendimento. Jundiaí/SP, 2004.

Tipo de local	Farmácias	
	N	Freqüência (%)
Sala de aplicação	50	73,5
Outra sala*	9	13,2
Escritório	5	7,4
Sala do farmacêutico	4	5,9
Total	68	100,0

* Salas sem nenhuma especificação, sala de atendimento, sala para aferição de pressão arterial, sala de espera e consultório da nutricionista.

Tabela 8 – Distribuição do número e freqüência de farmácias segundo existência de microcomputador para atividades não gerenciais. Jundiaí/SP, 2004.

Microcomputador	Farmácias	
	N	Freqüência (%)
Sim	50	62,5
Não	30	37,5
Total	80	100,0

Em relação às fontes de informação sobre medicamentos existentes nas farmácias, a grande maioria dos estabelecimentos possuía mais de uma. Apenas para uma farmácia o Dicionário de Especialidades Farmacêuticas (DEF) não foi citado como fonte de informação sobre medicamentos. As revistas especializadas constituíram a segunda fonte mais referida, presentes em 40 farmácias (50,0%); quando questionados quais revistas existiam nas farmácias, a grande maioria dos farmacêuticos citou as Revistas ABCFarma, Kairos e do CRF/SP. A Rede Mundial de Computadores (Internet) e Dicionários Terapêuticos foram citados, também,

para quase metade dos estabelecimentos: 47,5% e 45%, respectivamente.

Na Tabela 9 são apresentadas as fontes de informação mais mencionadas.

Tabela 9 – Fontes de informação sobre medicamentos existentes nas farmácias. Jundiaí/SP, 2004.

Fonte de informação sobre medicamentos	Farmácias	
	N	Frequência (%)
Dicionário de Especialidades Farmacêuticas	79	98,8
Revistas especializadas*	40	50,0
Rede mundial de computadores	38	47,5
Dicionário Terapêutico	36	45,0
Livro de Farmacologia	22	27,5
Dicionário de Genéricos	21	26,3
Material de laboratórios farmacêuticos	10	12,5
CD-ROM ou <i>software</i>	10	12,5
Livros diversos	7	8,8
Guia de Interações	4	5,0
Dicionário de termos médicos	3	3,8

* Revistas ABCFarma, Kairos, Racine, Guia de Farmácia, revista do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo e revista do Conselho Federal de Farmácia.

Os auxiliares do farmacêutico não recebiam treinamento em 31 farmácias (38,7%). Das 46 farmácias (57,5%) que ofereciam treinamento aos funcionários, 34 (73,9%) promoviam treinamento apenas externo (Tabela 10). Alguns estabelecimentos ofereciam treinamentos sobre mais de um assunto e a Tabela 11 traz os principais temas desenvolvidos, tanto em treinamentos internos quanto em externos, destacando-se os temas injetáveis e atendimento, citados por 80,4% e 39,1%, respectivamente. Foram considerados treinamentos externos os cursos e palestras promovidos por terceiros – laboratórios farmacêuticos, escolas, associações,

entre outros – e treinamentos internos os cursos e palestras promovidos pela própria farmácia ou pela rede à qual ela pertencia.

Tabela 10 – Distribuição do número e freqüência de farmácias segundo treinamento de auxiliares. Jundiaí/SP, 2004.

Treinamento dos auxiliares	Farmácias	
	N	Freqüência (%)
Externo	34	42,5
Não recebem	31	38,7
Interno e externo	7	8,7
Interno	5	6,3
Não sabiam	3	3,8
Total	80	100,0

Tabela 11 – Temas dos treinamentos realizados pelos auxiliares do farmacêutico. Jundiaí/SP, 2004.

Temas dos treinamentos	Farmácias	
	N	Freqüência (%)
Injetáveis	37	80,4
Atendimento	18	39,1
Cursos promovidos por laboratórios farmacêuticos*	8	17,4
Cursos de Vendas ou Marketing	5	10,9
Curso de “Farmacista”**	4	8,7
Fitoterápicos/produtos naturais	3	6,5
Gerenciamento	2	4,3
Fidelização de clientes	1	2,2

* Cursos referidos sobre produtos novos, fitoterápicos e cosméticos.

** Curso referido. Há cursos de auxiliar e de técnico em Farmácia, como os oferecidos pelo Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC) (<http://www.sp.senac.br/jsp/default.jsp?newsID=0>).

5.3 Características da população estudada

5.3.1 Características sócio-demográficas

A população de farmacêuticos pesquisada (n=93) era composta por 62,4% de mulheres e 37,6% de homens (Tabela 12). A média de idade dos farmacêuticos foi de 31,7 anos ($\sigma = 10,7$), sendo a mediana 28,2 anos, ou seja, metade dos profissionais entrevistados possuía menos de 28 anos. O profissional mais novo tinha 21 e, o mais velho, 74 anos. A Tabela 13 fornece os dados referentes à faixa etária por intervalos.

Tabela 12 – Distribuição do número e frequência de farmacêuticos que atuavam em farmácias, segundo sexo. Jundiaí/SP, 2004.

Sexo dos farmacêuticos	Farmacêuticos	
	N	Frequência (%)
Feminino	58	62,4
Masculino	35	37,6
Total	93	100,0

Tabela 13 – Distribuição do número e frequência de farmacêuticos que atuavam em farmácias, segundo faixa etária. Jundiaí/SP, 2004.

Idade dos farmacêuticos (anos)	Farmacêuticos	
	N	Frequência (%)
20 – 30	57	61,3
30 – 40	24	25,8
40 – 50	5	5,4
50 – 60	2	2,1
60 – 70	4	4,3
70 – 80	1	1,1
Total	93	100,0

5.3.2 Características referentes à formação e capacitação profissionais

Dos profissionais pesquisados, 91 possuíam formação universitária e dois eram provisionados. Dos farmacêuticos com graduação, 82 (90,1%) formaram-se em instituição privada, sendo a maioria, 86 (94,5%), graduada no Estado de São Paulo. Em instituição pública, havia 9 (9,9%) farmacêuticos formados: seis graduados em São Paulo e três, em outros Estados. (Tabela 14)

Tabela 14 – Distribuição do número e freqüência de farmacêuticos que atuavam em farmácias, segundo a natureza da instituição em que se graduaram. Jundiaí/SP, 2004.

Natureza da instituição	Farmacêuticos	
	N	Freqüência (%)
Privada	82	90,1
Pública	9	9,9
Total	91	100,0

Para os farmacêuticos, pouco mais da metade (56,0%) possui outra habilitação além da formação em Farmácia (sem habilitação), predominando a área de Análises Clínicas, cursada por 36,2% (Tabela 15).

Tabela 15 – Distribuição do número e freqüência de farmacêuticos que atuavam em farmácias, segundo tipo de habilitação cursada. Jundiaí/SP, 2004.

Tipo de habilitação	Farmacêuticos	
	N	Freqüência (%)
Farmácia	40	44,0
Análises Clínicas	33	36,2
Farmácia Industrial	17	18,7
Alimentos	1	1,1
Total	91	100,0

Para os farmacêuticos, a média do tempo de formado foi de 3,2 anos ($\sigma = 1,7$) e a mediana de 4,2 anos. Assim, metade dos farmacêuticos formou-se há menos de quatro anos. A Tabela 16 mostra a distribuição dessa população por intervalos de tempo de formado, confirmando os valores acima: 69,2% possuíam até seis anos de formado.

Tabela 16 – Distribuição do número e freqüência de farmacêuticos que atuavam em farmácias, segundo tempo de formado. Jundiaí/SP, 2004.

Tempo de formado (anos)	Farmacêuticos	
	N	Freqüência (%)
Menos de um ano	12	13,2
1 e 3	23	25,3
4 e 6	28	30,7
7 e 9	8	8,8
10 e 12	2	2,2
Mais de 12 anos	18	19,8
Total	91	100,0

Vinte e três farmacêuticos (25,3%) cursaram ou haviam cursado pós-graduação, sendo esta do tipo *lato sensu* (Tabela 17); não se encontrou

nenhum profissional cursando pós-graduação *stricto sensu* e cinco profissionais fizeram duas pós-graduações. As áreas cursadas foram bem diversificadas, destacando-se as de Análises Clínicas, responsáveis por 17,8% das pós-graduações cursadas e Farmacologia, responsável por 14,3% (Tabela 18).

Tabela 17 – Distribuição do número e freqüência de farmacêuticos que atuavam em farmácias, segundo formação em cursos de pós-graduação. Jundiaí/SP, 2004.

Cursos de Pós-graduação	Farmacêuticos	
	N	Freqüência (%)
Não cursa ou cursou	68	74,7
<i>Lato sensu</i>	23	25,3
Total	91	100,0

Tabela 18 – Distribuição do número e freqüência de áreas de pós-graduação *lato sensu* cursadas por farmacêuticos que atuavam em farmácias. Jundiaí/SP, 2004.

Área da pós-graduação	N	Freqüência (%)
Análises Clínicas ou relacionados	5	17,8
Farmacologia	4	14,2
Homeopatia	3	10,7
Cosmetologia ou relacionados	3	10,7
Farmácia Hospitalar	2	7,1
Vigilância Sanitária	2	7,1
Farmácia Clínica	1	3,6
Atenção Farmacêutica	1	3,6
Farmacoterapia aplicada à dispensação	1	3,6
Fitoterapia	1	3,6
Farmácia Magistral	1	3,6
Administração hospitalar	1	3,6
Administração de serviços de saúde	1	3,6
Educação Ambiental	1	3,6
Ecologia	1	3,6
Total	28	100,0

Quando questionados sobre atualização profissional, 95,7% dos farmacêuticos pesquisados, graduados e provisionados, responderam que buscavam atualizar-se (Tabela 19). Muitos profissionais utilizavam várias formas de atualização, sendo a Internet citada por 65,6%. Os cursos com carga horária de até 30 horas e as revistas especializadas foram citados por 47,3% dos farmacêuticos. Cabe colocar que revistas como a ABCFarma, Kairos e as revistas do CRF/SP e CFF foram consideradas revistas especializadas por alguns farmacêuticos. A Tabela 20 traz as formas de atualização profissional mais utilizadas pelos profissionais entrevistados, incluindo-se apenas as mais freqüentes.

Tabela 19 – Distribuição do número e freqüência de farmacêuticos que atuavam em farmácias, segundo interesse na atualização profissional. Jundiaí/SP, 2004.

Atualização profissional	Farmacêuticos	
	N	Freqüência (%)
Sim	89	95,7
Não	4	4,3
Total	93	100,0

Tabela 20 – Recursos utilizados pelos farmacêuticos que atuavam em farmácias para atualização profissional. Jundiaí/SP, 2004.

Recursos para atualização profissional	Farmacêuticos	
	N	Frequência (%)
Internet	61	65,6
Revistas especializadas*	44	47,3
Cursos com até 30 horas	44	47,3
Palestras	42	45,2
Comprar ou consultar livros	39	41,9
Participação em Congresso	24	25,8
Cursos de 30 a 80 horas	5	5,4
Cursos com mais de 80 horas	5	5,4
Conversar com outros profissionais	5	5,4
Grupo de discussão na Internet	2	2,2
Curso <i>on-line</i> de Atenção Farmacêutica	1	1,2

*Revistas ABCFarma, Kairos e as revistas do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo e do Conselho Federal de Farmácia.

Oito profissionais, na época da pesquisa, não sentiam necessidade de se capacitar profissionalmente, enquanto que 91,4% (85) dos farmacêuticos relataram deficiência em alguma área profissional. Dentre essas, a Farmacologia e a Administração foram as principais áreas levantadas, citadas por 42,3% e 18,8% respectivamente. A Tabela 21 apresenta esses dados e outras necessidades colocados pelos profissionais.

Tabela 21 – Distribuição do número e freqüência de farmacêuticos que atuavam em farmácias, segundo tema em que relataram necessidade de maior capacitação profissional. Jundiaí/SP, 2004.

Tema em que se relatou necessidade de capacitação profissional	Farmacêuticos	
	N	Freqüência (%)
Farmacologia	36	42,3
Gerência/Administração	16	18,8
Fisiopatologia	5	5,9
Relação com o cliente	5	5,9
Atenção farmacêutica	5	5,9
Marketing	5	5,9
Interações medicamentosas	3	3,5
Manipulação	3	3,5
Informática	2	2,3
Fitoterápicos	1	1,2
Genéricos	1	1,2
Insulinas	1	1,2
Indústria	1	1,2
Parasitologia	1	1,2
Total	85	100,0

5.3.3 Características referentes à atuação profissional

Os farmacêuticos pesquisados tinham, em média, 2,9 anos ($\sigma = 1,3$) de atuação como farmacêuticos em farmácias, sendo que 64,6% trabalhavam há menos de 5 anos (Tabela 22). A maioria dos profissionais eram responsáveis técnicos (79,6%) e empregados (86,0%) dos estabelecimentos (Tabelas 23 e 24).

Tabela 22 – Distribuição do número e frequência de farmacêuticos segundo tempo de atuação em farmácia como farmacêutico. Jundiaí/SP, 2004.

Tempo de atuação em farmácia como farmacêutico (anos)	Farmacêuticos	
	N	Frequência (%)
Menos de um ano	18	19,3
1 e 2	22	23,7
3 e 5	20	21,5
6 e 10	20	21,5
Mais de 10	13	14,0
Total	93	100,0

Tabela 23 – Distribuição do número e frequência de farmacêuticos que atuavam em farmácias, segundo responsabilidade técnica. Jundiaí/SP, 2004.

Responsabilidade técnica	Farmacêuticos	
	N	Frequência (%)
Responsável técnico	74	79,6
Co-responsável técnico	17	18,3
Outro*	2	2,1
Total	93	100,0

*Um cobria folgas e outro era proprietário sem assunção de responsabilidade perante o CRF/SP.

Tabela 24 – Distribuição do número e frequência de farmacêuticos que atuavam em farmácias, segundo vínculo de trabalho. Jundiaí/SP, 2004.

Vínculo de trabalho	Farmacêuticos	
	N	Frequência (%)
Empregado	80	86,0
Proprietário	10	10,8
Co-proprietário	3	3,2
Total	93	100,0

A jornada de trabalho semanal para 80,6% dos profissionais era de 40 horas ou mais, sendo que 55,9% trabalhavam mais de 40 horas (Tabela 25). Em relação à remuneração, 66,6% dos farmacêuticos recebiam entre R\$1150,00 (piso salarial da categoria na época) e R\$1500,00; quatro profissionais - um empregado e três proprietários - ganhavam menos que o piso e cinco profissionais - quatro proprietários e um co-proprietário - recebiam mais que R\$2300,00 (Tabela 26). O recebimento de comissões – porcentagem sobre a venda – foi relatado por 32,3% dos farmacêuticos, a maioria desses (24,7%) recebendo comissões apenas pela venda de medicamentos (Tabela 27).

Tabela 25 – Distribuição do número e freqüência de farmacêuticos que atuavam em farmácias, segundo carga horária de trabalho. Jundiaí/SP, 2004.

Carga horária semanal (horas/semana)	Farmacêuticos	
	N	Freqüência (%)
20	2	2,2
21 a 39	16	17,2
40	23	24,7
Acima de 40	52	55,9
Total	93	100,0

Tabela 26 – Distribuição do número e freqüência de farmacêuticos que atuavam em farmácias, segundo salário ou recebimento de *pró-labore*. Jundiaí/SP, 2004.

Salário ou <i>pró-labore</i>	Farmacêuticos	
	N	Freqüência (%)
< R\$1150,00	4	4,3
R\$1150,00 *	36	38,7
R\$1150,00 I— R\$1500,00	26	27,9
R\$1500,00 I— R\$2300,00	21	22,6
> R\$2300,00	5	5,4
Não respondeu	1	1,1
Total	93	100,0

* Piso salarial da categoria na época da pesquisa.

As atividades de trabalho realizadas pelos farmacêuticos nas farmácias foram classificadas e agrupadas em: atividades administrativas, atividades técnicas e atividades de atenção ao usuário. O desempenho de atividades normalmente praticadas por farmacêuticos em farmácias, como controle de medicamentos sujeitos a controle especial, administração de injetáveis e dispensação de medicamentos, foi verificado para grande parte dos profissionais entrevistados – mais de 80,0% dos profissionais realizavam-nas. Entretanto, atividades como gerência do estabelecimento, preparo de material educativo aos auxiliares, desenvolvimento de atividades de educação em saúde e notificação de reações adversas a medicamentos (RAM), eram realizadas por menos de 10,0% dos profissionais (Tabela 28).

Dos sete profissionais que realizavam atividades de educação em saúde, dois profissionais mencionaram realizar palestras educativas para usuários, três utilizavam folhetos fornecidos por laboratórios como material

educativo e três ofereciam aos usuários material com temas ligados à saúde desenvolvido na própria farmácia.

Tabela 27 – Distribuição do número e frequência de farmacêuticos que atuavam em farmácias, segundo recebimento de comissões sobre vendas. Jundiaí/SP, 2004.

Comissões sobre vendas	Farmacêuticos	
	N	Frequência (%)
Não	63	67,7
Sim, por medicamentos	23	24,7
Sim, por medicamentos e correlatos	7	7,6
Sim, por correlatos	-	-
Total	93	100,0

Quando questionados sobre qual atividade empregava maior parte do seu tempo de trabalho, 78,5% dos farmacêuticos responderam que eram o atendimento aos usuários, 7,5% o gerenciamento da farmácia e 6,5% o controle de medicamentos controlados (Tabela 29). Dentre os sete profissionais que responderam outra atividade como sendo a principal, cinco citaram mais de uma atividade, um citou a organização de produtos no estabelecimento e outro, a supervisão do trabalho dos auxiliares.

Uma parcela dos farmacêuticos entrevistados, 67,7% (n=63) disse acompanhar o tratamento farmacoterapêutico de alguns usuários (Tabela 28). Desses, a grande maioria, 74,6% (n=47) o fazia questionando o usuário quando ele retornava à farmácia; 11,1% (n=7) questionavam no retorno e ligavam para os usuários. Nove farmacêuticos disseram utilizar outras

maneiras de acompanhar, destacando-se quatro que solicitavam ao usuário um retorno presencial ou por telefone e dois que utilizavam um programa de Assistência Farmacêutica da própria rede à qual a farmácia pertencia.

Dos 63 farmacêuticos que acompanhavam o tratamento dos usuários, apenas nove (14,3%) utilizavam algum tipo de ficha para acompanhamento com dados sobre medicação, enfermidades ou hábitos dos usuários (Tabela 30). O conteúdo dessas fichas foi informado por oito profissionais; todas continham os dados pessoais dos usuários e os medicamentos em uso, em especial os de uso contínuo, e em algumas fichas, havia também: as datas de retorno aos usuários (três casos), dados de pressão arterial (um caso), observações (um caso) e dados dos médicos e observações (um caso).

Durante o acompanhamento dos usuários, 77,8% (n=49) dos farmacêuticos que realizavam tal atividade já haviam detectado algum problema com a medicação desses usuários (Tabela 31). Muitos profissionais relataram mais de um tipo de problema encontrado. A Tabela 32 traz esses problemas classificados e agrupados conforme referido pelos entrevistados, sendo os mais frequentes problemas relacionados à eficácia do tratamento ou medicamento, mencionados 18 vezes, efeitos colaterais, citados 17 vezes, e alergias, 16 vezes.

Somente quatro profissionais, dentre os 49 que já haviam detectado algum problema com a medicação dos usuários, declararam ter registrado, por escrito, tais problemas, as ações tomadas e o resultado desse processo.

Tabela 28 – Atividades desenvolvidas pelos farmacêuticos nas farmácias. Jundiaí/SP, 2004.

Natureza das atividades	Atividades	N	Frequência (%)
ADMINISTRATIVA	Organização de produtos	80	86,0
	Atividades relacionadas aos medicamentos sujeitos a controle especial*	79	84,9
	Controle de vencimento de produtos	74	79,6
	Controle de estoque	53	57,0
	Compras	25	26,9
	Limpeza	5	5,4
	Caixa	3	3,2
	Gerência	2	2,2
TÉCNICA	Administração de injetáveis	82	88,2
	Aferição de pressão arterial	79	84,9
	Capacitação de auxiliares	72	77,4
	Realização de curativos	38	40,9
	Administração de inalações	26	28,0
	Notificação de RAM** a autoridades sanitárias	6	6,5
	Preparo de material educativo impresso a auxiliares	2	2,2
DE ATENÇÃO AO USUÁRIO	Orientação sobre o uso correto de medicamentos	93	100,0
	Dispensação de medicamentos	91	97,8
	Orientação sobre temas relacionados à saúde	87	93,5
	Orientação na automedicação	85	91,4
	Acompanhamento do tratamento	63	67,7
	Atendimento domiciliar	28	30,1
	Atividades de educação em saúde	7	7,5

* Classe de medicamentos normatizados pela Portaria n. 344, de 12 de maio de 1998, da Secretaria de Vigilância Sanitária. As atividades relacionadas a esses produtos envolvem a guarda, escrituração em livros especiais e manutenção do arquivo de documentos.

** Reações adversas a medicamentos: qualquer efeito prejudicial ou indesejado que se apresente após a administração de doses de medicamentos normalmente utilizados no homem para profilaxia, diagnóstico ou tratamento de uma enfermidade (WHO 1969).

Tabela 29 – Distribuição do número e freqüência de farmacêuticos que atuavam em farmácias, segundo atividade desenvolvida na farmácia que demandava mais tempo. Jundiaí/SP, 2004.

Atividade	Farmacêuticos	
	N	Freqüência (%)
Atendimento a usuários	73	78,5
Gerenciamento	7	7,5
Controle de medicamentos sujeitos a controle especial	6	6,5
Outra atividade	7	7,5
Total	93	100,0

Tabela 30 – Distribuição do número e freqüência de farmacêuticos que atuavam em farmácias e realizavam acompanhamento de usuários, segundo utilização de fichas de acompanhamento. Jundiaí/SP, 2004.

Fichas	Farmacêuticos	
	N	Freqüência (%)
Sim	9	14,3
Não	54	85,7
Total	63	100,0

Tabela 31 – Distribuição do número e freqüência de farmacêuticos que atuavam em farmácias e realizavam acompanhamento de usuários, segundo detecção de problemas relacionados à medicação. Jundiaí/SP, 2004.

Detectou problemas relacionados à medicação	Farmacêuticos	
	N	Freqüência (%)
Sim	49	77,8
Não	14	22,2
Total	63	100,0

Tabela 32 – Problemas relacionados à medicação referidos pelos farmacêuticos que atuavam em farmácias. Jundiaí/SP, 2004.

Tipos de problemas relacionados à medicação	Farmacêuticos	
	N	Frequência (%)
Eficácia do medicamento ou tratamento	18	36,7
Efeitos colaterais *	17	34,7
Alergia	16	32,7
Problemas relacionados ao uso do medicamento**	7	14,3
Interações medicamentosas	6	12,2
RAM *	5	10,2
Problemas ligados à prescrição	2	4,1
Intoxicação	1	2,0

* Conforme referido pelos entrevistados.

** Problemas relacionados a horários e modo de administração dos medicamentos.

Dos 49 farmacêuticos que detectaram algum problema com a medicação de usuários, 35 entraram em contato com os prescritores (Tabela 33). As situações em que isso ocorreu são mostradas na Tabela 34; o esclarecimento de dúvidas relacionadas à prescrição foi o principal motivo alegado para procurar os prescritores. Os farmacêuticos que não procuraram os prescritores mencionaram como principais motivos para tal o fato de orientarem os próprios usuários a retornarem ao médico e por não julgarem necessário o contato (Tabela 35).

Tabela 33 – Distribuição do número e freqüência de farmacêuticos que atuavam em farmácias e detectaram problemas relacionados à medicação de usuários, segundo comunicação com prescritores. Jundiaí/SP, 2004.

Comunicação com prescritores	Farmacêuticos	
	N	Freqüência (%)
Sim	35	71,4
Não	14	28,6
Total	49	100,0

Tabela 34 – Situações referidas pelos farmacêuticos que atuavam em farmácias e detectaram problemas com a medicação de usuários para entrar em contato com os prescritores. Jundiaí/SP, 2004.

Situações	Farmacêuticos	
	N	Freqüência (%)
Dúvidas relacionadas à prescrição	24	68,6
Medicamentos fora de linha	4	11,4
Efeitos colaterais/RAM*	4	11,4
Troca de medicamentos	2	5,7
Interações medicamentosas	2	5,7
Alergia	2	5,7
Esclarecimento técnico**	2	5,7
Prescrição indevida	1	2,9

* Conforme referido.

**Foram prescritos comprimidos revestidos ou de liberação prolongada para serem partidos.

Tabela 35 – Motivos referidos pelos farmacêuticos que atuavam em farmácias e detectaram problemas com a medicação de usuários para não entrarem em contato com os prescritores. Jundiaí/SP, 2004.

Motivos	Farmacêuticos	
	N	Frequência (%)
Orientou o usuário a procurar o médico	5	35,7
Não houve necessidade	4	28,6
Dificuldade em encontrar o prescritor	2	14,3
“Médicos não aceitam”	2	14,3
“Papel do médico” solucionar problema	1	7,1
Não tem o hábito	1	7,1
Falta de “laço” com o usuário	1	7,1

Quase a totalidade dos farmacêuticos entrevistados, 91,4%, considerou necessário ter uma atuação mais intensa junto a usuários (Tabela 36). As respostas à questão sobre como fariam para atuar mais com os usuários puderam ser agrupadas em quatro categorias, mostradas na Tabela 37. Vários farmacêuticos mencionaram mais de uma forma de atuação e um profissional não soube responder.

Tabela 36 – Distribuição do número e frequência de farmacêuticos que atuavam em farmácias, segundo necessidade de atuação mais intensa junto ao usuário. Jundiaí/SP, 2004.

Sente necessidade de atuação mais intensa junto ao usuário	Farmacêuticos	
	N	Frequência (%)
Sim	85	91,4
Não	8	8,6
Total	93	100,0

Tabela 37 – Formas que usariam para atuar mais intensamente junto aos usuários referidas pelos farmacêuticos que atuavam em farmácias. Jundiaí/SP, 2004.

Formas de atuação	Farmacêuticos	
	N	Frequência (%)
Acompanhamento	46	54,1
Orientação	32	37,6
Educação em saúde	13	15,3
Atendimento domiciliar	7	8,2
Não sabe	1	1,2

Na categoria “acompanhamento” foram consideradas as respostas que continham idéias como: acompanhar mais o tratamento, telefonar, implementar fichas ou cadastrar os usuários com dados sobre medicação ou implantar atenção farmacêutica. Pouco mais da metade, 46 profissionais (54,12%), realizaria acompanhamento do tratamento de seus clientes, buscando conhecer os resultados e possíveis problemas. Algumas repostas ilustram as idéias acima citadas:

Fazer registro, saber o que cliente está tomando, estudar os medicamentos que o paciente toma – fazer como nos EUA. Fazer acompanhamento; fazer assistência farmacêutica.

Atenção farmacêutica – observar hábitos alimentares, automedicação, efeitos do uso dos medicamentos, efeitos colaterais, verificar se está tomando adequadamente, as interações.

Questionar mais, saber mais sobre o tratamento; ter relacionamento mais íntimo e não tão comercial.

Na categoria “orientação” incluiu-se as respostas dos profissionais que acreditavam poder orientar mais os usuários, em especial sobre os medicamentos e o tratamento, tirar mais dúvidas, conversar mais e atendê-los melhor. As citações abaixo trazem essas idéias:

Dar atenção especial ao cliente.

Ter mais tempo para o atendimento, orientação - estar mais no balcão.

O cliente precisa conhecer o farmacêutico, saber que ele pode passar informações confiáveis; para isso precisa melhorar a comunicação, relação com o cliente, deixar de estar escondido, estar sempre se atualizando para dar segurança.

Na categoria “educação em saúde” estão as respostas dos farmacêuticos que realizariam campanhas educativas e/ou preventivas, promoveriam palestras sobre temas ligados à saúde (diabetes, hipertensão, doenças sexualmente transmissíveis e aids (DST/AIDS), vacinação, tabagismo, saúde da mulher) ou formariam grupos com usuários por patologia.

Participar ou criar campanhas, visitar postos, ser mais participativo.

Várias foram as dificuldades levantadas pelos farmacêuticos para realizarem o que haviam sugerido, sendo que muitos profissionais

mencionaram mais de uma. As dificuldades levantadas foram classificadas em cinco grupos conforme mostrado na Tabela 38.

Dificuldades relativas ao ambiente de trabalho foram as mais freqüentes, mencionadas por 56,5% dos farmacêuticos que consideravam necessário atuar mais junto aos usuários. Dentre essas, destaca-se a falta de apoio, aceitação ou investimento dos proprietários, citada por 20,0% dos profissionais.

As dificuldades relacionadas aos usuários foram levantadas por 42,4% dos profissionais, sendo as principais a falta de interesse dos usuários para a realização do trabalho e a falta de confiança no farmacêutico, citadas por 16,5% e 10,6% respectivamente. Por falta de interesse, considerou-se citações como “falta de abertura”, “pressa em comprar”, “falta de disposição em ouvir” e “falta de questionamento dos clientes”.

O tempo foi citado por 32 farmacêuticos (37,6%) como uma dificuldade para uma atuação mais intensa. Alguns justificaram a falta de tempo por trabalharem apenas meio período, mas a grande maioria a atribuiu à rotina intensa do trabalho nas farmácias.

Tabela 38 – Dificuldades para atuar mais junto ao usuário referidas pelos farmacêuticos que atuavam em farmácias. Jundiaí/SP, 2004.

Dificuldades referidas		%
Relacionadas ao ambiente de trabalho (48)	Falta de apoio	20,0
	Falta de computador ou software	7,1
	Falta de dinheiro	4,7
	Relacionamento com os demais recursos humanos da farmácia	4,7
	Falta de material	3,5
	Falta de funcionários	3,5
	Falta de local	3,5
	Situação comercial	2,4
	Seguir padrão da rede	2,4
	Falta de telefone	1,2
	Falta de estrutura de gerência	1,2
	Concorrência	1,2
	Mostrar viabilidade do trabalho	1,2
Relacionadas aos usuários (36)	Falta de interesse	16,5
	Falta de confiança e de conhecimento do trabalho do farmacêutico	14,1
	Falta de entendimento ou aceitação do trabalho	4,7
	Busca por preços	3,5
	Falta de dados para acompanhamento	3,5
Falta de tempo (32)		37,6
Relacionadas ao profissional (20)	Falta de conhecimento	11,8
	Falta de iniciativa	4,7
	Falta de experiência	3,5
	Falta de integração entre os profissionais	2,4
	Falta de paciência	1,2
Não tem dificuldade (6)		7,1
Outras* (3)		3,5

*Falta de legislação específica, publicidade de medicamentos, consumo induzido.

Dentre as dificuldades relacionadas ao profissional, o conhecimento deficiente foi o principal fator limitante, sendo apontado por 11,8% dos farmacêuticos. Três profissionais apontaram outras dificuldades; um farmacêutico expressou ser necessária alteração na legislação, tornando a propriedade de farmácia exclusiva de farmacêutico; os outros dois citaram

a publicidade de medicamentos e a “empurroterapia”⁸ praticada por balconistas como fatores que dificultavam o trabalho e orientação. Seis profissionais disseram não possuir obstáculos para a realização de um trabalho mais intenso junto aos usuários.

Quase a metade dos farmacêuticos entrevistados, 49,4%, alegou estar satisfeita em relação a seu trabalho e um quarto atribuiu um grau regular a essa satisfação (Tabela 39).

Tabela 39 – Distribuição do número de freqüência de farmacêuticos segundo grau de satisfação referido em relação ao trabalho na farmácia. Jundiaí/SP, 2004.

Grau de satisfação	Farmacêuticos	
	N	Freqüência (%)
Totalmente insatisfeito	2	2,2
Insatisfeito	4	4,3
Regular	24	25,8
Satisfeito	46	49,4
Muito satisfeito	17	18,3
Total	93	100,0

5.4 Compreensão sobre atenção farmacêutica

As respostas sobre a compreensão dos farmacêuticos acerca de atenção farmacêutica puderam ser divididas em quatro grupos mostrados na Tabela 40.

⁸ “Empurroterapia”: a indústria farmacêutica estabelece comissões especiais que aumentam os lucros dos proprietários e balconistas de farmácias. Esta prática força a venda de produtos não éticos, ineficientes, fraudulentos, desnecessários e sempre caros, produzidos por laboratórios de “fundo de quintal” (ZUBIOLI 1992).

A compreensão que a maior parte da população pesquisada, 62,3% (n=58) tinha sobre atenção farmacêutica estava relacionado à orientação e ao atendimento dispensados ao usuário. Para 37 farmacêuticos (39,8%), atenção farmacêutica é orientar os usuários sobre os medicamentos, o que incluía desde avaliação da prescrição até o fornecimento de informações sobre administração, finalidade do tratamento, adesão, uso correto, posologia, efeitos adversos, interações, armazenamento, vencimento dos produtos e contra-indicações.

Para dez profissionais (10,8%), atenção farmacêutica era orientar o usuário de maneira geral, atendê-lo da melhor maneira, explicar e esclarecer dúvidas, como ilustram as citações abaixo:

Permanecer o tempo todo no balcão para poder dar orientação aos clientes.

Ajudar os pacientes de todas as maneiras possíveis, orientá-lo da melhor maneira, dar atenção a mais.

Para 4 farmacêuticos (4,3%), além de orientar sobre medicamentos, a atenção farmacêutica também envolvia orientações sobre patologia ou problemas de saúde e para 7 profissionais (7,5%), envolvia orientação sobre temas ligados à prevenção ou educação em saúde como aleitamento, auto-exame, prática de esportes e tabagismo. Alguns enunciados retratam tais idéias:

Orientar a pessoa para evitar que tenha problemas relacionados aos medicamentos; como tomar; orientações farmacoterapêuticas e ligadas ao bem-estar da pessoa.

Assistência ao cliente quanto ao uso correto da medicação, possíveis interações com alimento e medicamentos, aconselhamento em ações não terapêuticas como tabagismo, atividade física.

Quinze profissionais (16,13%), tinham uma idéia mais ampla sobre atenção farmacêutica que englobava tanto orientação quanto acompanhamento sistemático da evolução do tratamento do usuário, como verificado abaixo:

Acompanhamento da ação do medicamento no cliente; orientação sobre uso correto.

Tudo relacionado à dispensação do medicamento, promoção da saúde para o paciente e a população em geral. Hábitos ligados à boa saúde, orientação à automedicação, hábitos alimentares e atividade física. Acompanhamento farmacoterapêutico por cadastro e fichamento.

Mais que orientar, é o acompanhamento farmacoterapêutico. Orientar também sobre hábitos de vida – alimentação, tabagismo, atividade física – e não só sobre medicação.

Bom atendimento desde que a pessoa chega na drogaria, dispensando os medicamentos prescritos ou trocando pelo genérico,

informando sobre uso, dosagem e saber como pessoa ficou depois do tratamento. Questionar se toma outro tipo de medicamento.

Outro grupo de respostas (10,8%) sobre atenção farmacêutica trouxe somente a idéia de acompanhar a evolução do tratamento dos usuários, como mostram as citações a seguir:

Fazer acompanhamento constante de alguns clientes, conhecendo hábitos de vida, medicação, tentar saber se fazem uso correto dos medicamentos e se estão fazendo tratamento de forma adequada.

Ter controle dos clientes, montar fichas, fazer acompanhamento, saber dos resultados, dar acompanhamento a diabetes, hipertensão.

Não ser balconista, trabalhar diretamente com o cliente, dando sustentação ao que se vendeu; pós-venda, tendo retorno do tratamento do paciente.

Conjunto de normas e procedimentos que deveríamos tomar e não conseguimos. Acompanhamento com fichas.

Os demais farmacêuticos (10,8%) possuíam uma idéia mais abrangente ou geral sobre atenção farmacêutica, mencionando, por exemplo, a prevenção e a melhoria da saúde, como ilustrado abaixo:

Atenção farmacêutica funcionará como um posto avançado de saúde. No futuro, o médico faz o diagnóstico e o farmacêutico a prescrição. O medicamento como saúde e não como comércio. Conceito envolve a

prevenção, usar menos medicamentos e ter mais qualidade de vida. Atenção Farmacêutica também é uma maneira de educação, prevenção e de buscar a integração entre os profissionais.

Ações tomadas pelo farmacêutico que visam a melhoria da saúde da população como um todo: uso correto de medicamentos até noções básicas de higiene.

Tudo aquilo que completa o atendimento médico: cura do paciente, bem-estar do paciente, confiabilidade em tomar o medicamento. Em primeiro lugar a ética.

Abrange tudo relacionado à farmácia, toda a responsabilidade que o farmacêutico tem na farmácia.

Alguns farmacêuticos mencionaram outras idéias além das colocadas acima: a prestação de serviços de aferição de pressão arterial e curativos, a qualidade com que se presta o serviço, a automedicação, como falar com o usuário, a permanência no balcão e o cuidado com os produtos.

Tabela 40 – Compreensão dos farmacêuticos que atuavam em farmácias sobre atenção farmacêutica. Jundiaí/SP, 2004.

Compreensão sobre atenção farmacêutica	Farmacêuticos	
	N	Frequência (%)
Orientação/atendimento	Medicamentos	37 39,7
	Geral	10 10,8
	Temas ligados à saúde	7 7,5
	Medicamentos e problemas de saúde	4 4,3
Acompanhamento e orientação	15	16,1
Acompanhamento	10	10,8
Outros	10	10,8
Total	93	100,0

5.5 Resultados das associações entre a variável acompanhamento farmacoterapêutico e outras variáveis

Buscou-se investigar se algumas variáveis estavam relacionadas ao fato de farmacêuticos realizarem acompanhamento farmacoterapêutico dos usuários.

Selecionou-se algumas características dos estabelecimentos que poderiam ter influência no acompanhamento: tipo, localização, tamanho (número de funcionários) e existência de local para atendimento de usuários. A maioria dos farmacêuticos que acompanhavam o tratamento dos usuários trabalhava em farmácias independentes, localizadas em bairros, com até 12 funcionários e que possuíam local adequado para atendimento de usuários.

Nenhuma associação com significância estatística, entretanto, foi encontrada (Tabela 41).

Tabela 41 – Associação de características de farmácias de Jundiaí com o acompanhamento de seus usuários. Jundiaí/SP, 2004.

Variáveis	Categorias	Acompanhamento		χ^2	p valor
		Sim (%)	Não (%)		
Tipo de farmácia	Rede	11 (17,5)	3 (10,0)	—	0,270*
	Independente	52 (82,5)	27 (90,0)		
Localização	Centro	10 (15,9)	6 (20,0)	0,04	0,842
	Bairro	53 (84,1)	24 (80,0)		
Tamanho (nº funcionários)	2 a 12	57 (90,5)	25 (83,3)	—	0,251*
	Mais que 12	6 (9,5)	5 (16,7)		
Local (atendimento)	Sim	51 (81,0)	26 (86,7)	0,15	0,697
	Não	12 (19,0)	4 (13,3)		

* Teste exato de Fisher (unilateral).

Algumas características dos farmacêuticos também foram selecionadas para verificar sua associação com a realização de acompanhamento: sexo, idade, natureza da instituição em que se graduou, tempo de formado, ter cursado pós-graduação, atualizar-se profissionalmente, tempo de atuação em farmácia e vínculo de trabalho. De modo geral, os farmacêuticos que acompanhavam os usuários eram do sexo feminino, tinham até 30 anos, eram graduados em instituições privadas, não tinham pós-graduação, buscavam se atualizar e eram empregados. Novamente, não se encontrou significância estatística em nenhuma associação (Tabela 42)

Tabela 42 – Associação de características dos farmacêuticos de Jundiáí que atuavam em farmácias com o acompanhamento de usuários. Jundiáí/SP, 2004.

Variáveis	Categorias	Acompanhamento		χ^2	p valor
		Sim (%)	Não (%)		
Sexo	Feminino	41 (65,1)	17 (56,7)	0,31	0,579
	Masculino	22 (34,9)	13 (43,3)		
Idade	Até 30 anos	40 (63,5)	17 (56,7)	0,16	0,686
	31 e mais	23 (36,5)	13 (43,3)		
Natureza da instituição	Pública	4 (6,6)	5 (16,7)	—	0,127*
	Privada	57 (93,4)	25 (83,3)		
Tempo formado	Até 3 anos	22 (36,1)	13 (43,3)	0,19	0,659
	Mais que 3	39 (63,9)	17 (56,7)		
Tempo formado	Até 6 anos	45 (73,8)	18 (60,0)	1,20	0,272
	Mais que 6	16 (26,2)	12 (40,0)		
Tempo formado	Até 12 anos	52 (85,2)	21 (30,0)	2,06	0,150
	Mais que 12	9 (14,8)	9 (30,0)		
Pós-graduação	Sim	15 (24,6)	8 (26,7)	0,00	0,966
	Não	46 (75,4)	22 (73,3)		
Atualização profissional	Sim	62 (98,4)	27 (90,0)	—	0,096*
	Não	1 (1,6)	3 (10,0)		
Tempo trabalho na farmácia	Até 2 anos	25 (39,7)	15 (50,0)	0,51	0,474
	Mais que 2	38 (60,3)	15 (50,0)		
Tempo trabalho na farmácia	Até 5 anos	39 (61,9)	21 (70,0)	0,28	0,595
	Mais que 5	24 (38,1)	9 (30,0)		
Tempo trabalho na farmácia	Até 10 anos	55 (87,3)	25 (83,3)	—	0,412*
	Mais que 10	8 (12,7)	5 (16,7)		
Vínculo de trabalho	Empregado	55 (87,3)	25 (83,3)	—	0,412*
	Proprietário	8 (12,7)	5 (16,7)		

* Teste exato de Fisher (unilateral).

6. DISCUSSÃO

6.1 Universo pesquisado

Do total de 148 estabelecimentos listados, apenas 98 encontravam-se, de fato, abertos. A relação de farmácias fornecida pela Prefeitura de Jundiaí continha estabelecimentos que haviam encerrado suas atividades e outros cujas razões sociais tinham mudado. A utilização, portanto, dessa relação desatualizada acabou aumentando a lista inicial utilizada na pesquisa. Além disso, algumas farmácias podem ter fechado entre o período de elaboração da lista e o de trabalho de campo.

Embora a Lei 5991, de 17 de dezembro de 1973 (BRASIL 1973), estabeleça que farmácias tenham assistência de técnico responsável e que este deva permanecer durante todo o horário de funcionamento do estabelecimento (artigo 15), encontrou-se farmácias sem responsabilidade técnica, seja pela falta de contratação ou presença do profissional. SILVA E VIEIRA (2004), numa pesquisa com farmacêuticos responsáveis técnicos de drogarias de Ribeirão Preto/SP também encontraram estabelecimentos que funcionavam sem assistência de farmacêutico ou presença do mesmo. Apesar da existência de estabelecimentos irregulares em relação à assistência técnica, a situação atual melhorou se comparada a de alguns anos quando, segundo IVAMA (1999), o profissional apenas se apresentava como responsável sem, contudo, estar presente na farmácia. Nos últimos anos, o CRF/SP aumentou o número de inspeções fiscais nas farmácias e,

desde 1992, através de ações efetivas e postura determinante, vem verificando um aumento da presença do profissional junto ao usuário (CRF-SP 2002).

6.2 Estrutura e recursos das farmácias

6.2.1 Estrutura das farmácias

Assim como no estudo realizado por SILVA E VIEIRA (2004) com farmacêuticos em Ribeirão, a grande maioria das farmácias de Jundiaí eram independentes. Pesquisas realizadas com farmacêuticos em outros países do hemisfério norte mostram uma situação diferente; a porcentagem de farmácias independentes encontradas nesses trabalhos variou de 17% a 38%, predominando a presença de farmácias de rede, que muitas vezes são divididas em pequenas e grandes, e franquias (McAULEY e col. 1999; O'LOUGHLIN e col. 1999; McDERMOTT e CHRISTENSEN 2002; SCHOMMER e col. 2002; WATSON e col. 2003).

Em Jundiaí, as farmácias estavam localizadas majoritariamente nos bairros, como em uma pesquisa com farmacêuticos da Carolina do Norte (EUA), onde apenas 9% das farmácias pertenciam à região central (McDERMOTT e CHRISTENSEN 2002). Alguns trabalhos caracterizam as farmácias entre situadas em áreas urbana ou rural (O'LOUGHLIN e col. 1999; WATSON e col. 2003). Em Jundiaí havia muitas farmácias localizadas na área comercial dos bairros que possuíam características semelhantes às

farmácias do centro, como um grande fluxo de usuários. Talvez uma distinção entre os estabelecimentos localizados nos bairros – pertencentes à área comercial ou não – pudesse levantar diferenças significativas.

O período médio de funcionamento diário das farmácias em Jundiaí era de doze horas, como o verificado em drogarias de Ribeirão Preto (SILVA e VIEIRA 2004). Esse período de funcionamento foi um pouco maior do que o verificado na Carolina do Norte (EUA) para farmácias de rede, que funcionavam em média 76,3 horas por semana, e para farmácias independentes, que permaneciam abertas em média 52,8 horas por semana (McDERMOTT e CHRITENSEN 2002).

A existência de um local reservado na farmácia, onde atividades de aconselhamento e entrevista com usuários possam ser realizadas com a privacidade e o sigilo necessários, é importante à prática da atenção farmacêutica (WHO 1996; KENNEDY 1998; PERETTA e CICCIA 1998; CFF 2001). Para 85% dos farmacêuticos entrevistados, as farmácias em que trabalhavam tinham um local reservado, porém, para a maioria (73,5%) tal local era a sala de aplicação de injetáveis, própria para esta finalidade e desprovida, normalmente, de mesa e cadeiras para uma conversação. Assim, apenas 19% das farmácias de Jundiaí tinham um local que possa ser considerado adequado ao atendimento reservado de usuários – sala extra ou sala do farmacêutico. Situação diferente foi encontrada em farmácias na Holanda (PRONK e col. 2002), onde 87% das farmácias comunitárias tinham sala para educação de usuários, e na Carolina do Norte (EUA) (McDERMOTT e CHRISTENSEN 2002), onde 53% das farmácias

independentes tinham áreas de aconselhamento. Mudanças no aspecto físico das farmácias são necessárias à implantação da atenção farmacêutica (VAN MIL 2000); dessa forma, é esperado que em farmácias norte-americanas e européias, as quais vem colocando em prática a atenção farmacêutica há mais tempo, tais mudanças já possam ser verificadas.

6.2.2 Recursos materiais das farmácias

Ter um microcomputador na farmácia pode ajudar na organização de dados coletados dos usuários, na elaboração de materiais informativos e na busca rápida de informações (PERETTA e CICCIA 1998). Mais da metade das farmácias de Jundiaí (62,5%) disponibilizavam tal equipamento para uso dos farmacêuticos em atividades não gerenciais. Desse modo, muitos profissionais já tinham em mãos um recurso facilitador da prática da atenção farmacêutica. Estudo realizado na Galícia (GARCÍA e col. 2000) mostrou que 68% das farmácias possuíam computador, situação semelhante à de Jundiaí. Ao contrário, o estudo de RODRÍGUEZ e col. (2000) em Pontevedra observou uma proporção maior (80%) de farmácias com computador.

Fontes de informações sobre terapias e medicamentos independentes, amplas, objetivas e atualizadas são necessárias à prática farmacêutica (WHO 1996). Segundo FERNÁNDEZ-LLIMÓS (1999), a presença de fontes de qualidade, que sejam acessíveis, confiáveis e aplicáveis, é um elemento estrutural importante à tomada de decisões na prática da atenção farmacêutica. Para tanto, STEWART (1998) e PERETTA

e CICCIA (1998) recomendam a existência, nas farmácias, de informações sobre Farmacologia e Terapêutica, como livros, formulários, boletins, dicionários e farmacopéias, e acesso a fontes primárias – artigos de jornais científicos.

Diante do exposto acima, poucas farmácias em Jundiaí possuíam fontes de informações adequadas à prática da atenção farmacêutica; apenas 45% das farmácias tinham um dicionário terapêutico e somente 27,5%, um livro de Farmacologia. Ao contrário, estudo realizado na Galícia mostrou que em 98% das farmácias comunitárias havia um catálogo de especialidades farmacêuticas e em 67%, um livro de Farmacologia (GARCÍA e col. 2000). Quase todas as farmácias de Jundiaí utilizavam o DEF, compilação de bulas fornecidas pelos laboratórios farmacêuticos com pouco valor informativo. As revistas especializadas, citadas por 50% dos entrevistados, são importantes somente comercialmente, pois trazem listas de preços, ou atuam como informativos sobre a categoria farmacêutica, pois algumas são revistas de órgãos profissionais.

A Internet, importante recurso atualmente, estava disponível em 47,5% das farmácias de Jundiaí, porcentagem maior que a encontrada na Galícia, onde 17% das farmácias tinham acesso à Internet (GARCÍA e col. 2000). O estudo na Galícia, porém, foi realizado a mais de quatro anos, sendo que a situação pode ter mudado. Em contrapartida, ter acesso não significa utilizar; pesquisa com farmacêuticos norte-americanos de diversas áreas de atuação mostrou que metade dos profissionais não utilizava a Internet no trabalho, sendo que dentre os farmacêuticos comunitários

apenas 4,3% acessavam a Rede no trabalho (MACKINNON e MOLOGOUSIS 1999). *Software* ou CD-ROM são recursos úteis, pois podem agregar um grande volume de informações e fornecê-las com rapidez; esses recursos estavam presentes em somente 12,5% das farmácias de Jundiaí pesquisadas.

6.2.3 Recursos humanos das farmácias

A maioria das farmácias de Jundiaí (66,3%) tinha até seis funcionários incluindo o(s) farmacêutico(s), sendo este número próximo ao encontrado por SILVA e VIEIRA (2004) em Ribeirão Preto, onde 64% dos estabelecimentos tinham até quatro funcionários, excluindo o(s) farmacêutico(s). Os trabalhos de O'LOUGHLIN e col. (1999) no Canadá e PRONK e col. (2002) na Holanda mostram o predomínio, também, de farmácias com poucos funcionários, em média 2,6 e 5,9 respectivamente.

Comparando-se o número de farmacêuticos por farmácia em Jundiaí e o horário de funcionamento desses estabelecimentos, conclui-se que o número de profissionais encontrado era insuficiente diante da necessidade de assistência farmacêutica por período integral. Considerando-se que estabelecimentos com até dez horas diárias funcionem com um farmacêutico, estabelecimentos com doze horas, com dois e estabelecimentos 24 horas, com três, o número de farmacêuticos deveria ser de 154 entre os estabelecimentos pesquisados – e não os 113 encontrados.

Para a prática da atenção farmacêutica, é necessário redefinir tarefas e responsabilidades entre farmacêuticos e auxiliares (McDONOUGH e col. 1998). Assim, atividades auxiliares e administrativas, que não exigem juízo profissional – organizar e inventariar produtos e medicamentos, operar a caixa registradora, realizar compras, controlar prazo de vencimento de produtos, entre outras – podem ser delegadas para que o farmacêutico tenha tempo livre para desempenhar atividades relacionadas com a atenção ao usuário (PERETTA e CICCIA 1998). Esse rearranjo de funções requer, no entanto, educação e treinamento da equipe do farmacêutico para o desenvolvimento de novas habilidades e técnicas (PERETTA e CICCIA 1998). No presente estudo, os auxiliares recebiam treinamento em 57,5% dos casos, sendo grande parte desses ministrados por terceiros, externos à farmácia. A maior parte desses treinamentos era sobre aplicação de injetáveis. Aplicar injetáveis é atividade comum em farmácias e requer profissional habilitado e autorizado pelo farmacêutico (BRASIL 1973; CFF 2001), o que justifica a grande oferta desses cursos aos auxiliares.

Atendimento a usuários foi o segundo tema de treinamento mais citado (39%) e, embora possa envolver um componente relacionado à saúde, esse tipo de treinamento tem uma conotação comercial, como os cursos de Marketing e Gerenciamento. Em apenas quatro farmácias os auxiliares freqüentaram curso de “farmacista”, espécie de curso técnico em Farmácia; os cursos de auxiliar/técnico oferecidos pelo Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC) englobam noções de dispensação, o trabalho em farmácia, conteúdos de farmacologia, e administração entre

outros. Capacitar a equipe do farmacêutico com esse tipo de conhecimento talvez seja importante para possibilitar a implantação da atenção farmacêutica, mas também para fornecer uma visão mais responsável do uso de medicamentos. PERETTA e CICCIA (1998) sugerem que a educação e o treinamento dos auxiliares e técnicos envolva também o conhecimento geral sobre atenção farmacêutica e técnicas e habilidades de comunicação.

De modo geral, os aspectos estruturais, os recursos materiais e humanos observados para as farmácias de Jundiaí são importantes não apenas à prática da atenção farmacêutica, mas também para avaliar a qualidade de atividades e serviços oferecidos ao público (KRSKA 1998). SILVA (2003) desenvolveu um modelo de acreditação de farmácias e drogarias, baseado no modelo de acreditação hospitalar e na atenção farmacêutica, onde esses recursos institucionais faziam parte dos padrões de avaliação da estrutura dos estabelecimentos.

6.3 Características da população estudada

6.3.1 Características sócio-demográficas

A maioria dos farmacêuticos entrevistados em Jundiaí era composta por mulheres (62,4%), sendo esta proporção semelhante à observada por PÉTRIS (1999) em Londrina/PR (66%), por GARCÍA e col. (2000) na Galícia (64%), por ALMARSDÓTTIR e col (2002) na Islândia (71%) e por SILVA e VIEIRA (2004) em Ribeirão Preto/SP (64%) em estudos com farmacêuticos

que trabalhavam em farmácias. Segundo PÉTRIS (1999), o predomínio de mulheres caracteriza a feminilização da profissão farmacêutica, processo observado em outras profissões. Outros estudos americanos e europeus, entretanto, mostraram um equilíbrio ou um predomínio de homens atuando em farmácias comunitárias, proporção variando entre 52% e 78% (BENTLEY e col. 1998; O'LOUGHLIN e col. 1999; TULLY e col. 2000; SCHOMMER e col. 2002; AQUILINO e col. 2003; WATSON 2003); isso pode indicar que a feminilização da profissão seja um fenômeno presente apenas em alguns países.

Quanto à idade, 61,3% dos farmacêuticos pesquisados em Jundiaí tinham até 29 anos; PÉTRIS (1999) e SILVA e VIEIRA (2004) observaram proporções menores de farmacêuticos nesta faixa etária em outras cidades brasileiras, 37,7% e 47%, respectivamente. A idade média dos entrevistados em Jundiaí foi de 31,7 anos, valor menor que o verificado em estudos em países do hemisfério norte, onde a idade média variou de 38 a 43 anos (O'LOUGHLIN e col. 1999; TULLY e col. 2000; SCHOMMER e col. 2002). Dessa maneira, em Jundiaí, a população de farmacêuticos estudada tinha um caráter mais jovem do que o observado em outras localidades, inclusive no Brasil.

6.3.2 Características referentes à formação e capacitação profissionais

Dos profissionais entrevistados, somente dois não possuíam formação universitária e eram práticos de farmácia provisionados pelo

CRF/SP, de acordo com a Lei 5991/73 (BRASIL 1973), podendo assumir a responsabilidade técnica por farmácias e, assim, exercer as atividades inerentes a tal condição.

Quase a totalidade dos profissionais entrevistados em Jundiaí (90%) havia se graduado em instituições privadas, proporção alta se comparada à observada em Ribeirão Preto/SP onde apenas 44% dos profissionais pesquisados provinham dessas instituições (SILVA e VIEIRA 2004). Tal diferença pode ocorrer por haver em Ribeirão Preto um curso de graduação em Farmácia oferecido por uma universidade pública enquanto que, na região de Jundiaí, há maior presença de universidades privadas. Em Jundiaí prevaleceram, também, os farmacêuticos formados no Estado de São Paulo; PÉTRIS (1999), em estudo em Londrina/PR também encontrou predomínio de farmacêuticos formados em instituições daquele Estado.

No início de 2004 as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia, instituídas em 2002, foram implantadas e os farmacêuticos passarão a ter uma formação generalista. Até então, a carreira era dividida em três modalidades, também denominadas de habilitações: farmácia bioquímica (análises clínicas), farmácia industrial e alimentos. Os farmacêuticos entrevistados em Jundiaí haviam se formado nesse modelo, dividido em habilitações, sendo que 44% não possuíam habilitação, somente a formação em Farmácia, suficiente para atuação em farmácias. Uma proporção grande de farmacêuticos (56%), todavia, possuía habilitação para atuar nas outras áreas. PÉTRIS (1999) em Londrina/PR encontrou proporção semelhante (44%) e observou que essa desvinculação

entre área de atuação e habilitação era maior entre farmacêuticos que trabalhavam em farmácias.

O caráter jovem da população de farmacêuticos pesquisada em Jundiaí foi verificado, também, pelo tempo de formado. Assim como no estudo de SILVA e VIEIRA (2004) em Ribeirão Preto/SP, os farmacêuticos haviam se formado, em média, há três anos, sendo que quase 70% tinham até seis anos de formados. Os trabalhos de AQUILINO e col. (2003) e FJORTOFT e ZGARRICK (2003), ambos norte-americanos, verificaram que o tempo médio de experiência de farmacêuticos comunitários era de 21 e 20 anos, respectivamente; na Islândia apenas 17% dos farmacêuticos comunitários tinham até cinco anos de formados (ALMARSDÓTTIR e col. 2002).

Enquanto que em outros países a farmácia comunitária é um campo de atuação profissional onde é possível seguir uma carreira, no Brasil pode ser apenas uma alternativa à escassez de vagas em outras áreas, e não uma real opção, empregando, principalmente, recém formados que ainda não conseguiram migrar para outras áreas. Possivelmente, as causas para isso estejam no fato de que, segundo IVAMA (1999), no Brasil, durante muito tempo, os farmacêuticos se apresentaram como responsáveis por farmácias sem, contudo, estarem presentes. Além disso, a atuação nesse campo era considerada uma atividade inferior se comparada à atuação em indústria de medicamentos e análises clínicas. Não é sem razão que alguns entrevistados tenham feito comentários sobre essa situação:

Drogaria é uma área que não exige profissionalmente do farmacêutico; se não quiser, não precisa trabalhar e se melhorar.

Na faculdade nunca pensei em trabalhar em farmácia; era a última opção.

O farmacêutico é pouco explorado na drogaria.

A participação em cursos de pós-graduação foi referida por 25% dos farmacêuticos pesquisados, percentual maior do que o observado por O'LOUGHLIN e col. (1999) no Canadá e por PÉTRIS (1999) em Londrina, 11,9% e 13%, respectivamente. Muitos desses cursos, entretanto, pertenciam a áreas que não possuem ligação direta com a atuação em farmácia, como Análises Clínicas, Homeopatia e Cosmetologia. Em 1999, PÉTRIS, em Londrina/PR, verificou também uma desvinculação entre a qualificação após a graduação e a prática em farmácia, atribuindo-a a uma baixa disponibilidade de cursos relacionados a essa atuação. Áreas como Farmacologia, Farmacoterapia e Atenção Farmacêutica, citadas por alguns farmacêuticos de Jundiaí, podem indicar uma mudança na oferta de cursos de pós-graduação, que passaram a englobar, nos últimos anos, conhecimentos relacionados à prática em farmácia.

A educação continuada pode ser um dos indicadores da qualidade de um serviço (KRSKA 1998; WHO 1998) além de ser, atualmente, uma necessidade do mercado de trabalho. Assim, é positivo o fato de que quase todos os farmacêuticos pesquisados procuravam atualizar-se profissionalmente. O recurso mais utilizado pelos farmacêuticos, para tanto,

era a Internet, citada por 65,6%. Estudo norte-americano mostrou que, para 80% dos farmacêuticos pesquisados, a Internet era considerada uma boa fonte de informações sobre saúde (MACKINNON e MOLOGOUSIS 1999). HOWARD e col. (2001), em pesquisa com farmacêuticos sobre suplementos dietéticos, verificou a utilização da Internet por 48,6% dos pesquisados. Assim como a Internet, a consulta a revistas e livros era um recurso freqüente de atualização entre os farmacêuticos de Jundiaí; a praticidade e o custo dessas ferramentas podem, possivelmente, justificar seu uso. Destaque também deve ser dado aos cursos rápidos e às palestras, citados por quase metade dos entrevistados; o custo e o pouco tempo despendido nessas atividades possivelmente contribuem para sua procura.

Quanto à necessidade de capacitação profissional, 91,4% dos farmacêuticos pesquisados relataram ter alguma deficiência de conhecimentos; a Farmacologia foi o tema mais citado, provavelmente, porque a prática em farmácia exige maior aprofundamento no tema. PÉTRIS (1999) levantou opinião de farmacêuticos que atuavam em farmácias sobre os conteúdos considerados deficientes no currículo de Farmácia e a Farmacologia foi a mais citada. Temas como Administração e Marketing, também mencionados, estão relacionados a atividades de gerência desempenhadas por muitos farmacêuticos em farmácias.

A prática da atenção farmacêutica requer atualização constante sobre Farmacologia, Fisiopatologia e Terapêutica (PERETTA e CICCIA 1998) e o desenvolvimento de habilidades de comunicação e técnicas de intervenção

(BENNETT 1998). Alguns profissionais (17,7%) entrevistados relataram necessidade de aprimoramento nesses conteúdos.

6.3.3 Características referentes à atuação profissional

6.3.3.1 Características relacionadas ao mundo do trabalho

Os farmacêuticos pesquisados tinham poucos anos de experiência em farmácia, ao contrário do observado em estudos norte-americanos. No trabalho de BENTLEY e col. (1998) os farmacêuticos tinham, em média, 20 anos de prática em farmácia comunitária, no de McAULEY e col. (1999), 18 anos e SCHOMMER e col (2002) encontraram profissionais trabalhando, em média, há nove anos no mesmo local. Como colocado anteriormente, em outros países a farmácia comunitária é um campo de atuação profissional onde é possível seguir carreira; em muitos trabalhos se observa a diferenciação entre farmacêuticos de equipe – *staff pharmacist* – e farmacêuticos gerentes – *pharmacy manager* (BENTLEY e col. 1998; TULLY e col. 2000; SCHOMMER e col. 2002; WATSON e col. 2003).

Como as farmácias funcionavam, na maioria, com um único profissional, observou-se o esperado, ou seja, que 79,6% dos farmacêuticos entrevistados fossem os responsáveis técnicos pelos estabelecimentos. Em termos de responsabilidade sobre a assistência e a direção técnica da farmácia, não há diferença entre responsável técnico e co-responsável; cada um assume tais funções e responde por elas durante seu período de

trabalho. Somente as farmácias que ficam abertas por mais de dez horas é que necessitam de dois ou mais farmacêuticos.

Em Jundiaí, somente 14,0% dos farmacêuticos entrevistados eram proprietários ou co-proprietários da farmácia. PÉTRIS (1999) E SILVA E VIEIRA (2004), verificaram proporções maiores em outras cidades brasileiras, 37% e 27% respectivamente, assim como BENTLEY e col. (1998), O'LOUGHLIN e col. (1999) e WATSON e col. (2003) encontraram, em outros países, proporções de proprietários entre 39% e 42%. Em países como Espanha e Holanda, onde apenas farmacêuticos diplomados podem abrir e dirigir farmácias (ZUBIOLI 1992), estudos conduzidos nesses países mostraram que os farmacêuticos comunitários pesquisados eram, majoritariamente, proprietários nas proporções de 67,5% e 78,3%, respectivamente.

No Brasil, a propriedade da farmácia não é um direito exclusivo do farmacêutico, sendo que outras pessoas não graduadas em Farmácia podem ter farmácia sem quaisquer restrições em relação à localização, existência de outros estabelecimentos e população a ser atendida. Apenas durante alguns anos, entre 1931 e 1973, foi obrigatório que farmacêuticos detivessem, no mínimo, 30% do capital social de uma farmácia (ZUBIOLI 1992). Em 2002, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) elaborou um Projeto de Lei para alterar a Lei 5991/73 onde propõe que a farmácia comunitária privada seja propriedade do profissional farmacêutico. O projeto foi debatido em diversas entidades e apresentado ao Conselho Nacional de Saúde. Alguns farmacêuticos entrevistados fizeram comentários

sobre a propriedade da farmácia, indicando que a condição de proprietários talvez seja melhor. Entretanto, a prática profissional não deveria ser influenciada pela propriedade ou não da farmácia.

Na condição de empregado é difícil desenvolver trabalhos novos. Às vezes se tem idéias novas dos congressos, mas não se consegue aplicar.

Se fosse proprietária trabalharia com mais satisfação.

... Hoje pessoas despreparadas abrem uma farmácia; isso desanima.

A maioria da população pesquisada em Jundiaí trabalhava 40 horas ou mais por semana, sendo que 55,9% trabalhavam mais que 40 horas. No estudo de PÉTRIS (1999) em Londrina, 53,8% dos farmacêuticos que eram funcionários trabalhavam mais de 40 horas semanais e no de AQUILINO e col. (2003) nos Estados Unidos , 75% dos farmacêuticos pesquisados tinham essa carga horária. Médias semanais de 39,4 horas e 44 horas foram relatadas por O'LOUGHLIN e col. (1999) no Canadá e por SCHOMMER e col. (2002) nos Estados Unidos em trabalhos com farmacêuticos comunitários.

Com relação à remuneração mensal, 38,7% dos farmacêuticos pesquisados recebiam o piso salarial da categoria na época da pesquisa, 55,9% recebiam mais que o piso e 4,3%, menos que o piso. A pesquisa de PÉTRIS (1999) em Londrina/PR encontrou situação semelhante: 34% dos farmacêuticos que atuavam em farmácias tinham remuneração igual ao piso,

52%, superior e 8%, inferior. Remuneração inferior ao piso também foi observada por SILVA e VIEIRA (2004) em Ribeirão Preto/SP, onde 5% dos farmacêuticos entrevistados relataram receber menos que o piso. Em Jundiaí, dos farmacêuticos remunerados abaixo do piso, um era funcionário e trabalhava apenas algumas horas por noite para que a farmácia mantivesse assistência por período integral, e os demais eram proprietários.

No estudo em Jundiaí, não se investigou se os profissionais possuíam outro emprego. Alguns profissionais com cargas horárias inferiores relataram trabalhar em outras farmácias, hospitais ou laboratórios, conforme comentado durante a entrevista. Considerando-se que 80% dos entrevistados trabalhavam 40 horas ou mais por semana, em média oito horas diárias, possivelmente a grande maioria trabalhava apenas na farmácia. No estudo de SILVA e VIEIRA (2004) 22% dos farmacêuticos entrevistados tinham outro emprego.

O recebimento de comissões sobre vendas foi relatado por 32,3% dos farmacêuticos entrevistados, sendo que todos recebiam comissões pela venda de medicamentos. Essa proporção foi o dobro do verificado em Ribeirão Preto/SP por SILVA e VIEIRA em 2004 (16%).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO 1998), os farmacêuticos sobrevivem comercialmente da venda de produtos, mas isso não deveria ser seu principal foco, e a seleção de produtos deve ser apropriada às necessidades do usuário e baseada em informação segura. Dessa forma, o recebimento de comissões, além de reforçar o lado fortemente comercial do setor farmacêutico, pode afetar os critérios para

escolha de produtos aos usuários, em especial, nos casos de automedicação e substituição por genéricos.

Comentários colocados por alguns farmacêuticos de Jundiaí ilustram esse lado comercial da farmácia. Com o recebimento de comissões, os auxiliares podem ter uma remuneração maior que a do farmacêutico e isso, possivelmente, reflete na relação do profissional com seus auxiliares, que deveria ser de cooperação. Um farmacêutico proprietário relatou o motivo de não pagar comissões a funcionários. A seguir, as falas:

Dentro da farmácia, os proprietários precisam ter mais ética profissional. Está uma guerra de preços; as pessoas estão esquecendo da saúde e pensando só no lucro”.

A profissão do farmacêutico é manchada pelos balconistas. Farmácia virou prostituição.

Na farmácia deveria haver só farmacêutico. O profissional deveria ser mais valorizado. O piso deveria ser melhor pela responsabilidade assumida. Os balconistas ganham mais, pois ficam mais no balcão.

O profissional é confundido com balconistas que, muitas vezes, se julgam melhores.

Comissão compra consciência do funcionário.

O lado comercial é uma das características da farmácia, mas não deveria estar em desequilíbrio com as demais. Segundo CARNEIRO (1998), citado por MOTA e col. (2000), a farmácia deve ser vista como uma empresa

de saúde onde quatro conceitos fundamentais devem estar presentes: serviço, profissão, fonte de renda e empresa. A farmácia seria, então, um local de prestação de serviços, onde se exerce uma profissão que proporciona renda, e que, para ser mantida, deve ser administrada como uma empresa.

Quase metade dos farmacêuticos pesquisados disseram estar satisfeitos com seu trabalho e 18,3%, muito satisfeitos. O'LOUGHLIN e col. (1999) encontraram, no Canadá, proporções semelhantes entre farmacêuticos comunitários canadenses: 54% com grau de satisfação moderado e 15,5%, elevado. Possivelmente, os problemas do setor, a remuneração e outros fatores que poderiam interferir na satisfação profissional podem não influenciar tanto ou essa resposta, como muitas outras, pode ter o seu componente "socialmente desejado".

6.3.3.2 Atividades realizadas pelos farmacêuticos

As atividades realizadas pelos farmacêuticos pesquisados foram divididas, segundo sua natureza, em administrativas, técnicas e de atenção ao usuário. PERETTA e CICCIA (1998) também estabeleceram três categorias de funções para prática da atenção farmacêutica: auxiliares, administrativas e profissionais, estas últimas desempenhadas apenas por farmacêuticos.

Atividades administrativas eram desempenhadas pela maioria dos entrevistados. No estudo de PÉTRIS (1999), em Londrina/PR, ações

administrativas e o controle de medicamentos da portaria 344/98 também faziam parte da prática diária de muitos farmacêuticos.

Nas Resoluções nº 328/1999 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA 1999) e nº 357/2001 do Conselho Federal de Farmácia (CFF 2001), dentre as atribuições inerentes aos farmacêuticos, estão a supervisão da aquisição de produtos, manutenção de condições adequadas de armazenamento, atualização de livros, garantia de boas condições de higiene e segurança e organização de áreas e atividades na farmácia. Como a implantação da atenção farmacêutica requer um rearranjo de funções para que o profissional tenha tempo para assumir novos papéis (McDONOUGH e col. 1998), delegar atividades que não exigem conhecimento profissional, como as acima citadas, é necessário (PERETTA e CICCIA 1998).

As atividades técnicas, que envolviam conhecimento técnico e treinamento, compunham também a prática profissional de muitos farmacêuticos pesquisados. A aplicação de injetáveis, aferição de pressão arterial, capacitação de auxiliares, administração de inalações e realização de curativos também foram relatadas por farmacêuticos pesquisados em Londrina/PR (PÉTRIS 1999). No trabalho de SILVA e VIEIRA (2004) sobre o conhecimento de farmacêuticos a respeito de legislação sanitária e regulamentação da profissão, muitas dessas atividades foram citadas pelos entrevistados como sendo atribuições do farmacêutico.

A aferição de pressão arterial é importante para o acompanhamento de usuários hipertensos. Embora faça parte do trabalho de muitos profissionais – em Jundiaí quase 85% dos farmacêuticos aferiam PA – tal

prática é proibida pela Resolução nº 328/1999 da ANVISA. A Resolução nº 357/2001 do CFF, por outro lado, permite ao farmacêutico a prestação deste serviço e estabelece procedimentos para sua realização. A Lei Estadual nº 9864/97 (SÃO PAULO 1997) também faculta às farmácias a execução de tal serviço. Seria necessário, dessa forma, ultrapassar as contradições entre legislações que regulamentam o setor e a atividade farmacêutica.

A notificação de reações adversas a medicamentos (RAM) foi pouco referida pelos profissionais entrevistados – 6,5% dos farmacêuticos haviam comunicado as autoridades sanitárias em casos de suspeita de RAM, desvio de qualidade ou irregularidades dos medicamentos. A Organização Mundial da Saúde ressalta a importância da notificação por parte de todos os profissionais envolvidos no cuidado com o usuário para conhecimento das complicações relacionadas aos medicamentos (WHO 2002). A notificação de RAM e irregularidades encontradas em medicamentos, embora seja uma atribuição do farmacêutico (ANVISA 1999; CFF 2001), ainda foi pouco observada em Jundiaí, possivelmente por desconhecimento e falta de treinamento.

Dentre as atividades de atenção ao usuário, orientá-los sobre o uso correto de medicamentos fazia parte do trabalho de todos os farmacêuticos entrevistados. O Código de Ética Farmacêutica (CFF 1996) estabelece como um dos deveres do farmacêutico “informar e assessorar ao paciente sobre a utilização correta do medicamento”. Sendo um dever, esperava-se, então, que muitos farmacêuticos afirmassem prestar tal serviço. No trabalho de PRONK e col. (2002) na Holanda, quase 95% dos farmacêuticos

comunitários pesquisados relataram fornecer informações verbais extras na primeira dispensação do medicamento e quase 85% forneciam tais informações verbalmente e por escrito. No presente estudo, de caráter apenas descritivo, não se buscou investigar como os serviços eram prestados.

A dispensação de medicamentos foi referida por quase todos os profissionais como uma atividade do seu trabalho. Atividade tradicional da profissão farmacêutica, a dispensação é definida, na Resolução nº357/2001 do CFF, como “um ato de orientação e fornecimento ao usuário de medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos” que, embora pareça simples, é importante pois, segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO 2002), uma dispensação racional pode reduzir significativamente os riscos e a severidade de efeitos adversos a medicamentos. Apesar da orientação fazer parte da dispensação, no presente estudo separou-se esses dois atos pois, muitas vezes, o fluxo de usuários de uma farmácia pode interferir na dispensação, tornando-a um ato meramente de fornecimento de medicamentos.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO 1998), o farmacêutico, como um agente promotor de saúde, deve aconselhar os indivíduos a fim de ajudá-los em suas escolhas de saúde. Esse papel orientador sobre temas relacionados à saúde foi referido por 93,5% dos farmacêuticos pesquisados; essa proporção encontrada foi maior comparada a de outros estudos. Na pesquisa de FJORTOFT e ZGARRICK (2003) realizada nos Estados Unidos, 72% dos farmacêuticos, atuantes em diversas

áreas, mencionaram prover serviço de aconselhamento. AQUILINO e col. (2003) observaram, no mesmo país, que 57% dos farmacêuticos comunitários rotineiramente ofereciam sugestões a fumantes para abandonarem o fumo. No estudo de O'LOUGHLIN e col (1999) realizado entre farmacêuticos comunitários do Canadá, 28,2% dos entrevistados relataram sempre iniciar uma discussão com usuários sobre saúde, 39,2% disseram às vezes fazê-lo e 32,6% raramente o faziam.

Muitos dos farmacêuticos pesquisados disseram orientar os usuários na automedicação que, conforme a Resolução nº 357/2001, consiste no “uso de medicamento não prescrito sob orientação e acompanhamento do farmacêutico”. Na automedicação, o farmacêutico deve ser capaz de ajudar o usuário na escolha apropriada e responsável de medicamentos (WHO 1998) de modo que se possa fazer uma opção e não um abuso (CFF 2001). Segundo TAYLOR (2001), os medicamentos não prescritos têm um papel importante no tratamento de doenças menores e muitas pessoas vão às farmácias para adquiri-los. Este autor, em uma revisão sobre o papel de farmacêuticos na automedicação, encontrou estudos que criticavam a performance dos profissionais e concluiu que a maneira como o farmacêutico se colocava diante dos usuários, como oferecia ajuda e o tempo da intervenção eram fatores importantes na prestação deste serviço. No presente estudo não se pesquisou como os farmacêuticos desempenhavam tal serviço; há dois comentários sobre o tema: um entrevistado relatou “ter medo de indicar medicamentos” e outro, que “a automedicação é algo desanimador na drogaria”, possivelmente referindo-se

ao consumo irracional de medicamentos. Talvez, para um bom uso desses recursos terapêuticos, seja necessário melhorar o conhecimento e a formação dos farmacêuticos para atuar com mais responsabilidade e confiança nessa área.

O atendimento domiciliar, previsto na Resolução nº 357/2001, era prestado por 30% dos entrevistados. Embora não se tenha investigado a natureza deste serviço, os entrevistados comentaram que este tipo de atendimento era realizado para aplicação de injetáveis ou aferição de PA nos domicílios.

A Organização Mundial da Saúde tem destacado o papel do farmacêutico na prevenção de doenças e promoção da saúde (OPAS 1993; WHO 1998). A realização de atividades de educação em saúde foi referida, entretanto, por apenas 7,5% dos farmacêuticos pesquisados, sendo a distribuição de material educativo a principal ação nessa área. Essa proporção é muito baixa se comparada à encontrada no estudo de O'LOUGULIN e col. (1999), realizado no Canadá, no qual em 68,5% das farmácias pesquisadas haviam sido desenvolvidas atividades de prevenção no ano anterior. O CRF/SP vem desenvolvendo treinamentos para o profissional atuar na prevenção e promoção da saúde, já tendo sido abordados os temas câncer de pele e diabetes (CRF-SP 2004a; CRF-SP 2004b). Iniciativas como esta podem aumentar a atuação dos farmacêuticos nesta atividade.

Embora desenvolvessem várias atividades nas farmácias, o atendimento aos usuários consumia mais tempo de trabalho para 78,5% dos

profissionais entrevistados. Assim, as principais atividades realizadas possivelmente eram de orientação e dispensação. Na pesquisa de SCHOMMER e col. (2002), realizada nos Estados Unidos, 56% do tempo de trabalho de farmacêuticos comunitários norte-americanos era consumido com a dispensação de medicamentos e 19%, com atividade de consulta, somando 75%. Embora as proporções observadas nos dois estudos sejam semelhantes, a forma como as mesmas atividades eram desempenhadas talvez fosse diferente.

De modo geral, alguns componentes da prática profissional para o exercício da atenção farmacêutica estabelecidos pelo Consenso Brasileiro Atenção Farmacêutica – dispensação, orientação farmacêutica, educação em saúde e acompanhamento farmacoterapêutico (OPAS/OMS 2004a) – faziam parte das atividades realizadas por muitos profissionais entrevistados. Porém, para se caracterizar a prática da atenção farmacêutica, tais atividades deveriam ser realizadas de forma sistemática, organizada e formalizada, de modo que o serviço prestado ao usuário seja completo, uniforme e de qualidade (CIPOLLE e col. 2000).

6.3.3.2.1 Características relacionadas ao acompanhamento farmacoterapêutico

Quase 68% dos farmacêuticos pesquisados disseram acompanhar o tratamento farmacoterapêutico de alguns usuários, sendo que a maioria (74,6%) o fazia questionando os usuários quando esses retornavam às

farmácias. Assim, esta atividade era realizada de maneira informal, sem a utilização de métodos específicos. Essa informalidade também foi observada em estudo de BENTLEY e col. (1998) nos Estados Unidos no qual 99,4% dos farmacêuticos comunitários que avaliavam a qualidade de vida dos usuários utilizavam para tal conversas gerais, e somente 3,4% empregavam algum tipo de questionário.

A não utilização de fichas por 85,7% dos farmacêuticos que realizavam acompanhamento reforça o caráter informal dessa atividade entre os entrevistados. Somente 14,3% dos profissionais tinham fichas que contemplavam, basicamente, dados pessoais de usuários e medicamentos em uso. Para se realizar um seguimento farmacoterapêutico é necessário registrar, além dos dados pessoais e os medicamentos – prescritos e não prescritos – outras informações como o consumo de plantas medicinais, os hábitos alimentares, reações de hipersensibilidade e demais fatores que possam alterar a relação usuário – medicamento (CFF 2001). Dessa forma, as fichas utilizadas pelos farmacêuticos pesquisados em Jundiaí não continham informações suficientes para se poder realizar uma avaliação adequada das necessidades e problemas relacionados à medicação de seus usuários.

Mesmo não empregando um método, quase 78% dos farmacêuticos que realizavam acompanhamento dos usuários afirmaram ter detectado problemas com a medicação.

DURÁN e col. (1999) publicaram o resultado do seguimento, por seis meses, de 35 usuários em tratamento farmacológico e que recebiam o

programa de atenção farmacêutica para Grupos de Risco de uma farmácia comunitária na Espanha; 74,3% dos usuários apresentaram algum tipo de problema relacionado à medicação (PRM), sendo os principais: o não cumprimento do tratamento (31,2%), a má seleção do medicamento (22,9%) e as interações (18,7%).

No estudo espanhol utilizou-se uma metodologia de seguimento e uma classificação para os PRM, diferentemente do trabalho que era realizado pelos farmacêuticos deste estudo. O rigor metodológico, possivelmente, levaria a outros resultados em Jundiaí com a detecção de problemas em proporções e naturezas diferentes.

No seguimento farmacoterapêutico, os dados do usuário, os problemas encontrados, os objetivos para solucioná-los, as intervenções realizadas e o resultados do processo devem ser documentados para permitir a continuidade do cuidado (CROMARTY e col. 1998). Em Jundiaí apenas 8,2% dos 49 farmacêuticos que haviam detectado algum problema com a medicação de usuários, tinham registros desse processo. Considerando-se a informalidade com que a atividade era desenvolvida, não se esperava encontrar proporções maiores.

No estudo de BENTLEY e col. (1998) sobre a avaliação da qualidade de vida de usuários por farmacêuticos comunitários nos Estados Unidos, 85,8% dos profissionais não registravam as informações obtidas dos usuários. Assim, novos papéis como o seguimento farmacoterapêutico e a avaliação da qualidade de vida tendem a ser realizados, inicialmente, de maneira informal.

A atenção farmacêutica se presta em colaboração com os demais profissionais de saúde (HEPLER e STRAND 1990; OPAS 1993), em especial com os médicos, uma vez que muitos problemas encontrados durante o seguimento devem ser solucionados pelos mesmos. No estudo de DURÁN e col. (1999) na Espanha, 54% dos PRM encontrados necessitaram de intervenção exclusiva do médico para sua solução.

A grande maioria dos farmacêuticos pesquisados que haviam detectado problema com a medicação dos usuários (71,4%) entrou em contato com os prescritores, em especial médicos. Entretanto, o principal motivo para o contato – esclarecimento de dúvidas relacionadas à prescrição (68,6%) – não correspondeu aos principais problemas detectados – eficácia e reações dos medicamentos – que exigiriam solução pelos médicos.

Esclarecer dúvidas de prescrição é papel do farmacêutico (CFF 2001) e, como verificado, a maior parte o fazia. Ao contrário, comunicar os médicos, diretamente ou através do usuário, sobre problemas encontrados com a medicação dos mesmos não parece ser uma prática dos profissionais.

Dentre os farmacêuticos que tinham detectado problemas com a medicação de usuários, 28,6% disseram não entrar em contato com os prescritores, sendo que 35,7% deles não o faziam porque orientavam os usuários a procurar o médico em caso de problemas; possivelmente esta seja também uma atitude de outros farmacêuticos diante de problemas relacionados à medicação. Outros 14,3% relataram não comunicar os prescritores por terem tido dificuldades em encontrá-los; no trabalho de AMSLER e col. (2001) realizado nos Estados Unidos, os farmacêuticos que

participaram do estudo também relataram tal dificuldade, tanto por não terem o número do telefone do profissional quanto por não conseguirem falar diretamente com o mesmo. Para dois farmacêuticos entrevistados, os médicos “não aceitam” a intervenção do profissional. Essa opinião pode ser fruto de experiências pessoais, mas também podem ser uma visão preconceituosa; na pesquisa de MUIJRERS e col. (2003) na Holanda, entre clínicos que não dispensavam – *non-dispensing general practitioners* – 69% achavam que o farmacêutico deveria desempenhar um papel importante no cuidado com os usuários e 64% o consideravam co-responsável pelo tratamento. Em uma revisão de estudos de intervenção do farmacêutico no uso de medicamentos por idosos, LIEBER e col. (2002) observaram que, nos trabalhos onde o farmacêutico e o médico participavam da mesma equipe ou projeto, a “resistência” do médico diminuía. Assim, médicos podem ter opiniões positivas sobre o trabalho de farmacêuticos e aceitarem-no quando desenvolvido em conjunto.

6.3.3.3 Características relacionadas ao trabalho mais intenso com usuários

Quase a totalidade dos farmacêuticos entrevistados (91,4%) considerou necessário atuar mais intensamente junto aos usuários; essa proporção é grande considerando-se que muitos empregavam grande parte do seu tempo de trabalho com o atendimento, como discutido anteriormente. Metade desses farmacêuticos (54,1%) realizaria acompanhamento do tratamento com utilização de fichas, buscando resultados e problemas;

talvez esses profissionais desejassem implantar o seguimento farmacoterapêutico.

No trabalho de SCHOMMER e col. (2002) realizado nos Estados Unidos, os farmacêuticos pesquisados relataram desejar gastar mais tempo de trabalho com o seguimento de usuários e com atividades de consulta, o que pareceu, para os autores, uma motivação dos profissionais para mudar sua prática para a atenção farmacêutica. Diante das respostas dos farmacêuticos de Jundiaí, pode-se considerar o mesmo desejo de mudança da prática profissional.

Alguns profissionais, 37,6%, atuavam mais intensamente orientando melhor os usuários. O conteúdo de muitas respostas pode indicar que essa atividade não estava sendo realizada como muitos profissionais desejariam. Talvez o atuar mais, neste caso, estivesse ligado à qualidade com que o serviço estava sendo prestado.

Dos entrevistados, 15,3% realizariam atividades de educação em saúde, como campanhas e palestras educativas. Esse papel preventivo e promotor da saúde ainda é pouco explorado pelo profissional e não deixa de ser positivo ter encontrado farmacêuticos que manifestaram desejo de atuar nessa área. No trabalho de WATSON e col. (2003) realizado na Escócia, 30% dos farmacêuticos pesquisados concordaram fortemente com a afirmação de que o “farmacêutico tem um papel importante na promoção da saúde dentro da comunidade”. Os resultados sugerem que muitos farmacêuticos vêm, então, despertando interesse e reconhecendo seu papel nessa área de atuação.

Somente 8,2% dos farmacêuticos entrevistados em Jundiaí sugeriram realizar atendimento domiciliar. Possivelmente eles se referiam a trabalhos como os de *home care* e não a prestação de serviços de aplicação de injetáveis ou aferição de PA, já realizados por alguns.

6.3.3.3.1 Dificuldades relatadas pelos entrevistados para realização de trabalho mais intenso com os usuários

As dificuldades colocadas pelos farmacêuticos entrevistados para implantação das atividades sugeridas acima foram classificadas em cinco grupos. Outros trabalhos na literatura também utilizaram classificação semelhante, como PERETTA e CICCIA (1998) que dividiram em cinco categorias as dificuldades para implantação da atenção farmacêutica: dificuldades relacionadas à farmácia, relacionadas ao farmacêutico, relacionadas ao paciente, dificuldades filosóficas e informativas, e dificuldades legais. Em estudos diversos, as dificuldades para implantação de atividades novas por farmacêuticos comunitários se enquadram nas categorias citadas.

Dentre as dificuldades relacionadas ao ambiente de trabalho, a falta de apoio dos proprietários foi a mais mencionada pelos entrevistados. No trabalho de BARNER e BENNETT (1999) realizado nos Estados Unidos, a falta de suporte da gerência da farmácia foi a sétima barreira mencionada pelos farmacêuticos à implantação da atenção farmacêutica; no de O'LOUGHLIN e col. (1999) no Canadá, a falta de incentivo dos gerentes foi a

sexta barreira mais citada por farmacêuticos comunitários à integração de práticas de prevenção na farmácia. Os farmacêuticos comunitários pesquisados por TULLY e col. (2000) na Inglaterra também levantaram como uma barreira à implantação de serviços de monitoramento da prescrição a possibilidade dos proprietários não apoiarem financeiramente o serviço.

Embora não tenha sido avaliado neste trabalho, pode-se supor que a contratação do farmacêutico ainda seja, em muitos casos, apenas o atendimento a uma exigência legal. Alguns entrevistados fizeram comentários sobre essa situação:

O proprietário não vê com bons olhos o profissional – é um mal necessário.

O proprietário não quer que o farmacêutico fique no balcão.

O trabalho do farmacêutico não é muito reconhecido por médicos e proprietários. Os proprietários não deixam o farmacêutico agir.

Essas opiniões, entretanto, refletem a visão dos farmacêuticos; no presente estudo não foi investigada a opinião dos proprietários para confirmar ou negar as opiniões acima.

O fator financeiro foi considerado uma barreira à prática de novas atividades por quatro farmacêuticos. Para os farmacêuticos pesquisados por TULLY e col. (2000) na Inglaterra, o custo também foi levantado como um fator limitante à implantação de serviços de monitoramento.

Outras dificuldades relacionadas ao ambiente de trabalho citadas por alguns farmacêuticos, também foram relatadas em outros estudos. A falta de instrumentos para prática de atividades de prevenção foi a segunda barreira levanta pelos farmacêuticos pesquisados por O'LOUGHLIN e col. (1999) no Canadá. Nos trabalhos de McAULEY e col. (1999) e AMSLER e col. (2001), ambos nos Estados Unidos, e no de O'LOUGHLIN e col. (1999) no Canadá, a falta de recursos humanos também foi considerada uma dificuldade à práticas de seguimento e prevenção. Ter local adequado a práticas de prevenção (O'LOUGHLIN e col. 1999; WATSON e col. 2003), aconselhamento (AMSLER e col. 2001) e seguimento farmacoterapêutico (BARNER e col. 1999) foi uma dificuldade colocada por farmacêuticos pesquisados em trabalhos realizados em outros países.

A questão comercial do setor farmacêutico foi mencionada como uma barreira a práticas novas na farmácia. Dentre as dificuldades ligadas ao ambiente de trabalho, dois farmacêuticos citaram essa situação comercial e um, a concorrência e, dentre as dificuldades relacionadas aos usuários, a busca do usuário por preços mais baixos de medicamentos foi relatada por três profissionais. Vários outros profissionais fizeram comentários, no final da entrevista, sobre a busca por preços e a política de descontos:

Gosto do trabalho, mas, às vezes, falta paciência devido ao alto movimento e pedido dos clientes por desconto. A política de descontos não deveria ser assim. Hoje é difícil reverter.

Clientes querem desconto e isso dificulta o trabalho e aborrece.

É complicado lidar com o público; as pessoas não entendem a política de descontos e muitas vezes não saem satisfeitas com o desconto dado.

Cliente hoje está atrás de preço e não de orientação.

O que mais estressa trabalhar em farmácia é o pedido por descontos.

Os farmacêuticos de Londrina/PR que participaram do estudo de PÉTRIS (1999) consideraram as características mercantilistas do setor como um obstáculo à prática profissional. No trabalho de AMSLER e col. (2001) realizado nos Estados Unidos, usuários que participaram do estudo afirmaram considerar o custo do medicamento na escolha de uma farmácia. ALMARSDÓTTIR e col (2002) realizaram na Islândia uma pesquisa com farmacêuticos e observaram que, em decorrência da competição entre as farmácias, a guerra por preços pressionava os farmacêuticos a fornecer descontos aos usuários. Assim, o componente comercial do setor farmacêutico não parece ser uma característica exclusiva das farmácias pesquisadas, sendo observada, inclusive, em outros países.

Possivelmente, a questão comercial da farmácia pode dificultar o trabalho do farmacêutico e interferir na relação com os usuários. Porém o medicamento, segundo SEVALHO (2003), é um objeto científico híbrido que deve ser considerado tanto como instrumento terapêutico como um bem de consumo. Além disso, o preço dos medicamentos é um fator importante ao acesso da população aos mesmos, principalmente, considerando o perfil do consumidor brasileiro: 51% da população, com renda entre zero e quatro

salários mínimos, consome apenas 16% do mercado total de medicamentos, o que corresponde a 18,95 dólares per capita (MS 1999). Num estudo realizado em Gana com pacientes hipertensos para avaliar o acesso e a adesão à medicação, BUABENG (2004) observou que 96% dos entrevistados não aderiam ao tratamento devido ao preço dos medicamentos, o que reforça a importância do custo.

As demais dificuldades relacionadas ao ambiente de trabalho referem-se à falta de estrutura material e gerencial ou à falta de liberdade de ação devido a normas da empresa.

Dentre as dificuldades ligadas aos usuários, a falta de interesse foi a mais referida. O desinteresse dos usuários por atenção farmacêutica foi a quarta dificuldade levantada pelos farmacêuticos pesquisados por BARNER e col. (1999) nos Estados Unidos; a falta de questionamento dos usuários também foi referida como uma barreira a práticas de prevenção pelos profissionais do estudo de O'LOUGHLIN e col. (1999) no Canadá. Quatro farmacêuticos pesquisados disseram que os usuários poderiam não entender ou aceitar o trabalho. Aos profissionais que participaram do trabalho de AMSLER e col. (2001), realizado nos Estados Unidos, os usuários defensivos e que não cooperavam eram um obstáculo à atividade de aconselhamento.

Dos farmacêuticos entrevistados, 14,1% colocaram a falta de confiança no profissional como fator impeditivo. Possivelmente, esse seja um problema especialmente para profissionais mais jovens, com pouca experiência e desenvoltura diante dos usuários:

Às vezes é difícil agir como farmacêutico; clientes procuram pessoas mais antigas e confiam mais nelas.

Em alguns casos, porém, a relação entre usuários e proprietários pode ser mais próxima que a relação entre usuários e farmacêuticos; os proprietários permanecem, muitas vezes, o dia todo no estabelecimento e são procurados pela população:

Clientes confiam mais no dono da farmácia e no médico.

Não ter dados para acompanhar o tratamento de usuários foi considerado uma dificuldade por três farmacêuticos, relatada também nas pesquisas de BARNER e col. (1999) nos Estados Unidos e TULLY e col. (2000) na Inglaterra.

A falta de tempo foi considerada uma dificuldade ao desenvolvimento de novas atividades por 37,6% dos farmacêuticos pesquisados. Em diversas pesquisas realizadas em outros países, farmacêuticos também relataram a falta de tempo como um obstáculo à provisão de novos serviços, como seguimento farmacoterapêutico e atividades de educação em saúde, sendo que o tempo escasso decorria, muitas vezes, do grande fluxo de usuários ou do tempo consumido por outras atividades (BARNER e col. 1999; McAULEY e col. 1999; O'LOUGHLIN e col. 1999; TULLY e col. 2000; AMSLER e col. 2001; AQUILINO e col. 2003; WATSON e col. 2003). O tempo é um fator que pode ser melhor administrado, principalmente, delegando-se funções.

Alguns farmacêuticos pesquisados mencionaram dificuldades relacionadas ao próprio profissional, dentre elas a falta de conhecimento, relatada por quase 12%, e a falta de experiência. A falta de treinamento ou conhecimento para desempenhar novos papéis também foi colocada como uma barreira em outras pesquisas (BARNER e col. 1999; McAULEY e col. 1999; O'LOUGHLIN e col. 1999; WATSON e col. 2003). Dois pesquisados citaram a falta de integração entre os profissionais, em especial médicos, como uma barreira. Para os farmacêuticos participantes da pesquisa de TULLY e col. (2000) realizada na Inglaterra, implantar seguimento de usuários seria possível somente se houvesse um trabalho de cooperação entre médicos e farmacêuticos. Como já exposto, o trabalho em equipe é condição à prática da atenção farmacêutica (HEPLER e STRAND 1990; OPAS 1993).

De modo geral, os farmacêuticos, as organizações farmacêuticas e as faculdades de Farmácia podem trabalhar juntos para entender os obstáculos à implantação da atenção farmacêutica e tentar encontrar soluções para superá-los (McDONOUGH e col. 1998). Das quatro dificuldades mais citadas, duas devem ter relação com o lado comercial: falta de apoio dos proprietários e falta de interesse dos usuários. Atualmente, muitas farmácias no Brasil são apenas estabelecimentos de comercialização de vários produtos e medicamentos, desprovidos do compromisso com a saúde dos usuários. A farmácia do novo milênio, entretanto, deverá conciliar serviço, profissão e fonte de renda e deverá fazer parte dos serviços de cuidado de saúde, oferecendo serviços

diversificados ao usuário (MOTA e col. 2000). A prática da atenção farmacêutica possivelmente fará parte dessa mudança.

A questão da remuneração pelo serviço prestado foi uma barreira colocada por muitos farmacêuticos em pesquisas em outros países (BARNER e col. 1999; McAULEY e col. 1999; O'LOUGHLIN e col. 1999; TULLY e col. 2000). Realizar uma atividade que exige preparo pessoal, tempo, reorganização do serviço e assunção de novas responsabilidades, sem a contrapartida financeira, pode ser uma barreira também no Brasil.

6.4 Compreensão sobre atenção farmacêutica

Muitos farmacêuticos entrevistados (62,3%) em Jundiaí ainda compreendiam atenção farmacêutica como simplesmente orientação e atendimento dispensados ao usuário. Segundo o Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica (OPAS/OMS 2002a), a orientação é um dos componentes dessa prática profissional, mas não o único.

O acompanhamento sistemático do tratamento medicamentoso (seguimento farmacoterapêutico) de usuários, que faz parte da definição de atenção farmacêutica estabelecida por HEPLER e STRAND (1990), foi citado por apenas 26,9% dos entrevistados na sua compreensão sobre atenção farmacêutica. Assim, a grande maioria desconhecia o princípio da atenção farmacêutica e associava-a, simplesmente, ao fornecimento de atenção ao cliente, que ocorre, muitas vezes, na dispensação com o fornecimento de orientações.

Para alguns profissionais, a compreensão sobre atenção farmacêutica envolvia a prevenção e a qualidade de vida. A proposta de conceito de atenção farmacêutica, estabelecida pelo Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica (OPAS/OMS 2002a), inclui também a prevenção de doenças e a recuperação da saúde.

O Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica (OPAS/OMS 2002a) teve como um dos objetivos harmonizar conceitos e propor uma definição de atenção farmacêutica dentro do contexto brasileiro. Sua difusão seja, talvez, uma maneira de aumentar a compreensão dos profissionais acerca dessa prática.

6.5 Associações entre a variável acompanhamento farmacoterapêutico e outras variáveis

Diferenças estatisticamente significantes não foram encontradas entre o acompanhamento farmacoterapêutico e algumas variáveis relacionadas aos estabelecimentos e aos farmacêuticos. Como no presente estudo – descritivo – o objetivo era pesquisar toda a população de farmacêuticos que trabalhavam em farmácias em Jundiaí, não se fez um cálculo para saber qual tamanho de amostra seria necessário para se verificar associações. Assim, a população pesquisada talvez tenha sido pequena para se obter alguma associação.

O'LOUGHLIN e col. (1999) verificaram, no Canadá, que a probabilidade de praticar prevenção era 3,2 vezes maior nos farmacêuticos

que trabalhavam em pequenas farmácias. Na pesquisa de AQUILINO e col. (2003) realizada nos Estados Unidos, a associação entre prover aconselhamento para largar o fumo e outras variáveis foi estatisticamente significativa apenas para o vínculo de trabalho: farmacêuticos empregados ofereciam mais aconselhamento que farmacêuticos proprietários. As demais variáveis – sexo, pós-graduação, anos de prática e horas trabalhadas – não pareciam influenciar na provisão de aconselhamento.

7. CONCLUSÕES

- Das farmácias pesquisadas, mais de 80,0% eram independentes e localizavam-se nos bairros e em 77,5% havia um farmacêutico atuando.
- Somente em 19,0% dos estabelecimentos pesquisados havia local apropriado às atividades próprias da atenção farmacêutica.
- A maior parte das farmácias pesquisadas dispunha de recursos materiais, como a rede mundial de computadores e material bibliográfico para consulta. Entretanto, as fontes de informação sobre medicamentos mais freqüentes eram originárias da indústria ou do comércio farmacêutico.
- Em 57,7% dos estabelecimentos pesquisados os auxiliares do farmacêutico recebiam treinamento, porém os principais temas abordados eram a aplicação de injetáveis e técnicas comerciais. Não se verificou educação continuada na área de atenção farmacêutica.
- De maneira geral, faltam às farmácias pesquisadas condições estruturais e recursos à prática da atenção farmacêutica.
- A maioria dos farmacêuticos eram mulheres, jovens, recém-graduados em instituições privadas e atuavam como empregados em tempo integral. Poucos profissionais relataram capacitação para atuar em atenção farmacêutica.

- Os farmacêuticos realizavam atividades administrativas, técnicas e de atenção ao usuário, sendo que, dessas últimas, as mais freqüentes eram a dispensação e a orientação.
- Levando em consideração o preconizado pela literatura, a prática da atenção farmacêutica entre os entrevistados não foi observada, embora muitos realizassem procedimentos que podem levar a essa prática profissional.
- Quase todos os farmacêuticos entrevistados julgaram ser necessário realizar um trabalho mais intenso com os usuários e sugeriram, para tanto, a realização de atividades que fazem parte da prática da atenção farmacêutica. Porém, várias dificuldades foram levantadas para implantação desse trabalho e envolviam desde recursos humanos e estruturais deficientes, a falta de interesse do usuário até a falta de formação e conhecimento do profissional.
- De maneira geral, havia um desconhecimento do conceito formal de atenção farmacêutica entre os entrevistados. Para a maioria essa prática se resume à orientação aos usuários.
- Há poucos trabalhos no Brasil sobre a prática farmacêutica em farmácias.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Considerando-se a importância da farmácia como um recurso muito utilizado pela população para recuperação da saúde, conhecer as características, as dificuldades e o contexto em que a prática farmacêutica se desenvolve talvez seja importante ao seu aprimoramento. Assim, estudos nesse sentido são necessários.
- A prática da atenção farmacêutica requer uma mudança estrutural das farmácias e um rearranjo de funções.
- A formação dos farmacêuticos deve buscar capacitá-los para atuarem em atenção farmacêutica.
- Conhecer melhor o conceito, os elementos e o processo de atenção farmacêutica talvez possa ajudar na implantação da sua prática.
- A literatura ressalta a importância de práticas de atenção farmacêutica à saúde pública, porém, para difundir essa prática talvez seja necessário demonstrar seus benefícios à saúde e à economia. Pesquisas nesse sentido podem ajudar.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abramson JH, Abramson ZH. **Survey methods in community medicine**. 5ª ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1999.

Almarsdóttir AB, Björnsdóttir I, Traulsen JM. Pharmacists in a liberalised system – results from a profession-wide survey in Iceland. **Int J Pharm Pract** 2002; 10: 47-53.

Alvarez IR. Farmacia clínica, sus objetivos y perspectivas de desarrollo. In: Zanzani RG, editor. **Fundamentos de farmacia clínica**. Santiago: PIADÉ; 1993. p. 3-12.

Amsler MR, Murray MD, Tierney WM, Brewer N, Harris LE, Marrero DG, Weinberger M. Pharmaceutical care in chain pharmacies: beliefs and attitudes of pharmacists and patients. **J Am Pharm Assoc** 2001; 41(6): 850-5.

[ANVISA] Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 328, de 22.07.99: dispõe sobre requisitos exigidos para a dispensação de produtos de interesse à saúde em farmácias e drogarias. Brasília; 1999. Disponível em <<http://e-legis.bvs.br/leiref/public/showAct.php?id=1249>> [2004 jul 26]

[APHA] American Pharmaceutical Association/Pharmaceutical Care Guidelines Advisory Committee. **Principles of practice for pharmaceutical care**. Washington, DC: American Pharmaceutical Association; 1995. Disponível em <<http://www.aphanet.org/pharmcare/prinprac.html>> [2003 out 15]

Aquilino ML, Farris KB, Zillich AJ, Lowe JB. Smoking-cessation services in Iowa community pharmacies. **Pharmacotherapy** 2003; 23(5): 666-73.

Barner JC, Bennett RW. Pharmaceutical Care Certificate Program: assessment of pharmacists' implementation into practice. **J Am Pharm Assoc** 1999; 39(3): 362-367.

Bennett RW. Components of a Pharmaceutical Care Certificate Program. **J Am Pharm Assoc** 1998; 38(1): 76-81.

Bentley JP, Smith MC, Banahan BF, Frate DA, Parks BR. Quality of life assesement by community pharmacists: an exploratory study. **Qual Life Res** 1998; 7: 175-86.

Bermudez JAZ. **Indústria farmacêutica, Estado e sociedade**. São Paulo: HUCITEC/SOBRAVIME; 1995.

Brasil. Lei 5.991 de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Brasília; 1973. Disponível em <<http://e-legis.bvs.br/leiref/public/showAct.php?id=1249>> [2004 out 5]

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 338 de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília: CNS; 2004.

Brodie DC, Parish PA, Poston JW. Societal needs for drugs and drug-related services. **Am J Pharm Ed** 1980; 44: 276-8.

Buabeng KO. Unaffordable drug prices: the major cause of non-compliance with hypertension medication in Ghana. **J Pharm Sci** 2004; 7(3): 350-2.

Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. **El ejercicio de la atención farmacéutica**. Madrid: McGraw-Hill – Interamericana; 2000.

Cipolle RJ, Strand LM, Morley, PC, Frakes M. Resultados del ejercicio de la atención farmacéutica. **Pharm Care Esp** 2000a; 2: 94-106.

[CFF] Conselho Federal de Farmácia. Resolução 290, de 26.04.96: aprovar o Código de Ética Farmacêutica, nos termos do Anexo "I", da presente Resolução, que lhe faz parte integrante. Brasília; 1996. Disponível em <http://www.cffsp.org.br/legislacao/legislacao_shw.asp?id=98> [2003 out 30]

[CFF] Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 357/2001, de 27.04.02: aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia. **Pharm Bras** 2001; 25: 4-12.

[CNE] Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 2, 19.02.02: institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 mar. 2002. Seção 1, p. 9.

Comité de Consenso. Segundo Consenso de Granada sobre problemas relacionados com medicamentos. **Ars Pharmaceutica** 2002; 43: 175-84.

[CRF-SP] Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. Farmacêutico, habilite-se ao Selo de Assistência Farmacêutica do CRF-SP. **J Farmacêutico** 1999; 35: 4-5.

[CRF-SP] Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. Farmacêuticos na busca por seu lugar. **Rev Farmacêutico** 2002; 58: 8-9.

[CRF-SP] Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. Farmacêuticos, com muito orgulho. **Rev Farmacêutico** 2004a; 68: 16-9.

[CRF-SP] Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. Campanha de educação em saúde: orientação e prevenção em diabetes. **Rev Farmacêutico** 2004b; 71: 30-2.

[CRF-SP] Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. Mudanças no formulário favorecem o farmacêutico. **Rev Farmacêutico** 2004c; 71: 34.

Cromarty JA, Hamley JG, Krska J. Clinical pharmacy practice. In: Winfield AJ, Richards RME, editors. **Pharmaceutical practice**. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1998. 332-53.

Dader MJ, Romero FM. La atención farmacéutica en farmácia comunitária: evolución de conceptos, necesidades de formación, modalidades y estrategias para su puesta en marcha. **Pharm Care Esp** 1999; 1: 52-61.

Dupim JAA. **Assistência farmacêutica – um modelo de organização**. Belo Horizonte: Design Gráfico; 1999.

Durán I, Romero FM, Faus MJ. Problemas relacionados con medicamentos resueltos em uma farmácia comunitaria. **Pharm Care Esp** 1999; 1: 11-9.

FENAFAR/ENEFAR – Federação Nacional dos Farmacêuticos, Executiva Nacional dos Estudantes de Farmácia. **Proposta de reformulação do ensino de Farmácia no Brasil**. sl: Eikongraphic's; 1996.

Fernández- Llimós FF. La información sobre medicamentos para la farmacia comunitaria. **Pharm Care Esp** 1999; 1: 90-6.

Fjortoft N, Zgarrick. An assessment of pharmacists' caring ability. **J Am Pharm Assoc** 2003; 43(4): 483-7.

Freitas O, Chaud MV, Ueta J, Shuhama IK. O farmacêutico e a farmácia: uma análise retrospectiva e prospectiva. **Infarma** 2002; 14(1/2): 85-7.

García MI, Puentes LC, Somoza FFL, Corral PG, Torres MIC, Carreras FS, Suárez JMC. Fuentes de información sobre medicamentos utilizadas por los farmacéuticos comunitarios de Galicia. **Pharm Care Esp** 2000; 2: 108-22.

González MM. Sobre la necesidad de la investigación en farmacia comunitaria. **Pharm Care Esp** 2000. 2: 307-9.

Hanlon JT, Artz MB. Drug-related problems and pharmaceutical care – What are they, do they matter, and what's next? **Medical Care** 2001; 39(2):109-12.

Hepler CD. The third wave in pharmaceutical education: the clinical movement. **Am J Pharm Educ** 1987; 51: 369-85.

Hepler CD. The future of pharmacy: pharmaceutical care. **Am Pharm** 1990; 30(10): 23-9.

Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **Am J Hosp Pharm** 1990; 47(3):533-43.

Higby GJ. American pharmacy in the twentieth century. **Am J Health Syst Pharm** 1997; 54: 1805-15.

Holland RW, Nimmo CM. Transitions, part 1: beyond pharmaceutical care. **Am J Health Syst Pharm** 1999; 56: 1758-64.

Howard N, Tsourounis C, Kapusnik-Under J. Dietary supplement survey of pharmacists: personal and profession practices. **J Altern Complem Medicine** 2001; 7(6): 667-80.

Ivama AM. **La educación y la práctica farmacéutica en Brasil y España en el contexto de la globalización**. Alcalá de Henares; 1999. [Grado de Doctor - Facultades de Medicina y Farmacia. Universidad de Alcalá].

Johnson JA, Bootman JL. Drug- related morbidity and mortality and the economic impact of pharmaceutical care. **Am J Health Syst Pharm** 1997; 54: 554-8.

Kennedy EJ. Responding to symptoms. In: Winfield AJ, Richards RME, editors. **Pharmaceutical practice**. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1998. 367-79.

Kleinmann K. We really do care. **Am J Hosp Pharm** 1994; 51: 2011-5.

Krska J. Professional and clinical audit. In: Winfield AJ, Richards RME, editors. **Pharmaceutical practice**. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1998. 461-8.

Leape LL, Cullen DJ, Clapp MD, Burdick E, Demonaco HJ, Erickson JI, Bates DW. Pharmacist participation on physician rounds and adverse drug events in the intensive care unit. **JAMA** 1999; 282(3): 267-70.

Lesar TS, Briceland L, Stein DS. Factors related to errors in medication prescribing. **JAMA** 1997; 277(4): 312-7.

Lieber NSR, Teixeira JJV, Farhat FCLG, Ribeiro E, Crozatti MTL, Oliveira GSA. Revisão dos estudos de intervenção do farmacêutico no uso de medicamentos por pacientes idosos. **Cad Saúde Pública** 2002; 18(6): 1499-1507.

Magalhães SMS, Carvalho WS. O farmacêutico e o uso racional de medicamentos. In: Acurcio FA, organizador. **Medicamentos e assistência farmacêutica**. Belo Horizonte: Coopmed; 2003. 83-97.

Mann PH. **Métodos de investigação sociológica**. Trad. de OA Velho. Rio de Janeiro: Zahar; 1970.

Marin N, Luiza VL, Osório-de-Castro CGS, Machado-dos-Santos S. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Brasília: OPAS/OMS; 2003.

McAuley JW, Mott DA, Schommer JC, Moore JL, Reeves AL. Assessing the needs of pharmacists and physicians in caring for patients with epilepsy. **J Am Pharm Assoc** 1999; 39(4): 499-504.

McDermott JH, Christensen DB. Provision of pharmaceutical care services in North Carolina: a 1999 survey. **J Am Pharm Assoc** 2002; 42: 26-35.

McDonough RP, Rovers JP, Currie JD, Hagel H, Vallandingham J, Sobotka J. Obstacles to the implementation of pharmaceutical care in the community setting. **J Am Pharm Assoc** 1998; 38(1): 87-65.

Mackinnon GE, Mologousis NM. Preliminary survey of pharmacists' use of Internet. **Am J Health-Syst Pharm** 1999; 56(15): 1675-6.

[MEC/SESu] Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Superior. **Edital nº4/97**. Brasília; 1997. Disponível em <<http://www.mec.gov.br.sesu/ftp/edital/e04.doc>> [2003 jan 17]

Meyboom RHB, Lindquist M, Egberts ACG. An ABC of drug-related problems. **Drug Safety** 2000; 22(6): 415-23.

Minayo MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

Mota DM, Marques RFO, Fernandes MEP. A farmácia comunitária, a automedicação e o farmacêutico: projeções para o século XXI. **O Mundo da Saúde** 2000; 24: 98-105.

[MS] Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília (DF); 1999.

Muijrers PEM, Kottnerus A, Sijbrandij J, Janknegt R, Grol RPTM. Changing relationships: attitudes and opinions of general practitioners and pharmacists regarding the role of the community pharmacist. **Pharm World Sci** 2003; 25(5): 235-41.

O'Loughlin J, Masson P, Dery V, Fagnan D. The role of community pharmacists in health education and disease prevention: a survey of their interests and needs in relation to cardiovascular disease. **Prev Medicine** 1999; 28: 324-31.

[OPAS] Organización Panamericana de Salud. **El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud**. Tokio; 1993. (OPS/HSS/HSE/95.0)

[OPAS/OMS] Organização Pan-americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde. **Relatório da oficina de trabalho – Atenção farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos**. Fortaleza; 2001.

[OPAS/OMS] Organização Pan- Americana de Saúde, Organização Mundial de Saúde. **Atenção farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos – Relatório 2001 - 2002**. Brasília; 2002.

[OPAS/OMS] Organização Pan-Americana de Saúde, Organização Mundial de Saúde. **Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica – Proposta**. Brasília; 2002a.

Paulo LG, Zanini AC. **Compliance – Sobre o encontro paciente-médico**. São Roque: Ipex; 1997.

Penna RP. Pharmaceutical care: pharmacy's mission for the 1990s. **Am J Hosp Pharm** 1990; 47: 543-9.

Peretta M, Ciccía G. **Reingeniería de la práctica farmacéutica. Guía para implementar atención farmacéutica em la farmacia**. Buenos Aires: Panamericana; 1998.

Pétris AJ. A prática farmacêutica e sua relação com o ensino: um estudo sobre os farmacêuticos de Londrina/PR. Londrina; 1999. [Dissertação de Mestrado – Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina].

Pronk MCM, Blom LTG, Jonkers R, Rogers EM, Bakker A, Blaey KJ. Patient oriented activities in Dutch community pharmacy: diffusion of innovations. **Pharm World Sci** 2002; 24(4): 154-61.

Rodríguez NFA, Riestra RG, Hermida MTO, Somoza FFL. Perfil de los integrantes de los grupos de trabajo Del Colégio de Farmcéuticos de Pontevedra. **Pharm Care Esp** 2000; 2: 20-7.

Santos MR. **Profissão farmacêutica no Brasil: história, ideologia e ensino**. Ribeirão Preto: Holos; 1999.

São Paulo (Estado). Lei nº 9864, de 26 de novembro de 1997. Faculta às farmácias e drogarias localizadas no Estado de São Paulo a execução de serviço de inalação e medição de pressão arterial. São Paulo; 1997. Disponível em <<http://www.imesp.com.br>> [2003 dez 8]

Schommer JC, Pedersen CA, Doucette WR, Gaither CA, Mott DA. Community pharmacists' work activities in the United States during 2000. **J Am Pharm Assoc** 2002; 42: 399-406.

Sevalho G. O medicamento percebido como objeto híbrido: uma visão crítica do uso racional. In: Acurcio FA, organizador. **Medicamentos e assistência farmacêutica**. Belo Horizonte: Coopmed; 2003. 1-8.

Silva LR, Vieira EM. Conhecimento dos farmacêuticos sobre legislação sanitária e regulamentação da profissão. **Rev Saúde Pública** 2004; 38(3):429-37.

Silva RR. **Acreditação de farmácias: a construção de um modelo**. São Paulo; 2003. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

[SINITOX] Sistema Nacional de Informações Tóxico-farmacológicas. Disponível em <<http://www.cict.fiocruz.br/intoxicacoeshumanas/2001/brasil2001.htm>> [2005 jan 19]

Stewart D. Drug information. In: Winfield AJ, Richards RME, editors. **Pharmaceutical practice**. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1998. 403-408.

Strand ML, Cipolle RJ, Morley PC, Perrier DG. Levels of pharmaceutical care: a needs-based approach. **Am J Hosp Pharm** 1991; 48: 547-50.

Taylor J. OTC counseling: review of pharmacists performance. **Medscape Pharmacists** [periódico online] 2001; 2(2). Disponível em <<http://www.medscape.com/viewarticle/408580?src=search>> [2004 jun 16]

Tomechko MA, Strand ML, Morley PC, Cipolle RJ. Q and A from the pharmaceutical care – Project in Minnesota. **Am Pharm** 1995; 35(4): 30-9.

Tully MP, Seston EM, Cantrill JA. Motivators and barriers to the implementation of pharmacist-run prescription monitoring and review services in two settings. **Int J Pharm Pract** 2000; 8: 188-97.

Valverde C. La farmacia: recurso de salud. **Arch Latino Nutricion** 1989; 39(3): 365-81.

Van Mil JWF. Atención farmacéutica en farmacia comunitaria en Europa, retos y barreras. **Pharm Care Esp** 2000; 2: 42-56.

Zubioli A. **Profissão: farmacêutico – E agora?**.Curitiba: Lovise; 1992.

Watson L, Bond C, Gault C. A survey of community pharmacists on prevention of HIV and hepatitis B and C: current practice and attitudes in Grampian. **J Public Health Med** 2003; 25(1): 13-8.

[WHO] World Health Organization. **International drug monitoring: the role of hospital**. Geneva; 1969. (WHO Technical Report Series, 425).

[WHO] World Helth Organization. **The role of the pharmacist in the health care system**. New Delhi; 1988. (WHO/PHARM/94.569).

[WHO] World Health Organization. **Good pharmacy practice (GPP) in community and hospital pharmacy settings**. 1996. (WHO/PHJARM/DAP/96.1).

[WHO] World Health Organization. **The role of the pharmacist in the health care system – Preparing the future pharmacist: curricular development**. Vancouver; 1997. (WHO/PHARM/DAP/90.1).

[WHO] World Health Organization. **The role of the pharmacist in self-care and self-medication**. Hague; 1998. (WHO/DAP/98.13).

[WHO] World health Organization. **The importance of pharmacovigilance – Safe monitoring of medicinal products**. Geneva; 2002.

ANEXO 1

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
Departamento de Prática de Saúde Pública – Serviços de Saúde Pública
Projeto de Pesquisa para Mestrado em Saúde Pública
A prática profissional em farmácias e drogarias de Jundiaí, SP: em busca da
atenção farmacêutica

QUESTIONÁRIO – nº _____

A. IDENTIFICAÇÃO

DATA: ____/____/____

Razão social da empresa:

Endereço (físico e telefone):

Telefone:

Nome do profissional:

E-mail:

B. ESTRUTURA E RECURSOS DO ESTABELECIMENTO

1. Tipo de estabelecimento:

- (1) ☐ Farmácia de Rede
(2) ☐ Farmácia Independente
(3) ☐ Cooperativa

2. Localização do estabelecimento:

- (1) ☐ no centro (2) ☐ em bairro

3. Número de funcionários da farmácia (por função):

farmacêutico(s) _____

balconista(s) _____

gerente _____

outro(s) _____

4. A farmácia permanece aberta diariamente por:

(1) ☐ 8 horas

(2) ☐ 10 horas

(3) ☐ 12 horas

(4) ☐ 24 horas

(5) ☐ outro: _____

5. Há na farmácia um local reservado, que garanta privacidade e conforto, para o atendimento de usuários?

(1) ☐ sim

(2) ☐ não

Qual? _____

6. A farmácia possui microcomputador(es) para atividades de trabalho que não sejam de gerenciamento?

(1) ☐ sim

(2) ☐ não

7. Quais fontes de informação sobre medicamentos estão disponíveis na farmácia?

(1) ☐ Dicionário de Especialidades Farmacêuticas - DEF

(2) ☐ Dicionário Terapêutico

(3) ☐ Livro de Farmacologia e Terapêutica

(4) ☐ Dicionário de termos médicos

(5) ☐ acesso a um Centro de Informações sobre Medicamentos – CIM

(6) ☐ Revistas Especializadas

(7) ☐ Web

(8) ☐ Base de dados em CD-ROM

(9) ☐ Outra(s): _____

8. O(s) auxiliar(es) do farmacêutico(s) recebe(em) algum tipo de treinamento(s)?

(1) ☐ não

(2) ☐ sim, treinamento interno. Qual? _____

(3) ☐ sim, treinamento externo. Qual? _____

(4) ☐ sim, treinamento interno e externo. Qual? _____

C. DADOS PESSOAIS

9. Sexo:

(1) ☐ feminino

(2) ☐ masculino

10. Idade: _____ anos

D. FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL

11. Você se graduou em instituição:

(1) ☐ pública

(2) ☐ privada

Qual? _____

(3) ☐ provisionado

12. Cursou a(s) habilitação(ões) de:

(1) ☐ Farmácia

(2) ☐ Análises Clínicas

(3) ☐ Farmácia Industrial

(4) ☐ Alimentos

13. Há quanto tempo você se formou?

(1) ☐ há menos de 1 ano

(2) ☐ entre 1 e 3 anos

(3) ☐ entre 4 e 6 anos

(4) ☐ entre 7 e 9 anos

(5) ☐ entre 10 e 12

(6) ☐ há mais de 12 anos

14. Você cursou ou está cursando algum curso de pós-graduação relacionado com a sua atuação profissional?

(1) ☐ não

(2) ☐ sim, Especialização

(3) ☐ sim , Mestrado

(4) ☐ sim, Doutorado

(5) ☐ sim, Pós-doutorado

15. Se sim, em qual(uais) área(s)?

(1) ☐ Análises Clínicas

(2) ☐ Ciências Farmacêuticas

(3) ☐ Cosmetologia

(4) ☐ Farmácia Hospitalar

(5) ☐ Farmácia Magistral

(6) ☐ Fármaco e Medicamentos

(7) ☐ Farmacologia

(8) ☐ Fitoterapia

(9) ☐ Homeopatia

(10) ☐ Saúde Pública

(11) ☐ Toxicologia

(12) ☐ Outra(s) : _____

A4

16. Você procura se atualizar profissionalmente?

- (1) ☐ não
- (2) ☐ sim, com palestras com duração de até 4 horas
- (3) ☐ sim, com cursos com carga horária de até 30 horas
- (4) ☐ sim, com cursos com carga horária entre 30 e 80 horas
- (5) ☐ sim, com cursos com carga horária superior à 80 horas
- (6) ☐ sim, participando de Congressos
- (7) ☐ sim, participando de grupos de estudo
- (8) ☐ sim, participando de grupos de discussão na Internet
- (9) ☐ sim, comprando livros
- (10) ☐ sim, assinando revistas especializadas
- (11) ☐ sim, utilizando a Internet
- (12) ☐ outro(s): _____

17. Atualmente, qual é sua maior necessidade de capacitação profissional?

- (1) ☐ gerência/administração de empresas
- (2) ☐ farmacologia clínica e terapêutica
- (3) ☐ fisiopatologia
- (4) ☐ relação com o usuário
- (5) ☐ outros. Quais? _____

E. ATUAÇÃO PROFISSIONAL

18. Há quanto tempo você atua, como farmacêutico, em farmácia?

- (1) ☐ há menos de 1 ano
- (2) ☐ entre 1 e 2 anos
- (3) ☐ entre 3 e 5 anos
- (4) ☐ entre 6 e 10 anos
- (5) ☐ há mais de 10 anos

19. Você atua como:

- (1) ☐ Responsável técnico
- (2) ☐ Co-responsável
- (3) ☐ outro

20. Qual é sua situação de vínculo de trabalho?

- (1) ☐ Empregado
- (2) ☐ Proprietário
- (3) ☐ co-proprietário

21. Sua carga horária semanal na farmácia é de :

- (1) ☐ 20 horas (3) ☐ 40 horas
(2) ☐ 21 a 39 horas (4) ☐ acima de 40 horas

22. Não considerando comissões, em qual categoria seu salário base ou pró-labore se encontra? (OPCIONAL)

- (1) ☐ inferior a R\$1150,00
(2) ☐ R\$1150,00
(3) ☐ entre R\$1150,00 e R\$1500,00
(4) ☐ entre R\$1500,00 e R\$2300,00
(5) ☐ acima de R\$2300,00

23. Você recebe comissões?

(OPCIONAL)

- (1) ☐ não
(2) ☐ sim, somente por correlatos
(3) ☐ sim, somente por medicamentos
(4) ☐ sim, por medicamentos e correlatos

24. Quais atividades fazem parte do seu trabalho?

- (1) ☐ Comprar medicamentos e outros produtos
(2) ☐ Controlar estoque
(3) ☐ Controlar prazos de vencimento de produtos
(4) ☐ Fazer o inventário periódico da farmácia
(5) ☐ Organizar e guardar medicamentos e produtos nas prateleiras
(6) ☐ Controlar os medicamentos sujeitos a controle especial
(7) ☐ Verificar pressão arterial
(8) ☐ Realizar pequenos curativos
(9) ☐ Administrar medicamentos injetáveis
(10) ☐ Administrar inalações
(11) ☐ Capacitar auxiliares para o trabalho
(12) ☐ Dispensar medicamentos prescritos
(13) ☐ Orientar usuários quando solicitam um medicamento para automedicação
(14) ☐ Desenvolver atividades de educação/promoção em saúde para os usuários.

Exemplos: _____

- (15) ☐ Notificar as autoridade sanitárias quando há suspeita de RAM, desvios de qualidade ou irregularidades dos medicamentos
(16) ☐ Orientar usuários sobre uso correto de medicamentos

- (17) ☐ Orientar usuários sobre temas como tabagismo, hábitos alimentares, atividade física, alcoolismo, etc
- (18) ☐ Prestar atendimento domiciliar
- (19) ☐ Acompanhar o tratamento farmacoterapêutico de usuários
- (20) ☐ Outras. Quais? _____

25. Num dia normal de trabalho, qual atividade gasta maior parte do seu tempo?

- (1) ☐ gerenciamento do estabelecimento
- (2) ☐ controle de medicamentos sujeitos a controle especial
- (3) ☐ atendimento aos usuários
- (4) ☐ outras _____

Aos que realizam acompanhamento farmacoterapêutico

Quem não realiza: seguir para 31.

26. Normalmente, como você realiza o acompanhamento farmacoterapêutico dos usuários?

- (1) ☐ questionando o usuário quando ele retorna à farmácia
- (2) ☐ telefonando após certo período
- (3) ☐ utilizando uma metodologia de seguimento. Qual? _____
- (4) ☐ outra maneira. Qual? _____

27. Há fichas com dados sobre enfermidades, tratamentos, história de medicação, dados médicos, hábitos alimentares, etc, dos usuários que são acompanhados?

- (1) ☐ sim (2) ☐ não

Se possível, qual o conteúdo das fichas? _____

28. Durante o acompanhamento, você já detectou problemas com a medicação?

- (1) ☐ sim (2) ☐ não

Se sim, cite exemplos (quais tipos de problemas) _____

Aos que detectaram problemas com a medicação de usuários.

Quem não detectou: seguir para 31.

29. Durante o acompanhamento, você registra/documenta os problemas com a medicação encontrados, as suas intervenções (ações tomadas por você), os resultados de todo processo?

(1) ☐ sim

(2) ☐ não

30. Quando você detecta algum problema com a medicação, comunica os prescritores para solucionar o mesmo?

(1) ☐ sim

(2) ☐ não

Se sim, cite exemplos _____

Se não, por quê? _____

31. Você considera necessário, na sua prática, atuar mais intensamente junto ao usuário?

(1) ☐ sim

(2) ☐ não

32. Se sim, de que forma você faria isso?

33. Se sim, quais dificuldades você julga ter para alcançar isso?

34. Qual o seu grau de satisfação em relação a seu trabalho?

- | | | | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1. totalmente insatisfeito | 2. insatisfeito | 3. regular | 4. satisfeito | 5. muito satisfeito |
| (1) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (5) <input type="checkbox"/> |

35. O que você entende por atenção farmacêutica?

Sinta-se à vontade para fazer qualquer comentário sobre o seu trabalho na farmácia:

ANEXO 2

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
Departamento de Prática de Saúde Pública – Serviços de Saúde Pública
Projeto de Pesquisa para Mestrado em Saúde Pública
A prática profissional em farmácias e drogarias de Jundiaí, SP: em
busca da atenção farmacêutica

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____,
concordo em participar, em caráter voluntário, da pesquisa **A prática profissional em farmácias e drogarias de Jundiaí/SP: em busca da atenção farmacêutica**, de autoria da pesquisadora Simone Sena Farina, sob orientação da Professora Doutora Nicolina Silvana Romano-Lieber, desenvolvida no Departamento de Prática de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, com propósito de fornecer à pesquisadora o título de Mestre em Saúde Pública.

Estou ciente de que (a) minha participação é livre e não obrigatória, podendo me negar a responder qualquer pergunta ou desistir de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo, (b) minha participação implica em responder a um questionário, que será aplicado pela pesquisadora, (c) as informações prestadas serão utilizadas exclusivamente para fins acadêmicos, (d) o anonimato será garantido e (e) a pesquisadora se compromete com o retorno dos resultados após o fim da pesquisa.

Firmo o presente.

Jundiaí, ____ de _____ de 2004.

Para qualquer informação adicional, entrar em contato com a pesquisadora pelos telefones: (11) 4521-3849 ou 9808-9132.

