UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
Programa de Pós-Graduação em Fármaco e Medicamentos
Área de Produção e Controle Farmacêuticos

**Perfil e atuação dos farmacêuticos comunitários do município de São Paulo na
vigência da Resolução 44/2009 da ANVISA**

Vera Lúcia Pivello

**Dissertação para obtenção do grau de
MESTRE**

Orientadora:

Profª Drª Eunice Kazue Kano

São Paulo
2014

Ficha Catalográfica
Elaborada pela Divisão de Biblioteca e
Documentação do Conjunto das Químicas da USP

Pivello, Vera Lúcia
P693p Perfil e atuação dos farmacêuticos comunitários do município
de São Paulo na vigência da Resolução 44/2009 da ANVISA /
Vera Lúcia Pivello. -- São Paulo, 2014.
114p.

Dissertação (mestrado) - Faculdade de Ciências Farmacêuticas
da Universidade de São Paulo. Departamento de Farmácia.
Orientador : Kano, Eunice Kazue

1. Atenção farmacêutica 2. Serviços farmacêuticos I. T. II.
Kano, Eunice Kazue, orientador.

615.18h CDD

Vera Lúcia Pivello

**Perfil e atuação dos farmacêuticos comunitários do município de São Paulo na
vigência da Resolução 44/2009 da ANVISA**

Versão corrigida

**Comissão Julgadora
da
Dissertação para obtenção do grau de Mestre**

**Profª Drª Eunice Kazue Kano
orientadora / presidente**

1º examinador

2º examinador

3º examinador

4º examinador

São Paulo, _____ de _____ 2014.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus.

Aos meus pais Walter (in memorian) e Gemila. Tão queridos pais.

À Profª Drª. Sílvia Storpirtis, pelo apoio e generosidade.

À minha orientadora Profª Drª Eunice Kazue Kano, pela dedicação, paciência e cordialidade, durante todo o processo de elaboração deste trabalho. A ela dedico o resultado do nosso esforço.

À Profª Drª Chang Chiann do Instituto de Matemática e Estatística (IME), e ao acadêmico Henrique Pizarro, também do IME, pela valiosa orientação na elaboração da parte estatística.

Aos professores, que dividiram conosco seus saberes e sua experiência; essa convivência foi extremamente prazerosa.

Ao David, Beth, Irineu e Míriam, pela paciência e auxílio nas questões relacionadas à Secretaria – imensamente obrigada!

Aos colegas da pós-graduação, que por seu pelo companheirismo, tornaram esse período de dedicação um pouco mais leve.

Ao Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo (CRF-SP), pela disponibilização da relação de farmácias e drogarias e pelo envio do questionário para os farmacêuticos por mensagem eletrônica, na fase final da coleta de dados.

Agradeço especialmente a todos os farmacêuticos que responderam à nossa pesquisa e permitiram, por meio de suas informações, que pudéssemos reunir os dados que obtivemos.

*Todos nós sabemos alguma coisa; todos nós ignoramos
alguma coisa – por isso, aprendemos sempre.*
(Paulo Freire)

*Nós somos aquilo que fazemos repetidamente.
Excelência, então, não é um modo de agir - é um hábito.*
(Aristóteles)

RESUMO

PIVELLO, V. L. **Perfil e atuação dos farmacêuticos comunitários do município de São Paulo na vigência da Resolução 44/2009 da ANVISA.** 2014. 114 p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

Após décadas de afastamento, o farmacêutico busca retornar ao seu local primeiro de atuação, a farmácia. Esse retorno apresenta-se como tendência em muitos países, e também no Brasil. Entidades governamentais e profissionais esforçam-se para revalorizar a atuação do farmacêutico junto às atividades assistenciais, e uma contribuição significativa ocorreu com a publicação, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), da Resolução de Diretoria Colegiada - RDC 44, em 17/08/2009. A Resolução estabelece critérios e condições mínimas para o cumprimento das Boas Práticas Farmacêuticas, e dá respaldo a vários Serviços Farmacêuticos no ambiente das farmácias e drogarias. Diante da tendência de retorno do farmacêutico à assistência, do crescimento dos cursos de Farmácia no país e do grande número de recém-formados que ingressam no segmento de farmácias e drogarias a cada ano, justifica-se verificar com se desenvolve o trabalho desses profissionais. O objetivo do presente trabalho consistiu em avaliar o perfil e a atuação dos farmacêuticos na vigência da Resolução 44/2009, em farmácias e drogarias do município de São Paulo. O estudo descritivo transversal desenvolveu-se junto às farmácias e drogarias do município de São Paulo, com aplicação de questionário ao farmacêutico. Abordou características gerais desse profissional e do estabelecimento, conhecimento do mesmo sobre a Resolução 44/2009, atividades assistenciais, relacionamento com os componentes da equipe de trabalho, aspectos de documentação, e a visão do farmacêutico, tanto de sua atividade como de si mesmo. As respostas foram testadas estatisticamente, e procurou-se verificar se a Resolução 44/2009 tem provocado mudanças em sua atuação, em relação aos Serviços Farmacêuticos (SF). Buscou-se identificar os principais fatores que se apresentam como obstáculos para o retorno do farmacêutico ao seu papel de agente de saúde. Os resultados indicaram que os farmacêuticos das farmácias e drogarias do município de São Paulo são jovens, formaram-se principalmente em instituições privadas, estão familiarizados com o termo “atenção farmacêutica”, mas nem todos conhecem as condutas que esta prática envolve. Foram observados aspectos positivos, como a percepção dos profissionais de que a Resolução 44/2009 valorizou seu trabalho e que tem havido reconhecimento crescente de sua atuação. Existe inclinação para a prática assistencial, mas os farmacêuticos não desenvolvem plenamente os SF da Resolução 44/2009. Há, no entanto, muitas barreiras para a efetivação da atenção farmacêutica e demais serviços, o que dificulta a inserção do farmacêutico nas práticas assistenciais. Dentre as mais citadas estão a falta de tempo para tais práticas, formação deficiente ou inadequada, falta de autonomia e autoridade dos farmacêuticos, e a resistência dos empresários em considerar os serviços farmacêuticos como um diferencial de atendimento e possibilidade de ganhos financeiros..

Palavras-chave: Serviços farmacêuticos; atenção farmacêutica; farmácias e drogarias; Resolução RDC 44/2009.

ABSTRACT

PIVELLO, V. L. **Profile and role of community pharmacists in São Paulo facing the ANVISA Regulation 44/2009**, 2014. 114 p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

After decades of absence the pharmacist seeks to return to his first workplace, the pharmacy. This return is shown as a trend in many countries, and also in Brazil. Government and professional entities strive to revalue the pharmacist's care activities, and in Brazil, a valuable contribution in this direction came with the publication of Collegiate Board Regulation RDC 44, in August 2009, by the National Agency of Sanitary Surveillance (ANVISA). This regulation establishes minimum conditions for Good Pharmaceutical Practices and gives legal backing to several pharmaceutical services in pharmacies. The trend of return to pharmaceutical care, the growth of Pharmacy courses in our country and the large number of new professionals who enter the pharmacy segment every year justify checking how this professional activity develops. The purpose of this study was to evaluate the profile and acting of pharmacists in the presence of Regulation 44/2009, in pharmacies of São Paulo. Data were collected through cross-sectional study with a questionnaire to pharmacists, including general characteristics of pharmacists and pharmacies, checking about the knowledge of Regulation 44/2009 and assistencial activities, documentation aspects (in the context of this Regulation), relationship with other components of the working team, and the vision of the community pharmacist, of himself and of his work. The answers were tested statistically, to check if Regulation 44/2009 has changed the performance of the pharmacists in relation to services listed therein, and which has been the main obstacles to its application. We attempted to identify the most relevant factors that stand out as obstacles to pharmacists on returning to their role as a health agent. The results showed that pharmacists in São Paulo are young, formed mainly in private institutions, are familiar with the term "pharmaceutical care", but not all knew about the practices involved. Positive aspects were observed, such as the Regulation 44/2009 valued pharmacist's job, and there was an increasing recognition of him by the population. There is a tendency to care practice, but pharmacists do not develop, in a regular way, the SF of Regulation 44/2009. Several barriers were identified, however, for the effectiveness of pharmaceutical care and other services: the most cited were lack of appropriate working environment, poor training of pharmacists, lack of autonomy and authority for them, and the vision of businessmen, who show resistance in considering the pharmaceutical services as a differential in attendance.

Key words: Pharmaceutical services, pharmaceutical care; community pharmacy; Regulation 44/2009 ANVISA.

LISTA DE FIGURAS

Página

Figura 5.1 – Percentuais obtidos para o número de farmácias por região da cidade, segundo os farmacêuticos que responderam ao questionário para avaliar seu perfil de atuação na vigência da Resolução 44/2009, no município de São Paulo (n total = 439 respostas).	56
Figura 5.2 – Percentuais de farmacêuticos que responderam ao questionário para avaliar seu perfil de atuação na vigência da Resolução 44/2009, no município de São Paulo, sobre sentirem-se profissionais de saúde no exercício de suas funções (n = 414).	70
Figura 5.3 - Percentuais de farmacêuticos que responderam ao questionário para avaliar seu perfil de atuação na vigência da Resolução 44/2009 no município de São Paulo, sobre o reconhecimento que percebem por parte da população (n = 414).	71
Figura 5.4 – Percentuais de farmacêuticos que responderam ao questionário para avaliar seu perfil de atuação na vigência da Resolução 44/2009, no município de São Paulo, sobre a confiança demonstrada pelas pessoas atendidas em relação às orientações fornecidas (n = 414).	72
Figura 5.5 - Percentuais de farmacêuticos que responderam ao questionário para avaliar seu perfil de atuação na vigência da Resolução 44/2009, no município de São Paulo, sobre os SF prestados nas farmácias e drogarias (n = 407).	81

LISTA DE QUADROS

Página

Quadro 3.1 – Programas de residência farmacêutica voltados às práticas assistenciais, nos Estados Unidos.	34
Quadro 3.2 – Serviços farmacêuticos componentes do <i>New Community Pharmacy Contract</i> , para farmácias britânicas.	36
Quadro 3.3 - Dados sobre farmácias e provisão de serviços farmacêuticos na Alemanha, para o ano de 2012.	44

LISTA DE TABELAS	Página
Tabela 3.1 - Número de publicações pesquisadas na base de dados PubMed/Medline em 31/12/2007 e 29/06/2014, com o mesmo critério de busca: cruzamento das palavras-chave “Pharmaceutical Care” e o país de interesse. Na coluna à direita, tem-se o número de vezes que as publicações aumentaram, entre as duas datas.	30
Tabela 3.2 - Dados sobre os farmacêuticos norte-americanos, ano de 2012.	32
Tabela 3.3 – Dados sobre farmácias e farmacêuticos na Grã-Bretanha, ano de 2013.	35
Tabela 3.4 – Percentual de farmacêuticos para cada tipo de serviço desenvolvido nas farmácias canadenses (província de Quebec).	40
Tabela 3.5 – Dados sobre farmácias e farmacêuticos na Alemanha, ano de 2012.	43
Tabela 3.6 – Número de cursos de Farmácia no Brasil, no Estado de São Paulo e no município de São Paulo nos anos de 1996, 2009 e 2014.	51
Tabela 5.1 – Características gerais dos farmacêuticos que responderam ao questionário para avaliar o perfil de atuação dos farmacêuticos na vigência da Resolução 44/2009 no município de São Paulo.	58
Tabela 5.2 – Dados sobre a formação dos farmacêuticos que atuam em farmácias e drogarias e que responderam ao questionário para avaliar seu perfil de atuação na vigência da Resolução 44/2009, no município de São Paulo.	58
Tabela 5.3 – Relação entre o tipo de instituição cursada (pública ou privada) frente a outras características dos farmacêuticos avaliadas.	59/60
Tabela 5.4 – Relação entre o tempo de formados diante de outras características dos farmacêuticos avaliadas.	61
Tabela 5.5 – Relação entre o tempo de atuação diante de outras características gerais dos farmacêuticos avaliadas.	62/63
Tabela 5.6 – Características dos estabelecimentos farmacêuticos do município de São Paulo.	64
Tabela 5.7 – Relação entre o tipo de estabelecimento (pertencente a rede ou independente) diante de outras características avaliadas.	66/67
Tabela 5.8 – Conhecimento dos farmacêuticos que responderam ao questionário para avaliar seu perfil de atuação na vigência da Resolução 44/2009 sobre conceitos e sobre a própria Resolução, no município de São Paulo.	68
Tabela 5.9 – Conhecimento dos conceitos AF e Assistência Farmacêutica, e BPF da Resolução 44/2009, para as diferentes regiões da cidade.	69
Tabela 5.10 – Relação entre o conhecimento dos conceitos AF e Assistência Farmacêutica frente ao conhecimento das BPF da Resolução 44/2009.	70
Tabela 5.11 – Relação entre o tempo de atuação em farmácias e drogarias e a	73

visão do farmacêutico (de si mesmo e de seu trabalho).

Tabela 5.12 – Relação entre sentir-se profissional da saúde diante de outros aspectos voltados à visão do farmacêutico, de si mesmo e de seu trabalho. 74

Tabela 5.13 - Inclinação dos farmacêuticos que responderam ao questionário para avaliar seu perfil de atuação na vigência da Resolução 44/2009, no município de São Paulo, para as atividades assistenciais. 75/76

Tabela 5.14 – Relação entre o tempo de atuação como farmacêutico diante de outros aspectos voltados para as atividades assistenciais. 78

Tabela 5.15 – Relação entre o sentir-se um profissional da saúde, diante de outras situações relacionadas às atividades assistenciais. 79

Tabela 5.16 – Entraves para o atendimento no contexto da AF, de acordo com os farmacêuticos que responderam ao questionário para avaliar seu perfil de atuação na vigência da Resolução 44/2009, no município de São Paulo. 82

Tabela 5.17 – Relacionamento do farmacêutico com a equipe de trabalho, de acordo com os farmacêuticos que responderam ao questionário para avaliar seu perfil de atuação na vigência da Resolução 44/2009, no município de São Paulo. 84

Tabela 5.18 – Relação entre dificuldade do farmacêutico no relacionamento com a equipe de trabalho e o fato de ser solicitado para fornecer orientações ao usuário. 84

Tabela 5.19 – Dados sobre DSF, MBP e POPs, de acordo com os farmacêuticos que responderam ao questionário para avaliar seu perfil de atuação na vigência da Resolução 44/2009, no município de São Paulo. 86

Tabela 5.20 - Relação entre os modelos da DSF fornecida após a prestação do Serviço, e a opinião dos usuários sobre a mesma. 87

Tabela 5.21 – Respostas dos farmacêuticos para a pergunta aberta “Que sugestões você daria para que a prática da AF nas farmácias possa tornar-se realidade”, de acordo com os farmacêuticos que responderam ao questionário para avaliar seu perfil de atuação na vigência da Resolução 44/2009, no município de São Paulo (n = 234). 88

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABDA	União Federal Alemã de Associações de Farmacêuticos
AF	Atenção Farmacêutica
AFT	Acompanhamento Farmacoterapêutico
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AHPRA	Australian Health Practitioner Regulation Agency
BPF	Boas Práticas Farmacêuticas
CFF	Conselho Federal de Farmácia
CI	Intervenção Clínica
CRF-SP	Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo
CNS	Conselho Nacional de Saúde
5CPA	Fifth Community Pharmacy Agreement
DSF	Declaração de Serviço Farmacêutico
DMT2	Diabetes Melito Tipo 2
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
HbA1c	Hemoglobina Glicada
IP	Internet Protocol (identificação do computador)
MBP	Manual de Boas Práticas
MIP	Medicamento Isento de Prescrição
MS	Ministério da Saúde
MPharm	Master of Pharmacy
MTM	Medication Therapy Management
NHS	National Health Services
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PA	Pressão Arterial
PBS	Pharmaceutical Benefits Scheme

PharmD	Doctor of Pharmacy
POP	Procedimento Operacional Padrão
PPI	Pharmacy Practice Incentives and Accreditation Program
PRM	Problema Relacionado ao Medicamento
RAM	Reação Adversa a Medicamento
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
RT	Responsável Técnico
SF	Serviço Farmacêutico
SFT	Seguimento Farmacoterapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO	Página
1 INTRODUÇÃO.....	23
1.1 JUSTIFICATIVA	26
2 OBJETIVO.....	27
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	27
3.1 RESOLUÇÃO 44/2009: REGULAMENTAÇÃO DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NAS FARMÁCIAS E DROGARIAS.....	28
3.2 ASPECTOS DA PROFISSÃO FARMACÊUTICA NO CONTEXTO INTERNACIONAL.....	30
3.2.1 Estados Unidos.....	31
3.2.2 Reino Unido.....	35
3.2.3 Canadá.....	38
3.2.4 Austrália.....	41
3.2.5 Alemanha.....	43
3.3 ASPECTOS ATUAIS DA PROFISSÃO FARMACÊUTICA NO BRASIL, NO ÂMBITO DA ASSISTÊNCIA.....	45
3.3.1 Seguimento farmacêutico a idosos.....	45
3.3.2 Seguimento farmacoterápico para condições crônicas.....	47
3.3.3 Intervenção farmacêutica para educação sexual e contracepção.....	48
3.4 O ENSINO E A EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE CURSOS DE FARMÁCIA NO BRASIL.....	50
3.4.1 A formação dos novos profissionais.....	50
3.4.2 Cursos de Farmácia no Brasil e em São Paulo.....	51
4 MATERIAIS E MÉTODOS	52
4.1 ASPECTOS ÉTICOS	52
4.2 CASUÍSTICA.....	53

4.2.1 População do estudo	53
4.2.2 Critérios de inclusão	53
4.2.3 Critérios de exclusão	54
4.2.4 Aplicação do questionário.....	54
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	55
5.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS FARMACÊUTICOS QUE ATUAM NAS FARMÁCIAS E DROGARIAS DA CIDADE DE SÃO PAULO.....	56
5.1.1 Associação entre o tipo de instituição cursada (pública ou privada) e outras características dos farmacêuticos avaliadas.....	59
5.1.2 Relação entre o tempo de formados diante de outras características dos farmacêuticos avaliadas.....	60
5.1.3 Relação entre o tempo de atuação e outras características dos farmacêuticos avaliadas.....	61
5.2 CARACTERÍSTICAS DOS ESTABELECIMENTOS FARMACÊUTICOS DA CIDADE DE SÃO PAULO.....	63
5.2.1 Relação entre o tipo de estabelecimento (pertencente a rede ou independente) diante de outras características avaliadas.....	65
5.3 CONHECIMENTO DOS FARMACÊUTICOS SOBRE OS CONCEITOS ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E AF E SOBRE AS BPF DA RESOLUÇÃO 44/2009..	67
5.3.1 Conhecimento dos conceitos AF e Assistência Farmacêutica e BPF da Resolução 44/2009 para as diferentes regiões da cidade.....	69
5.3.2 Relação entre o conhecimento dos conceitos AF e Assistência Farmacêutica frente ao conhecimento das BPF da Resolução 44/2009.....	69
5.4 O FARMACÊUTICO NA VISÃO DE SI MESMO E DE SEU TRABALHO.....	70
5.4.1 Relação entre o tempo de atuação em farmácias e drogarias e a visão do farmacêutico (de si mesmo e de seu trabalho).....	73
5.4.2 Relação entre sentir-se profissional da saúde diante de outros aspectos relacionados à visão do farmacêutico, de si mesmo e seu trabalho.....	74
5.5 INCLINAÇÃO DO FARMACÊUTICO PARA AS ATIVIDADES ASSISTENCIAIS.....	74
5.5.1 Relação entre o tempo de atuação como farmacêutico diante de outros aspectos voltados para as atividades assistenciais.....	77
5.5.2 Relação entre sentir-se um profissional da saúde diante de outras situações relacionadas às atividades assistenciais.....	78

5.6 PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NAS FARMÁCIAS E DROGARIAS.....	79
5.7 RELACIONAMENTO DO FARMACÊUTICO COM A EQUIPE DE TRABALHO.....	83
5.7.1 Relação entre dificuldade do farmacêutico no relacionamento com a equipe de trabalho e o fato de ser solicitado para fornecer orientações ao usuário.....	84
5.8 DOCUMENTOS INTRODUZIDOS PELA RESOLUÇÃO 44/2009 PARA O ESTABELECIMENTO FARMACÊUTICO.....	85
5.8.1 Relação entre os modelos da Declaração de Serviço Farmacêutico (DSF) e a opinião dos usuários sobre a mesma.....	87
5.9 SUGESTÕES DOS FARMACÊUTICOS PARA QUE A AF POSSA TORNAR-SE REALIDADE NAS FARMÁCIAS E DROGARIAS.....	87
6 CONCLUSÕES.....	92
REFERÊNCIAS.....	94
APÊNDICE A.....	105
APÊNDICE B.....	111
ANEXO A.....	114

1 INTRODUÇÃO

A profissão farmacêutica tem passado por muitas e radicais transformações ao longo do século XX: a presença do boticário, responsável pelas formulações e orientação de seus pacientes na farmácia foi-se retraindo, e mudanças profundas foram desencadeadas pelo desenvolvimento e mecanização da indústria farmacêutica, com a descoberta de novos fármacos e a produção de medicamentos em larga escala. Essa transformação de cenário levou à quase obsolescência os laboratórios magistrais das farmácias, até então atividade primária do farmacêutico, definida pela sociedade e pelo âmbito profissional (PEREIRA; FREITAS, 2008).

No Brasil, a publicação da Lei 5.991/73 (ainda em vigor), que dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos e correlatos (BRASIL, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1973), pelo seu caráter mercantilista, contribuiu ainda mais para descaracterizar o farmacêutico de seu papel assistencial. O estabelecimento farmacêutico voltou-se para o lucro, e o farmacêutico perdeu autonomia (VIEIRA, 2007). Nesse contexto, distanciou-se de seu papel de agente de saúde, havendo uma migração de profissionais para campos como análises clínicas, bromatológicas e toxicológicas (ANGONESI; SEVALHO, 2010).

O distanciamento do farmacêutico da atividade assistencial¹ não ocorreu somente no Brasil, mas também em países que iniciaram a agressiva industrialização de medicamentos, como os Estados Unidos: a insatisfação que tal situação causava aos profissionais deste país levou, na década de 60, um grupo de professores e estudantes de Farmácia da Universidade de São Francisco, na Califórnia, a uma reflexão, buscando o retorno do farmacêutico ao contato com o paciente e a equipe de saúde. Esse movimento foi denominado pelo grupo de “Farmácia Clínica” (Menezes, 2000, apud PEREIRA; FREITAS, 2008). Em 1998, um grupo de professores da Universidade de Minnesota (Estados Unidos), destacando-se Linda Strand, Robert Cipolle e Peter Morley, propôs “estabelecer uma relação direta com o paciente, visando atender suas necessidades associadas à farmacoterapia” projeto que foi chamado Pharmaceutical Care, e traduzido no Brasil

A atividade assistencial¹ para o farmacêutico se traduz na atenção à saúde e resultados terapêuticos efetivamente obtidos, fundamentada no processo de cuidado. Tem como foco principal o usuário, e não o medicamento: este deve estar disponível no momento certo, em ótimas condições, e deve ser fornecido juntamente com informações que possibilitem sua correta utilização (CORRER; OTUKI; SOLER, 2011).

como Atenção Farmacêutica. Os resultados positivos dessa experiência foram relatados no livro *Pharmaceutical Care Practice: the clinicians guide* (SÃO PAULO, CRF-SP; OPAS, 2010).

No mesmo ano, realizou-se o Primeiro Consenso de Granada, no qual um grupo de farmacêuticos reuniu-se na Universidade de Granada (Espanha) para estabelecer critérios de interpretação dos Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM). No Segundo Consenso de Granada, em 2002, os PRM foram definidos, como “falhas da farmacoterapia, produzidas por diversas causas, que fazem com que não se alcancem os objetivos terapêuticos, ou se produzam efeitos não desejados” (SANTOS et al., 2004).

Porta e Storpirtis (2007) explicam que a Farmácia Clínica desenvolveu-se com a finalidade de reduzir a ocorrência dos PRM, por meio do acompanhamento de pacientes. Segundo as autoras, diversas definições foram elaboradas com o objetivo de caracterizar o conceito de Farmácia Clínica. Na visão atual, conforme o *American College of Clinical Pharmacy* (ACCP, 2005), “a Farmácia Clínica traz de volta a atenção do farmacêutico para o paciente”. Segundo o ACCP, há uma forte correlação entre Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica (AF). A proximidade entre os dois conceitos também é lembrada por Witzel (2007, citando IÑESTA, 2000): a autora coloca que a AF é uma consequência do desenvolvimento da Farmácia Clínica, uma vez que tem nela sua origem.

O conceito da AF surgiu no momento da redefinição do papel do farmacêutico junto aos serviços de saúde, e se tornou clássico com Hepler e Strand (1990): “Atenção Farmacêutica é a provisão responsável do tratamento farmacológico com o objetivo de alcançar resultados satisfatórios na saúde, melhorando a qualidade de vida do paciente” (HEPLER; STRAND, 1990).

No Brasil, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) contextualizaram a AF como a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados voltados para a melhoria da qualidade de vida (CRF-SP; OPAS, 2010). Tal definição foi adotada no Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, em Brasília, em 2002 (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE,... 2002). Na conceituação atual, devem ser elaborados protocolos para as atividades relacionadas à AF, e as ações devem ser documentadas de forma

sistemática e contínua, com o consentimento expresso do usuário (BRASIL, AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, ANVISA, 2009).

O termo Assistência Farmacêutica, presente há mais tempo nas publicações acadêmicas e determinações legais, é explicado em dois momentos da política de saúde nacional: na Portaria 3.916 MS de 1998, que aprova a Política Nacional de Medicamentos, e na Resolução 338 de 2004, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Ambas buscaram contextualizar a Assistência Farmacêutica dentro do momento histórico no qual se apresentaram. A evolução do conceito fica evidente, pois na definição da Portaria 3.916, a Assistência Farmacêutica tem como finalidade o medicamento, e não propriamente a assistência ao paciente. Já na Resolução 338, o medicamento aparece como insumo essencial, e não como finalidade. A Resolução 338 também se refere à melhoria da qualidade de vida da população, o que faz pressupor que o usuário ou paciente é o foco, e não o medicamento em si (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998; BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Para ambas as legislações, no entanto, a Assistência Farmacêutica engloba ações que envolvem vários profissionais, não sendo uma atribuição exclusiva do farmacêutico (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998; BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O processo de evolução das práticas farmacêuticas se dá em diferentes velocidades nos diferentes países, dependendo da estrutura organizacional dos sistemas de saúde, da regulação do mercado de medicamentos e dos modelos para o pagamento dos profissionais, em cada um deles (CORRER¹ C. J. et al., 2009). Em uma visão atual, proposta pela OMS e pela Federação Internacional de Farmacêuticos (FIP), as boas práticas farmacêuticas “respondem à necessidade das pessoas que se utilizam dos serviços dos farmacêuticos, que devem fornecer o melhor cuidado, baseado em evidências” (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE FARMACÊUTICOS..., FIP/WHO, 2011).

Os serviços farmacêuticos de atenção primária² contribuem para a redução da internação, para a assistência aos portadores de doenças crônicas, para a prática de educação em saúde, e para uma intervenção terapêutica custo-efetiva (VIEIRA, 2007).

Atenção Primária²: dedica-se à prevenção de doenças e aos problemas de saúde mais frequentes (simples ou complexos), que se apresentam, sobretudo, em fases iniciais (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

1.1 JUSTIFICATIVA

A discussão sobre a efetivação das práticas assistenciais, dentre elas a AF, nas farmácias comunitárias³, tem se tornado cada vez mais presente no meio acadêmico, entidades representativas da profissão e no meio empresarial. Muitos países estão introduzindo políticas públicas para ampliar as atribuições do farmacêutico que atua nesse segmento, buscando enfrentar os desafios que afetam diretamente suas políticas de saúde; dentre esses desafios, destacam-se o envelhecimento da população e a consequente necessidade de acompanhamento de condições crônicas (MOSSIALOS; NACI; COURTIN, 2013).

A reorientação do papel do farmacêutico ocorre também no Brasil: medicalização crescente, aumento de reações adversas, risco de morbimortalidade pela utilização incorreta de medicamentos, não adesão ao tratamento, elevação dos custos para os sistemas de saúde: tais fatores trouxeram preocupação em relação à forma de aceitação dos medicamentos pela sociedade, e mostraram a necessidade de que o farmacêutico assuma seu papel junto ao paciente/usuário, para que este não tenha sua qualidade de vida comprometida por um problema evitável, decorrente da utilização de medicamentos. Sendo o farmacêutico um profissional de fácil acesso para a população, sua atuação em defesa do uso racional de medicamentos tem sido debatida com relação à contribuição que pode oferecer para a saúde (VIEIRA, 2007).

As farmácias hoje não se destinam apenas a fornecer medicamentos, ainda que seja essa a sua atribuição principal (CORRER; OTUKI, 2013): são consideradas locais adequados e acessíveis para o fornecimento de cuidados em atenção primária e orientação aos usuários e pacientes. Por meio das atividades nelas desenvolvidas, os farmacêuticos podem tornar-se uma ligação entre comunidade, atendimento médico e outros recursos em saúde, com potencial para contribuir significativamente como parte da equipe voltada à atenção primária (DOBSON et al., 2009).

Farmácias comunitárias³ - estabelecimentos farmacêuticos não hospitalares e não ambulatoriais, que atende a uma comunidade. No Brasil são, em sua maioria, privadas, mas existem também farmácias públicas, vinculadas à rede nacional de farmácias populares ou às esferas públicas estaduais ou municipais (CORRER; OTUKI, 2013).

Tem-se também que o número de cursos de Farmácia cresceu de forma expressiva no país, com aumento de mais de 460% entre 1996 e 2014 (BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, e-MEC, 2014).

Diante dos problemas decorrentes do uso inadequado dos medicamentos, das recentes medidas legais de apoio às atividades assistenciais do farmacêutico nas farmácias, e do aumento do número de cursos de Farmácia, buscou-se estudar o perfil do farmacêutico nesse cenário de atuação, na vigência da Resolução 44/2009, a primeira resolução da ANVISA que respaldou tais atividades na farmácia e drogaria. Em relação à denominação, as farmácias comunitárias serão tratadas, neste trabalho, como “farmácias e drogarias” ou somente “farmácias”, adequando a denominação à legislação vigente.

2 OBJETIVO

O objetivo do presente trabalho foi obter o perfil e avaliar a atuação dos farmacêuticos na vigência da Resolução 44/2009, em farmácias e drogarias do município de São Paulo.

3 REVISÃO DA LITERATURA

No Brasil, dentre as iniciativas legais para a reaproximação do farmacêutico junto às atividades assistenciais, destacam-se a Política Nacional de Medicamentos, pela Portaria MS 3.916 de 1998, que estabelece a reorientação da assistência farmacêutica (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998); a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, pela Lei 9.782, de 1999 (BRASIL, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1999); a introdução dos medicamentos genéricos no país, pela Lei 9.787 de 1999 (BRASIL, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1999); a regulamentação das boas práticas farmacêuticas em farmácias e drogarias, pela Resolução 357 de 2001 (BRASIL, CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA - CFF, 2001); a prestação de Serviços Farmacêuticos em farmácias e drogarias, pela Resolução 499 de 2008 (BRASIL, CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA..., 2008), e a Resolução 44/2009, que dispõe sobre as boas práticas e a prestação de SF em

farmácias e drogarias (BRASIL, AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, ANVISA, 2009).

Posteriormente, as Resoluções 585/2013 e 586/2013 do Conselho Federal de Farmácia, que regulamentam as atribuições clínicas do farmacêutico e a prescrição farmacêutica, respectivamente (BRASIL, CFF¹, 2013; BRASIL, CFF², 2013), e a Lei 13.021, que dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas, e foi sancionada após duas décadas de tramitação, vieram se somar às medidas legais de aproximação do farmacêutico à assistência. A Lei 13.021 em especial, define “Farmácia” como uma unidade de prestação de serviços de assistência farmacêutica, assistência à saúde e orientação sanitária: a farmácia deixa de ter, no âmbito legal, o caráter de estabelecimento comercial que teve até então (BRASIL, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2014).

3.1 RESOLUÇÃO 44/2009: REGULAMENTAÇÃO DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NAS FARMÁCIAS E DROGARIAS

A Resolução de Diretoria Colegiada da ANVISA, a RDC 44 de 17 de agosto de 2009, foi uma decorrência natural de legislações anteriores (como as Resoluções 308 de 1997, 357 de 2001 e 499 de 2008, do CFF), direcionadas à prestação de serviços farmacêuticos aos usuários em farmácias e drogarias. Esta Resolução coloca o farmacêutico como responsável pela provisão dos SF e pelo trabalho coletivo da promoção da saúde nas farmácias, ações essas naturalmente intrínsecas aos farmacêuticos, mas pouco desenvolvidas pelos mesmos nas farmácias comunitárias (ALENCAR; BASTOS; ALENCAR; FREITAS, 2011).

A Resolução 44/2009 estabelece critérios e condições mínimas para o cumprimento das Boas Práticas Farmacêuticas (BPF), que compreendem o conjunto de técnicas e medidas que visam assegurar a manutenção da qualidade e segurança dos produtos disponibilizados e dos serviços prestados em farmácias e drogarias (BRASIL, AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2009).

De acordo com a Resolução 44/2009 podem ser prestados, nas farmácias e drogarias, os seguintes SF: AF, inclusive domiciliar, e perfuração do lóbulo auricular para a colocação de brincos. A prestação do serviço da AF compreende a aferição de parâmetros fisiológicos (como a medição da temperatura corporal e pressão

arterial), e bioquímico (glicemia capilar), e a administração de medicamentos. Somente os serviços indicados no licenciamento podem ser prestados pelo estabelecimento (BRASIL, AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2009).

Em seu texto, a Resolução 44/2009 aborda, além da prestação de SF, vários outros aspectos, como infraestrutura física, recursos humanos, comercialização e dispensação dos produtos, e documentação do estabelecimento farmacêutico (BRASIL, AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2009).

Ainda são poucos os trabalhos publicados que discutem a Resolução 44/2009, colocando-a como assunto principal. Em verificação feita entre 15 e 22/01/2014 nas bases de dados Pubmed/Medline e Lilacs, utilizando como palavras chave “Resolução RDC 44 2009 ANVISA”, não foram encontrados artigos que abordassem a Resolução em si. Com o mesmo critério, utilizando a base de dados Scielo, foram encontrados 2 trabalhos que tiveram a Resolução 44/2009 como tema principal, elaborados por advogados. O primeiro avaliou a postura do poder judiciário no exame da Resolução (CANTANHEDE, 2012); o segundo teceu críticas à mesma, e defendeu a farmácia como estabelecimento comercial (ESTEVES PINTO, 2011).

Um dos pontos negativos da Resolução 44/2009, segundo Esteves Pinto (2011), referiu-se à permanência dos medicamentos isentos de prescrição (MIPs) fora do autosserviço (atrás do balcão), o que cercearia a liberdade do consumidor. Essa medida era considerada pela ANVISA, à época da publicação da Resolução, como uma forma de proteção ao usuário. No entanto, essa prática foi revogada pela Resolução 41/2012, também da ANVISA, possibilitando a partir de então a permanência dos MIPs ao alcance dos usuários, nas farmácias e drogarias de todo o país (BRASIL, AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2012). A revogação da manutenção dos MIPs fora do alcance dos consumidores foi criticada por entidades ligadas à profissão farmacêutica, como o Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo (CRF-SP), que considerou a medida um retrocesso, por manter a cultura da automedicação (SÃO PAULO, CRF-SP¹, 2012).

3.2 ASPECTOS DA PROFISSÃO FARMACÊUTICA NO CONTEXTO INTERNACIONAL

Com relação ao cenário internacional, buscou-se uma comparação entre vários países, para um dos temas mais abordados dentro do redirecionamento de atividades do farmacêutico, a AF: uma verificação realizada por Pereira e Freitas (2008) em 31/12/2007, utilizando a base de dados Pubmed/Medline e cruzando as palavras-chave “Pharmaceutical Care” e o país de interesse, obteve resultados para a distribuição de publicações sobre o tema, naquela ocasião. O mesmo critério de busca foi usado em 29/06/2014, e o comparativo é apresentado na Tabela 3.1. Observou-se que o número de publicações aumentou consideravelmente em seis anos e meio, em todos os países incluídos na pesquisa.

Tabela 3.1 – Número de publicações pesquisadas na base de dados PubMed/Medline em 31/12/2007 e 29/06/2014, com o mesmo critério de busca: cruzamento das palavras-chave “Pharmaceutical Care” e o país de interesse. Na coluna à direita tem-se o número de vezes que as publicações aumentaram, entre as duas datas:

País	31/12/2007	29/06/2014	Número de vezes que as publicações aumentaram, entre as duas datas
Estados Unidos	7.975	22.396	2,8
Reino Unido	766	4.245	5,5
Canadá	716	3.162	4,4
Austrália	293	2.026	6,9
Alemanha	312	1.848	5,9
Holanda	222	1.484	6,7
Suécia	281	1.291	4,6
Japão	162	1.446	8,9
Espanha	166	1.257	7,6
Itália	110	941	8,5
Brasil	46	474	10,3
México	37	278	7,5
Rússia	88	180	2,1
Argentina	09	79	8,8
Chile	09	48	5,3

Fonte: PEREIRA; FREITAS, 2008; PubMed/Medline, 2014

Apesar do baixo número de publicações sobre o tema “Pharmaceutical care”, o Brasil foi o país com o maior número de trabalhos dentre os sul e centro-americanos pesquisados, e o que mais aumentou, proporcionalmente, o número de publicações no período, dentre todos os países constantes na tabela.

O baixo número de publicações nos países da América Latina pode ser interpretado por dois aspectos, principalmente: tema considerado de baixo reconhecimento, e publicação dos trabalhos em periódicos não indexados, provavelmente, devido a problemas metodológicos (PEREIRA; FREITAS, 2008).

Dos países pesquisados por Pereira e Freitas, foram analisados os cinco primeiros constantes na Tabela 3.1, buscando focalizar a evolução das atividades do farmacêutico no contexto da assistência, os programas públicos ou privados para a implementação das mesmas, a questão da remuneração para tais atividades, e a formação de novos profissionais.

3.2.1 Estados Unidos

Os Estados Unidos, como precursores na discussão da AF por meio das propostas de Hepler e Strand, têm redirecionado a prática farmacêutica do “apenas dispensar produtos” para a promoção de cuidados voltados ao paciente, com reconhecimento crescente em relação à responsabilidade compartilhada entre profissionais que exercem a atenção primária. Essa mudança de atitude tem como finalidade garantir o acompanhamento apropriado e seguro, e otimizar o custo-efetividade, especialmente no uso de medicamentos para as doenças crônicas (SMITH et al., 2010).

Segundo uma das maiores associações de farmacêuticos dos Estados Unidos, a National Community Pharmacists Association (NCPA), dentre as mais de 60.000 farmácias dos Estados Unidos, cerca de 23.000 são independentes, e respondem por cerca de 40% das prescrições do país; as demais pertencem a redes (NATIONAL COMMUNITY PHARMACISTS ASSOCIATION..., 2013).

No mercado farmacêutico norte-americano, os medicamentos podem ser subsidiados por seguradoras, como a Medicare Part D, de âmbito federal (UNITED STATES DEPARTMENT OF LABOR, 2012). De acordo com o órgão federal, a profissão farmacêutica terá um crescimento de 25% entre 2010 e 2020, maior do que a média de outras profissões (UNITED STATES..., 2012). Alguns dados

fornecidos pelo Ministério do Trabalho NORTE AMERICANO são apresentados na Tabela 3.2.

Tabela 3.2 - Dados sobre os farmacêuticos norte-americanos, ano de 2012:

Características da atividade farmacêutica em farmácias, nos Estados Unidos	Dados
Percentual (%) de farmacêuticos que atuam nas farmácias	61
Número total de postos de trabalho	286.400
Projeção do número de postos de trabalho para 2022	327.800
Remuneração média anual dos farmacêuticos (US\$)	116.670
Remuneração média por hora (US\$)	56,09

Fonte: United States Department of Labor – Bureau of Labor Statistics, 2014.

Em 2010, mais de 133 milhões de norte-americanos possuíam pelo menos uma doença crônica, e quase metade da população apresentava múltiplas doenças que necessitam de tratamento a longo prazo. A atuação efetiva dos farmacêuticos comunitários no acompanhamento, particularmente dos pacientes crônicos, pode ser uma solução diante da escassez de profissionais de atenção primária (CHISHOLM-BURNS et al., 2010).

As atividades voltadas ao seguimento farmacoterapêutico nas farmácias vêm sendo efetivadas, ao longo das últimas duas décadas, por meio de serviços ou grupos de serviços, como o Medication Therapy Management (MTM), de âmbito federal. O MTM se constitui em um amplo conjunto de serviços farmacêuticos voltados à terapêutica medicamentosa de pacientes individuais segundo suas necessidades, inclusive em relação à adesão ao tratamento (AMERICAN PHARMACISTS ASSOCIATION, APhA, 2013).

Outro aspecto relacionado aos serviços farmacêuticos refere-se ao cuidado domiciliar: vários projetos de orientação farmacêutica domiciliar para pacientes crônicos estão em andamento nos Estados Unidos. A regulamentação de tais práticas varia conforme o estado, e a padronização dessas atividades irá facilitar a disponibilização regular dos serviços farmacêuticos a nível domiciliar (SMITH et al., 2010).

Rickles e colaboradores (2010) enfatizam as várias políticas apoiadas pela legislação federal e medidas estaduais, como a disponibilização do MTM para

pacientes associados às seguradoras de saúde. No âmbito estadual, vários estados reembolsam farmacêuticos por serviços fornecidos a pacientes de baixa renda inscritos em programas estaduais de saúde, e de forma gradativa, esses pacientes têm sido introduzidos em programas de MTM (SMITH et al., 2010).

O reembolso pelos SF tem sido constante, mas lento, apesar de evidências de que essas atividades oferecem retorno para o investimento feito. O número de farmacêuticos que obteve sucesso junto às seguradoras de saúde para a remuneração por tais serviços é ainda limitado. Isso acontece, em parte, porque os farmacêuticos não são ainda designados como “fornecedores de cuidados em saúde”, como ocorre para as profissões de médico, cirurgião-dentista, enfermeiro e assistente social. Outro ponto pretendido pela profissão é dissociar os serviços clínicos das atividades de dispensação: os serviços assistenciais nem sempre estão associados à dispensação de medicamentos (que é remunerada por um valor fixo). Os farmacêuticos pretendem que tais serviços sejam ressarcidos em separado, conforme acordo prévio com a fonte pagadora, por exemplo, seguradora de saúde. Os ganhos por SF ainda necessitam ser padronizados, e as negociações junto a órgãos de governo que tratam do assunto têm sido positivas (STUBBINGS, 2011).

Outro estudo aponta vieses, com relação à avaliação de custos: Chisholm-Burns e colaboradores (2010) avaliaram resultados econômicos de serviços e intervenções farmacêuticas, e reconheceram que os resultados dos trabalhos examinados ofereceram uma visão apenas parcial dos custos envolvidos. As análises forneceram a redução de despesas com medicamentos ou tempo de hospitalização, mas não proporcionaram uma medida de todos os custos, como os referentes ao próprio serviço ou intervenção (CHISHOLM-BURNS et al., 2010).

Abordando a formação dos novos profissionais, os esforços para melhorar a interação entre farmacêutico e usuário têm sido uma preocupação das faculdades de Farmácia e das políticas de saúde norte-americanas. Como exemplo das estratégias utilizadas para que os estudantes identifiquem as dificuldades com relação à utilização dos medicamentos pelos usuários, muitas escolas de Farmácia conduzem “tratamentos” a serem acompanhados pelos alunos, como na Faculdade de Farmácia da Universidade Estadual de Idaho: os alunos do primeiro ano fazem o papel de pacientes, e recebem uma “prescrição” que deverá ser acompanhada por alunos do terceiro ano; estes atuam como farmacêuticos provedores do seguimento farmacoterapêutico. O objetivo dessa atividade é fornecer aos alunos habilidades em

AF, mostrando a expectativa do paciente, e iniciando o treinamento dos futuros profissionais (RICKLES et al., 2010).

O currículo de formação farmacêutica nos Estados Unidos vem enfatizando o cuidado assistencial e a interação com outros profissionais de saúde e com o paciente desde a década de 1990, com a disponibilização do grau Doctor of Pharmacy (PharmD) após um período de seis anos de curso. A grade curricular inclui conteúdos clínicos, biomédicos, farmacêuticos e sócio-comportamentais, bem como múltiplas experiências clínicas. Alguns programas de residência farmacêutica em práticas comunitárias são descritos no Quadro 3.1 (SMITH et al. 2010).

Programas de residência farmacêutica nos Estados Unidos
Imunização
Cessação de tabagismo
Terapias anticoagulantes
Acompanhamento de condições crônicas
Orientação para medicamentos isentos de prescrição
Cuidado com a dor cr�nica
Orientação para terapias medicamentosas em geral

Quadro 3.1 – Programas de residncia farmacutica voltados s prticas assistenciais, nos Estados Unidos (Adaptado de SMITH et al., 2010).

O papel do farmacutico, nos Estados Unidos, delineia-se no sentido de ser um provedor de ateno primria, e conforme a expectativa de vida da populao cresce, esse papel deve aumentar, sendo que os profissionais devem estar preparados para a demanda. Dentre as barreiras para a integrao do farmacutico na ateno primria esto a falta de padronizao na questo do pagamento pelos servios, como j citado, e a no compreenso dos pacientes com relao aos servios farmacuticos. O caminho para que a aproximao entre o farmacutico e sua comunidade se fortalea o apoio das faculdades de Farmcia, preparando os estudantes para seu papel na ateno primria (HAINES et al., 2010).

3.2.2 Reino Unido

Segundo a *Royal Pharmaceutical Society*, maior entidade representativa da profissão farmacêutica da Grã-Bretanha (Inglaterra, Escócia e País de Gales), 70% dos farmacêuticos britânicos trabalham nas farmácias. Não é preciso marcar uma consulta para o aconselhamento farmacêutico: a maioria das farmácias britânicas possui, atualmente, área para atendimento privativo (NOYCE, 2007).

No Reino Unido (Grã-Bretanha e Irlanda do Norte), uma farmácia pode ser adquirida por um ou mais farmacêuticos ou por uma empresa, que deve determinar um superintendente farmacêutico para garantir o cumprimento das boas práticas, da legislação pertinente, e dos padrões éticos (NOYCE, 2007).

Alguns números acerca dos farmacêuticos que atuam em farmácias, na Grã-Bretanha, são apresentados na Tabela 3.3.

Tabela 3.3 – Dados sobre farmácias e farmacêuticos na Grã-Bretanha, ano de 2013:

Características da atividade farmacêutica em farmácias, na Grã-Bretanha	Números
Farmácias (total)	13.000
Farmacêuticos (total)	43.665
Farmacêuticos que atuam em farmácias	30.560
Visitas/dia para dispensação e/ou aconselhamento	1,8 milhão

Fonte: Royal Pharmaceutical Society, 2013.

Os SF são fornecidos pelas farmácias por meio de contrato com o *National Health Services (NHS)*, serviço de saúde pública britânico. Na Inglaterra e País de Gales foi introduzida, em 2005, uma estrutura com três classificações de serviços farmacêuticos, chamada de *New Community Pharmacy Contract*. A medida compreende serviços essenciais, avançados, e serviços que se situam em um nível de maior complexidade. Todas as farmácias que efetuam esse contrato com o NHS devem fornecer os serviços farmacêuticos essenciais e garantir sua qualidade, além de buscar desenvolver os demais. O *New Community Pharmacy Contract* e as alterações na legislação sanitária efetivaram-se para integrar a farmácia aos programas públicos do NHS (NOYCE, 2007). Exemplos dos serviços prestados nas farmácias britânicas estão no Quadro 3.2.

Componente	Serviços Essenciais	Serviços Avançados	Serviços de Maior Complexidade
Exemplo de Serviço	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Dispensação ♦ Descarte de itens ♦ Campanhas de Saúde Pública ♦ Apoio para o autocuidado 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Seguimento Farmacoterapêutico 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Interrupção do tabagismo ♦ Troca de agulhas para dependentes de drogas
Provisão do Serviço	♦ Obrigatório	♦ Opcional	♦ Opcional
Financiamento	♦ Nacional	♦ Nacional	♦ Local

Quadro 3.2 – Serviços farmacêuticos componentes do *New Community Pharmacy Contract*, para farmácias britânicas (baseado em: NOYCE, 2007).

No Reino Unido, os farmacêuticos são profissionais muito respeitados em suas comunidades. As atribuições clínicas tradicionalmente desenvolvidas por médicos na atenção primária têm sido redirecionadas aos farmacêuticos, e dentre as mais comuns estão o acompanhamento de pacientes com asma, diabetes, hipertensão, auxílio à cessação do tabagismo, monitoramento da dieta e aconselhamento sexual (ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY, 2012). Também se incluem nessas novas atribuições, os testes diagnósticos e medidas de educação para a saúde. No entanto, uma das maiores mudanças foi a introdução da licença para a prescrição farmacêutica: desde 2003, os farmacêuticos do Reino Unido estão habilitados a atuar como prescritores (COOPER, R. J. et al, 2008).

A licença para prescrição é concedida após complementação por meio de curso específico (como pós-graduação) e treinamento na área em que se pretende prescrever. O curso tem como finalidade preparar o profissional para a prescrição, considerando as necessidades dos pacientes, dos profissionais que buscam a formação e das organizações de saúde (KINGS COLLEGE LONDON, 2012).

A prescrição não médica é parte da modernização do serviço de saúde no Reino Unido, e apesar de outros países, como a Suécia, também implementarem esse tipo de prescrição, e de que outros estejam se preparando para isso, nenhum ampliou tanto essa conduta como o Reino Unido. Em 2011, eram aproximadamente 2.000 farmacêuticos e cerca de 19.000 enfermeiros prescritores, sendo que estes últimos tiveram sua licença para prescrição concedida bem antes dos farmacêuticos (COURTENAY; GERADA; HAYWOOD, 2011).

A qualificação para a prescrição ocorre em dois patamares: o primeiro é o *Supplementary Prescribing*, prática acompanhada por um médico, que faz o diagnóstico e fornece a conduta a ser tomada, quando então o farmacêutico assume a prescrição. Essa sequência de atitudes é realizada em concordância com o paciente. O segundo patamar na prescrição farmacêutica é o *Independent Prescribing*, que permite ao farmacêutico o diagnóstico e a prescrição sem a supervisão médica, dentro de programas pré-determinados e com a concordância do paciente (COOPER et al., 2008). Outros profissionais de saúde não médicos, como fisioterapeutas e optometristas, também podem tornar-se *Supplementary Prescribers*. No entanto, a licença para o grau *Independent Prescriber* somente é concedida a farmacêuticos e enfermeiros. Tais modalidades de prescrição foram desenvolvidas para viabilizar aos pacientes o acesso mais rápido e eficiente aos medicamentos, utilizando as habilidades de profissionais de saúde qualificados (HOBSON; SCOTT; SUTTON, 2010).

O foco das autoridades britânicas em saúde tem-se direcionado de forma decisiva para a assistência farmacêutica voltada aos “males menores” e condições crônicas. Estudo realizado entre 1987 e 2010, onde foram examinadas as diretrizes dos órgãos de saúde do Reino Unido, confirma o redirecionamento da farmácia para o atendimento destas condições. Nesse estudo, as duas principais intervenções consideradas foram a contínua reclassificação legal dos medicamentos sob prescrição e a introdução de alternativas de tratamento dos males menores (PAUDYAL et al, 2011).

O seguimento farmacoterapêutico de pacientes é um dos serviços praticados nas farmácias do Reino Unido que tem recebido apoio das políticas de saúde, especialmente após as reformas no sistema farmacêutico em 2005, quando passou a ser remunerado pelo NHS. A formalização desse serviço representa, para o farmacêutico, *status* profissional. Um estudo publicado em 2011 considera, porém, que os farmacêuticos ainda não estão realizando o seguimento de forma regular, e que é preciso rever as habilidades dos profissionais para a comunicação com os pacientes ou clientes, além de propor maior incentivo de parte das organizações de classe (LATIF; POLLOCK; BOARDMAN, 2011).

O curso de Farmácia no Reino Unido é realizado em cinco anos, sendo quatro em período integral, e o último destinado a atividades práticas obrigatórias, para que o estudante adquira sua graduação como *master of pharmacy* (MPharm), como o

curso é denominado. Os programas de cada escola passam por avaliação da *Royal Pharmaceutical Society*, contemplando requisitos que englobam instalações, gestão e conteúdo curricular. A grade curricular inclui atividades clínicas práticas em farmácia hospitalar e farmácia de acesso ao público desde o primeiro ano do curso, quando possuem curta duração; ao longo dos anos seguintes, a carga horária dessas atividades aumenta.

A formação do farmacêutico britânico, com base teórico-científica desenvolvida de forma concomitante às experiências clínicas, difere de outros programas europeus, que se concentram nos aspectos teóricos durante a graduação, para que depois o estudante ingresse nas atividades práticas. Para o profissional recém-formado no Reino Unido, a maior oferta de vagas é oferecida pelas farmácias, seguindo-se as áreas hospitalar, indústria e ensino.

No Reino Unido, os modelos de prescrição farmacêutica *supplementary prescribing* e *independent prescribing* necessitam atualmente de formação complementar. Para os próximos anos, está sendo estudada a viabilidade de os estudantes receberem treinamento nessas modalidades de prescrição durante o curso de graduação, o que poderá trazer grandes mudanças no ensino farmacêutico britânico (SOSABOWSKI; GARD, 2008).

3.2.3 Canadá

No Canadá, à medida que o processo de atendimento farmacêutico centrado no paciente/usuário vai sendo estruturado, trabalhos corroboram a aceitação pelas práticas da AF e demais condutas relacionadas ao cuidado. Um estudo concluído em 2012 por Kassam e colaboradores sobre a satisfação de pacientes com os serviços farmacêuticos em farmácias na província de British Colúmbia constatou um aumento de satisfação por parte daqueles que deles se utilizaram. O estudo destacou que certas características da filosofia da AF são mais “esperadas” do que outras: equipe atenciosa e cortês no atendimento, privacidade para o aconselhamento, decisões e responsabilidades compartilhadas, são aspectos mais aguardados por parte dos consultados. O estudo concluiu que a introdução de tais aspectos na rotina das farmácias melhora, de forma geral, a receptividade por parte dos usuários. Os pontos que necessitam melhor observação por parte dos farmacêuticos, para garantir a farmacoterapia adequada, incluem orientação sobre os medicamentos disponíveis, trabalho conjunto entre médicos, farmacêuticos e

usuários/pacientes, e um papel pró-ativo do farmacêutico (KASSAM; COLLINS; BERKOWITZ, 2012).

Em outro estudo, realizado por meio de entrevista a 1.250 farmacêuticos que atuam em farmácias, em Quebec e regiões próximas, observou-se que, embora os farmacêuticos acreditem que possam exercer um importante papel na promoção da saúde, reconhecem que há lacunas entre o nível real e o ideal de envolvimento com atividades assistenciais. O estudo mostrou que mais de 80% das farmácias avaliadas pertencem a redes. Segundo os farmacêuticos entrevistados, a integração entre farmacêuticos e farmácias voltadas à atenção primária não pode ser imaginada sem superar barreiras, como recursos humanos insuficientes, falta de tempo, dificuldade de acesso aos médicos, falta de treinamento para as habilidades assistenciais, dificuldade para o registro de tais atividades e falta de compensação financeira. No entanto, o estudo mostrou também que o interesse em aumentar as funções do farmacêutico junto à atenção primária é cada vez maior: as farmácias são consideradas locais adequados para a orientação confiável, e possuem ampla distribuição geográfica; os farmacêuticos são acessíveis, e com o excesso de procura pelo sistema de saúde devido ao envelhecimento da população, o papel do farmacêutico junto à saúde pública deve aumentar no Canadá (LALIBERTÉ et al., 2012).

Os principais serviços desenvolvidos pelos farmacêuticos nas farmácias comunitárias canadenses relacionam-se ao acompanhamento da hipertensão, diabetes, níveis de colesterol, controle do tabagismo, anticoncepção (LALIBERTÉ e colaboradores, 2012), monitoramento da densidade óssea/osteoporose (YUKSEL et al., 2010; ELIAS; BURDEN; CADARETTE, 2011), asma, acompanhamento da terapia anticoagulante, atenção primária individual e familiar (CHAN et al., 2008), e adesão à farmacoterapia (LAW et al., 2012).

A adesão à farmacoterapia é, particularmente, um desafio para o seguimento das condições crônicas. Muitas províncias estão concedendo autoridade para a prescrição farmacêutica, para iniciar e adaptar prescrições, como forma de facilitar a continuidade do tratamento. No entanto, as normas para a introdução e manutenção dos programas de prescrição variam muito entre as províncias, e têm sido objeto de controvérsias desde sua introdução, em 2010. Por outro lado, percebe-se que a regulamentação no sentido de expandir o número de SF tem aumentado, e é uma tendência entre as províncias canadenses (LAW et al., 2012).

O estudo conduzido por Laliberté e colaboradores (2012) fornece dados sobre o percentual de farmacêuticos em relação a cada tipo de serviço farmacêutico desenvolvido, nas farmácias examinadas (Tabela 3.4).

Tabela 3.4 – Percentual de farmacêuticos para cada tipo de serviço desenvolvido nas farmácias canadenses (província de Quebec):

Seguimento para as seguintes condições	Farmacêuticos envolvidos (%)
Hipertensão	53,7
Diabetes	45,0
Dislipidemia	23,6
Contracepção de emergência	40,7
Interrupção do tabagismo	44,5
Programas de imunização	8,1

Fonte: LALIBERTÉ et al., 2012 (adaptado)

Uma das principais barreiras para o desenvolvimento dos cuidados farmacêuticos centrados no paciente nas farmácias refere-se à remuneração dos farmacêuticos. A remuneração pelo exercício dos SF não é padronizada, e os farmacêuticos canadenses, como os norte-americanos, buscam separar os ganhos referentes aos serviços tradicionais da dispensação, daqueles obtidos com a realização de SF (CHAN et al., 2008).

Com relação à formação de novos profissionais, existem muitas similaridades entre Canadá e Estados Unidos. Kehrer e colaboradores (2010) descreveram várias iniciativas de colaboração conjunta, como forma de buscar o que há de melhor em cada um desses países. As escolas canadenses estão instituindo seus programas de *Doctor of Pharmacy (PharmD)* paulatinamente. O programa, no Canadá, como para os farmacêuticos norte-americanos, busca colocar-se como qualificação-padrão para o exercício da prática voltada à assistência. A Associação de Faculdades de Farmácia do Canadá (AFPC) coloca como meta que, até 2020, essa mudança já tenha se concretizado em todas as faculdades de farmácia do país. A integração entre canadenses e norte-americanos no ensino farmacêutico é constatada também com o intercâmbio crescente, de professores norte-americanos em universidades do

Canadá, e professores canadenses nas escolas norte-americanas (KEHRER et al., 2010).

3.2.4 Austrália

Na Austrália, o papel do farmacêutico também sofreu grandes mudanças nas duas últimas décadas. Além da dispensação, os profissionais estão envolvidos atualmente na provisão da AF e demais SF, e os resultados positivos têm sido demonstrados especialmente ao longo da última década, no acompanhamento de doenças crônicas como asma, diabetes, doença cardiovascular e osteoporose. À medida que os SF evoluem em complexidade e se tornam parte do sistema de saúde, torna-se necessário identificar a resposta dos pacientes, para avaliar sua viabilidade e qualidade. Tais avaliações, identificando experiências bem sucedidas e dificuldades a serem superadas, têm ocorrido por meio de vários trabalhos publicados nos últimos anos (PANVELKAR; SAINI; ARMOUR, 2009).

A *Australian Health Practitioner Regulation Agency* (AHPRA), responsável em âmbito nacional pelo registro e acreditação de várias profissões relacionadas à saúde, possui cerca de 26.000 farmacêuticos inscritos, sendo que a maior parte deles atua nas farmácias. Após a obtenção do grau de farmacêutico, o profissional deve registrar-se e realizar cursos periódicos com o propósito de educação continuada, cumprindo as exigências do *Pharmacy Board of Australia*, órgão ligado à AHPRA com a função de nortear a profissão e proteger a sociedade (AUSTRALIAN HEALTH PRACTITIONER REGULATION AGENCY, AHPRA, 2011).

A atividade dos farmacêuticos nas farmácias tem-se voltado ao aconselhamento, cuidados primários e promoção da saúde, especialmente após o acordo firmado entre o governo australiano e o *Pharmacy Guild of Australia*, maior entidade representativa dos farmacêuticos do país. Esse acordo, chamado *Fifth Community Pharmacy Agreement (5CPA)*, teve início em julho de 2010, com previsão de 5 anos de vigência. O 5CPA destina recursos econômicos para as mais de 5.000 farmácias australianas, para implementar serviços voltados ao seguimento farmacoterapêutico e melhorar o acesso aos medicamentos e serviços já desenvolvidos. Novos programas estão sendo introduzidos como incentivo para que as farmácias obtenham acreditação, de acordo com o *Pharmacy Practice Incentives and Accreditation Program* (PPI), voltado ao incremento de qualidade dos serviços

prestados (AUSTRALIAN GOVERNMENT, DEPARTMENT OF HEALTH AND AGEING, 2013).

O PPI é voltado para assuntos prioritários, como as Intervenções Clínicas (ICs), que visam direcionar o farmacêutico para a melhoria da qualidade de utilização do medicamento pelos usuários. As ICs podem resultar em recomendações para uma mudança na terapia medicamentosa, ou mudança de atitude do usuário frente à terapia prescrita. Não é considerada como IC a substituição de medicamentos por seu genérico, o aconselhamento de rotina no ato da dispensação, ou o fornecimento de informação escrita junto à embalagem do medicamento dispensado. Incentivos monetários são oferecidos a farmacêuticos que buscam cumprir os requisitos para os programas de acreditação para as farmácias comunitárias, por meio de solicitação junto à *Medicare Australia*, financiadora do governo federal responsável pela liberação dos recursos (ORTIZ; ROMA: ROSS, 2012).

Na formação dos novos profissionais, as faculdades de Farmácia australianas disponibilizam disciplinas que abordam temas voltados à assistência, condutas éticas, promoção do uso racional de medicamentos, dispensação, atenção primária à saúde, provisão de informações sobre medicamentos e educação em saúde, bem como a aplicação de habilidades organizacionais para a atuação em farmácias. Os egressos das escolas de farmácia australianas são treinados para demandas que cada vez mais são orientadas para o paciente, com relação ao uso racional dos medicamentos (MARRIOTT et al. 2008).

Dentre as barreiras para a implantação do modelo assistencial nas farmácias australianas, pode ser apontada a acomodação dos próprios farmacêuticos, que são treinados e qualificados para fornecer a AF, mas não têm utilizado todas as suas habilidades no cotidiano, segundo pesquisa feita entre profissionais do sul do país. O estudo, desenvolvido por Mak e colaboradores (2012), mostra que mesmo após as reformas do sistema de saúde em 2010, o modelo de farmácia vigente na Austrália ainda é baseado nos ganhos provenientes da dispensação, em grande parte subsidiados pelo programa governamental *Pharmaceutical Benefits Scheme*, o PBS, que subsidia cerca de 70% da receita de uma farmácia na Austrália (AUSTRALIAN GOVERNMENT, 2013). Assim, os profissionais concentram-se em atividades de dispensação, e a acomodação nesse modelo de prática tem tornado mais lenta a reorientação para as atividades centradas no paciente, mesmo com

retrospectiva recente mostrando que a prevenção e a resolução de PRM, especialmente nas condições crônicas, reduziram as hospitalizações (MAK et al., 2012).

Outra barreira apontada é a comunicação deficiente entre os próprios farmacêuticos, e deles para com os outros profissionais de saúde. Segundo Mak e colaboradores (2012), os farmacêuticos australianos precisam rever sua atitude diante das reformas da saúde estabelecidas em 2010, integrando-se efetivamente às práticas voltadas ao paciente, no conceito da AF (MAK et al., 2012).

3.2.5 Alemanha

As farmácias da Alemanha estão redirecionando suas atividades, de estabelecimentos principalmente voltados à dispensação, para a provisão de serviços farmacêuticos. Os farmacêuticos alemães contribuem atualmente para a promoção do uso racional de medicamentos e para os cuidados preventivos (GEORGE et al., 2010).

Na Alemanha, a implantação de SF vem sendo discutida e viabilizada desde 1993, por meio da publicação de orientações sobre o assunto pela União Federal de Associações Alemãs de Farmacêuticos (ABDA), principal organização farmacêutica do país, com afiliação obrigatória para todos os farmacêuticos (EICKHOFF; SCHULZ, 2006). Alguns dados sobre o setor farmacêutico na Alemanha são descritos na Tabela 3.5.

Tabela 3.5 – Dados sobre farmácias e farmacêuticos na Alemanha, ano de 2012:

Dados sobre farmácias e farmacêuticos na Alemanha	Ano de 2012
Total de farmácias	20.921
Total de farmacêuticos no país	59.739
Total de farmacêuticos em farmácias comunitárias	48.420
Relação nº habitantes/farmácia	3.820
Número de atendimentos/dia	4 milhões
Número máximo de farmácias de propriedade de 1 farmacêutico	4

Fonte: União Federal de Associações Alemãs de Farmacêuticos, ABDA, 2014.

Na Alemanha, somente o farmacêutico pode ser proprietário de uma farmácia, e pode adquirir até quatro farmácias, sendo uma principal (ou matriz) e outras três subsidiárias (UNIÃO FEDERAL...¹, ABDA, 2012).

Como outros países (Estados Unidos, com o *Medicare Part D*; Austrália com o *Fifth Community Pharmacy Agreement*; Inglaterra e País de Gales, com o *New Community Pharmacy Contract*), a Alemanha concretizou um acordo, para todo o país, entre representantes de entidades farmacêuticas e a maior seguradora de saúde alemã. Esse acordo foi viabilizado como contrato em 2003, sendo chamado de *Family Pharmacy Contract*, e introduziu a remuneração aos farmacêuticos pelos SF prestados: os usuários escolhem seu *Family Pharmacy* a partir de uma lista de farmácias participantes, utilizando-o por um período de tempo pré-determinado (mínimo de um ano). Assim, todos os medicamentos e demais produtos são fornecidos pela farmácia escolhida, conforme o que foi contratado (SF, tipos de produtos, descontos). Para adquirir qualificação para o programa, os farmacêuticos precisam cumprir pré-requisitos educativos e certificar-se. Cada usuário, ao associar-se ao *Family Pharmacy Contract*, pode obter prioritariamente os serviços:

- Seguimento farmacoterapêutico, realizado por meio de visitas pré-agendadas;
- Disponibilização de serviços de acompanhamento a condições crônicas;
- Possibilidade de entrega dos produtos em domicílio, ou via correio;
- Parcelamento do pagamento dos itens “não medicamentos” (EICKHOFF; SCHULZ, 2006). O direcionamento das farmácias alemãs para os SF vem-se confirmando, como mostram dados da ABDA referentes ao ano de 2012 (Quadro 3.3).

♦Detecção de problemas relacionados a medicamentos (PRM) em aproximadamente um em cinco encontros farmacêutico-paciente;
♦72% dos PRM ocorreram em relação a situações comuns: dor, problemas respiratórios, gastrintestinais e dermatológicos sem gravidade;
♦75% dos PRM ocorreram por automedicação inapropriada: produto, dosagem e/ou tempo de uso incorretos (incluindo abuso);
♦90% dos PRM poderiam ser resolvidos nas farmácias;
♦82% dos alemães vêem as farmácias como fornecedoras de um serviço de boa qualidade, dentre os melhores serviços oferecidos na Alemanha;
♦87% dos alemães possuem alto grau de confiança nos farmacêuticos;
♦72% dos alemães dirigem-se antes à farmácia, quando ocorrem problemas sem gravidade.

Quadro 3.3 – Dados sobre farmácias e provisão de SF na Alemanha, para o ano de 2012. Fonte: União Federal...²; ABDA, 2014.

Apesar do redirecionamento para a prestação de assistência, e da constatação de que a maioria dos farmacêuticos alemães atua em farmácias, a formação do farmacêutico, na Alemanha, apresenta um conteúdo predominantemente “químico”: com duração de cinco anos, o curso possui grande parte de sua grade curricular voltada às ciências químicas, diferentemente de muitos países da União Europeia, que possuem maior quantidade de conteúdos clínicos na graduação (ATKINSON; ROMBAUT, 2011).

Como perspectiva de futuro, a ABDA observa que a queda nos custos com o setor de saúde apenas será viável com a melhoria do atendimento médico e a intensificação da AF. A entidade enfatiza que o farmacêutico é um profissional essencial para as questões sobre medicamentos, e como provedor de serviços em saúde (UNIÃO FEDERAL... 2, ABDA, 2012).

3.3 ASPECTOS ATUAIS DA PROFISSÃO FARMACÊUTICA NO BRASIL, NO ÂMBITO DA ASSISTÊNCIA

Os trabalhos recentes publicados no Brasil, relacionados à inserção do farmacêutico nas atividades de assistência, têm mostrado obstáculos a serem vencidos, seja em grandes centros, ou em pequenos municípios: falta de local adequado para tais atividades, carência de recursos materiais (literatura, Internet), falta de apoio dos proprietários e de interesse dos usuários (FARINA; ROMANO-LIEBER, 2009), dificuldade para o farmacêutico desenvolver seus conhecimentos técnicos, devido ao caráter notadamente mercadológico do modelo de farmácia vigente no país (SILVA; VIEIRA, 2004), bem como deficiências de conhecimento do farmacêutico, que pode prejudicar a qualidade da assistência prestada (GALATO et al, 2008). Ao mesmo tempo em que são apontadas dificuldades, também é possível observar sentimentos de satisfação, sensação de dever cumprido e valorização profissional, quando o farmacêutico consegue desempenhar seu papel de agente e educador em saúde (BASTOS; CAETANO, 2010).

3.3.1 Seguimento farmacêutico a idosos

O processo de envelhecimento da população brasileira apresenta desafios às mais variadas áreas do conhecimento. Em relação à saúde, dentre os inúmeros

aspectos a serem explorados, inclui-se a farmacoterapia (MOURA; COHN; PINTO, 2012).

Os idosos necessitam e demandam cuidados, e representam um segmento da população onde há espaço para uma atenção diferenciada. A facilidade de acesso ao farmacêutico e a facilitação de vínculos são fatores importantes para a construção da relação terapêutica (FEGADOLLI et al, 2010).

Em estudo conduzido na cidade de Santos, São Paulo (2012), Moura e colaboradores tiveram como objetivo conhecer o perfil dos medicamentos utilizados pelos idosos, e avaliar a função social do farmacêutico nas farmácias. O estudo demonstrou que o consumo de medicamentos não prescritos era frequente entre a população idosa pesquisada, mesmo tendo ela acesso à assistência médica, e colocou a pró-atividade do farmacêutico como fundamental para a redução desse consumo, e para o esclarecimento dos pacientes/usuários sobre sua utilização. O estudo apontou que os idosos procuravam a farmácia antes de buscar um serviço médico, mas ainda não solicitavam necessariamente as orientações do farmacêutico, não o vendo como parte integrante dos serviços prestados pela farmácia. Essa situação mostrou aos autores o desafio de consolidar o trabalho desse profissional no ambiente das farmácias, superando sua fragilidade ante as premissas da ética profissional e os objetivos de mercado, e buscando a garantia do direito universal à saúde, no caso, em relação à população idosa (MOURA; COHN; PINTO, 2012).

Em outro trabalho foi feita uma avaliação interdisciplinar, junto a mulheres de sessenta anos ou mais, residentes em Brasília. As idosas, com baixa escolaridade e renda, faziam parte do Projeto Promoção da Saúde do Idoso coordenado por uma universidade da capital federal. O estudo multidisciplinar, conduzido por nutricionistas e farmacêuticos, acompanhou as pacientes num período de aproximadamente um ano e meio. O estudo verificou que a média de medicamentos por prescrição diminuiu significativamente após as intervenções, reduzindo os custos com produtos e serviços e o risco de reações adversas, para a população estudada. Os autores consideraram que a atuação interdisciplinar pôde contribuir para a promoção do uso racional dos medicamentos nessa população (MEDEIROS et al., 2011).

3.3.2 Seguimento farmacoterápico para condições crônicas

No Brasil, o seguimento farmacoterapêutico, um dos principais componentes da AF, mostra-se incipiente tanto no setor público como no privado. Há farmacêuticos que buscam, isoladamente, alternativas para desenvolver essa prática. No setor privado, a atividade pode representar o diferencial de atendimento que contribui para a fidelização das pessoas atendidas (PEREIRA; FREITAS, 2008).

Um estudo realizado em Alfenas, Minas Gerais, proporcionou, em uma farmácia comunitária, um modelo de Acompanhamento Farmacoterápico (AFT) para hipertensos de 40 a 70 anos, e avaliou a adesão desse grupo ao tratamento, antes e após o AFT. Os participantes do estudo foram divididos aleatoriamente em grupo-controle (no qual a pressão arterial foi medida trimestralmente, sem que o farmacêutico produzisse qualquer tipo de intervenção) e grupo-teste (submetido a medições trimestrais da PA, com orientação farmacêutica quanto ao uso correto dos medicamentos). Observou-se redução da pressão arterial tanto para o grupo-controle como para o grupo-teste, sendo que essa redução foi maior para o último grupo. Em relação ao conhecimento sobre a enfermidade “hipertensão”, observou-se que, após o AFT, todos os participantes estavam conscientizados dos riscos da doença, e souberam citar pelo menos um órgão que poderia ser afetado a longo prazo se não houvesse controle adequado, o que não acontecia antes do AFT. O conhecimento da doença é um dos fatores importantes para a adesão ao tratamento, e foi possível observar que as informações do farmacêutico colaboraram diretamente nesse sentido. Ao final do estudo, 80% das pessoas avaliadas disseram achar importante que houvesse um trabalho conjunto entre médico e farmacêutico, e que continuariam a utilizar o serviço prestado, indicando o mesmo a amigos e parentes (AMARANTE et al., 2010).

A relação efetividade/custo para pacientes com diabetes melito foi o foco do trabalho de Correr et al. (2009), em quatro farmácias nas cidades de Curitiba, Colombo e Paranaguá, todas no Paraná, que tiveram seus farmacêuticos treinados para a condução do estudo. A efetividade foi avaliada pela redução do valor da hemoglobina glicada (HbA1c), e o custo foi calculado como custo da AF/paciente/ano, para pacientes portadores de diabetes melito tipo 2 (DMT2). Foi formado um grupo de intervenção e um grupo-controle, sendo que o grupo-controle recebeu o atendimento habitual da equipe de saúde, e o grupo de intervenção recebeu o seguimento farmacoterapêutico (SFT), nas farmácias participantes. Cada

paciente do grupo de intervenção foi acompanhado individualmente por um período de 12 meses, com a utilização do método Dáder. O estudo demonstrou que a participação do farmacêutico produziu redução de fatores de risco, como a redução obtida para a Hba1c.

Para avaliação de custos, foram consideradas as horas de trabalho necessárias para o atendimento dos pacientes, a estrutura física disponibilizada e o custo médio da manutenção operacional do serviço. Todos esses custos foram projetados como custo/paciente/ano, analisando-se o benefício econômico trazido para a redução de 1% na Hba1c dos pacientes. Verificou-se que essa redução gerou economia de aproximadamente U\$ 37,00 para cada paciente/ano. Embora o estudo possua limitações, concluiu-se que é possível obter redução da Hba1c para níveis desejados por meio da utilização do SFT, o que pode ser considerado um recurso adicional para o alcance do controle metabólico (CORRER², C. J. et al., 2009).

3.3.3 Intervenção farmacêutica para educação sexual e contracepção

A orientação farmacêutica voltada às doenças sexualmente transmissíveis (DST) e contracepção de emergência é uma atividade comum para os farmacêuticos em muitos países (LALIBERTÉ et al., 2012; ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY, 2012).

Na cidade de Tubarão, Santa Catarina, buscou-se verificar, por meio de entrevistas com farmacêuticos, proprietários de farmácias e profissionais do atendimento, a contribuição das farmácias comunitárias da cidade na prevenção e manejo das DST. Essa contribuição foi traduzida como orientação para as medidas de prevenção e encaminhamento de um possível portador a uma unidade de saúde, para o diagnóstico e tratamento adequados. Embora não tenha sido o foco principal do trabalho, o uso de anticoncepção de emergência foi apontado pelos entrevistados como prática comum, principalmente entre adolescentes e jovens. Os autores identificaram a dispensação da anticoncepção de emergência e a venda de preservativos como momentos importantes para a atuação do farmacêutico, mas colocaram que ele tem contribuído nesse sentido apenas de forma pontual; sugeriram o estímulo de parcerias entre estabelecimentos farmacêuticos, serviços de atendimento às DST e instituições relacionadas à vigilância epidemiológica, no sentido de desenvolver programas permanentes de orientação. O estabelecimento “farmácia” foi colocado como sendo a porta de entrada do cidadão para o serviço de

saúde, e pode se consolidar como local de orientação e avaliação de sinais e sintomas (ROSSO NETO; GALATO, 2011).

A anticoncepção de emergência também foi tema de uma avaliação feita em regiões distintas do município de São Paulo, SP. Farmacêuticos de farmácias de diferentes regiões da cidade foram entrevistados com o objetivo de identificar o perfil das consumidoras desse método anticoncepcional. Os farmacêuticos informaram que a maioria das usuárias solicitou orientação para o uso do contraceptivo, e acrescentaram que as que não solicitaram também foram orientadas. Em contrapartida, o medicamento foi comercializado sem prescrição médica. Os autores do estudo acentuaram a importância de um programa de orientação, adicionalmente às campanhas e ações de incentivo ao uso de preservativo para a prevenção das DST (SANTOS; SANTOS, 2011).

O tema “educação sexual” preocupa profissionais de saúde de várias áreas, que defendem a presença do farmacêutico para realizar a dispensação orientada, após treinamento específico e segundo critérios pré-determinados. Tal conduta aumenta a probabilidade da obtenção do contraceptivo em tempo oportuno e de forma esclarecida. Paiva e Brandão (2012), da área de Serviço Social, afirmaram por meio de extensa revisão de literatura, que o fato de as farmácias adotarem a dispensação orientada não significou, nos países estudados, perder de vista as implicações do uso inapropriado do contraceptivo de emergência, que como o nome indica, deve ser usado em situações emergenciais. Essa é a posição de vários países que já realizam o aconselhamento, visando garantir o atendimento orientado. Faz-se necessário, no Brasil, incluir o farmacêutico nessa discussão estratégica à saúde pública (PAIVA; BRANDÃO, 2012).

Bastos e colaboradores (2009) constataram, após a realização de pesquisa com funcionários e farmacêuticos de farmácias do município de São Paulo localizadas em locais de intensa circulação de pessoas, que a incorporação da intervenção farmacêutica na prevenção de DST/Aids e gravidez é possível e necessária. Destacaram a importância de as farmácias qualificarem seus farmacêuticos em ações de educação em saúde. Os autores também têm a percepção de que, com o passar do tempo, os estabelecimentos farmacêuticos poderão transformar-se em locais com maior vínculo em relação às suas comunidades (BASTOS et al., 2009).

3.4 O ENSINO E A EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE CURSOS DE FARMÁCIA NO BRASIL

3.4.1 Formação dos novos profissionais

As alterações no ensino farmacêutico no Brasil seguem a necessidade de reavaliação dos conteúdos curriculares, que acontece em muitos países: nos Estados Unidos, a transição para *Doctor of Pharmacy (PharmD)* como pré-requisito para a prática profissional iniciou-se em 1997, e foi completada no ano acadêmico 2004-2005. Revisto periodicamente, o programa para aquisição do grau PharmD visa a preparação dos estudantes para a provisão dos cuidados farmacêuticos voltados ao paciente (AMERICAN ASSOCIATION OF COLLEGES OF PHARMACY, ACPE, 2006). A Associação de Faculdades de Farmácia do Canadá prevê que até 2020 o PharmD deverá fazer parte da formação de todos os farmacêuticos canadenses (KEHRER et al., 2010). Outros países, como a Índia (DURASINGH; SANKHAR; HARIHARAN, 2013) e países do Oriente Médio, como Jordânia, Líbano e Arábia Saudita estão introduzindo paulatinamente o grau *Doctor of Pharmacy* em suas escolas de Farmácia (KHEIR, SAAD, NAIMI, 2013).

No Brasil, o Conselho Nacional de Educação (CNE) da Câmara de Educação Superior (CES) instituiu, em 2002, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia, pela Resolução 2/2002. O conteúdo acadêmico buscou apoiar-se na formação generalista, humanista, crítica e reflexiva (SÃO PAULO, CRF-SP, 2010).

Dentre os conteúdos essenciais para a formação do farmacêutico, de acordo com a Resolução 2/2002, são destacados dois componentes fundamentais para o exercício de atividades voltadas à assistência:

⇒ Componente de Ciências Humanas e Sociais – incluem-se nesse componente os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade: compreende as disciplinas de Comunicação, Administração, Saúde Pública, Ética e Legislação Farmacêutica, entre outras;

⇒ Componente de Ciências Farmacêuticas: inclui conteúdos teóricos e práticos relacionados com pesquisa e desenvolvimento, produção e garantia da qualidade de produtos farmacêuticos, garantia das boas práticas de dispensação e utilização racional dos medicamentos; diretamente relacionadas à prática assistencial, são destacadas as disciplinas de Farmacologia, Primeiros Socorros,

Aproximação à Prática Profissional, Assistência / Atenção Farmacêutica (BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2002).

3.4.2 Cursos de Farmácia no Brasil e em São Paulo

Em junho de 2014, o Brasil possuía 496 cursos de Farmácia em atividade reconhecidos no Ministério da Educação (MEC), sendo 70 (14,1%) públicos e 426 (85,9%) privados (BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, SISTEMA e-MEC, 2014).

Desse total, 118 (quase 25%) situavam-se no Estado de São Paulo, sendo 8 (6,8%) públicos e 110 (93,2%), privados. Nessa ocasião, o município de São Paulo contabilizou 30 cursos de Farmácia em atividade (BRASIL,... e-MEC, 2014).

O número de cursos de Farmácia no Brasil era de 88 em 1996, chegou a 412 em 2009, e alcançou o total de 496 em 2014, representando um aumento de 463,6%. No Estado de São Paulo eram 116 cursos em 2009 e 118 em 2014, contabilizando um aumento de 1,7% (SÃO PAULO, CRF-SP, 2010; BRASIL,... e-MEC, 2014).

A Tabela 3.6 mostra dados sobre cursos de Farmácia, no Brasil, no Estado de São Paulo e na capital paulista.

Tabela 3.6 – Número de cursos de Farmácia no Brasil, no Estado de São Paulo e no município de São Paulo nos anos de 1996, 2009 e 2014:

Número de cursos de Farmácia	1996	2009	2014
Número total de cursos de Farmácia (Brasil)	88	412	496
Número total de cursos de Farmácia (SP - Estado)	ND	116	118
Número de cursos públicos de Farmácia (Brasil)	ND	ND	77
Número de cursos privados de Farmácia (Brasil)	ND	ND	419
Número de cursos públicos de Farmácia (SP - Estado)	ND	7	8
Número de cursos privados de Farmácia (SP - Estado)	ND	109	110
Número total de cursos de Farmácia (SP – município)	ND	ND	30

ND – Não disponível

Fonte: BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, e-MEC, 2014; SÃO PAULO, CRF-SP, 2010.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

Foi feito um estudo descritivo transversal, realizado por meio de pesquisa de levantamento de dados ou *survey*, modelo no qual são observadas diversas características dos elementos de uma população ou amostra pela utilização de questionários ou entrevistas. Esse tipo de observação é feita naturalmente e sem interferência do pesquisador (BARBETTA, 2011).

A pesquisa foi feita por meio de aplicação de questionário padronizado (APÊNDICE A), com perguntas abertas e fechadas. Os questionários foram enviados aos farmacêuticos entre janeiro e dezembro de 2013.

A população do estudo foi composta por farmacêuticos de farmácias e drogarias do município de São Paulo. Foram oferecidas duas formas de encaminhamento do questionário ao profissional: presencial ou por via eletrônica, por meio do sítio eletrônico de pesquisa *SurveyMonkey*¹. A pesquisa abordou os farmacêuticos sobre assuntos relacionados às suas características gerais, aos estabelecimentos onde atuam, às atividades de assistência (constantes na Resolução 44/2009), e buscou as percepções dos profissionais sobre como vêem a si mesmos e seu trabalho.

Para o cálculo estatístico, foi utilizado o teste de hipóteses não paramétrico de Qui-Quadrado, como forma de medir a associação entre as variáveis consideradas nos cruzamentos realizados, utilizando-se o programa Microsoft Excel®. Se o “p” observado foi menor que 5% ($p < 0,05$), houve evidência estatística de influência entre as respostas; caso contrário, as respostas foram consideradas independentes entre si.

4.1 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi encaminhado para avaliação ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da USP, com o questionário e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, APÊNDICE B) em agosto de 2012.

¹SurveyMonkey: ferramenta para a elaboração de questionários por meio eletrônico para empresas, governos, ONGs e área acadêmica, com recursos para a criação, coleta e análise dos dados (SURVEYMONKEY, 2012).

A aplicação do questionário aos farmacêuticos foi iniciada após a aprovação do mesmo pelo CEP da FCF-USP, obtida em 17/12/2012, pelo Parecer 179.203 (ANEXO A). Por sugestão da banca de qualificação, em 30/08/2013, o título do trabalho foi alterado, de “O farmacêutico na farmácia comunitária, na vigência da Resolução 44/2009: o desafio de consolidar o exercício da assistência farmacêutica, como passo inicial para a atenção farmacêutica, no município de São Paulo”, para o título atual.

4.2 CASUÍSTICA

4.2.1 População do estudo

Foi considerado o número de 2.737 farmácias comunitárias no município de São Paulo, regularizadas junto ao CRF-SP, conforme dados do próprio CRF, em maio de 2012 (CRF-SP, 2012). Partindo-se desse total, foi estabelecida a amostra de 350 estabelecimentos, por meio do cálculo de amostra aleatória simples, com 95% de aceitação (valor usual), e erro amostral tolerável = 5%, ou $E_0 = 0,05$ (BARBETTA, 2011).

As farmácias foram escolhidas aleatoriamente e proporcionalmente à quantidade de estabelecimentos por região do município (SÃO PAULO, PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2013). Os percentuais situam-se em 9% para a região central (número mínimo de 32 farmácias); 14% para a região norte (mínimo de 49 farmácias); 32% para a região sul (112 farmácias no mínimo); 34% para a região leste (mínimo de 119 farmácias) e 11% para a região oeste (38 farmácias). Os contatos telefônicos foram fornecidos pelo CRF-SP (SÃO PAULO, CRF-SP, 2012). Também foram utilizados os endereços eletrônicos das empresas e guias de bairro, disponibilizados na Internet.

4.2.2 Critérios de inclusão

Foram considerados para o estudo farmacêuticos que atuam nas:

- ♦ Farmácias e drogarias do município de São Paulo com atividade de dispensação de medicamentos industrializados, compreendendo as que, além dessa dispensação, também aviam e dispensam fórmulas magistrais;

- ♦ Farmácias e drogarias pertencentes a redes², e independentes.

4.2.3 Critérios de exclusão

Foram considerados como critérios de exclusão, farmacêuticos das:

- ♦ Farmácias que não contemplaram os critérios de inclusão.

4.2.4 Aplicação do questionário

O primeiro contato com o farmacêutico (sujeito de pesquisa) foi feito por via telefônica, para breve explicação sobre as características da pesquisa e para convidá-lo a participar da mesma. Foram oferecidas duas opções de participação: por via eletrônica, ou respondendo à versão impressa.

Para aqueles que optaram em participar do estudo pela via eletrônica, foi solicitado um endereço eletrônico para envio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, com o *link* de acesso para o questionário. O envio foi feito pelo correio eletrônico da Universidade de São Paulo. A mensagem enviada disponibilizou duas afirmativas, apresentadas a seguir:

- () Declaro que, após ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ter sido convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.
- () Declaro que não quero participar da pesquisa.

Se houve concordância por parte do sujeito de pesquisa, o mesmo assinalou a primeira opção. A afirmativa equivale ao “consentimento pós-esclarecido”, e assinalando esta opção, o questionário foi disponibilizado.

Foi colocado ao participante (no TCLE) que ele não precisaria responder às questões que não quisesse responder; ou poderia recusar-se a participar, por não concordar com os procedimentos descritos no TCLE, ou por quaisquer motivos. Nesse caso, o mesmo assinalou a segunda opção, que apresentou uma janela impossibilitando o acesso ao conteúdo do questionário.

Rede²: empresa que, na forma da lei, comercializa medicamentos, e possui estabelecimentos ou unidades chamadas usualmente, de filiais (BRASIL, CONGRESSO NACIONAL, 1973).

Se o farmacêutico convidado não respondeu após 15 dias do envio da pesquisa, novo contato foi feito (por telefone) para reforçar o convite. Foi também enviado um agradecimento para os farmacêuticos que participaram, novamente pelo correio eletrônico da Universidade.

Uma segunda forma de disponibilização do questionário por via eletrônica foi feita com a colaboração do CRF-SP, que enviou a pesquisa para os farmacêuticos com atuação em farmácias e drogarias no município de São Paulo, constantes no seu banco de dados. O envio foi concretizado por meio de um Termo de Cooperação Confidencial entre o CRF-SP e as responsáveis pela pesquisa. Foi utilizado o mesmo TCLE, com a solicitação aos farmacêuticos para que, se já houvessem respondido a pesquisa, não o fizessem novamente.

Foi disponibilizada ainda a forma de responder à pesquisa por meio de visita presencial no estabelecimento, para a entrega do TCLE, do questionário e de um envelope selado, endereçado ao pesquisador, para que o questionário respondido pudesse ser devolvido. O TCLE seria colhido no momento da visita, e o voluntário da pesquisa poderia optar por responder o questionário de imediato ou em momento oportuno, devolvendo-o respondido em até duas semanas.

A pesquisa envolveu risco mínimo com relação à participação dos profissionais. A não-rastreabilidade dos sujeitos de pesquisa foi garantida pelo uso do recurso do *SurveyMonkey* que tornou possível desativar o *IP* do computador utilizado (*IP = Internet Protocol*, “endereço” do computador). O uso dessa ferramenta impossibilitou a identificação dos *IP* dos computadores utilizados pelos entrevistados, mantendo-os anônimos.

O questionário foi composto por 25 perguntas, e o tempo previsto para respondê-lo foi estimado em 15 minutos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram colhidos 492 questionários. Desse total, 53 (10,8%) foram apenas abertos e fechados sem nenhuma pergunta respondida, ou foram recusados. Assim, o total de questionários contendo pelo menos uma pergunta respondida foi de 439. Como questionários parcialmente concluídos também foram considerados obteve-se

um total diferente de respostas para cada pergunta. Os percentuais obtidos para cada questão referem-se ao total de respostas daquela questão.

A forma presencial para responder à pesquisa não foi utilizada por nenhum dos sujeitos de pesquisa: todos optaram pelo envio do questionário por via eletrônica.

O número de farmácias que participaram da pesquisa, por região da cidade foi: 97 farmácias na região leste; 59 na região oeste; 71 na região norte; 168 na região sul, e 44 na região central.

O percentual obtido de farmácias por região foi próximo ao estimado, ficando inferior apenas na região leste, onde o previsto era de 34%, e foram obtidas 22,4% de respostas. Os números em percentuais são mostrados na Figura 5.1:

Figura 5.1 – Percentuais obtidos para o número de farmácias por região da cidade, segundo os farmacêuticos que responderam ao questionário para avaliar seu perfil de atuação na vigência da Resolução 44/2009, no município de São Paulo (n total = 439 respostas).

5.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS FARMACÊUTICOS QUE ATUAM NAS FARMÁCIAS E DROGARIAS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

A maioria dos farmacêuticos que responderam à pesquisa é do sexo feminino, com predomínio da faixa etária entre 26 a 35 anos, e minoria com 45 anos ou mais. A média de idade encontrada foi 32,7 anos (21 - 66 anos), conforme a Tabela 5.1. Os farmacêuticos da população estudada em São Paulo apresentaram idade média

menor que os de países como o Canadá, que em estudo abrangendo farmácias comunitárias de todas as regiões do país constatou, para os farmacêuticos, idade média de 45 anos (23 – 85 anos) (DOBSON et al., 2009); Estados Unidos, onde estudo realizado com farmacêuticos do segmento de farmácias, em Wisconsin, observou média de 49 anos, para os farmacêuticos daquele estado norte-americano (CHUI; LOOK; MOTT, 2013); ou Reino Unido, que no censo farmacêutico de 2008 apresentou idade média de 44 anos. Quanto à média britânica, esse dado inclui todos os segmentos de atuação dos farmacêuticos; no entanto, os que atuam em farmácias compreendem 71% do total de profissionais, representando a maioria, no Reino Unido (SESTON; HASSELL, 2009).

Em relação aos farmacêuticos do município de São Paulo, quase 70% afirmaram ter se formado e atuar como farmacêuticos em farmácias e drogarias há 5 anos ou menos (Tabela 5.1). Pelo pouco tempo de formados e de atuação da maioria dos entrevistados, tem-se que as farmácias constituem um segmento importante para a inserção do farmacêutico recém-formado no mercado, devido ao número de postos de trabalho que oferecem.

Com relação à formação, quase 90% formaram-se em instituições privadas (Tabela 5.2); a cidade de São Paulo possui 30 cursos de Farmácia em atividade, que correspondem a mais de 25% do total de cursos do Estado (BRASIL, e-MEC, 2014).

Sobre atualização profissional (pergunta 2b do questionário), 32,61% dos respondentes declararam ter concluído ou estarem realizando cursos de curta duração; 38,08% concluíram ou estão realizando cursos de pós-graduação, sendo 34,79%, cursos lato sensu (nível de especialização) e 3,29%, mestrado (Tabela 5.2).

Dessa forma, mais de 70% dos entrevistados estão envolvidos com cursos de especialização (de curta duração ou pós-graduação), o que se apresenta como uma resposta concreta de parte dos profissionais para a necessidade de qualificação. Quanto à frequência de realização de cursos, pouco mais de 30% dos respondentes dessa questão não realizou nenhum curso após a graduação (Tabela 5.2).

Tabela 5.1 – Características gerais dos farmacêuticos que atuam em farmácias e drogarias e que responderam ao questionário para avaliar seu perfil de atuação na vigência da Resolução 44/2009, no município de São Paulo:

Total de respostas	Questões	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
		Masculino	Feminino	-	-
439	Sexo	175 (39,86%)	264 (60,14%)		
		Até 25 anos	26 a 35 anos	36 a 44 anos	Mais de 45
431	Idade	80 (18,56%)	231 (53,60%)	81 (18,79%)	39 (9,05%)
		Até 5 anos	6 a 10 anos	11 a 15 anos	Mais de 15
438	Tempo de formado	303 (69,18%)	70 (15,98%)	35 (7,99%)	30 (6,85%)
		Até 5 anos	6 a 10 anos	11 a 15 anos	Mais de 15
435	Atua como farmacêutico em farmácia/drogaria	304 (69,89%)	69 (15,86%)	28 (6,44%)	34 (7,81%)

Tabela 5.2 – Dados sobre a formação dos farmacêuticos que atuam em farmácias e drogarias e que responderam ao questionário para avaliar seu perfil de atuação na vigência da Resolução 44/2009, no município de São Paulo:

Total de respostas	Questões	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
		Instituição pública	Instituição privada	-	-
435	Formação	45 (10,34%)	390 (89,66%)		
		Extensão (curta duração)	Pós-graduação lato sensu	Mestrado	Outros
365	Cursos complementares	119 (32,61%)	127 (34,79%)	12 (3,29%)	107 (29,31%)
		Mais de 1 por ano	1 curso por ano	1 a cada 2 anos	Nenhum, após a graduação
419	Frequência de realização	77 (18,38%)	103 (24,58%)	107 (25,54%)	132 (31,50%)

5.1.1 Associação entre o tipo de instituição cursada (pública ou privada) e outras características dos farmacêuticos avaliadas

Os egressos de instituições públicas apresentaram maiores percentuais de realização de cursos de pós-graduação lato sensu e mestrado, em relação aos oriundos de instituições privadas, que tiveram maior percentual para os cursos de curta duração ($p = 0,003$). Quanto à frequência de realização de cursos, também foi maior para os formados em instituições públicas ($p = 0,004$). Estes resultados podem indicar um maior interesse de atualização por parte dos egressos de instituições públicas; por outro lado, tem-se que estes possuem mais tempo de atuação em farmácias e drogarias do que os que estudaram em instituições privadas – que possuem expressiva maioria de seus egressos com até 5 anos de atuação nesse segmento ($p = 3,787E-05$), de acordo com a Tabela 5.3. Sendo assim, os egressos de instituições públicas teriam tido maior possibilidade de realização de cursos mais longos, como pós lato sensu e mestrado.

Sobre conhecimento dos conceitos *Assistência e Atenção Farmacêutica*, o percentual dos que afirmaram não distinguir a diferença entre eles foi maior para as instituições públicas ($p = 0,038$); com relação às BPF contidas na Resolução 44/2009, não houve diferença entre oriundos de instituições públicas e privadas ($p > 0,05$), conforme a Tabela 5.3.

Tabela 5.3 – Relação entre o tipo de instituição cursada (pública ou privada) frente a outras características dos farmacêuticos avaliadas:

(continua)

Variáveis para o tipo de instituição: pública ou privada	Instituição Pública	Instituição Privada	Total	Valor de p
Cursos complementares	N (%)	N(%)	N (%)	p
Curta duração	10 (23,81%)	109 (33,96%)	119 (32,78%)	0,003*
Pós-graduação lato sensu	18 (42,86%)	108 (33,65%)	126 (34,71%)	
Mestrado	5 (11,90%)	7 (2,18%)	12 (3,31%)	
Outros	9 (21,43%)	97(30,22%)	106 (29,20%)	
Total Geral	42 (100%)	321 (100%)	363 (100%)	
Frequência de realização	N (%)	N(%)	N (%)	p
Mais de 1 curso / ano	9 (20,93%)	68 (18,28%)	77 (18,55%)	0,004*
Cerca de 1curso / ano	7 (16,28%)	96 (25,81%)	103 (24,82%)	
Cerca de 1 a cada 2 anos	20 (46,51%)	86 (23,12%)	106 (25,54%)	
Nenhum após a graduação	7 (16,28%)	122 (32,79%)	129 (31,08%)	
Total Geral	43 (100%)	372 (100%)	415 (100%)	

Tabela 5.3 – Relação entre o tipo de instituição cursada (pública ou privada), frente a outras características dos farmacêuticos avaliadas:

(conclusão)

Variáveis para o tipo de Instituição: pública ou privada	Instituição Pública	Instituição Privada	Total	Valor de <i>p</i>
Tempo de atuação como farmacêutico em farmácias/drogarias	n (%)	n (%)	n (%)	<i>p</i>
Até 5 anos	20 (47,62%)	282 (72,49%)	302 (70,07%)	3,787E-05*
6 a 10 anos	6 (14,28%)	63 (16,20%)	69 (16,01%)	
11 a 15 anos	7 (16,67%)	21 (5,40%)	28 (6,50%)	
Mais de 15 anos	9 (21,43%)	23 (5,91%)	32 (7,42%)	
Total Geral	42 (100%)	389 (100%)	431 (100%)	
Conceitos Assistência e Atenção Farmacêutica	n (%)	n (%)	n (%)	<i>p</i>
Conhece a diferença	29 (69,05%)	261 (70,35%)	290 (70,22%)	0,038*
Confunde	9 (21,43%)	101 (27,22%)	110 (26,63%)	
Não conhece a diferença	4 (9,52%)	9 (2,43%)	13 (3,15%)	
Total	42 (100%)	371 (100%)	413 (100%)	
Conhecimento sobre as BPF ¹ da Resolução 44/2009	n (%)	n (%)	n (%)	<i>p</i>
Sim, totalmente	19 (46,34%)	177 (47,71%)	196 (47,57%)	0,155
Sim, parcialmente	20 (48,78%)	190 (51,21%)	210 (50,87%)	
Não conhece	2 (4,88%)	4 (1,08%)	6 (1,46%)	
Total Geral	41 (100%)	371 (100%)	412 (100%)	

BPF¹ - Boas Práticas Farmacêuticas

p* < 0,05 – possui significância estatística

5.1.2 Relação entre o tempo de formados diante de outras características dos farmacêuticos avaliadas

O cruzamento efetuado entre o tempo de formado e os cursos complementares realizados mostrou influência expressiva no tipo de curso: com até 5 anos de formados, os farmacêuticos fizeram mais cursos de curta duração, e com 6 a 10 anos de formados, mais cursos de pós-graduação lato sensu ($p = 5,524E-05$). Sobre a frequência de realização de cursos, a maioria dos formados há 5 anos ou menos não fez nenhum curso após a graduação, e a maioria dos formados há mais de 11 anos realizou 1 curso a cada 2 anos ($p = 0,001$). O maior tempo de formados mostrou influência significativa na quantidade de proprietários, sendo ou não RT, que tiveram maiores percentuais para os maiores tempos de formados ($p = 4235E-09$), conforme a Tabela 5.4.

Sobre o conhecimento dos conceitos Assistência Farmacêutica e AF, a maioria dos farmacêuticos, independentemente do tempo de formados, afirmou conhecer a diferença entre eles ($p = 0,040$). O tempo de formado não mostrou diferença em relação ao conhecimento das BPF da Resolução 44/2009 ($p > 0,05$). Estes dados são apresentados na Tabela 5.4.

Tabela 5.4 – Relação entre o tempo de formados, diante de outras características dos farmacêuticos avaliadas:

Variáveis para o tempo de formados	5 anos ou menos	6 a 10 anos	11 a 15 anos	Mais de 15 anos	Total	Valor de p
Cursos complementares	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	p
Curta duração	90 (36%)	11 (19,64%)	13 (40,62%)	5 (18,52%)	119 (32,60%)	5,524E-05*
Pós-graduação lato sensu	71 (28,4%)	30 (53,57%)	12 (37,50%)	14 (51,85%)	127 (34,79%)	
Mestrado	3 (1,20%)	5 (8,93%)	2 (6,25%)	2 (7,41%)	12 (3,29%)	
Outros	86 (34,40%)	10 (17,86%)	5 (15,63%)	6 (22,22%)	107 (29,32%)	
Total Geral	250 (100%)	56 (100%)	32 (100%)	27 (100%)	365 (100%)	
Frequência de realização	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	p
Mais de 1 curso/ ano	57 (19,86%)	14 (20,29%)	3 (8,57%)	3 (10,71%)	77 (18,38%)	0,001*
Cerca de 1 curso/ano	75 (26,13%)	15 (21,74%)	9 (25,71%)	4 (14,29%)	103 (24,58%)	
Cerca de 1 a cada 2 anos	56 (19,51%)	19 (27,54%)	17 (48,57%)	15 (53,57%)	107 (25,54%)	
Nenhum após a graduação	99 (34,49%)	21 (30,43%)	6 (17,14%)	6 (21,43%)	132 (31,5%)	
Total Geral	287 (100%)	69 (100%)	35 (100%)	28 (100%)	419 (100%)	
Vínculo com o estabelecimento	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	p
Proprietário	7 (2,32%)	4 (5,80%)	2 (7,41%)	3 (8,82%)	16 (3,7%)	4,235E-09
Proprietário e RT ¹	9 (2,98%)	9 (13,04%)	3 (11,11%)	11 (32,35%)	32 (7,41%)	
Farmacêutico-funcionário	125 (41,39%)	17 (24,64%)	6 (22,22%)	5 (14,71)	153 (35,42%)	
Farmacêutico-RT ¹	161 (53,31%)	39 (56,52%)	16 (59,26%)	15 (44,12%)	231 (53,47%)	
Total geral	302 (100%)	69 (100%)	27 (100%)	34 (100%)	432 (100%)	
Conceitos Assistência Farmacêutica e AF ²	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	p
Conhece a diferença	211 (73,5%)	38 (55,07%)	23 (69,7%)	20 (71,43%)	292 (70,02%)	0,040*
Confunde	71 (24,7%)	27 (39,13%)	8 (24,24%)	6 (21,43%)	112 (26,86%)	
Não conhece	5 (1,80%)	4 (5,80%)	2 (6,06%)	2 (7,14%)	13 (3,12%)	
Total Geral	287 (100%)	69 (100%)	33 (100%)	28 (100%)	417 (100%)	
Conhecimento sobre as BPF ³ da Resolução 44/2009	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	p
Sim, totalmente	131 (45,64%)	30 (44,12%)	20 (60,61%)	18 (64,29%)	199 (47,84%)	0,167
Sim, parcialmente	153 (53,31%)	36 (52,94%)	13 (39,39%)	9 (32,14%)	211 (50,72%)	
Não	3 (1,05%)	2 (2,94%)	0	1 (3,57%)	6 (1,44%)	
Total Geral	287 (100%)	68 (100%)	33 (100%)	28 (100%)	416 (100%)	

RT¹ – Responsável técnico
AF² - Atenção Farmacêutica

BPF³ – Boas Práticas Farmacêuticas
p* < 0,05 – possui significância estatística

5.1.3 Relação entre o tempo de atuação e outras características dos farmacêuticos avaliadas

O cruzamento entre o tempo de atuação como farmacêutico em farmácias e drogarias e os cursos complementares realizados não mostrou influência sobre o tipo de curso e a frequência de realização ($p > 0,05$), conforme Tabela 5.5. Esse dado mostrou-se diferente do que foi observado em relação ao tempo de formados dos farmacêuticos, que influenciou para o tipo de curso realizado e a frequência de realização (Tabela 5.4).

Observou-se que nem sempre há correlação direta entre o tempo de formados e o tempo de atuação como farmacêuticos em farmácias e drogarias. Esse fato foi constatado nas Tabelas 5.4 (com as variáveis para o tempo de formados) e 5.5 (variáveis

para o tempo de atuação), em relação aos cursos complementares realizados, à frequência de sua realização, e ao conhecimento dos conceitos de Assistência Farmacêutica e AF.

Com relação a como se caracteriza o estabelecimento (de rede ou independente), à medida que aumentou o tempo de atuação, aumentou significativamente o percentual de farmacêuticos nas farmácias independentes ($p = 2,58E-05$). Sobre o vínculo com o estabelecimento, o maior tempo de atuação aumentou o percentual de farmacêuticos proprietários, sendo ou não responsáveis técnicos (RT). Estes dois dados (como se caracteriza o estabelecimento e vínculo) correlacionados ao tempo de atuação, podem indicar a busca pelo estabelecimento próprio, no caso, independente, conforme aumenta o tempo de atuação do farmacêutico (Tabela 5.5).

Para todos os grupos, independentemente do tempo de atuação, obteve-se maior percentual de farmacêuticos RT ($p = 4,236E-09$). O tempo de atuação não influenciou no conhecimento da diferença entre os conceitos Assistência Farmacêutica e AF, e sobre as BPF da Resolução 44/2009 ($p > 0,05$), conforme a Tabela 5.5.

Tabela 5.5 – Relação entre o tempo de atuação como farmacêuticos em farmácias e drogarias, e outras características avaliadas:

(continua)						
Variáveis para o tempo de atuação como farmacêutico em farmácia drogaria	5 anos ou menos	6 a 10 anos	11 a 15 anos	Mais de 15 anos	Total	Valor de p
Cursos complementares	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	p
Curta duração	82 (32,80%)	19 (33,93%)	12 (44,44%)	6 (20,00%)	119 (32,78%)	0,183
Pós-graduação lato sensu	80 (32,00%)	23 (41,07%)	10 (37,04%)	14 (46,67%)	127 (34,99%)	
Mestrado	8 (3,20%)	1 (1,78%)	2 (7,41%)	0	11 (3,03%)	
Outros	80 (32,00%)	13 (23,22%)	3 (11,11%)	10 (33,33%)	106 (29,20%)	
Total Geral	250 (100%)	56 (100%)	27 (100%)	30 (100%)	363 (100%)	
Frequência de realização	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	p
Mais de 1 curso por ano	54 (18,62%)	11 (16,67%)	4 (14,28%)	7 (21,21%)	76 (18,22%)	0,096
Cerca de 1 por ano	75 (25,86%)	14 (21,21%)	9 (32,14%)	5 (15,15%)	103 (24,70%)	
Cerca de 1 a cada 2 anos	63 (21,72%)	19 (28,79%)	11 (39,29%)	14 (42,42%)	107 (25,66%)	
Nenhum após a graduação	98 (33,79%)	22 (33,33%)	4 (14,28%)	7 (21,21%)	131 (31,42%)	
Total Geral	290 (100%)	66 (100%)	28 (100%)	33 (100%)	417 (100%)	
Como se caracteriza o estabelecimento	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	p
Pertence a uma rede	207 (69,00%)	36 (52,94%)	14 (51,84%)	10 (30,30%)	267 (62,38%)	2,58E-05*
Independente	93 (31,00%)	32 (47,06%)	13 (48,16%)	23 (69,70%)	161 (37,62%)	
Total Geral	300 (100%)	68 (100%)	27 (100%)	33 (100%)	428 (100%)	

Tabela 5.5 – Relação entre o tempo de atuação e outras características dos farmacêuticos avaliadas: :

(conclusão)						
Variáveis para o tempo de atuação como farmacêutico em farmácia/drogaria	5 anos ou menos	6 a 10 anos	11 a 15 anos	Mais de 15 anos	Total	p
Vínculo com o estabelecimento	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	p
Proprietário	7 (2,32%)	4 (5,80%)	2 (7,41%)	3 (8,82%)	16 (3,70%)	4,236
Proprietário e RT ¹	9 (2,98%)	9 (13,04%)	3 (11,11%)	11 (32,35%)	32 (7,41%)	E-09*
Farmacêutico-funcionário	125 (41,39%)	17 (24,64%)	6 (22,22%)	5 (14,71%)	153 (35,42%)	
Farmacêutico-RT ¹	161 (53,31%)	39 (56,52%)	16 (59,26%)	15 (44,12%)	231 (53,47%)	
Total geral	302 (100%)	69 (100%)	27 (100%)	34 (100%)	432 (100%)	
Conceitos Assistência Farmacêutica e AF ²	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	p
Conhece a diferença	203 (70,49%)	42 (64,62%)	22 (81,48%)	22 (66,67%)	289 (69,98%)	0,519
Confunde	79 (27,43%)	20 (30,77%)	4 (14,82%)	9 (27,27%)	112 (27,12%)	
Não conhece a diferença	6 (2,08%)	3 (4,61%)	1 (3,70%)	2 (6,06%)	12 (2,90%)	
Total Geral	288 (100%)	65 (100%)	27 (100%)	33 (100%)	413 (100%)	
Conhecimento sobre as BPF ³ da Resolução 44/2009	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	p
Sim, totalmente	130 (45,14%)	28 (42,42%)	18 (66,67%)	22 (66,67%)	198 (47,83%)	0,065
Sim, parcialmente	155 (53,82%)	37 (56,06%)	9 (33,33%)	10 (30,30%)	211 (50,97%)	
Não	3 (1,04%)	1 (1,52%)	0	1 (3,03%)	5 (1,20%)	
Total Geral	288 (100%)	66 (100%)	27 (100%)	33 (100%)	414 (100%)	
RT ¹ - Responsável-técnico		BPF ³ – Boas Práticas Farmacêuticas				
AF ² – Atenção Farmacêutica		p* < 0,05 – possui significância estatística				

RT¹ - Responsável-técnico
AF² - Atenção Farmacêutica

BPF³ - Boas Práticas Farmacêuticas
p* < 0,05 - possui significância estatística

5.2 CARACTERÍSTICAS DOS ESTABELECIMENTOS FARMACÊUTICOS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Quanto ao tipo de estabelecimento (questão 4a), 62,47% dos respondentes trabalham em redes de farmácias ou drogarias; os outros 37,53% atuam em estabelecimentos independentes (Tabela 5.6). Muitos estabelecimentos que eram independentes, de acordo com relação fornecida pelo CRF-SP em março de 2012 (SÃO PAULO, CRF-SP², 2012), tornaram-se filiais de redes, o que foi observado nos contatos feitos durante a pesquisa.

Países como os Estados Unidos também demonstram esse perfil: lá, o número de farmácias independentes representa menos da metade do número total de estabelecimentos (NATIONAL COMMUNITY PHARMACISTS ASSOCIATION, 2013); no Reino Unido, o modelo de farmácia independente tem igualmente sido alterado, com a aquisição dos estabelecimentos pelas redes: menos de 42% das farmácias britânicas segue o padrão de pequena empresa, gerida pelo farmacêutico como proprietário; em 1994, esse percentual era de 66% (BUSH; LANGLEY; WILSON, 2009).

Para a questão 5 do questionário (vínculo dos farmacêuticos com os estabelecimentos onde atuam), 11,3% dos profissionais que responderam são proprietários; 43,3% são funcionários, mas não atuam necessariamente como responsáveis-técnicos pelo estabelecimento; a responsabilidade técnica é exercida por 61,1% dos entrevistados. Os percentuais somam mais de 100% porque as funções de proprietário e responsável-técnico, ou funcionário e responsável-técnico são exercidas de forma concomitante por muitos farmacêuticos (Tabela 5.6). O número de farmacêuticos proprietários e funcionários encontrado concorda com o maior número de redes (visto acima), onde os farmacêuticos atuam como funcionários da empresa.

Quanto ao número de farmacêuticos no estabelecimento (pergunta 24a), 26,07% possuem apenas 1; 33,33% possuem 2; 27,82%, 3 farmacêuticos; 12,78%, mais de 3. Assim, quase 75% das respostas referiram-se a estabelecimentos com 2, 3 ou mais farmacêuticos (Tabela 5.6). Esse número foi considerado, pelos respondentes da questão 24b, como suficiente para 46,09%; foi considerado insuficiente para 23,68% deles, e para 30,23%, o número foi considerado suficiente no momento em que foram questionados, mas para a implementação de mais SF, afirmaram que seria necessário aumentar o quadro. Portanto, o número de farmacêuticos foi insuficiente para quase 55% dos entrevistados, somando-se os que acham o número insuficiente aos que disseram que é suficiente no momento, mas não se houver implementação de mais SF (Tabela 5.6).

Tabela 5.6 – Características dos estabelecimentos farmacêuticos do município de São Paulo:

Total de Respostas	Questões	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
		Pertence a rede	Independente		
429	Como se caracteriza o estabelecimento	268 (62,47%)	161 (37,53%)	-	-
		Funcionário	Proprietário	RT ²	
434	Vínculo ¹	188 (43,32%)	49 (11,29%)	265 (61,06%)	-
		1	2	3	Mais de 3
399	Nº de farmacêuticos por estabelecimento	104 (26,07%)	133 (33,33%)	111 (27,82%)	51 (12,78%)
		Suficiente	Insuficiente	Para os SF ³ , insuficiente	-
397	Esse número é	183 (46,09%)	94 (23,68%)	120 (30,23%)	-

Vínculo¹ – essa pergunta permitiu 2 respostas, daí os percentuais somarem mais de 100%

RT² – Responsável-técnico SF³ – Serviços Farmacêuticos

5.2.1 Relação entre o tipo de estabelecimento (pertencente a rede ou Independente) diante de outras características avaliadas

Na relação “tipo de estabelecimento e regiões da cidade”, as regiões norte e sul mostraram maiores percentuais de estabelecimentos de redes; as regiões leste, oeste e centro, maiores percentuais de independentes ($p = 0,001$), conforme a Tabela 5.7.

Sobre o vínculo dos profissionais, obteve-se que os estabelecimentos independentes possuem, em relação aos de redes, significativamente mais proprietários, sendo ou não RT. Para as redes, é maior o número de farmacêuticos funcionários, também sendo ou não RT. A maior parte dos farmacêuticos que atuam em farmácias/drogarias é RT, para ambos os tipos de estabelecimento ($p = 2,137E-20$). As farmácias de redes possuem, significativamente, mais farmacêuticos que as independentes ($p = 4,274E-26$), e nelas também é maior a percepção da necessidade de mais farmacêuticos para incrementar os SF ($p = 0,002$), de acordo com a Tabela 5.7.

Outras características se mostraram distintas, nos cruzamentos efetuados para os dois tipos de estabelecimento: os SF “Administração de medicamentos injetáveis”, “Administração de medicamentos não injetáveis” e “AF” apresentaram maiores percentuais de prestação para os estabelecimentos de redes. Para todos os outros SF, os estabelecimentos independentes tiveram maiores percentuais de prestação ($p = 3,112E-13$), conforme a Tabela 5.7.

No atendimento, mais farmacêuticos das farmácias independentes declararam fornecer orientação detalhada aos usuários; já os farmacêuticos das redes, em sua maioria, disseram que há orientação, mas é sucinta ($p = 0,001$), de acordo com a Tabela 5.7. O não fornecimento de orientação detalhada por parte dos farmacêuticos de redes pode ser devido ao maior movimento observado nesse tipo de estabelecimento. Seston e Hassell (2014), em pesquisa realizada com farmacêuticos comunitários no Reino Unido observaram que, se o volume da dispensação aumenta, as intervenções clínicas são reduzidas. As autoras encontraram evidências de que, nos Estados Unidos, farmacêuticos que atuam em farmácias independentes demonstraram maior direcionamento para o cuidado, em relação aos farmacêuticos das redes, o que, além da maior disponibilidade de tempo, foi creditado à maior autoridade e acesso à informação, no caso dos farmacêuticos dos estabelecimentos independentes (SESTON; HASSELL, 2014). As

atividades assistenciais podem se constituir num diferencial de atendimento a ser evidenciado pelas farmácias independentes, para as quais é mais difícil competir com as redes na questão de preços.

Sobre a literatura para consulta, tanto nas redes como nas independentes, a maior parte é adquirida pelo estabelecimento; os farmacêuticos das farmácias independentes adquirem mais literatura, em relação aos das redes ($p = 0,003$) (Tabela 5.7).

Tabela 5.7 – Relação entre o tipo de estabelecimento (pertencente a rede ou independente) diante de outras características avaliadas:

(continua)				
Variáveis para tipo de estabelecimento: rede ou independente	Pertence a uma rede	Independente	Total	Valor de p
Localização do estabelecimento (região)	n (%)	n (%)	n (%)	p
Região norte	51 (19,03%)	19 (11,87%)	70 (16,35%)	0,001*
Região sul	118 (44,03%)	49 (30,62%)	167 (39,02%)	
Região leste	55 (20,52%)	41 (25,63%)	96 (22,43%)	
Região oeste	25 (9,33%)	26 (16,25%)	51 (11,92%)	
Centro	19 (7,09%)	25 (15,63%)	44 (10,28%)	
Total Geral	268 (100%)	160 (100%)	428 (100%)	
Vínculo com o estabelecimento	n (%)	n (%)	n (%)	p
Proprietário	4 (1,49%)	12 (7,45%)	16 (3,73%)	2,137E-20*
Proprietário e RT ¹	2 (0,75%)	29 (18,01%)	31 (7,23%)	
Farmacêutico-funcionário	130 (48,51%)	23 (14,29%)	153 (35,66%)	
Farmacêutico-RT ¹	132 (49,25%)	97 (60,25%)	229 (53,38%)	
Total geral	268 (100%)	161 (100%)	429 (100%)	
Número de farmacêuticos no estabelecimento	n (%)	n (%)	n (%)	p
1	23 (9,27%)	78 (53,79%)	101 (25,7%)	4,274E-26*
2	80 (32,26%)	51 (35,17%)	131 (33,33%)	
3	98 (39,52%)	12 (8,28%)	110 (27,99%)	
Mais de 3	47 (18,95%)	4 (2,76%)	51 (12,98%)	
Total Geral	248 (100%)	145 (100%)	393 (100%)	
O número de farmacêuticos é	n (%)	n (%)	n (%)	p
Insuficiente	56 (22,67%)	38 (26,39%)	94 (24,04%)	0,002*
Suficiente	102 (41,30%)	78 (54,17%)	180 (46,04%)	
Suficiente no momento, mas necessário aumentar para fornecer mais SF ²	89 (36,03%)	28 (19,44%)	117 (29,92%)	
Total Geral	247 (100%)	144 (100%)	391 (100%)	
SF prestados no estabelecimento	n (%)	n (%)	n (%)	p
Verificação da temperatura corporal	35 (5,26%)	62 (10,06%)	97 (7,57%)	3,112E-13*
Verificação da pressão arterial	81 (12,16%)	109 (17,69%)	190 (14,82%)	
Medição da glicemia capilar	43 (6,46%)	72 (11,69%)	115 (8,97%)	
Perfuração do lóbulo da orelha	52 (7,80%)	86 (13,96%)	138 (10,76%)	
Administração de medicamentos injetáveis	199 (29,88%)	130 (21,10%)	329 (25,66%)	
Administração de não-injetáveis	42 (6,31%)	23 (3,73%)	65 (5,07%)	
Atenção Farmacêutica	189 (28,38%)	107 (17,37%)	296 (23,09%)	
Atenção Farmacêutica domiciliar	10 (1,50%)	21 (3,41%)	31 (2,42%)	
Nenhum serviço é prestado	15 (2,25%)	6 (0,97%)	21 (1,64%)	
Total Geral	666 (100%)	616 (100%)	1282 (100%)	

Tabela 5.7 – Relação entre o tipo de estabelecimento (pertencente a rede ou independente) diante de outras características avaliadas:

				(conclusão)
Variáveis para tipo de estabelecimento: rede ou independente	Pertence a uma rede	Independente	Total	Valor de p
Como é feito o atendimento ao usuário	n (%)	n (%)	n (%)	p
Por meio de orientação detalhada	99 (41,25%)	88 (59,86%)	187 (48,32%)	0,001*
Por meio de orientação sucinta	127 (52,92%)	54 (36,74%)	181 (46,77%)	
Apenas entrega dos medicamentos	14 (5,83%)	5 (3,40%)	19 (4,910%)	
Total Geral	240 (100%)	147 (100%)	387 (100)	
Literatura disponível para consulta	n (%)	n (%)	n (%)	p
Restringe-se ao DEF ³ e é suficiente	13 (5,24%)	14 (9,72%)	27 (6,89%)	0,003*
Restringe-se ao DEF e é insuficiente	48 (19,35%)	33 (22,92%)	81 (20,66%)	
Há outras, adquiridas pela farmácia	130 (52,42%)	49 (34,03%)	179 (45,66%)	
Há outras, adquiridas pelo farmacêutico	57 (22,98%)	48 (33,33%)	105 (26,79%)	
Total Geral	248 (100%)	144 (100%)	392 (100%)	

RT¹ – Responsável-técnico

SF² – Serviço Farmacêutico

DEF³ – Dicionário de Especialidades Farmacêuticas

p* < 0,05 – possui significância estatística

5.3 CONHECIMENTO DOS FARMACÊUTICOS SOBRE OS CONCEITOS ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E AF, E SOBRE AS BPF DA RESOLUÇÃO 44/2009

O conhecimento do farmacêutico sobre conceitos, como Assistência Farmacêutica e AF, bem como sobre as BPF da Resolução 44/2009, são importantes para que o profissional, entendendo o direcionamento que a profissão vem tomando, possa preparar-se para as novas possibilidades e responsabilidades.

Com relação aos conceitos de AF e Assistência Farmacêutica (questão 6 do questionário), 69,9% dos entrevistados afirmaram conhecer bem a diferença entre eles; 27% os confundem, e 3,1% não conhecem a diferença entre os conceitos. Sobre as BPF da Resolução 44/2009, 47,7% dos respondentes declararam conhecê-las totalmente, 50,8% disseram que as conhecem de forma parcial, e 1,4% não as conhecem. Tem-se então que quase 70% dos entrevistados declararam conhecer a diferença entre AF e Assistência Farmacêutica, e quase metade deles afirmou conhecer totalmente as BPF (Tabela 5.8).

Apesar de não dominarem totalmente o conteúdo da Resolução 44/2009, a maioria dos pesquisados (74,9%) responderam, para a questão 8, que a Resolução valorizou o trabalho do farmacêutico; 18,2% disseram que a mesma não trouxe

nenhum benefício e 6,8%, que ela prejudicou o trabalho do farmacêutico, pelo aumento de responsabilidades (Tabela 5.8).

Algumas controvérsias entre respostas obtidas para outras perguntas do questionário podem indicar que o número dos farmacêuticos que confundem ou não conhecem os conceitos Assistência Farmacêutica e AF pode, no entanto, ser maior. Por exemplo, ao serem perguntados, na questão 14, sobre o fornecimento de SF, 74% dos respondentes disseram realizar a AF (visto no Item 5.6, Figura 5.5), cuja prática requer seguimento da farmacoterapia e avaliação dos resultados. Esse dado não pode ser confirmado em nosso modelo atual de estabelecimento farmacêutico, conforme observado pelos trabalhos pesquisados (BASTOS, CAETANO, 2010; MENESES, SÁ, 2010), e pelos dados coletados nesta pesquisa.

Tabela 5.8 – Conhecimento dos farmacêuticos que responderam ao questionário para avaliar seu perfil de atuação na vigência da Resolução 44/2009, sobre conceitos e sobre a própria Resolução, no município de São Paulo:

Total de Respostas	Questões	n (%)	n (%)	n (%)
		Conhece a diferença entre eles	Confunde	Não conhece a diferença
418	Conceitos: AF ¹ e Assistência Farmacêutica	292 (69,86%)	113 (27,03%)	13 (3,11%)
		Sim, totalmente	Sim, parcialmente	Não conhece
417	Conhece as BPF ² contidas na Resolução 44/2009	199 (47,72%)	212 (50,84%)	6 (1,44%)
		Valorizou o trabalho do farmacêutico	Não trouxe nenhum benefício	Prejudicou, pelo aumento de responsabilidades
411	A Resolução 44/2009	308 (74,94%)	75 (18,25%)	28 (6,81%)

AF¹ – Atenção Farmacêutica

BPF² – Boas Práticas Farmacêuticas

Um estudo realizado por Silva e Vieira (2004) em farmácias comunitárias de Ribeirão Preto, São Paulo, buscou avaliar o conhecimento dos farmacêuticos daquela cidade sobre a legislação sanitária e a regulamentação da profissão e constatou, na época, que apenas 22% dos farmacêuticos avaliados apresentaram um bom nível de conhecimento sobre a legislação sanitária pertinente às suas atividades (SILVA; VIEIRA, 2004). No presente trabalho (embora os conceitos avaliados junto aos farmacêuticos não tenham sido os mesmos) observou-se, quando foram abordadas as boas práticas constantes na Resolução 44/2009, que

menos da metade dos entrevistados as conhecem totalmente, e metade as conhece de forma parcial (Tabela 5.8). Estes números podem comprometer a prestação de assistência por parte desses profissionais; é necessário que os farmacêuticos estejam atentos à legislação sanitária vigente, para a segurança dos usuários e deles próprios.

5.3.1 Conhecimento dos conceitos AF e Assistência Farmacêutica e BPF da Resolução 44/2009 para as diferentes regiões da cidade

Em relação às diferentes regiões onde se localiza o estabelecimento, não há relação, por parte dos farmacêuticos, entre conhecimento dos conceitos AF e Assistência Farmacêutica, e BPF da Resolução 44/2009, e localização geográfica ($p > 0,05$), de acordo com a Tabela 5.9.

Tabela 5.9 – Conhecimento dos conceitos AF e Assistência Farmacêutica, e BPF da Resolução 44/2009, para as diferentes regiões da cidade:

Variáveis para região onde se situa o estabelecimento	Região Norte	Região Sul	Região Leste	Região Oeste	Centro	Total	Valor p
Conceitos Assistência Farmacêutica e AF ¹	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	p
Conhece a diferença	50 (71,43%)	112 (70%)	67 (72,83%)	34 (69,39%)	26 (63,41%)	289 (70,15%)	0,986
Confunde	18 (25,71%)	43 (26,87%)	23 (25,00%)	14 (28,57%)	13 (31,71%)	111 (26,94%)	
Não conhece	2 (2,86%)	5 (3,13%)	2 (2,17%)	1 (2,04%)	2 (4,88%)	12 (2,90%)	
Total Geral	70 (100%)	160 (100%)	92 (100%)	49 (100%)	41 (100%)	412 (100%)	
Conhecimento das BPF ² da Resolução 44/2009	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	p
Sim, totalmente	37 (52,86%)	74 (46,25%)	46 (49,46%)	26 (53,06%)	14 (34,15%)	197 (47,70%)	0,651
Sim, parcialmente	33 (47,14%)	84 (52,50%)	46 (49,46%)	22 (44,9%)	26 (63,41%)	211 (51,09%)	
Não	0	2 (1,25%)	1 (1,08%)	1 (2,04%)	1 (2,44%)	5 (1,21%)	
Total Geral	70 (100%)	160 (100%)	93 (100%)	49 (100%)	41 (100%)	413 (100%)	

AF¹ – Atenção Farmacêutica

BPF² – Boas Práticas Farmacêuticas

5.3.2 Relação entre o conhecimento dos conceitos AF e Assistência

Farmacêutica frente ao conhecimento das BPF da Resolução 44/2009

Menos da metade dos farmacêuticos entrevistados declarou conhecer totalmente as BPF (Tabela 5.8), mas dentro desse quadro, o cruzamento entre conhecimento dos conceitos AF e Assistência Farmacêutica, frente ao conhecimento das BPF, mostrou relação expressiva: os farmacêuticos que declararam conhecer os dois primeiros também, em sua maioria, disseram conhecem as BPF da Resolução 44/2009; os que

não os conhecem ou confundem disseram conhecer apenas parcialmente, ou não conhecem as BPF ($p = 1,239E-15$), conforme a Tabela 5.10.

Tabela 5.10 – Relação entre o conhecimento dos conceitos AF¹ e Assistência Farmacêutica frente ao conhecimento das BPF² da Resolução 44/2009:

Variáveis para os conceitos Assistência Farmacêutica e AF ¹	Conhece a diferença n (%)	Confunde n (%)	Não conhece a diferença n (%)	Total n (%)	Valor de p
Conhecimento sobre as BPF ² da Resolução 44/2009					
Sim, totalmente	166 (57,24%)	31 (27,43%)	2 (15,38%)	199 (47,84%)	1,239E-15*
Sim, parcialmente	123 (42,41%)	80 (70,80%)	8 (61,54%)	211 (50,72%)	
Não	1 (0,34%)	2 (1,77%)	3 (23,08%)	6 (1,44%)	
Total Geral	290 (100%)	113 (100%)	13 (100%)	416 (100%)	

AF¹ – Atenção Farmacêutica

BPF² - Boas Práticas Farmacêuticas

p* < 0,05 – possui significância estatística

5.4 O FARMACÊUTICO NA VISÃO DE SI MESMO E DE SEU TRABALHO

Para os farmacêuticos que responderam a pergunta 9 do questionário: - “Você se sente um profissional de saúde (...) atuando como farmacêutico comunitário?”, 49,76% declararam que se sentem profissionais de saúde com frequência, embora tenham que desempenhar atividades que fogem a esse contexto; 21,26% sempre se sentem profissionais de saúde; 19,08% raramente se sentem, caracterizando sua atividade como administrativa ou comercial; já 9,90% nunca se sentem integrantes da área da saúde (Figura 5.2).

Figura 5.2 – Percentuais de farmacêuticos que responderam ao questionário para avaliar seu perfil de atuação na vigência da Resolução 44/2009, no município de São Paulo, sobre sentirem-se profissionais de saúde no exercício de suas funções (n = 414).

Tem-se que mais de 70% dos farmacêuticos respondentes sentem-se, sempre ou com frequência, como profissionais de saúde; no entanto, quase 10% dos entrevistados nunca se sentem inseridos na área da saúde (Figura 5.2), o que pode significar que a farmácia comunitária precisa desenvolver mais atividades no contexto da assistência para que seja reconhecida, pela população e pelos profissionais da área, como estabelecimento de saúde; e que o farmacêutico se mostre participativo nesse processo, visto que as recentes medidas legais têm sido favoráveis a esse avanço, como as Resoluções 585/2013 e 586/2013 (BRASIL, CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA^{1,2}, 2013), e a Lei 13.021/2014; esta última definiu “farmácia” como estabelecimento de prestação de serviços farmacêuticos, saúde e orientação, e determinou a responsabilidade compartilhada entre farmacêutico e proprietário (BRASIL, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2014).

Em relação ao reconhecimento dos farmacêuticos como orientadores para o uso correto dos medicamentos, por parte da população atendida (pergunta 10), 4,59% disseram que sempre são reconhecidos pela população; 62,80% responderam que são reconhecidos com frequência crescente; 27,78% raramente se sentem reconhecidos, e 4,83% não vêem reconhecimento (Figura 5.3).

Figura 5.3 - Percentuais de farmacêuticos que responderam ao questionário para avaliar seu perfil de atuação na vigência da Resolução 44/2009 no município de São Paulo, sobre o reconhecimento que percebem por parte da população (n = 414).

Sobre a confiança dos usuários em relação às orientações fornecidas pelo farmacêutico (pergunta 11), 29,23% dos entrevistados disseram que sempre recebem demonstrações de confiança, e 58,45% as recebem com frequência. Já 12,32% não

têm essa percepção: 11,35% raramente as recebem, e 0,97% declararam que não as recebem (Figura 5.4).

Figura 5.4 – Percentuais de farmacêuticos que responderam ao questionário para avaliar seu perfil de atuação na vigência da Resolução 44/2009, no município de São Paulo, sobre a confiança demonstrada pelas pessoas atendidas em relação às orientações fornecidas (n = 414).

Estão destacados a seguir alguns resultados que apresentaram uma visão positiva auto-declarada dos farmacêuticos:

- ♦ 71,02% se sentem profissionais da saúde, sempre ou com frequência;
- ♦ 67,39% afirmaram que, sempre ou com frequência, se sentem reconhecidos pela população, em relação às orientações fornecidas;
- ♦ 87,68% disseram que percebem confiança por parte dos usuários, sempre ou com frequência, em relação às orientações.

A avaliação desses dados indica, de uma forma geral, que o farmacêutico possui uma visão positiva sobre sua atuação e sobre como é visto pela população atendida. Uma avaliação semelhante foi encontrada por Eades, Ferguson e O'Carroll (2011), em extensa revisão de literatura realizada entre 2001 e 2010, com trabalhos publicados na língua inglesa abrangendo principalmente farmacêuticos comunitários europeus e norte americanos. Os autores encontraram uma visão positiva por parte da população atendida, sobre o maior envolvimento do farmacêutico com os SF e a orientação em saúde. Concluíram, no entanto, que essa visão não foi unânime, o que não lhes causou estranheza, considerando a magnitude das mudanças que os farmacêuticos têm experimentado em seu rol de atividades, nos últimos anos (EADES; FERGUSON; O'CARROLL, 2011).

5.4.1 Relação entre o tempo de atuação em farmácias e drogarias e a visão do farmacêutico, de si mesmo e de seu trabalho

No cruzamento entre “tempo de atuação como farmacêutico” e “se ele se sente um profissional da saúde no exercício de suas funções”, o tempo de atuação mostrou influência nessa percepção: os que atuam há mais de 15 anos tiveram o maior percentual para sempre se sentirem profissionais da saúde ($p = 0,019$) (Tabela 5.11).

Ao avaliar “se o entrevistado vê reconhecimento de seu trabalho por parte da população”, independentemente do tempo de atuação, a alternativa com maior percentual foi “o farmacêutico tem sido reconhecido com frequência crescente” ($p = 0,024$). Para a confiança dos usuários em relação às orientações, o maior tempo de atuação obteve o maior percentual dos que sempre recebem demonstrações de confiança ($p = 0,007$), conforme a Tabela 5.11. O “sentir-se um profissional da saúde” e a “confiança em relação às orientações que fornece”, que se mostraram maiores com o maior tempo de atuação na área, indicam que a percepção de atuar no contexto da saúde pode estar sendo consolidada, conforme o tempo de atuação aumenta.

Tabela 5.11 – Relação entre o tempo de atuação em farmácias e drogarias e a visão do farmacêutico (de si mesmo e de seu trabalho):

Variáveis: tempo de atuação como farmacêutico em farmácias/drogarias	5 anos ou menos	6 a 10 anos	11 a 15 anos	Mais de 15 anos	Total	Valor de p
Se o entrevistado se sente um profissional da área da saúde	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	p
Não se sente	29 (10,14%)	5 (7,57%)	2 (7,14%)	4 (12,50%)	40 (9,71%)	0,019*
Raramente se sente	58 (20,28%)	16 (24,24%)	3 (10,71%)	2 (6,25%)	79 (19,17%)	
Sente-se com frequência	144 (50,35%)	36 (54,55%)	13 (46,43%)	12 (37,50%)	205 (49,76%)	
Sempre se sente	55 (19,23%)	9 (13,64%)	10 (35,71%)	14 (43,75%)	88 (21,36%)	
Total Geral	286 (100%)	66 (100%)	28 (100%)	32 (100%)	412 (100%)	
Se tem havido reconhecimento por parte da população	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	p
Não tem havido reconhecimento	10 (3,51%)	3 (4,55%)	2 (7,14%)	5 (15,15%)	20 (4,85%)	0,024*
Raramente tem havido	80 (28,07%)	21 (31,82%)	8 (28,57%)	5 (15,15%)	114 (27,67%)	
Tem havido, com frequência crescente	185 (64,91%)	37 (56,06%)	18 (64,29%)	19 (57,58%)	259 (62,86%)	
Sempre é reconhecido	10 (3,51%)	5 (7,57%)	0	4 (12,12%)	19 (4,61%)	
Total Geral	285 (100%)	66 (100%)	28 (100%)	33 (100%)	412 (100%)	
Se há confiança dos usuários em relação às orientações fornecidas	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	p
Não percebe confiança	3 (1,06%)	0	0	1 (3,03%)	4 (0,01%)	0,007*
Raramente há confiança	32 (11,27%)	9 (13,64%)	2 (7,14%)	4 (12,12%)	47 (11,44%)	
Frequentemente recebe	175 (61,61%)	39 (59,09%)	17 (60,71%)	8 (24,24%)	239 (58,15%)	
Sempre as recebe	74 (26,06%)	18 (27,27%)	9 (32,14%)	20 (60,61%)	121 (29,44%)	
Total Geral	284 (100%)	66 (100%)	28 (100%)	33 (100%)	411 (100%)	

$p^* < 0,05$ – possui significância estatística

5.4.2 Relação entre sentir-se profissional da saúde diante de outros aspectos relacionados à visão do farmacêutico, de si mesmo e de seu trabalho

No cruzamento entre a “se o farmacêutico se sente profissional da área da saúde” e “se ele vê reconhecimento por parte da população”, obteve-se que o sentir-se profissional da saúde altera significativamente o reconhecimento percebido: se o farmacêutico se sente inserido no contexto da saúde sempre ou com frequência, sua percepção de reconhecimento com frequência crescente por parte da população também é maior ($p = 1,288E-13$), de acordo com a Tabela 5.12.

Sobre as demonstrações de confiança em relação às orientações fornecidas, todos os grupos responderam, em sua maioria, que o farmacêutico frequentemente recebe tais demonstrações ($p = 8,012E-06$), conforme a Tabela 5.12.

Tabela 5.12 – Relação entre sentir-se profissional da saúde diante de outros aspectos voltados à visão do farmacêutico, de si mesmo e de seu trabalho:

Variáveis (se o entrevistado se sente profissional da saúde)	Não se sente	Raramente se sente	Sente-se com frequência	Sempre se sente	Total	Valor de p
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	p
Se tem havido reconhecimento por parte da população						
Não tem havido	5 (12,50%)	6 (7,59%)	8 (3,88%)	1 (1,14%)	20 (4,84%)	1,288 E-13*
Raramente tem havido	24 (60,00%)	36 (45,57%)	46 (22,33%)	9 (10,23%)	115 (27,85%)	
É reconhecido c/frequência crescente	6 (15,00%)	36 (45,57%)	146 (70,87%)	71 (80,68%)	259 (62,71%)	
Sempre é reconhecido	5 (12,50%)	1 (1,26%)	6 (2,91%)	7 (7,95%)	19 (4,60%)	
Total Geral	40 (100%)	79 (100%)	206 (100%)	88 (100%)	413 (100%)	
Confiança do usuário em relação às orientações fornecidas						
Não percebe confiança	2 (5,00%)	1 (1,28%)	0	1 (1,15%)	4 (0,98%)	8,012 E-06*
Raramente a confiança é demonstrada	8 (20,00%)	17 (21,79%)	16 (7,84%)	6 (6,90%)	47 (11,49%)	
Frequentemente recebe	25 (62,50%)	48 (61,54%)	122 (59,80%)	42 (48,27%)	237 (57,95%)	
Sempre as recebe	5 (12,50%)	12 (15,38%)	66 (32,35%)	38 (43,68%)	121 (29,58%)	
Total Geral	40 (100%)	78 (100%)	204 (100%)	87 (100%)	409 (100%)	

$p^* < 0,05$ – possui significância estatística

5.5 INCLINAÇÃO DO FARMACÊUTICO PARA AS ATIVIDADES ASSISTENCIAIS

Buscou-se verificar a inclinação dos entrevistados para a assistência nas perguntas que abordaram o atendimento: na questão “se demonstram postura pró-ativa, procurando resolver os PRM” (pergunta 12a), 47,94% dos respondentes disseram que sempre buscam resolvê-los, e 28,09% buscam resolvê-los com

frequência. 23,97% não procuram resolvê-los: 22,03% aconselham o paciente a procurar o médico, e 1,94% não tomam nenhuma atitude, por não possuírem as informações que acreditam serem importantes com relação aos PRM (Tabela 5.13).

Sobre os resultados dessa ação (resolução de PRM, pergunta 12b), 19,08% dos farmacêuticos sempre buscam saber o resultado, comunicando-se com o usuário; 51,21% buscam saber o resultado com frequência, de acordo com sua disponibilidade; 16,18% raramente buscam saber, e 13,53% nunca buscam saber o resultado de sua ação, pois a rotina de trabalho não permite. Assim, a maioria dos entrevistados demonstrou interesse pela farmacoterapia dos usuários atendidos: 76,03% disseram que buscam resolver os PRM (sempre ou com frequência), e 70,29% responderam que buscam saber o resultado dessa ação (resolução de PRM), também sempre ou com frequência, conforme a Tabela 5.13.

Em relação à comunicação com o médico sobre dúvidas quanto à prescrição (pergunta 13), 49,14% dos farmacêuticos afirmaram que sempre entram em contato; 17,28% entram em contato com frequência; já 33,58% têm dificuldade em relação a essa comunicação: 29,38% raramente entram em contato, e 4,20% nunca o fazem.

Tabela 5.13 - Inclinação dos farmacêuticos que responderam ao questionário para avaliar seu perfil de atuação na vigência da Resolução 44/2009, no município de São Paulo, para as atividades assistenciais:

(continua)

Total de Respostas	Questões	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
413	Sobre PRM ¹ de usuários	Sempre busca resolver os PRM 198 (47,94%)	Busca com frequência 116 (28,09%)	Encaminha o paciente ao médico 91 (22,03%)	Não: não possui informações 8 (1,94%)
414	PRM: busca saber o resultado da ação?	Sempre busca saber 79 (19,08%)	Busca com frequência 212 (51,21%)	Raramente busca 67 (16,18%)	Não; a rotina de trabalho não permite 56 (13,53%)
405	Dúvidas sobre a prescrição	Sempre contata o médico 199 (49,14%)	Contata com frequência 70 (17,28%)	Raramente; prefere que o paciente o faça 119 (29,38%)	Nunca entra em contato 17 (4,20%)

Tabela 5.13 - Inclinação dos farmacêuticos que responderam ao questionário para avaliar seu perfil de atuação na vigência da Resolução 44/2009, no município de São Paulo, para as atividades assistenciais:

Total de respostas	Questões	(conclusão)			
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
404	Se gostaria de exercer a AF ²	Sim, e buscaria se atualizar para exercê-la	Não: não se sente seguro tecnicamente	Não: falta de afinidade com a prática	Sem condições de avaliar no momento
		313 (77,48%)	8 (1,98%)	18 (4,45%)	65 (16,09%)
393	Na dispensação aos usuários	Há orientação detalhada	Há orientação, mas sucinta	Ocorre apenas a entrega	-
		191 (48,60%)	183 (46,56%)	19 (4,84%)	

PRM¹ – Problema Relacionado a Medicamentos

AF² – Atenção Farmacêutica

A dificuldade de interação com o médico é uma situação percebida em vários estudos, de diversos países que experimentam o redirecionamento do papel do farmacêutico. Esse papel se expande, mas há conflitos: muitos médicos não conhecem a disponibilização dos SF nas farmácias, e os farmacêuticos têm tido dificuldade em manter os dois papéis: o tradicional, voltado à dispensação, e o mais recente, de fornecedor de cuidados, e ainda sustentar o custo-efetividade dessas atividades em um nível favorável. Estudo conduzido na região de Perth (Austrália) apontou barreiras na relação entre médicos e farmacêuticos que atuavam nas farmácias: a visão mais comum dos médicos participantes do estudo, em relação ao farmacêutico, ainda era a do profissional voltado prioritariamente ao comércio (RIECK; PETTIGREW, 2013).

A não compreensão do papel do farmacêutico pelo médico, e a falta de interesse e/ou confiança demonstrados pelos médicos em relação aos farmacêuticos têm dificultado uma relação que, se melhorada, poderá consolidar a assistência ao paciente (GALLAGHER; GALLAGHER, 2012; TARN et al., 2012; RUBIO-VALERA et al., 2012).

Ao lado das dificuldades de entrosamento, há muitas experiências de trabalho em colaboração, nas quais o esforço conjunto levou ao melhor aproveitamento da farmacoterapia e aumento da adesão ao tratamento (KUCUKARSLAN et al., 2011), e à percepção de que o grau de colaboração entre médicos e farmacêuticos comunitários tende a se consolidar, em favor do benefício ao paciente (SNYDER et al., 2010).

Sobre se o entrevistado gostaria de exercer a AF (pergunta 15), 77,48% dos pesquisados que responderam gostariam, e buscariam se atualizar para exercê-la; 6,43% não gostariam: 1,98% porque não se sentem preparados tecnicamente, e 4,45% por não terem afinidade com a AF. 16,09% não souberam avaliar se gostariam ou não de exercer tal atividade.

Sobre a maneira como é feito o atendimento (pergunta 16 do questionário), 48,60% dos farmacêuticos relataram que fornecem orientação detalhada, no momento da dispensação; 46,56%, que há uma orientação sucinta; 4,84% responderam que ocorre apenas a entrega do medicamento. Estes dados são mostrados na Tabela 5.13.

5.5.1 Relação entre o tempo de atuação como farmacêutico diante de outros aspectos voltados para as atividades assistenciais

No cruzamento “tempo de atuação como farmacêutico em farmácias e drogarias” e “atitude do profissional em relação aos PRM”, foi obtido maior percentual para a alternativa “sempre busca resolver os PRM” ($p = 0,007$), independentemente do tempo de atuação. Ainda sobre este cruzamento, observou-se que os profissionais que atuam há menos tempo foram a maioria dos que não tomam ou raramente tomam atitude em relação aos PRM; os farmacêuticos com maior tempo de atuação (mais de 11 anos) foram os que apresentaram maiores percentuais para sempre buscarem resolver PRM, mostrando uma correlação entre tempo de atuação e interesse, ou capacidade para resolver PRM dos usuários (Tabela 5.14).

O tempo de atuação não teve influência sobre a conduta de entrar em contato com o médico, embora a maioria de cada grupo, independentemente do tempo de atuação, afirmou sempre entrar em contato, quando há dúvidas com relação à prescrição ($p > 0,05$). O tempo de atuação também não mostrou influência estatística sobre o desejo de exercer ou não a AF, mas a maioria dos questionados disseram que gostariam de exercê-la, independentemente do tempo de atuação ($p > 0,05$), conforme a Tabela 5.14.

Tabela 5.14 – Relação entre o tempo de atuação como farmacêutico diante de outros aspectos voltados para as atividades assistenciais:

Variáveis para: tempo de atuação como farmacêutico	5 anos ou menos	6 a 10 anos	11 a 15 anos	Mais de 15 anos	Total	Valor de p
Atitude em relação aos PRM ¹	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	p
Não toma nenhuma atitude	4 (1,41%)	0	0	3 (9,09%)	7 (1,71%)	0,007*
Raramente toma atitude	69 (24,29%)	15 (23,08%)	2 (7,15%)	5 (15,15%)	91 (22,2%)	
Toma, com alguma frequência	77 (27,11%)	23 (35,38%)	9 (32,14%)	5 (15,15%)	114 (27,80%)	
Sempre busca resolver PRM	134 (47,18%)	27 (41,54%)	17 (60,71%)	20 (60,61%)	198 (48,29%)	
Total Geral	284 (100%)	65 (100%)	28 (100%)	33 (100%)	410 (100%)	
Dúvida sobre a prescrição (se entra em contato com o médico)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	p
Nunca entra em contato	13 (4,64%)	2 (3,13%)	1 (3,70%)	1 (3,23%)	17 (4,23%)	0,408
Raramente entra em contato	83 (29,64%)	24 (37,50%)	7 (25,93%)	4 (12,90%)	118 (29,35%)	
Entra com frequência	45 (16,07%)	13 (20,31%)	6 (22,22%)	5 (16,13%)	69 (17,16%)	
Sempre entra em contato	139 (49,64%)	25 (39,06%)	13 (48,15%)	21 (67,74%)	198 (49,25%)	
Total Geral	280 (100%)	64 (100%)	27 (100%)	31 (100%)	402 (100%)	
Se gostaria de exercer a AF ²	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	p
Não, falta preparo técnico	7 (2,49%)	0	0	1 (3,23%)	8 (1,99%)	0,148
Não, falta afinidade	16 (5,69%)	1 (1,56%)	1 (3,85%)	0	18 (4,48%)	
Sem condição de avaliar no momento	37 (13,17%)	16 (25,00%)	7 (26,92%)	4 (12,90%)	64 (15,92%)	
Gostaria, e buscaria atualização	221 (78,65%)	47 (73,44%)	18 (69,23%)	26 (83,87%)	312 (77,61%)	
Total Geral	281 (100%)	64 (100%)	26 (100%)	31 (100%)	402 (100%)	

PRM¹ - Problema Relacionado a Medicamento

AF² - Atenção farmacêutica

p* < 0,05 – possui significância estatística

5.5.2 Relação entre sentir-se um profissional da saúde diante de outras situações relacionadas às atividades assistenciais

Observou-se uma associação significativa entre “sentir-se um profissional da saúde” e algumas atitudes relacionadas às atividades assistenciais. A maioria dos farmacêuticos que afirmaram se sentir, com frequência ou sempre, como profissionais de saúde, sempre buscaram resolver os PRM ($p = 0,003$), gostariam de exercer a AF ($p = 0,011$), e fornecem orientação detalhada ao usuário, no momento da dispensação ($p = 8,761E-06$), conforme a Tabela 5.15. Tais constatações indicam que o profissional se reconhece como agente de saúde, o que se mostra um fator de motivação para ele busque seu papel na assistência.

Em relação a entrar em contato com o médico sobre a prescrição, o sentir-se ou não um profissional da saúde não interferiu nessa conduta ($p > 0,05$), de acordo com a Tabela 5.15, mostrando ser esta uma prática comum entre a maioria dos entrevistados.

Assim, as questões relacionadas à assistência podem apontar que a inclinação para tais atividades não depende só de condições favoráveis (como local

apropriado e tempo disponível): essa inclinação depende também de um direcionamento pessoal do profissional para desenvolvê-las.

Tabela 5.15 – Relação entre o sentir-se um profissional da saúde, diante de outras situações relacionadas às atividades assistenciais:

Variáveis (se o entrevistado se sente da área da saúde)	Não se sente	Raramente se sente	Com frequência	Sempre se sente	Total	Valor de p
Atitude em relação a PRM ¹	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	p
Não toma nenhuma atitude	0	2 (2,56%)	5 (2,44%)	1 (1,14%)	8 (1,95%)	0,003*
Raramente toma atitude	14 (35,00%)	25 (32,05%)	41 (20,00%)	11 (12,50%)	91 (22,14%)	
Toma, com alguma frequência	9 (22,50%)	23 (29,49%)	65 (31,71%)	17 (19,32%)	114 (27,74%)	
Sempre busca resolver PRM	17 (42,50%)	28 (35,90%)	94 (45,85%)	59 (67,04%)	198 (48,17%)	
Total Geral	40 (100%)	78 (100%)	205 (100%)	88 (100%)	411 (100%)	
Se entra em contato com o médico em caso de dúvida	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	p
Nunca entra em contato	3 (7,50%)	7 (9,46%)	5 (2,48%)	2 (2,30%)	17 (4,22%)	0,066
Raramente entra em contato	8 (20,00%)	21 (28,38%)	66 (32,67%)	23 (26,44%)	118 (29,28%)	
Entra com frequência	7 (17,50%)	18 (24,32%)	30 (14,85%)	14 (16,09%)	69 (17,12%)	
Sempre entra em contato	22 (55,00%)	28 (37,84%)	101 (50,00%)	48 (55,17%)	199 (49,38%)	
Total Geral	40 (100%)	74 (100%)	202 (100%)	87 (100%)	403 (100%)	
Se gostaria de exercer a AF ²	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	p
Não, falta preparo técnico	2 (5,00%)	2 (2,70%)	4 (1,98%)	0	8 (1,99%)	0,011*
Não, falta afinidade	4 (10,00%)	7 (9,46%)	5 (2,48%)	2 (2,33%)	18 (4,48%)	
Sem condição de avaliar	10 (25,00%)	14 (18,92%)	24 (11,88%)	16 (18,60%)	64 (15,92%)	
Gostaria, e buscaria atualização	24 (60,00%)	51 (68,92%)	169 (83,66%)	68 (79,07%)	312 (77,61%)	
Total Geral	40 (100%)	74 (100%)	202 (100%)	86 (100%)	402 (100%)	
Na dispensação, como é feito o atendimento ao usuário	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	p
Com orientação detalhada	11 (29,73%)	28 (37,84%)	92 (47,18%)	59 (69,41%)	190 (48,59%)	8,761E-06*
Com orientação sucinta	20 (54,05%)	41 (55,40%)	95 (48,72%)	26 (30,59%)	182 (46,55%)	
Apenas entrega	6 (16,22%)	5 (6,76%)	8 (4,10%)	0	19 (4,86%)	
Total Geral	37 (100%)	74 (100%)	195 (100%)	85 (100%)	391 (100%)	

PRM¹ – Problema Relacionado a Medicamento

AF² - Atenção Farmacêutica

p* < 0,05 – possui significância estatística

5.6 PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NAS FARMÁCIAS E DROGARIAS

A pergunta 14 abordou a prestação dos SF nos estabelecimentos farmacêuticos: a maioria deles realiza um ou mais serviços; 5,2% dos respondentes declararam não realizar nenhum dos SF elencados na Resolução 44/2009, o que caracteriza esses estabelecimentos como apenas comerciais, não atendendo ao papel de unidades de prestação de assistência farmacêutica e orientação (BRASIL, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2014), conforme a Figura 5.5. O fato de apenas cerca de 5% dos estabelecimentos não oferecerem nenhum SF pode ser

interpretado como um percentual baixo de não prestação de serviços, mas para que as farmácias adquiram o perfil de estabelecimentos de saúde é importante que os SF sejam disponibilizados por todas elas.

O SF declarado com maior frequência de prestação foi a aplicação de medicamentos injetáveis, de acordo com 82,1% dos respondentes. O segundo SF com maior percentual foi a AF (74%), um percentual que pode ser considerado alto. Entretanto, esse resultado provavelmente se deu pela confusão em relação ao próprio conceito da AF como prática de trabalho, como discutido no Item 5.3. Outro indicativo de confusão sobre o conceito da AF: 74% dos respondentes declararam realizá-la (Figura 5.5), mas quase 50% deles disseram que, no momento da dispensação, fornecem orientação sucinta ao usuário (Tabela 5.13); não pode haver orientação sucinta, na conceituação da AF, que requer seguimento da terapia medicamentosa e registro dos resultados (BRASIL, AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA..., 2009).

Os outros SF prestados mostraram os seguintes percentuais: 47,9% para verificação da pressão arterial; 35,1% para perfuração do lóbulo da orelha; 29,2% para medição da glicemia capilar; 24,3% para verificação da temperatura corporal; 7,9% para AF domiciliar. Os percentuais somaram mais de 100% porque os estabelecimentos realizam mais de um serviço, de forma concomitante (Figura 5.5).

A implementação das atividades de assistência, dentre elas a prática da AF, não é uma realidade no país (BASTOS, CAETANO, 2010; MENESES, SÁ, 2010) e em nosso meio, as farmácias não têm inserção no sistema de saúde, sendo a prestação de serviços nesses estabelecimentos inerentemente limitada (FARINA; ROMANO-LIEBER, 2009). Uma padronização com relação à prestação de atividades assistenciais (por exemplo, um número mínimo de SF a serem oferecidos na farmácia), com o farmacêutico como o componente principal desse processo, poderá contribuir para o redirecionamento do papel desses estabelecimentos, beneficiando a população atendida.

Figura 5.5 - Percentuais de farmacêuticos que responderam ao questionário para avaliar seu perfil de atuação na vigência da Resolução 44/2009 no município de São Paulo, sobre os SF prestados nas farmácias e drogarias. Os percentuais somam mais de 100% porque os entrevistados puderam assinalar quantas alternativas considerassem válidas (n = 407).

Sobre as dificuldades apontadas pelos participantes para iniciar um atendimento no contexto da AF (pergunta 17), a alternativa mais citada foi a falta de local com privacidade (69,8%); 64,1% responderam falta de tempo; 45,6% afirmaram ser a falta de interesse por parte da gerência. A falta de conhecimento técnico-científico para atender o usuário foi citada por 20,9% dos entrevistados (Tabela 5.16). A falta de conhecimento e de prática em AF foi lembrada por Ambiel e Mastroianni (2013): as autoras observaram que as reformas nas matrizes curriculares dos cursos de farmácia ainda são recentes para que o profissional adquira o perfil humanístico proposto pela reformulação de 2002. Também são poucos os cursos de pós-graduação stricto sensu contemplando os temas "AF" e "Farmácia Clínica", e os cursos lato sensu, em sua maioria, não apresentam atividades práticas, e não estão vinculados a serviços de extensão universitária, ou a um serviço de saúde (AMBIEL; MASTROIANNI, 2013).

Tabela 5.16 – Entraves para o atendimento no contexto da AF, de acordo com os farmacêuticos que responderam ao questionário para avaliar seu perfil de atuação na vigência da Resolução 44/2009, no município de São Paulo:

Total de Respostas	Questão	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
401		Falta de privacidade	Falta de tempo	Falta de interesse da gerência	Falta de conhecimento	Outros fatores
	¹ Entrave(s) para a AF ²	280 (69,83%)	257 (64,09%)	183 (45,36%)	84 (20,95%)	109 (27,18%)

¹Entraves... – essa questão permitiu mais de 1 resposta; daí os percentuais somarem mais de 100%

AF² – Atenção Farmacêutica

Ainda na questão sobre as dificuldades para exercer a AF, se o entrevistado assinalou a alternativa “Outros fatores”, havia a possibilidade de descrevê-los. 107 entrevistados citaram um ou mais fatores, e as respostas mais frequentes foram:

- ⇒ Proprietários querem manter o modelo atual, voltado às vendas; não vêem a AF como atividade que possa trazer retorno financeiro (12% dos respondentes);
- ⇒ Falta de tempo e/ou interesse por parte da população (10%);
- ⇒ Falta de confiança da população nas orientações do farmacêutico (6%).

O fator “falta de interesse/confiança no trabalho do farmacêutico por parte da população” é ainda um limitador para que esse profissional assuma seu papel de provedor de cuidados em saúde: os resultados obtidos nesta pesquisa mostraram que o farmacêutico tem sido reconhecido com frequência crescente e que recebe demonstrações de confiança com frequência, por parte da população. No entanto, parte da população ainda não o conhece como fornecedor de serviços relacionados à assistência, e não solicita sua orientação, na farmácia comunitária (MOURA, COHN, PINTO, 2012; PEDROSO, MASTROIANNI, SANTOS, 2014), o que torna sua contribuição efetiva mais difícil de ser concretizada.

Outra dificuldade que pode ser apontada para o exercício das atividades assistenciais, dentre elas a AF, é a necessidade de permissão para a prestação de SF na ocasião do licenciamento anual do estabelecimento farmacêutico, conforme o Artigo 61 parágrafo 3º, da Resolução 44/2009 (BRASIL, AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2009). Embora não tenha sido citado pelos respondentes, este pode ser um fator que também limite a prestação dos serviços, e sendo o estabelecimento licenciado na forma da lei, a prestação dos SF deveria ser inerente, situação que talvez sofra alteração devido à Lei 13.021/2014, que posiciona as

farmácias como estabelecimentos de saúde (BRASIL, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2014).

5.7 RELACIONAMENTO DO FARMACÊUTICO COM A EQUIPE DE TRABALHO

Foi perguntado aos entrevistados (pergunta 22) se ocorrem discordâncias entre farmacêutico, funcionários e gerência: 51,39% responderam que funcionários e gerência possuem, de forma geral, boa vontade em relação às orientações ou determinações dos farmacêuticos; 15,11% responderam que há boa vontade por parte dos funcionários, mas dificuldade com relação à gerência; 33,5% informaram que ocorrem discordâncias frequentes por parte de funcionários e gerência, e há dificuldade para a aceitação de mudanças de comportamento e procedimento (Tabela 5.17).

A verificação de que mais da metade dos questionados afirmou haver boa vontade de parte da equipe (tanto funcionários como gerência) pode ser um dado positivo, já que sempre tem sido abordada a dificuldade de integração entre a visão ética representada pelo farmacêutico e a visão comercial dos demais, especialmente gerentes e proprietários, gerando dificuldades, desconforto e ausência de autonomia para o farmacêutico (FRANÇA FILHO et al., 2008; MOURA; COHN; PINTO, 2012). No entanto, ainda ocorrem conflitos, o que foi constatado pelo percentual de farmacêuticos que declararam haver discordâncias com funcionários e gerência (Tabela 5.17).

Perguntados se são chamados pelos funcionários ou gerente para orientar o usuário se não estão no atendimento naquele momento (pergunta 23), 71,03% dos entrevistados disseram que sempre são chamados pelos funcionários ou gerente; esse percentual pode indicar que o farmacêutico está sendo reconhecido pela equipe, como provedor de conhecimento sobre medicamentos. 17,38% gostariam de ser chamados com mais frequência, tornando-se mais participativos no processo de orientação; 11,59% afirmaram não serem chamados, se não estão presentes no momento da solicitação (Tabela 5.17).

Tabela 5.17 – Relacionamento do farmacêutico com a equipe de trabalho, de acordo com os farmacêuticos que responderam ao questionário para avaliar seu perfil de atuação. na vigência da Resolução 44/2009, no município de São Paulo:

Total de Respostas	Questões	n (%)	n (%)	n (%)
		Há boa vontade dos funcionários e gerência	Boa vontade dos funcionários, mas não da gerência	Discordâncias por parte de funcionários e gerência
397	Se funcionários/gerência aceitam as orientações do farmacêutico	204 (51,39%)	60 (15,11%)	133 (33,50%)
		Sempre é chamado para dar orientações	Gostaria de ser chamado com mais frequência	Não é chamado, se não está no momento do atendimento
397	Se o farmacêutico é chamado por funcionários/gerência para orientar o usuário	282 (71,03%)	69 (17,38%)	46 (11,59%)

5.7.1 Relação entre dificuldade do farmacêutico no relacionamento com a equipe de trabalho e o fato de ser solicitado para fornecer orientações ao usuário

No cruzamento entre “relacionamento do farmacêutico com funcionários e gerência” e “se ele é ou não chamado para dar orientações ao usuário”, os entrevistados que relataram haver boa vontade por parte da equipe mostraram ser expressivamente mais solicitados pela mesma equipe para dar orientações, quando comparados aos grupos que possuem dificuldade de relacionamento ($p = 2,399\text{E-}14$). Esse dado pode destacar a importância da integração com os demais componentes da equipe de trabalho, para que o farmacêutico possa exercer seu papel na orientação. Porém, independentemente do relacionamento do farmacêutico com sua equipe, a maior frequência de respostas foi para a alternativa “sempre é chamado para dar orientações” (Tabela 5.18).

Tabela 5.18 – Relação entre dificuldade do farmacêutico no relacionamento com a equipe de trabalho e o fato de ser solicitado para fornecer orientações ao usuário:

Variáveis (dificuldade para que funcionários e gerência aceitem as orientações do farmacêutico)	Dificuldade por parte da gerência e funcionários	Boa vontade dos funcionários; não da gerência	Boa vontade da gerência e funcionários	Total	Valor de p
É chamado por funcionários e gerentes para dar orientações no momento do atendimento?	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	p
Sempre é chamado	60 (45,45%)	43 (71,67%)	177 (87,62%)	280 (71,07%)	2,399
Gostaria de ser chamado c/ mais frequência	43 (32,58%)	12 (20,00%)	14 (6,93%)	69 (17,51%)	E-14*
Não é chamado, se não está no momento do atendimento	29 (21,97%)	5 (8,33%)	11 (5,45%)	45 (11,42%)	
Total Geral	132 (100%)	60 (100%)	202 (100%)	394 (100%)	

$p^* < 0,05$ – possui significância estatística

5.8 DOCUMENTOS INTRODUZIDOS PELA RESOLUÇÃO 44/2009 PARA ESTABELECIMENTO FARMACÊUTICO

Os documentos introduzidos pela Resolução 44/2009 para o estabelecimento farmacêutico são: Declaração de Serviço Farmacêutico (DSF), Manual de Boas Práticas (MBP) e Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), documentos que normatizam as atividades desenvolvidas no estabelecimento (BRASIL, AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2009). A Resolução 44/2009 foi a primeira Resolução da ANVISA a determinar que os procedimentos a serem cumpridos no estabelecimento farmacêutico devem constar nesses manuais (MBP e POPs), e a primeira a estabelecer a Declaração de Serviço Farmacêutico (DSF), entregue ao usuário após a prestação do serviço (BRASIL, AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2009).

Sobre a DSF, que registra a prestação do serviço (pergunta 18), 56,45% dos respondentes colocaram que a mesma segue o modelo do CRF-SP; 22,92% possuem modelo próprio, mais simples do que o do CRF-SP, e 20,63% seguem modelo próprio não baseado no do CRF-SP. No preenchimento da DSF para entrega aos usuários (pergunta 19), 28,77% dos farmacêuticos afirmaram não encontrar problemas. 71,23% afirmaram que a DSF é longa e detalhada; destes, 14,25% relataram que os usuários apoiam essa atividade, e 56,98% disseram que há reclamações por parte dos usuários (Tabela 5.19).

Sobre o MBP e os POPs (pergunta 20a), 37,28% dos entrevistados disseram que foram elaborados por eles, e 62,72%, que os manuais seguem um modelo padrão da empresa. Esse dado concorda com a constatação de que a maior parte dos estabelecimentos farmacêuticos pesquisados pertence a redes de farmácias, que possuem um modelo único para suas filiais. Com relação à atualização dos manuais (pergunta 20b), a maioria (69,77%) os mantém atualizados (Tabela 5.19).

Sobre a literatura para consulta, a Resolução 44/2009 aborda indiretamente esta questão no seu artigo 23, ao relacionar, dentre as atribuições do responsável legal (gerente ou proprietário), a capacitação e treinamento de todos os profissionais envolvidos nas atividades do estabelecimento (BRASIL, AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2009). Ao questionar a literatura disponível (questão 21) constatou-se que para 6,77% dos entrevistados a literatura restringe-se ao DEF[®] (Dicionário de Especialidades Farmacêuticas), sendo por eles considerada

suficiente; para 20,55%, a literatura restringe-se ao DEF[®], mas foi considerada insuficiente; 27,07%, disseram que dispunham de outras fontes, adquiridas pelo farmacêutico; 45,61% relataram possuir outras fontes além do DEF[®], adquiridas pelo estabelecimento (Tabela 5.19).

Alguns pontos podem ser levantados na questão da literatura para consulta: o fato de quase 7% dos questionados terem disponível apenas o DEF[®] (que é um bulário) e acharem essa fonte suficiente pode indicar que o foco do proprietário ou do próprio farmacêutico é a comercialização, e não a assistência. Os farmacêuticos que adquiriram outras fontes com recursos próprios mostraram consciência para a necessidade de fontes de consulta, e se o estabelecimento não as forneceu, empenharam-se em providenciá-las. 45,61% dos respondentes declararam dispor de outras fontes, adquiridas pelo estabelecimento, o que concorda com a determinação da Resolução 44/2009 (artigo 23), sobre as atribuições do responsável legal.

Tabela 5.19 – Dados sobre DSF¹, MBP³ e POPs⁴, de acordo com os farmacêuticos que responderam ao questionário para avaliar seu perfil de atuação na vigência da Resolução 44/2009, no município de São Paulo:

Total de Respostas	Questões	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
		Segue o modelo do CRF-SP	Modelo mais simples que do CRF-SP	Modelo não baseado no CRF-SP	-
349	A DSF ¹ entregue após a prestação do SF ²	197 (56,45%)	80 (22,92%)	72 (20,63%)	-
		Geralmente não há problemas	Acham-na longa, mas os usuários apoiam	Longa: há reclamações dos usuários	-
351	No preenchimento e entrega da DSF	101 (28,77%)	50 (14,25%)	200 (56,98%)	-
		Foram elaborados pelo farmacêutico	Modelo da empresa	-	-
397	Sobre MBP ³ e POPs ⁴	148 (37,28%)	249 (62,72%)	-	-
		Estão atualizados	Estão em atualização	-	-
397	Sobre MBP e POPs	277 (69,77%)	120 (30,23%)	-	-
		Restringe-se ao DEF [®] e é suficiente	Restringe-se o DEF [®] , e é insuficiente	Há outras fontes, adquiridas pelo farmacêutico	Outras fontes, adquiridas pelo estabelecimento
399	Literatura disponível no estabelecimento	27 (6,77%)	82 (20,55%)	108 (27,07%)	182 (45,61%)

DSF¹ – Declaração de Serviço Farmacêutico

SF² – Serviço Farmacêutico

MBP³ – Manual de Boas Práticas

POPs⁴ – Procedimentos Operacionais Padrão

DEF[®] – Dicionário de Especialidades Farmacêuticas

5.8.1 Relação entre os modelos da Declaração de Serviço Farmacêutico (DSF) e a opinião dos usuários sobre a mesma

No cruzamento entre os modelos da DSF e a opinião dos usuários sobre a mesma, independentemente do modelo que apresenta, a maioria dos respondentes declarou que os usuários acham-na longa e detalhada demais, havendo reclamações ($p = 0,016$), de acordo com a Tabela 5.20. Um modelo mais compacto, embora traga menos detalhes sobre a condição da pessoa atendida, poderá facilitar a interação entre farmacêutico e usuário, que nem sempre está disposto a gastar o tempo necessário para fornecer tantas informações. A maior parte dos farmacêuticos que responderam não haver problemas para o preenchimento da DSF usa o modelo próprio, não baseado no modelo do CRF-SP.

Tabela 5.20 - Relação entre os modelos da DSF fornecida após a prestação do Serviço, e a opinião dos usuários sobre a mesma:

Variáveis (sobre a DSF ¹ entregue após a realização do mesmo)	Segue o modelo do CRF-SP	Modelo próprio, mais simples que do CRF-SP	Modelo próprio, não comparado ao do CRF-SP	Total	Valor de p
Na etapa de preenchimento da DSF ¹ , os usuários	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	p
Acham-na longa e detalhada; há reclamações	109 (55,61%)	50 (62,5%)	38 (53,52%)	197 (56,77%)	0,016*
Acham-na longa, mas apoiam	37 (18,88%)	9 (11,25%)	4 (5,63%)	50 (14,41%)	
Na maioria das vezes, não há problema para o preenchimento	50 (25,51%)	21 (26,25%)	29 (40,85%)	100 (28,82%)	
Total Geral	196 (100%)	80 (100%)	71 (100%)	347 (100%)	

DSF¹ – Declaração de Serviço Farmacêutico

$p^* < 0,05$ – possui significância estatística

5.9 SUGESTÕES DOS FARMACÊUTICOS PARA QUE A AF POSSA TORNAR-SE REALIDADE NAS FARMÁCIAS E DROGARIAS

Com relação às sugestões apresentadas para que a prática da AF possa tornar-se realidade (pergunta 25, aberta), houve abstenção de quase metade dos participantes%. Para os que responderam a essa questão ($n = 234$), as principais colocações fornecidas são listadas a seguir, conforme a frequência com que foram citadas (Tabela 5.21). As sugestões focalizaram pontos que, se melhorados ou corrigidos, podem contribuir para que o farmacêutico se torne um profissional atuante em relação à saúde da população, na visão dos entrevistados. Como foram

dadas, geralmente, duas ou mais sugestões, os percentuais somaram mais do que 100%.

Tabela 5.21 - Respostas dos farmacêuticos para a pergunta aberta “Que sugestões você daria para que a prática da AF nas farmácias possa tornar-se realidade”, de acordo com os farmacêuticos que responderam ao questionário para avaliar seu perfil de atuação na vigência da Resolução 44/2009, no município de São Paulo (n = 234):

Sugestões para que a AF¹ possa ser exercida nas farmácias e Drogarias do município de São Paulo (total de 234 respostas)	Percentual Obtido (%)
Mais tempo disponível para as atividades assistenciais	27,8
Conscientização dos empresários sobre os SF ² , dentre eles a AF	19,3
Necessidade de melhor capacitação para os farmacêuticos	18,4
Autonomia e autoridade para o farmacêutico (valorização do profissional)	18,4
Infraestrutura (especialmente local adequado, com privacidade)	17,9
Informação para que a população conheça o farmacêutico	16,3
Medidas facilitadoras legais e subsídios financeiros por parte dos órgãos profissionais e governamentais	15,5
Melhor remuneração para o farmacêutico	7,0
Maior integração entre profissionais (acesso ao prescritor, prescrição compartilhada)	6,0
Maior comprometimento por parte dos próprios farmacêuticos	6,0

AF¹ – Atenção Farmacêutica
SF² – Serviço Farmacêutico

A colocação mais citada pelos entrevistados como sugestão para exercer a AF na pergunta 25, aberta, foi a disponibilização de tempo para as atividades assistenciais (na questão 17, sobre as maiores dificuldades para um atendimento voltado à AF, a alternativa mais citada foi a falta de privacidade, conforme a Tabela 5.16). A necessidade de tempo disponível, citada por 27,8% dos respondentes, pode ser relacionada aos resultados obtidos nesta pesquisa, que mostraram a existência de maior número de farmácias pertencentes a redes, em relação aos estabelecimentos independentes. No modelo das redes, o fluxo de atendimento geralmente é maior, e em consequência, dispensa-se menor tempo ao usuário. Esta colocação encontra respaldo no fato de que os maiores percentuais de farmacêuticos que declararam realizar orientação detalhada aos usuários foram os

de estabelecimentos independentes (Tabela 5.7). Foi observado, nas respostas dadas pelos farmacêuticos para a questão aberta, que muitos trataram o conceito “Atenção Farmacêutica” como um atendimento atencioso e gentil, não demonstrando conhecê-la como prática de trabalho.

Sobre a conscientização dos empresários (proprietários, gerentes de redes de farmácias), 19,3% dos respondentes relataram que eles não demonstram interesse em desenvolver a AF porque não a vêem como possibilidade de ganhos financeiros, salvo algumas respostas isoladas, que afirmaram ver seu movimento aumentar pela fidelização dos clientes após a introdução da AF. De modo geral, segundo os entrevistados, o modelo atual de estabelecimento farmacêutico, voltado à venda de produtos, é o único viável na visão dos empreendedores do segmento. Nesse sentido, é importante que eles possam conhecer e discutir os modelos que ofereçam não apenas produtos, mas também serviços, viabilizando o oferecimento da AF.

Com relação à capacitação, 18,4% dos farmacêuticos que responderam a pergunta 25 citaram sua necessidade, e o aumento dos conteúdos voltados à assistência durante a graduação, bem como a educação continuada após sua conclusão. Esse dado contrasta com os apenas 2% de respondentes que, quando perguntados sobre se gostariam de exercer a AF, disseram que não, por não se sentirem seguros no aspecto técnico (e, portanto, necessitando de maior capacitação), conforme visto na Tabela 5.13.

Comentando o aspecto da capacitação, tornou-se necessário readequar o currículo dos cursos de farmácia; mesmo os países que não têm uma infraestrutura adequada em saúde procuraram introduzir conhecimentos voltados à assistência aos seus futuros farmacêuticos durante a graduação (AHMED; HASAN; HASSALI, 2010). Nesse contexto, o Brasil também reformulou o currículo de graduação do farmacêutico, com a Resolução CNE nº 2/2002. (BRASIL MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO 2002), mas essa grade curricular tem oferecido poucos subsídios para a formação de profissionais com perfil mais humanístico. Com relação à formação complementar, existem poucos cursos de pós-graduação stricto sensu que contemplam os temas “AF” e “farmácia clínica” em seus programas, e a maioria dos cursos de pós-graduação lato sensu não apresenta atividades práticas (AMBIEL; MASTROIANNI, 2013). Esse pode ser um indicativo de que os professores também não possuem a vivência prática, e há dificuldade em vincular os cursos a cenários de

prática, como farmácias comunitárias ligadas a escolas, ou instituições de saúde que possam oferecer conteúdos práticos aos alunos.

Quanto à falta de autonomia, 18,4% dos respondentes relataram essa situação, e afirmaram que suas orientações são frequentemente contestadas em favor da postura comercial que os estabelecimentos priorizam. Disseram que essa postura, como a prática da “empurroterapia” realizada por atendentes para conseguirem mais comissões, pode colocar em risco a qualidade do atendimento e a própria segurança do usuário. Nesse sentido, a aprovação da Lei 13.021/2014, que regulamenta as farmácias como unidades de prestação de serviços, e assegura que farmacêutico e proprietário devem atuar solidariamente, traduz-se em valiosa contribuição para que o farmacêutico não seja desautorizado ou desconsiderado em relação às orientações e determinações por ele emitidas (BRASIL, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2014).

O farmacêutico precisa ser conhecido pela população, afirmaram 16,3% dos farmacêuticos ao responderem à pergunta aberta: sem conhecer o profissional e como ele pode contribuir para a saúde atuando em uma farmácia, a população não solicitará seus serviços. Esta necessidade também é apontada por outros países em desenvolvimento, que citaram a falta de conhecimento sobre o farmacêutico por parte da população como um entrave para as atividades centradas no paciente/usuário; os autores sugeriram que haja, por parte das autoridades de saúde, orientação para a população, sobre o papel do farmacêutico na promoção da atenção primária à saúde (EL HAJJ; HAMID, 2010; RAYES; HASSALI; ABDUELKAREM, 2014).

As dificuldades para que o farmacêutico se aproxime do usuário/paciente e possa desenvolver atividades de assistência (como a AF) no ambiente das farmácias não são exclusivas de uma grande cidade em um país em desenvolvimento como São Paulo, onde se desenvolveu esta pesquisa. Países com mais estrutura para realizar tais atividades também relatam suas dificuldades: os farmacêuticos australianos, embora qualificados e treinados para fornecer a AF, ainda não assumiram plenamente seu papel no cuidado, concentrando-se, em parte, no modelo tradicional de dispensação (MAK et al., 2012); as farmácias norte-americanas ainda não realizam as intervenções para melhorar a adesão ao tratamento de forma sistematizada, não conseguem mensurar plenamente a relação custo-efetividade para as intervenções farmacêuticas, e precisam otimizar sua

demanda de trabalho em prol da qualidade do serviço prestado (RICKLES et al., 2010; CHISHOLM-BURNS et al., 2010; STUBBINGS, 2011; CHUI; LOOK; MOTT, 2014); os farmacêuticos canadenses e britânicos necessitam de mais tempo para desenvolver as atribuições centradas no paciente, e buscam melhorar suas habilidades de comunicação para o atendimento (DOBSON et al., 2009; LATIF; POLLOCK; BOARDMAN, 2011; LALIBERTÉ et al., 2012); na Espanha, os profissionais afirmam que os órgãos de saúde precisam incentivar a prática da AF (TOLEDO et al. 2011). Na Malásia e em outros países asiáticos os farmacêuticos enfrentam deficiências de infraestrutura (como espaço físico inadequado), falta de incentivos monetários, necessidade de quebra de barreiras junto aos médicos, e formação profissional deficiente (AHMED; HASAN; HASSALI, 2010; RAYES; HASSALI; ABDUELKAREM, 2014).

A superação dessas barreiras passa pela conscientização, informação e educação dos próprios farmacêuticos e da população, bem como da aproximação entre farmacêuticos e médicos, de forma a concretizar a colaboração entre esses profissionais. O conjunto desses fatores possibilitará a oportunidade, para o farmacêutico, de vivenciar os novos papéis da profissão (MAK et al., 2012; RIECK; PETTIGREW, 2013).

As medidas facilitadoras por parte dos órgãos profissionais e governamentais, requisitadas por 15,5% dos respondentes da pergunta 25, estão se concretizando: na esfera legal destaca-se a própria Resolução 44/2009 da ANVISA, as já citadas Resoluções 585 e 586/2013 do CFF (sobre a regulamentação das atividades clínicas e da prescrição farmacêutica), e a aprovação da Lei 13.021, acima mencionada.

Os subsídios financeiros, também apontados como sugestão para viabilizar a AF, poderão se concretizar tendo como exemplos os modelos implementados pelos países citados neste trabalho: contratos e/ou acordos para o acesso e a manutenção dos SF, efetivados entre órgãos governamentais de saúde ou seguradoras de saúde, e as farmácias: Estados Unidos, com o *Medicare Part D* (UNITED STATES DEPARTMENT OF LABOR, 2012); Austrália, com o *Fifth Community Pharmacy Agreement - 5CPA* (AUSTRALIAN GOVERNMENT, DEPARTMENT OF HEALTH AND AGEING, 2013); Reino Unido, com o *New Community Pharmacy Contract* (PHARMACEUTICAL SERVICES... PSNC, 2013), e Alemanha, com o *Family Pharmacy Contract* (EICKHOFF; SCHULZ, 2006). Esses países buscam se estruturar para inserir o farmacêutico nos programas de assistência, e a questão da

remuneração, um dos grandes entraves para a efetivação desses programas, está sendo equacionada em cada um deles. Em comum, tem-se que os valores pagos pelos SF estão sendo desvinculados da dispensação, por meio de ganhos em separado.

Dentre as necessidades apontadas pelos entrevistados, o fator “melhor remuneração” foi citado por apenas 7% deles, o que pode surpreender: os farmacêuticos valorizaram outras questões, e não colocaram a remuneração como destaque, dentre suas aspirações.

6 CONCLUSÕES

Conclui-se que os farmacêuticos do município de São Paulo, em sua maioria: são jovens, formaram-se em instituições privadas, têm realizado cursos complementares com frequência, e são contratados como responsáveis técnicos.

Embora estejam familiarizados com os termos “Atenção Farmacêutica” e “Assistência Farmacêutica”, os profissionais não dominam completamente tais conceitos, bem como as BPF da Resolução 44/2009. O crescente reconhecimento de seu trabalho pela população, e o fato de que se sentem profissionais da área de saúde, aponta para uma mudança positiva, no sentido de procurarem exercer a provisão de cuidados no contexto da atenção primária.

A Resolução 44/2009 não é ainda plenamente conhecida pelos farmacêuticos, mas segundo eles, valorizou sua atuação no segmento das farmácias e drogarias..

Em relação ao Manual de Boas Práticas Farmacêuticas (MBP), Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) e Declaração de Serviços Farmacêuticos (DSF), documentos introduzidos por esta Resolução, observou-se que os manuais são mantidos atualizados pela maioria dos farmacêuticos; quanto à DSF, poderá ser simplificada, como forma de facilitar a relação farmacêutico-paciente/usuário, no momento do atendimento.

Sobre os Serviços Farmacêuticos, incluindo a AF, os farmacêuticos não estão trabalhando de acordo com as premissas da Resolução 44/2009: encontram dificuldades para o exercício das atividades assistenciais, e vêem necessidade de medidas que facilitem sua introdução e manutenção. Apesar de demonstrarem

inclinação para a assistência, esses profissionais não o fazem na prática como rotina, e apontam como obstáculos diversos motivos, dentre os quais: falta de tempo, falta de espaço adequado (com privacidade), falta de conscientização dos empresários em relação aos SF, necessidade de capacitação para as novas atribuições, e falta de autonomia e autoridade.

O fato de apenas 7% citarem a necessidade de melhor remuneração indica que os farmacêuticos priorizaram outros fatores a serem melhorados para que a AF, com seus componentes assistenciais, possa ser efetivada. São fatores que, sintetizados, referem-se direta ou indiretamente à valorização profissional.

Como limitação deste trabalho, cita-se que o questionário não foi formalmente validado: buscou-se o retorno de aproximadamente vinte dentre os primeiros questionados, que informaram não terem tido dificuldade em relação à compreensão das perguntas. A falta de estudos anteriores sobre o tema, focalizando a Resolução 44/2009, demonstra a necessidade de que mais trabalhos sejam efetuados para acompanhar as alterações que estão acontecendo no segmento da profissão farmacêutica que possui o maior número de profissionais: as farmácias e drogarias.

A presença do farmacêutico nas farmácias e drogarias do município de São Paulo se consolida, mas ainda se depara com limitações, apesar das possibilidades que a legislação recente já efetivou.

REFERÊNCIAS

AHMED, S. L.; HASAN, S. S.; HASSALI, M.A. Clinical pharmacy and pharmaceutical care: a need to homogenize the concepts. **Am J Pharm Educ.**, Kuala Lumpur, v.15, 74(10), 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3058439/?tool=pubmed>>. Acesso em: 13 jul. 2012.

ALENCAR, T. O. S.; BASTOS, V. P.; ALENCAR, B. R.; FREITAS, I. V. Dispensação farmacêutica: uma análise dos conceitos legais em relação à prática profissional. **Rev Ciênc Farm Básica Apl** Araraquara, v. 32, n.1, 2011. Disponível em: <http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/view/1221/1047>. Acesso em: 13 jul. 2012.

AMARANTE, L. C. et al. A influência do acompanhamento farmacoterapêutico na adesão à terapia anti-hipertensiva e no grau de satisfação do paciente. **Rev Ciênc Farm Básica Apl** Araraquara, v. 31, n. 3, set.-dez. 2010. Disponível em: <http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/1116/990>. Acesso em: 14 dez. 2012.

AMBIEL, I. S. S.; MASTROIANNI, P. C. Resultados da atenção farmacêutica no Brasil: uma revisão. **Rev Ciênc Farm Básica Aplic.**, v. 34, n. 4, p. 475-80. Disponível em: http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/view/2743/En. Acesso em: 28 ago 2014.

AMERICAN ASSOCIATION OF COLLEGES OF PHARMACY (ACPE). Accreditation standards and guidelines for the professional program in pharmacy leading to the doctor of pharmacy degree, Standards nº 12 and 13. Chicago, 2006. Disponível em: https://www.acpeaccredit.org/pdf/ACPE_Revised_PharmD_Standards_Adopted_Jan152006.pdf

AMERICAN COLLEGE OF CLINICAL PHARMACY, ACCP. The definition of clinical pharmacy. **American College of Clinical Pharmacy Board of Regents**, abr. 2005. Disponível em: <http://www.accp.com/docs/about/ClinicalPharmacyDefined.pdf>>. Acesso em: 08 fev. 2012.

AMERICAN PHARMACISTS ASSOCIATION (APhA). APhA MTM Central - What is Medication Therapy Management? Washington DC, 2013. Disponível em: <<http://www.pharmacist.com/mtm>>. Acesso em 04 set. 2013.

ATKINSON, J.; ROMBAUT, B. The 2011 Pharmine report on pharmacy and pharmacy education in the European Union. *Pharmacy Practice*, v 9, n. 4, 2011. Disponível em: <<http://scielo.isciii.es/pdf/pharmacin/v9n4/report1.pdf>>. Acesso em 30 ago 2014.

AUSTRALIAN HEALTH PRACTITIONER REGULATION AGENCY (AHPRA). Relatório Anual Ano de 2011. Disponível em: <<http://www.ahpra.gov.au/>>. Acesso em: 04 set. 2013.

AUSTRALIAN GOVERNMENT, DEPARTMENT OF HEALTH AND AGEING. **Pharmacy: pharmacy and government arrangements** - fifth community pharmacy agreement. Disponível em: <<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/fifth-communitypharmacyagreement>>. Acesso em: 06 set. 2013.

ANGONESI, D.; SEVALHO, G. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. **Ciênc. saúde colet**, Rio de Janeiro, v.15, supl.3, p.3603-14, nov. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900035>. Acesso em 01 jul. 2012.

AUSTRALIAN GOVERNMENT, DEPARTMENT OF HEALTH AND AGEING. **Pharmacy: pharmacy and government arrangements** - fifth community pharmacy agreement. Disponível em: <<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/fifth-community-pharmacy-agreement>>. Acesso em: 06 set. 2012.

BARBETTA, P. A. **Estatística aplicada às ciências sociais**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2011.320 p.

BASTOS, S. et al. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e procura da contracepção de emergência em farmácias e drogarias do município de São Paulo. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 787-99, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902009000400021&script=sci_arttext. Acesso em: 16 dez. 2012.

BASTOS, C. R. G.; CAETANO, R. As percepções dos farmacêuticos sobre seu trabalho nas farmácias comunitárias em uma região do estado do Rio de Janeiro. **Ciênc. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 15 (supl. 3), p. 3541-50, nov. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900029>. Acesso em: 19 dez. 2012.

BRASIL, AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução RDC 44 de 17 de agosto de 2009. Dispõe sobre boas práticas farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, dispensação e comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 ago. 2009. Disponível em <http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2009/pdf/180809_rdc_44.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2012.

_____. (ANVISA). Resolução RDC 41 de 26 de julho de 2012. Altera a Resolução RDC 44 de 17 de agosto de 2009, que dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0041_26_07_2012.html>. Acesso em 20 mai. 2013.

BRASIL, CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA - CFF. Resolução nº. 357 de 20 de abril de 2001. Dispõe sobre as Boas Práticas em Farmácia. Disponível em: <<http://www.cffsp.org.br/legislacao/1169-resolucao-no-357-de-20-de-abril-de-2001-cff.html>>. Acesso em 28 jun. 2012.

_____. Resolução nº. 499 de 17 de dezembro de 2008. Dispõe sobre a prestação de serviços farmacêuticos, em farmácias e drogarias, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/res499_08.pdf>. Acesso em 02 jul. 2012.

_____.¹ Resolução nº 585 de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2013.

_____.² Resolução nº 586 de 29 de agosto de 2013. Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/586.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2013.

BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, Conselho Nacional de Educação, Resolução CNE nº 2, de 19 de fevereiro de 2002. Institui a duração e a carga horária dos cursos de licenciatura, de graduação plena, de formação de professores da Educação Básica em nível

superior. 2002. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CP022002.pdf>. Acesso em: 08 jul 2012.

BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, SISTEMA e-MEC. Instituições de educação superior e cursos cadastrados; 2014. Disponível em: <https://emec.mec.gov.br/>.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Atenção primária e promoção da saúde. Brasília, 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro8.pdf. Acesso em: 20 jun 2014.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 3.916 de 30 de outubro de 1998. Aprova a política nacional de medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 nov. 1998. Seção 1, p.18. Disponível em: http://www.cff.org.br/userfiles/file/portarias/3916_gm.pdf. Acesso em: 14 dez. 2011.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Conselho Nacional de Saúde. Resolução 338 de 06 de maio de 2004. Aprova a política nacional de assistência farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 Mai. 2004. Disponível em: http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucao_sanitaria/338.pdf. Acesso em: 16 dez. 2011.

BRASIL, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, Casa Civil. 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5991.htm. Acesso em 20 mai 2012.

_____. Lei 9.782 de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19782.htm. Acesso em: 10 set. 2012.

_____. Lei 9.787 de 10 de fevereiro de 1999. Estabelece o medicamento genérico e os nomes genéricos, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19787.htm. Acesso em: 05 jul 2012.

_____. Lei 13.021 de 08 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13021.htm. Acesso em: 15 ago 2014.

BUSH, J.; LANGLEY, C. A.; WILSON, K. A. The corporatization of community pharmacy: implications for services provision, the public health function, and pharmacy's claims to professional status in the United Kingdom. **Res Soc Adm Pharm**, Birmingham, v. 5, n. 4, p. 305-15, dez 2009. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1551741109000291>.

CANTANHEDE, R. F. F. O controle jurisdicional dos atos normativos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - o caso da Resolução RDC n. 44/2009. **Rev. dir. sanit.**, v. 13, p.1-10. 2012. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/55691> Acesso em: 22 mai 2013.

CHAN, P. et al. A systematic review of remuneration systems for clinical pharmacy care services. **Can. Pharm. J.**, v.141, n.2, p. 102-12, mar 2008. Disponível em: [http://www.cpjjournal.ca/doi/abs/10.3821/1913701X\(2008\)141%5B102:ASRORS%5D2.0.CO;2](http://www.cpjjournal.ca/doi/abs/10.3821/1913701X(2008)141%5B102:ASRORS%5D2.0.CO;2). Acesso em 13 ago. 2012.

CHISHOLM-BURNS, M. A. et al. Economic effects of pharmacists on health outcomes in the United States: A systematic review. **Am J Health-Syst Pharm.**, Bethesda, v. 67, p.1624-34, out. 2010. Disponível em: <<http://www.ajhp.org/content/67/19/1624.long?hw-tma-check=true>>. Acesso em: 21 jul. 2012.

CHUI M. A.; LOOK, K. A.; MOTT, D. A. The association of subjective workload dimensions on quality of care and pharmacist quality of work life. **Res Soc Adm Pharm**, Madison, v. 10, n. 2, p. 329-40, mar-abr 2014. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1551741113000946>. Acesso em 24 08 2014.

COOPER, R. J. et al. Learning to prescribe – pharmacists' experiences of supplementary prescribing training in England. **BMC Medical Education**, London, v. 8, n. 57, 2008. Disponível em: <<http://w21.biomedcentral.com/1472-6920/8/57/>>. Acesso em: 30 set. 2012.

CORRER¹, C. J. et al. Satisfação dos usuários com serviços da farmácia: tradução e validação do *Pharmacy Services Questionnaire* para o Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, jan 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000100009>. Acesso em 25 jun 2014.

CORRER², C. J. et al. Avaliação econômica do seguimento farmacoterapêutico em pacientes com diabetes melito tipo 2 em farmácias comunitárias. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, São Paulo, v. 53, n. 7, out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S000427302009000700006&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 set 2012.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F.; SOLER, O. Assistência Farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. *Rev Pan-Amaz Saúde*. Curitiba, v. 2, n. 3, 2011. Disponível em: <<http://www2.cff.org.br/userfiles/53%20%20CORRER%20C%20J%20Assist%C3%ABncia%20Farmac%C3%ABtica%20integrada%20ao%20processo%20de%20cuidado%20em%20sa%C3%BAde%20gest%C3%A3o%20cl%C3%ADnica%20do%20medicamento.pdf>>. Acesso em 26 jun 2014.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. **A prática farmacêutica na farmácia comunitária**. Porto Alegre: Artmed, 2013. 442 p.

COURTENAY, M.; GERADA, C.; HAYWOOD, J. Working with non-medical prescribers. **Brit. J Gen Pract.**, Surrey, v. 61, n. 583, p. 85-6, fev. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3026144/>>. Acesso em: 01 out. 2012.

DURASINGH, L. B.; SANKAR, V.; HARIHARAN, S. The need for a national level competency or licensing examination for the Doctor of Pharmacy Degree in India. **Am J Pharm Educ.**, Coimbatore, v. 12, n. 77, p. 6. art. 133, ago. 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3748314/>>. Acesso 28 fev 2014.

DOBSON, R. T., et al. Taking the lead: community pharmacist's perception of their role potential within the primary care team. **Res Soc Adm Pharm**, Saskatoon, v. 5, n. 4, p. 328, dez 2009. Disponível em: <www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1551741108001137>. Acesso em: 19 ago 2014.

EADES, C. E.; FERGUSON, J. S.; O'CARROLL, R. E. Public health in community pharmacy: a systematic review of pharmacist and consumer views. **BMC Public Health**, Stirling, v. 11,

p. 582, 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3146877/>. Acesso em 28 ago 2014.

EICKHOFF, C.; SCHULZ, M. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in Germany. **Ann. Pharmacoter.**, Berlim, v. 40, n. 4, p. 729-35, abr. 2006. Disponível em: <http://aop.sagepub.com/content/40/4/729.full>>. Acesso em 05 out. 2012.

ELIAS, M. N.; BURDEN, A. M.; CADARETTE, S. M. The impact of pharmacist interventions on osteoporosis management: a systematic review. **Osteoporos. Int.**, Toronto, v. 22, p. 2587-96, jul. 2011. Disponível em: <http://www.springerlink.com/content/003w738037201051/fulltext.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2012.

EL HAJJ, M. S.; HAMID, Y. Breast cancer health promotion in Qatar: a survey of community pharmacists' interests and needs. **Int J Clin Pharm**, Doha, v. 35, n. 3, p. 376-85, nov 2010. Disponível em: <http://rd.springer.com/article/10.1007/s11096-010-9449-y/fulltext.html>>. Acesso em: 29 ago 2014.

ESTEVEZ PINTO, L. S. A farmácia e a drogaria sob a nova ótica da RDC n. 44/2009 da Anvisa. **Rev. Dir. Sanit.**, São Paulo, v. 12, n. 2, out. 2011. Disponível em: http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S151641792011000300008&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 mai. 2013.

FARINA, S. S.; ROMANO-LIEBER, N. S. Atenção farmacêutica em farmácias de drogarias: existe um processo de mudança? **Saúde Soc**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 7-18, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n1/02.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2012.

FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE FARMACÊUTICOS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Joint FIP/WHO Guidelines on good pharmacy practice: standards for quality pharmacy services, 2011. Disponível em: https://www.fip.org/www/uploads/database_file.php?id=331&table_id=>. Acesso em 28 ago 2014.

FEGADOLLI, C. et al. A percepção de farmacêuticos acerca da possibilidade de implantação da atenção farmacêutica na prática profissional. **Rev. Espaç. Saúde**, Londrina, v. 12, n. 1, p.58-57, dez. 2010. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v12n1/apercepcao.pdf>>. Acesso em 16 jul. 2012.

FRANÇA FILHO, J. B. et al. Perfil dos farmacêuticos e farmácias em Santa Catarina: indicadores de estrutura e processo. **Rev. Bras. Cienc. Farm.**, São Paulo, v. 44, n. 1, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-93322008000100012&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 dez. 2012.

GALATO, D. et al. A dispensação de medicamentos: uma reflexão sobre o processo para prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia. **Rev. Bras. Cienc. Farm.**, São Paulo, v. 44, n. 3, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v44n3/a17v44n3.pdf>>. Acesso em 4 jul 2014.

GALLAGHER, R. M.; GALLAGHER, H. C. Improving the working relationship between doctors and pharmacists: is inter-professional education the answer? **Adv in Health Sci Educ**, Dublin, v. 17, n. 2, p. 247-57, 2012. Disponível em: <http://rd.springer.com/article/10.1007%2Fs10459-010-9260-5>>. Acesso em: 24 ago 2014.

GEORGE, P. P. et al. The evolving role of the community pharmacists in chronic disease management – a literature review. **Ann. Acad. Med. Singapore**, Singapura, v. 39, n.11, p.

861-7, nov. 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21165527>>. Acesso em: 05 out. 2012.

HAINES, S. L. et al. Report of the 2009-2010 Professional Affairs Committee: Pharmacist Integration in Primary Care and the Role of Academic Pharmacy. **Am J Pharm Educ.**, Palm Beach, v.74, n.10, dez. 2010.

Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3058453/>>. Acesso em: 03 ago. 2012.

HEPLER, C.D.; STRAND, L.M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **Am J Hosp Pharm**, Gainesville, v. 47, n. 3, p. 533-431990, mar. 1990. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Opportunities%20and%20responsibilities%20in%20pharmaceutical%20care%20Hepler#>>. Acesso em: 04 jan. 2012.

HOBSON, R. J.; SCOTT, J.; SUTTON, J. Pharmacists and nurses as independent prescribers: exploring the patients perspective. **Fam Pract**, Bath, v. 27, n.1, 2010, p. 110-20. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19858124>>. Acesso em: 30 set. 2012.

JEONG, H. S. Pharmaceutical reforms: implications through comparisons of Korea and Japan. **Health Policy**, Amsterdam, v. 93, p. 165-71, 2009. Disponível em: [http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510\(09\)00182-1/abstract](http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510(09)00182-1/abstract)>. Acesso em 22 nov. 2012.

KASSAM, R.; COLLINS, J. B.; BERKOWITZ, J. Patient satisfaction with pharmaceutical care delivery in community pharmacies. **Patient Prefer. Adher**, Vancouver, v. 6, p. 337-348. 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3340119/>>. Acesso em: 25 jul. 2012.

KEHRER, J. P. et al. Cooperation in pharmacy education in Canada and the United States. **Am. J. Pharm. Educ.** Edmonton, v. 74, n. 8, art. 142. Out. 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2987282/pdf/ajpe142.pdf>>. Acesso em: 13 ago 2012.

KHEIR, N.; SAAD, D. A.; NAIMI, S. A. Pharmaceutical care in the arabic-speaking Middle East: literature review and country informant feedback. **Avicenna**, v.2, Qatar, jul. 2013. Disponível em: <http://www.qscience.com/doi/abs/10.5339/avi.2013.2>>. Acesso em: 18 dez 2013.

KINGS COLLEGE LONDON. Independent Prescribing Course for Pharmacists. London, 2012. Disponível em: <http://www.kcl.ac.uk/biohealth/research/divisions/ips/education/programmes.aspx#PG>>. Acesso em: 30 set. 2012.

KUCUKARSLAN, S. et al. Physician beliefs and attitudes toward collaboration with community pharmacists. **Res Soc Adm Pharm**, Ann Arbor, v. 7, n. 3, p. 224-32, 2011. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1551741110000793>>. Acesso em: 24 ago 2014.

LALIBERTÉ, M. C. et al. Ideal and actual involvement of community pharmacists in health promotion and prevention: a cross-sectional study in Quebec, Canada. **BMC public health**, London, v. 12, 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3342160/?tool=pmcentrez>>. Acesso em: 12 ago 2012.

LATIF, A.; POLLOCK, K.; BOARDMAN, H. F. The contribution of the Medicines Use Review (MUR) consultation to counseling practice in community pharmacies. **Patient Educ Couns**,

Nottingham, v. 83, n. 3, p. 336-44, jun. 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3145978/>>. Acesso em: 30 set. 2012.

LAW, M. R.; MA, T.; FISHER, J.; SKETRIS, I. S. Independent pharmacist prescribing in Canada. **Canadian Pharm. J**, Vancouver, v. 145, n.1, p. 17-23, jan. 2012. Disponível em: <http://www.cpjjournal.ca/doi/abs/10.3821/1913-701X-145.1.17>>. Acesso em: 15 ago. 2012.

MAK, V. S. L. et al. Pharmacists awareness of Australia's health care reforms and their beliefs and attitudes about their current and future roles. **Int J of Pharm Pract**, Londres, v. 20, n.1, p. 33-40, fev. 2012. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.2042-7174.2011.00160.x/full>>. Acesso em: 08 set. 2012.

MARRIOTT, J. L. et al. Pharmacy Education in the context of australian practice. **Am J Pharm Educ.**, Parkville, Victoria, v. 72, n.6, 2008. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2661177/>>. Acesso em 29 jun 2014.

MAURÍCIO, M. J. N. G. D. Cuidados farmacêuticos: relevância e impacto no contexto actual da saúde.. Dissertação (Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde) - Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, 2009. Disponível em: <http://repositorio.iscte.pt/handle/10071/1750>>. Acesso em: 20 jul. 2012.

MEDEIROS, E. F. F. et al. Intervenção interdisciplinar enquanto estratégia para o uso racional de medicamentos em idosos. **Cienc. Saúde Colet**, São Paulo, v. 16, n. 7, p. 3139-49, jul. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n7/14.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2012.

MENESES, A. L. L.; SÁ, M. L. B. Atenção farmacêutica ao idoso: fundamentos e propostas. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v.4, n. 3, 2010. Disponível em: <http://www.sbgq.org.br/profissionais/arquivo/revista/volume4numero3/completo.pdf#page=38>>. Acesso em: 18 abr. 2014.

MOURA, B. V.; COHN, A.; PINTO, R. M. F. Farmácia: a porta de entrada para o acesso a medicamentos para idosos residentes em Santos. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 21, n. 2 jun. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000200013>. Acesso em 12 dez. 2012.

MOSSIALOS, E.; NACI, H.; COURTIN, E. Expandig the role of community pharmacists: policymaking in the absence of policy-relevant evidence? **Health Policy**, London, v. 111, n. 2, p. 135-48. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23706523>>. Acesso em: 28 ago 2014.

NATIONAL COMMUNITY PHARMACISTS ASSOCIATION (NCPA). **Introducing NCPA**. Alexandria, 2013. Disponível em: <http://www.ncpanet.org/index.php/home/introducing-ncpa>>. Acesso em: 20 ago. 2013.

NOYCE, P. R. Providing patient care through community pharmacies in the UK: policy, practice, and research. **Ann Pharmacother**. Oxford, v. 41, n. 5, p. 861-68, 2007. Disponível em: <http://www.theannals.com/content/41/5/861.short>>. Acesso em: 01 out. 2012.

OLIVEIRA, M. A. et al. Automedicação em idosos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 335-45, fev. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2012000200012&lng=pt>.
Acesso em: 12 dez. 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS); CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). **Atenção farmacêutica no Brasil “trilhando caminhos”** Consenso brasileiro de atenção farmacêutica, 2002. Brasília, 2002. 27 p.

ORTIZ, M.; ROMA, C.; ROSS, G. Pharmacy practice incentives increase clinical interventions in community pharmacies. **Australian Pharm**, Sydney, v.31, n.7, p.581-4, jul. 2012. Disponível em: <<http://www.psa.org.au/download/ap/research/apjuly-research.pdf>>.
Acesso em: 06 set. 2012.

PAIVA, S. P.; BRANDÃO, E. R. Contracepção de emergência no contexto das farmácias: revisão crítica de literatura. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 17-34, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n1/v22n1a02.pdf>>. Acesso em: 16 dez. 2012.

PANVELKAR, P. N.; SAINI, B.; ARMOUR, C. Measurement of patient satisfaction with community pharmacy services: a review. **Pharm. World Sci.** Heidelberg, v. 31, n. 5, p. 525-37, jul. 2009. Disponível em: <http://ukpmc.ac.uk/abstract/MED/19588267/reload=0;jsessionid=cJfIJ024sjELuKC0Ko7r_0>Acesso em: 04 set. 2012.

PAUDYAL, V. et al. Pharmacy assisted patient self care of minor ailments: a chronological review of UK health policy documents and key events 1997-2010. **Health Policy**, Aberdeen, v.101, n. 3, p. 253-9, ago 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21680043>>. Acesso em: 01 out. 2012.

PHARMACEUTICAL SERVICES NEGOTIATING COMMITTEE (PSNC). Community Pharmacy Contractual Framework. London, UK, 2013. Disponível em: <<http://psnc.org.uk/contract-it/the-pharmacy-contract/>>. Acesso em: 20 nov 2013.

PEDROSO, T. M.; MASTROIANNI, P. C.; SANTOS, J. L. Semiologia farmacêutica e os desafios para sua consolidação. **REF**, v. 11, n. 2, p. 55-69, abr 2014. Disponível em: <<http://h200137217135.ufg.br/index.php/REF/article/view/28157/16750>>. Acesso em: 10 jul. 2014.

PEREIRA, L. R. L.; FREITAS, O. A evolução da atenção farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Rev. Bras. Ciênc. Farm.**, Ribeirão Preto, v. 44, n. 4, p. 601-10, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v44n4/v44n4a06.pdf>>. Acesso em: 10 dez 2011.

PORTA, V., STORPIRTIS, S. Farmácia clínica. In: STORPIRTIS, S.; MORI, A. L. P. M., YOCHIY, A., RIBEIRO, E., PORTA, V. **Farmácia clínica e atenção farmacêutica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. Cap. 30, p. 291-2.

QUEIROZ, S. I. C. M. Aspectos econômicos do sector das farmácias: uma análise da evolução dos últimos 5 anos. Minho, 2011. Disponível em: <<http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/18837>>. Acesso em: 20 jul. 2012.

RAYES, I. K.; HASSALI, M. A.; ABDUELKAREM, A. R. The role of pharmacists in developing countries: the current scenario in the United Arab Emirates. **Saudi Pharm J**, 2014. No prelo:

disponível on line em fev 2014.

Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S131901641400005X>>. Acesso em: 29 ago 2014.

RICKLES, N. M. et al. Adherence: a review of education, research, practice, and policy in the United States. **Pharmacy Practice** (Internet), Redondela, v. 8, n. 1, mar. 2010. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S188636552010000100001&script=sci_arttext&lng=pt>. Acesso em: 30 jul. 2012..

RIECK, A.; PETTIGREW, S. How physician and community pharmacist perceptions of the community pharmacist role in Australia primary care influence the quality of collaborative chronic disease management. **Qual Prim Care**, Perth, v. 21, n. 2, p. 105-11, 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23735691>>. Acesso em 24 ago 2014.

ROSSO NETO, C; GALATO, D. A contribuição dos estabelecimentos farmacêuticos na prevenção e no manejo das DST: um estudo qualitativo em uma cidade do sul do Brasil. **DST – J. bras. doenças sex transm**, Rio de Janeiro, v. 23 n. 3, p. 120-5, 2011. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=613340&indexSearch=ID>>. Acesso em: 14 dez. 2012.

ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY. **A career in community pharmacy**. London, 2012. Disponível em: <http://www.rpharms.com/pharmacy-roles/community-pharmacy.asp>>. Acesso em: 29 set. 2013.

RUBIO-VALERA, M. et al. Factors affecting collaboration between general practitioners and community pharmacists: a qualitative study. **BMC Health Serv Res**, Barcelona, v. 12, p. 188, 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3407479/>>. Acesso em: 24 ago 2014.

SALIBA, R. A. D et al. Atenção farmacêutica em pacientes com pelo menos dois componentes da síndrome metabólica determina redução do risco cardiovascular: experiência através da parceria entre farmácia comunitária privada e unidade de saúde/SUS, Vitória-ES. **Soc Bras Farm Comunitária** (SBFC), Vitória, 2009. Disponível em: <http://www.sbfc.org.br/site/regionais2.php?estado=es>>. Acesso em: 13 dez. 2012.

SANTOS, G. P.; SANTOS, J. R. B. Avaliação do uso de contraceptivo de emergência em distintas regiões de São Paulo. **Conscientiae Saúde**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 387-93, 2011. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/929/92919297026.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2012.

SANTOS, H., et al. Segundo consenso de Granada sobre problemas relacionados com medicamentos. *Acta Médica Portuguesa*, Lisboa, v.17, n.1, p. 59-66, 2004. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1752>>. Acesso em: 20 mai 2012.

SÃO PAULO, CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CRF-SP); ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Projeto farmácia estabelecimento de saúde**. O percurso histórico da atenção farmacêutica no mundo e no Brasil. São Paulo, Fascículo V, p. 9-31, 2010.

SÃO PAULO, CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CRF-SP). **Estudo de matrizes curriculares dos cursos de farmácia do estado de São Paulo**. São Paulo, 2010. 50 p.

_____, **Projeto farmácia estabelecimento de saúde**. Serviços farmacêuticos. São Paulo, Fascículo III, p.10-48, 2010-11.

_____.¹. RDC 44/09: Por que tanta resistência? **Revista do Farmacêutico**, São Paulo, p. 40-3, mai/jun/jul 2012.

_____.². Número de farmácias e drogarias por região do município de São Paulo [mensagem pessoal], 2012. Mensagem recebida por: vpivello@terra.com.br em 14/05/2012.

_____.¹. Educação em debate. **Revista do Farmacêutico**, São Paulo, nº112, jul-ago/2013. Disponível em: <http://portal.crfsp.org.br/component/content/article/294/4608-revista-do-farmaceutico-112-crf-sp-em-acao-mec.htm>. Acesso em 22 out. 2013.

SÃO PAULO, PREFEITURA DE SÃO PAULO. Relação de estabelecimentos/serviços da Secretaria Municipal da Saúde por região do município. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/organizacao/Unid_Munic_Saude_Zona.pdf. Acesso em mai 2013>.

SESTON, L.; HASSELL, K. Pharmacy workforce census 2008: main findings. Royal Pharmaceutical Society, London, p.5. jul 2009. Disponível em: <https://rpharms.com/about-pharmacy-pdfs/census08.pdf>>. Acesso em: 22 ago 2014.

SESTON, E.; HASSELL, K. British pharmacists' work-life balance – is it a problem? **International Journal of Pharmacy Practice**, Manchester, v. 22, n. 2, p. 135-45, abr 2014. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijpp.12040/full>>. Acesso em 23 ago 2014.

SILVA, L. R.; VIEIRA, E. M. Conhecimento dos farmacêuticos sobre legislação sanitária e regulamentação da profissão. **Rev Saúde Pública**, v. 38, n. 3, 2004. <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v38n3/20661.pdf>>. Acesso em 04 jul 2014.

SMITH, M. et al. Why pharmacists belong in the medical home. **Health affairs**, Connecticut, v. 29, n. 5, p. 906-13, mai 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20439879#>>. Acesso em: 25 jul. 2012.

SNYDER, M. E. et al. Exploring successful community pharmacist-physician collaborative working relationships using mixed methods. **Res Soc Adm Pharm**, Indianapolis, v. 6, p. 307-23, 2010. Disponível em: [http://www.rsap.org/article/S1551-7411\(09\)00146-6/abstract](http://www.rsap.org/article/S1551-7411(09)00146-6/abstract). Acesso em 24 ago 2014.

SOSABOWSKI, M. H.; GARD, P. R. Pharmacy education in the United Kingdom. **Am J Pharm Educ.**, v. 72, n. 6, art. 130, dez 2008. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2661171/pdf/ajpe130.pdf>>. Acesso em: 21 ago 2014.

STUBBINGS, M. H. C. A. et al. Payment for clinical pharmacy services revisited. *Pharmacotherapy*, Chicago, v. 31, n. 1, p.1-8, jan. 2011. Editorial. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21182353>>. Acesso em: 25 jul. 2012.

SURVEYMONKEY. Plataforma eletrônica para questionários, com envio do *e-mail* support@surveymonkey.com [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por vpivello@terra.com.br em 03 ago 2013.

TARN, D. M. et al. Older patient, physician and pharmacist perspectives about pharmacists' roles. *Int J Pharm Pract*, Los Angeles, v. 20, n. 5, p. 285-93, abr 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3442941/>>. Acesso em 23 ago 2014.

TOLEDO, L. A. A. et al. Diez años de atención farmacéutica em España: explorando la realidad. *Pharm Care Esp.*, Oviedo, v. 13, n. 6, p. 289-95, 2011. Disponível em: <<http://pharmcareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/57>>. Acesso em: 12 set. 2012.

UNIÃO FEDERAL DE ASSOCIAÇÕES ALEMÃS DE FARMACÊUTICOS¹ (ABDA). Pharmacies in Germany, 2012. Disponível em: <<http://www.abda.de/983.html>>. Acesso em: 05 out. 2013.

_____.². Drug-related problems (DRP) concerning self-medication, 2012. Disponível em: <http://www.abda.de/fileadmin/assets/ZDF/ZDF_2011/ABDA_ZDF_2011_engl_neu.pdf>. Acesso em; 07 out. 2013.

UNITED STATES DEPARTMENT OF LABOR, Bureau of Labor Statistics. Occupational Outlook Handbook: Pharmacists. 2012. Disponível em: <<http://www.bls.gov/ooh/Healthcare/Pharmacists.htm#tab-3>>. Acesso em: 20 ago. 2013.

USAMI, T. et al. Impact of community pharmacists advocating immunization on influenza vaccination rates among the elderly. *J Pharm Soc Japan (Yakugaku Zasshi)*, Tóquio, v. 129, n. 9, p. 1063-8, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19721382>>. Acesso em: 23 nov. 2012.

VIEIRA, F. S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. *Ciênc saúde colet*, Rio de Janeiro, v.12, n.1, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000100024> Acesso em: 10 dez. 2011.

WITZEL, M. D. R. F. Aspectos conceituais e filosóficos da assistência farmacêutica, farmácia clínica e atenção farmacêutica. In: STORPIRTIS, S.; MORI, A. L. P. M., YOCHIY, A., RIBEIRO, E, PORTA, V. **Farmácia clínica e atenção farmacêutica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. Cap. 32, p. 345.

YUKSEL, N.; MAJUMDAR, S. R.; BIGGS, C.; TSUYUKI, R.T. Community pharmacist-initiated screening program for osteoporosis: randomized controlled trial. *Osteoporos. Int.*, v.21, n.3, p.391-8, 2010. Disponível em: <<http://www.springerlink.com/content/1211567425141374/>>. Acesso em: 15 ago. 2012.

APÊNDICE A**Questionário do Estudo****PERFIL E ATUAÇÃO DOS FARMACÊUTICOS COMUNITÁRIOS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO NA VIGÊNCIA DA RESOLUÇÃO 44/2009 DA ANVISA**

1. Idade

Sexo M () F ()

2. Formação

Instituição Pública () Instituição Privada ()

2a. Tempo de formado(a):

() 5 anos ou menos

() 6 a 10 anos

() 11 a 15 anos

() mais de 15 anos

2b. Cursos complementares realizados:

() Extensão (cursos de curta duração)

() Pós-graduação *latu-sensu* (especialização)

() Mestrado

() Outros

2c. Frequência de realização dos cursos de atualização:

() Mais de um curso por ano

() Cerca de um curso por ano

() Cerca de um curso a cada dois anos

() Nenhum curso realizado após o curso de graduação

3. Tempo de atuação como farmacêutico em farmácias/drogarias, sendo ou não responsável-técnico:

() até 5 anos

() 6 a 10 anos

() 11 a 15 anos

() Mais de 15 anos

4a. Como se caracteriza o estabelecimento em que atua:

- ☐ Pertencente a uma Rede
- ☐ Independente

4b. Bairro e Região da cidade onde está localizado

- ☐ Norte ☐ Leste ☐ Centro
- ☐ Sul ☐ Oeste Bairro.....

5. Seu vínculo com o estabelecimento é (se necessário, marque duas alternativas):

- ☐ Proprietário
- ☐ Farmacêutico - funcionário
- ☐ Farmacêutico - Responsável-técnico.

6. Sobre os conceitos “Assistência Farmacêutica” e “Atenção Farmacêutica” você:

- ☐ Conhece bem a diferença
- ☐ Confunde, às vezes
- ☐ Não conhece a diferença entre eles

7. Você tem pleno conhecimento da Resolução 44/2009, sobre o cumprimento das Boas Práticas Farmacêuticas?

- ☐ Sim, totalmente
- ☐ Sim, parcialmente
- ☐ Não

8. Você acha que a RDC 44:

- ☐ Valorizou a atuação do farmacêutico
- ☐ Não trouxe nenhum benefício para o farmacêutico
- ☐ Prejudicou o trabalho do farmacêutico, pelo aumento de responsabilidades

9. Você se sente um profissional da área da saúde, ou essa percepção (de você integrar a área da saúde) aumentou, desde o início de sua atuação como farmacêutico comunitário?

- ☐ Não me sinto um profissional de saúde; sinto-me voltado a atividades administrativas e área comercial
- ☐ Raramente me sinto um profissional de saúde; minha atuação maior é administrativa e/ou comercial

() Sinto-me como um profissional da saúde com frequência, mas tenho atividades que fogem ao contexto do atendimento em saúde

() Sempre me sinto um profissional da saúde, no exercício de minhas funções.

10. Na sua visão, tem havido maior reconhecimento do profissional farmacêutico como um orientador para a utilização e uso correto de medicamentos, por parte da população?

() Não tem havido tal reconhecimento

() Raramente o farmacêutico é reconhecido pela população

() O farmacêutico tem sido reconhecido com frequência crescente

() O farmacêutico sempre é reconhecido pela população atendida

11. Você percebe, por parte dos usuários do medicamento, confiança em relação às orientações feitas por você?

() Não percebo essa confiança

() Raramente a confiança é demonstrada, por parte das pessoas atendidas

() Frequentemente recebo demonstrações de confiança

() Sempre recebo demonstrações de confiança com relação às orientações dadas

12a. Você toma atitudes (demonstra postura pró-ativa) com relação a problemas relacionados a medicamentos (PRM), identificados por um usuário?

() Não tomo nenhuma atitude, por não possuir as informações que acredito serem importantes com relação aos PRM

() Raramente tomo alguma atitude com relação aos PRM; sempre aconselho o paciente/usuário a procurar o médico

() Busco resolver os PRM com alguma frequência, mas não sempre

() Sempre busco resolver os PRM, de acordo com as Boas Práticas Farmacêuticas

12b. Em casos como o da questão acima, você procura saber como foi o resultado de sua ação?

() Nunca busco saber, a rotina de trabalho não permite

() Raramente busco saber o resultado

() Busco saber com alguma frequência, de acordo com minha disponibilidade

() Sempre busco saber; anoto o contato e me comunico com o usuário ou paciente

13. Você se sente seguro para entrar em contato com o médico, sobre alguma dúvida com relação à prescrição que o paciente traz à farmácia para atendimento?

() Nunca entro em contato com o médico, sinto-me intimidado em relação a isso

() Raramente entro em contato; prefiro que o paciente o faça

- ☐ Entro em contato com frequência
- ☐ Sempre entro em contato se for necessário, buscando esclarecer a dúvida

14. Quais Serviços Farmacêuticos você realiza em seu estabelecimento, dentre os permitidos pela RDC 44:

- a. ☐ Verificação da temperatura corporal
- b. ☐ Verificação da pressão arterial
- c. ☐ Medição da glicemia capilar
- d. ☐ Perfuração do lóbulo da orelha, para colocação de brincos
- e. ☐ Administração de medicamentos
 - ☐ Injetáveis ☐ Outras vias de administração, quais:
- f. ☐ Atenção Farmacêutica
- g. ☐ Atenção Farmacêutica domiciliar
- h. ☐ Nenhum dos serviços descritos acima é realizado

15. Você gostaria de exercer a Atenção Farmacêutica, acompanhando o tratamento medicamentoso dos pacientes e registrando os dados destes acompanhamentos?

- ☐ Não, pois não me sinto seguro tecnicamente
- ☐ Não gostaria, pois não tenho afinidade com tal atividade
- ☐ Não tenho condições de avaliar nesse momento
- ☐ Gostaria, e buscaria me atualizar para exercer este Serviço Farmacêutico

16. Se a Atenção Farmacêutica, com registros por escrito (conforme a RDC 44) não é realizada em seu estabelecimento, como é feito o seu atendimento junto aos usuários?

- ☐ Por meio de orientação detalhada aos usuários no momento da dispensação do medicamento
- ☐ Por meio de orientação sucinta aos usuários, no momento da dispensação do medicamento
- ☐ Ocorre apenas a entrega dos medicamentos aos usuários

17. Prioritariamente, qual(is) seria(m), a seu ver, a(s) maior(es) dificuldade(s) para iniciar um atendimento voltado à Atenção Farmacêutica no estabelecimento em que atua? (por favor, marque tantas quantas você julgar verdadeiras):

- ☐ Falta de local adequado, com privacidade
- ☐ Falta de tempo
- ☐ Falta de entendimento por parte da gerência, que vê tal atividade como desnecessária
- ☐ Falta de conhecimento técnico-científico adequado para atender o usuário

() Outros fatores. Quais?.....

18. A Declaração de Serviço Farmacêutico (a ser entregue ao usuário após a prestação do serviço), no seu estabelecimento:

- () Segue o modelo fornecido pelo CRF-SP
- () Segue modelo próprio, mais simples em relação ao do CRF-SP
- () Segue modelo próprio, sem ter sido comparada ao modelo do CRF-SP

19. Na etapa de preenchimento e entrega da Declaração de Serviços Farmacêuticos:

- () Os usuários acham-na longa e detalhada demais, havendo reclamações
- () É longa e detalhada, mas os usuários apoiam a atividade
- () Não há grandes problemas; na maioria das vezes, é possível preenchê-la sem inconvenientes.

20. Quanto ao Manual de Boas Práticas Farmacêuticas e Procedimentos Operacionais-Padrão, os POPs:

- 20a. () Foram elaborados por você
- () Você recebeu um modelo-padrão da empresa

- 20b. () Estão atualizados
- () Estão em atualização

21. A literatura disponível para consulta em seu estabelecimento:

- () Restringe-se ao Dicionário de Especialidades Farmacêuticas (DEF), e é suficiente
- () Restringe-se ao DEF, e é insuficiente
- () Existem outras literaturas além do DEF e foram adquiridas pelo estabelecimento
- () Existem outras literaturas além do DEF e foram adquiridas com recursos próprios

22. Há dificuldade para que o gerente ou funcionários aceitem as orientações ou determinações do farmacêutico?

- () Discordâncias ocorrem com frequência por parte de funcionários e gerência, e há dificuldades para implementar mudanças de comportamento e procedimento
- () Em geral, há boa vontade por parte dos funcionários, mas dificuldade com relação à gerência
- () Funcionários e gerência possuem, de forma geral, boa vontade em relação a novas orientações e determinações

23. Você é chamado(a) pelos funcionários ou gerente para orientar o usuário, se não está no balcão, naquele momento?

- ☐ Gostaria de ser chamado(a) com mais frequência, tornando-me mais participativo(a) quanto ao processo de orientação
- ☐ Não sou chamado(a) se não estou no balcão, no momento da solicitação
- ☐ Sempre sou chamado(a) para fornecer orientações, seja pelos funcionários ou gerente

24a. Quantos farmacêuticos possui o estabelecimento onde você atua?

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ Mais de 3 (Quantos.....)

24b. Como você classifica o número de farmacêuticos em sua empresa:

- ☐ Insuficiente
- ☐ Suficiente
- ☐ É suficiente no momento, mas para implementar mais Serviços Farmacêuticos, é necessário aumentar o quadro

25. Que sugestões você daria para que a prática da Atenção Farmacêutica nas farmácias comunitárias possa tornar-se uma realidade?

.....
.....

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Universidade de São Paulo
Faculdade de Ciências Farmacêuticas

1. Informações do Sujeito da Pesquisa

Nome:			
Documento de Identidade nº:			Sexo: () M () F
Data de Nascimento: / /			
Endereço:		Nº	Complemento:
Bairro:	Cidade:		Estado:
CEP:	Telefones:		

Título do Projeto de Pesquisa: Perfil e atuação dos farmacêuticos comunitários do município de São Paulo na vigência da Resolução 44/2009 da ANVISA
2. Duração da Pesquisa: 18 meses
3. Nome do pesquisador responsável: Profa. Dra. Eunice Kazue Kano
Cargo/ Função: Docente da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da USP
Instituição: Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo

Senhor(a) Farmacêutico(a),

O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada *“Perfil e atuação dos farmacêuticos comunitários do município de São Paulo na vigência da Resolução 44/2009 da ANVISA”*, coordenada pela Profª. Drª. Eunice Kazue Kano, docente do Departamento de Farmácia da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo, com a colaboração da Profª Drª Eliane Ribeiro, da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da USP, da Profª Drª Chang Chiann, do Instituto de Matemática e Estatística da USP, e da Farmacêutica Vera Lúcia Pivello (aluna de Mestrado).

O objetivo desta pesquisa é verificar como é hoje o trabalho do farmacêutico nas farmácias comunitárias/drogarias, e como está sendo sua evolução com relação à prática dos Serviços Farmacêuticos permitidos pela Resolução RDC 44/2009 (sobre as Boas Práticas Farmacêuticas). A pesquisa pretende avaliar como a RDC 44/2009 alterou, ou está alterando a rotina de atividades do farmacêutico comunitário, frente às propostas que ela contém.

Por favor, leia atentamente este termo e entenda que a sua participação nesta pesquisa é inteiramente voluntária. O(a) Sr(a) só será considerado(a) incluído(a) na pesquisa se concordar com o que está escrito neste Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (TCLE). Esta pesquisa será realizada por meio da aplicação de um questionário composto por 25 perguntas. O tempo estimado para respondê-lo é de 15 minutos.

Esta pesquisa envolve risco mínimo com relação à sua participação, uma vez que as respostas às perguntas do questionário serão colhidas sem identificação (tanto por via impressa quanto eletrônica), e a utilização de *software* específico para aplicação do questionário garantirá o total sigilo das informações prestadas. Os possíveis riscos que a pesquisa pode ocasionar estão relacionados à ocupação de seu tempo de trabalho ao responder o questionário, o que poderá causar desconforto com sua equipe e/ou seu superior. O(a) sr(a) não precisa responder às perguntas em que não se sentir a vontade em responder. O(a) sr(a) poderá interromper sua participação nessa pesquisa a qualquer momento que desejar, sem necessidade de justificativa.

Existem duas formas do(a) Sr(a) participar da pesquisa:

- 1) Se o Sr(a) optar em participar do estudo pela via eletrônica, por favor, leia atentamente o este documento e acesse o “link” fornecido na mensagem eletrônica. Este “link” o direcionará para o questionário eletrônico.
- 2) Se o Sr(a) não puder/não quiser fornecer um endereço eletrônico (mas gostaria de participar do estudo) agendaremos uma visita presencial em seu estabelecimento para fornecimento deste documento (TCLE), uma cópia do questionário e de um envelope selado, endereçado ao pesquisador, para que o questionário respondido seja devolvido em até duas semanas.

O(a) sr(a) não obterá nenhum benefício direto desta pesquisa, porém estará contribuindo para identificar quais são os fatores mais relevantes que se apresentam como obstáculos para exercer a Atenção Farmacêutica nas farmácias comunitárias do município de São Paulo. A identificação destes fatores poderá abrir discussão sobre proposição de alternativas para a efetiva implementação da Atenção Farmacêutica em farmácias comunitárias e drogarias, o que trará benefícios indiscutíveis à saúde da população atendida por estes estabelecimentos.

Todas as informações sobre os resultados desta pesquisa serão garantidas aos participantes a qualquer momento. Além disso, a divulgação dos resultados será feita em publicações científicas e/ou outros veículos (revistas, boletins) com vínculo formal à profissão, como forma de divulgar o trabalho do farmacêutico e a necessidade de sua presença como agente de saúde para a população. Caso o(a) sr(a) tenha alguma dúvida em relação à pesquisa, poderá entrar em contato com a coordenadora da pesquisa, Profa. Eunice Kazue Kano no Laboratório de Farmacotécnica FCF/USP, Av. Lineu Prestes, 580, Bloco 13, andar superior, Cidade Universitária Armando de Salles Oliveira, Butantã, São Paulo – SP, CEP 05508-900, ou com a aluna de Mestrado Vera Lúcia Pivello pelo endereço eletrônico vpivello@terra.com.br. Esclarecemos que sua participação na pesquisa é

voluntária, e não haverá nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua colaboração.

Consentimento Pós-Esclarecido:

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

São Paulo,... de de 201... .

Assinatura do sujeito de pesquisa

Assinatura do pesquisador responsável

Para qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisas da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo – Av. Prof. Lineu Prestes, 580 - Bloco 13A – Butantã – São Paulo – CEP 05508-900. Fone: 3091-3622, fone-fax: 3091-3677 – e-mail: cepfcf@usp.br

ANEXO A

APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)

Dados da Plataforma Brasil

Título da Pesquisa: O farmacêutico na farmácia comunitária, na vigência da Resolução 44/2009: o desafio de consolidar o exercício da assistência farmacêutica, como passo inicial para a atenção farmacêutica, no município de São Paulo

Pesquisador: Eunice Kazue Kano

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 06898012.7.0000.0067

Submetido em: 03/12/2012

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo

Situação: Aprovado

Localização atual do Projeto: Pesquisador Responsável

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Tramitação:

CEP Trâmite	Situação
Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo - FCF/ USP	Parecer liberado