



Avaliação de indicadores de estrutura e processo de um serviço de Atenção Farmacêutica na Farmácia Popular do Brasil: um estudo piloto

Patricia Melo Aguiar^{1,*}; Blicie Jennifer Balisa-Rocha²; Divaldo Pereira Lyra Júnior²

¹ Departamento de Farmácia, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

² Departamento de Fisiologia, Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, Brasil.

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi avaliar os indicadores de estrutura e processo empregados na implantação do serviço de Atenção Farmacêutica na rede Farmácia Popular do Brasil. Para tanto, um estudo piloto descritivo e avaliativo foi conduzido em novembro de 2009 em uma filial da rede Farmácia Popular do Brasil em Aracaju-SE. Os indicadores de estrutura e de processo foram avaliados por meio da aplicação da versão modificada do instrumento Behavioural Pharmaceutical Care Scale. Esta ferramenta foi composta de 34 itens distribuídos em 14 domínios, com escore mínimo de 16 e máximo de 175 pontos. Cada domínio foi avaliado por duas farmacêuticas-pesquisadoras (autorelato) e por dois farmacêuticos-auditores (observação direta). A pontuação média geral dos avaliadores foi de 144,25 ± 6,75, com variação de 138 a 153 pontos. Todos os domínios relacionados à estrutura do serviço e a maioria do processo apresentaram escores elevados (≥ 80%). As principais falhas foram detectadas no domínio referência a outros profissionais de saúde (56,3%), sobretudo, no encaminhamento a outros farmacêuticos 1,00 ± 0,00 (0,0%) e no envio de cartas ao médico 1,50 ± 0,58 (12,5%). Os resultados apontam que estrutura e processo empregados neste estudo piloto mostraram-se satisfatórios, indicando o potencial do serviço de Atenção Farmacêutica adotado para contribuir na elaboração de um modelo de implantação deste serviço para a rede Farmácia Popular do Brasil. No entanto mais estudos são necessários.

Palavras-chave: Atenção farmacêutica. Farmácias. Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde. Estrutura de serviços.

INTRODUÇÃO

O programa Farmácia Popular do Brasil foi criado pelo Governo Federal do Brasil com a finalidade de ampliar o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais, por meio da oferta de produtos a preços reduzidos (Brasil, 2004). Embora o acesso a medicamentos represente um dos grandes desafios para a melhora da atenção à saúde, é necessária a implantação de práticas assistenciais que promovam o uso racional de medicamentos (Ivama et al., 2002). De acordo com a Organização Mundial de Saúde, cerca de 50% de todos os medicamentos prescritos e dispensados é usado de forma inadequada, o que acarreta prejuízo para a saúde do paciente e pressupõe um desperdício de recursos (OMS, 2002).

Nos últimos anos, a profissão farmacêutica está passando por grandes mudanças, movendo-nos de um paradigma técnico para um social, no qual a farmácia passa a oferecer serviços de orientação ao paciente e aos demais membros da equipe de saúde (Bond, 2006). Ante este cenário, emergiu a prática da Atenção Farmacêutica (AtenFar) definida por Hepler & Strand (1990) como “a provisão responsável da farmacoterapia, com o objetivo de alcançar resultados terapêuticos definidos na saúde e qualidade de vida da população” e, a partir de então, tornou-se objeto de prática e pesquisa em todo o mundo.

Diante disto, as farmácias comunitárias passam a necessitar de uma reestruturação e adequação para a provisão do serviço de AtenFar, e os profissionais de capacitação acerca de novas competências e habilidades específicas (França Filho et al., 2008). Assim, o programa Farmácia Popular do Brasil surge como um novo modelo de atuação para as farmácias, preconizando a prática da AtenFar como uma de suas diretrizes principais (Brasil, 2005). No entanto, até o momento não há um modelo de prática sistematizado, bem como a definição de indicadores de qualidade para avaliação deste serviço em qualquer representante da rede no país.

Uma abordagem conceitual aceita mundialmente para o delineamento da avaliação dos serviços de saúde foi proposta por Donabedian (1988). Este autor descreve a tríade estrutura, processo e resultados como elementos que compõem um modelo sistêmico e formam uma cadeia interdependente com estreita relação de causa e efeito

entre eles. Logo, os resultados dos pacientes não podem ser melhorados a menos que a estrutura e processo também sejam otimizados. Isto sugere que, para determinar os fatores que predizem resultados bem sucedidos, a estrutura e o processo de prestação de cuidados devem ser analisados (Billups et al., 2000).

Embora a relação entre estrutura e processo tenha sido reconhecida desde os primórdios como fator que pode inibir ou facilitar a prestação de serviços de AtenFar (Farris & Kirking, 1993), estudos que mensurem tais indicadores ainda são escassos, o que dificulta encontrar referenciais para elucidar o nível de implementação destas atividades. Ante ao exposto, o objetivo do presente trabalho foi avaliar os indicadores de estrutura e processo empregados na implantação do serviço de AtenFar em uma farmácia do programa Farmácia Popular do Brasil.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo piloto descritivo e avaliativo no mês de novembro de 2009, na Farmácia Popular do Brasil de Aracaju-SE. Os indicadores para a avaliação da AtenFar foram escolhidos com base no modelo de avaliação da qualidade dos serviços de saúde proposto por Donabedian (1988), sob os enfoques de estrutura e processo.

Os dados referentes à *estrutura* foram coletados por meio de dois métodos. Inicialmente, foi realizada uma observação simples de condições necessárias ao serviço da AtenFar, conforme descrito na literatura (Farris & Kirking, 1993; Machuca et al., 2003): recursos humanos (quantidade, categoria e qualificação profissional); instalação física (tamanho, ambiente privativo); recursos materiais (fontes de informação sobre medicamentos; recursos informáticos e de internet, mesa, cadeira, equipamentos médicos) e financiamento.

A seguir, uma versão modificada do instrumento de Odedina & Segal (1996) foi utilizada para ratificar dados de *estrutura* previamente analisados, assim como para a avaliação do elemento *processo*. Esta ferramenta foi desenvolvida e validada em farmácia comunitária com o objetivo de mensurar atividades comportamentais envolvidas na provisão da AtenFar. Para este estudo, apenas o domínio referente à validação da prescrição foi excluído do instrumento original, já que não se aplicava ao processo de trabalho das prestadoras do serviço de AtenFar. Por outro lado, uma questão referente à relação terapêutica paciente-farmacêutico não estava categorizada, sendo adicionada a um domínio específico (Anexo 1).

Esta ferramenta foi composta de 34 itens distribuídos em 14 domínios, com escore mínimo de 16 e máximo de 175 pontos. Os seguintes domínios compuseram a versão final do instrumento: (a) documentação; (b) avaliação do paciente; (c) objetivos terapêuticos e planos de acompanhamento; (d) análise do prontuário do paciente; (e) orientação e instrução ao paciente; (f) verificação do entendimento do paciente; (g) referência a outros profissionais de saúde; (h) local de atendimento farmacêutico; (i) uso de suporte de informações apropriado; (j) avaliação da satisfação do paciente; (l) melhoria da competência; (m) desempenho profissional; (n) provisão de informações sobre saúde para o paciente e (o) relação terapêutica.

ANEXO 1

Formulário de pesquisa para a escala comportamental de Atenção Farmacêutica (Odedina e Segal, 1996).

Considere seus últimos cinco pacientes ou clientes que apresentaram uma nova receita usada para tratar uma doença crônica, como asma ou diabetes. Por favor, escreva com que frequência você forneceu as seguintes atividades, atribuindo uma nota de 0 a 5, onde 0 é “0% de frequência” e 5 é “100% de frequência”.

1. Pediu ao paciente para descrever a sua condição médica, incluindo uma descrição dos problemas médicos e sintomatologia?
2. Documentou informações sobre as condições médicas do paciente em registros escritos ou notas computadorizadas, ou por outros mecanismos formais de uma forma que poderia ser lido e interpretado por outro profissional de saúde na sua ausência?
3. Documentou todos os medicamentos atualmente tomados pelo paciente em registros escritos ou notas computadorizadas, ou por outros mecanismos formais de uma forma que poderia ser lido e interpretado por outro profissional de saúde na sua ausência?
4. Perguntou ao paciente o que ele quer alcançar com a farmacoterapia?
5. Documentou os objetivos terapêuticos desejados para o paciente?
6. Verificou a documentação do paciente para identificação de PRM?
7. Discutiu com o paciente a sua farmacoterapia.
8. Verificou se o paciente compreendeu as informações que você o apresentou?

Em seguida, gostaríamos que você considerasse os últimos cinco pacientes ou clientes que reutilizaram uma receita usada para um tratamento de uma doença crônica, como asma ou diabetes. Por favor, escreva com que frequência você forneceu as seguintes atividades, atribuindo uma nota de 0 a 5, onde 0 é “0% de frequência” e 5 é “100% de frequência”.

9. Perguntou ao paciente sobre o padrão de uso atual dos seus medicamentos?
10. Perguntou ao paciente se ele pode estar experimentando algum PRM?
11. Perguntou ao paciente se ele acha que o tratamento está sendo efetivo?
12. Faz perguntas ao paciente para verificar se ele acha que o objetivo terapêutico está sendo alcançado?

Se algum PRM foi detectado em algum desses 10 pacientes (ver perguntas 6 e 10), por favor, vá para a questão 13. Se o PRM não foi descoberto para qualquer um desses 10 pacientes, responda as questões seguintes:

Um PRM não foi descoberto por quê:
 _____ eu não detectei um PRM em meus pacientes.
 (Passe para a pergunta 19).

_____ Eu rotineiramente busco identificar PRM, mas esses 10 pacientes apresentaram nenhum. (Passar à

pergunta 13 e responda às perguntas com base nos últimos poucos pacientes que experimentaram PRM).

Agora, pense sobre os últimos cinco pacientes ou clientes que você descobriu que estavam experimentando algum PRM. Por favor, escreva com que frequência você forneceu as seguintes atividades, atribuindo uma nota de 0 a 5, onde 0 é “0% de frequência” e 5 é “100% de frequência”.

13. Documentou por escrito PRM, potenciais ou reais, em notas escritas.
14. Documentou o objetivo terapêutico desejado (s) para cada um dos PRM identificados.
15. Implementou uma estratégia para resolver (ou prevenir) PRM.
16. Estabeleceu planos de acompanhamento para avaliar o progresso do paciente em relação aos objetivos propostos.
17. Avaliou o progresso dos planos estabelecidos para o paciente com relação aos seus objetivos farmacoterapêuticos.
18. Documentou qualquer intervenção realizada na ficha do paciente, prescrição, relatório ou ordem médica de forma que poderia ser lido e interpretado por outro profissional de saúde.

Em geral, considerando todos os pacientes ou clientes com doenças crônicas que você viu nas últimas seis semanas, escreva a frequência com que você se comprometeu com o paciente, atribuindo uma nota de 1 a 5, onde 1 é “nunca” e 5 é “sempre”.

19. Quantas vezes você se comprometeu psicologicamente e se esforçou para melhorar os resultados clínicos do paciente?

Agora nós gostaríamos de lhe fazer algumas perguntas sobre seu relacionamento com colegas e outros prestadores de cuidados de saúde quando prover atenção farmacêutica a seus pacientes. Em geral, considerando todos os pacientes que atendeu nas últimas duas semanas, por favor, indique a frequência com que você realmente realiza as seguintes atividades, atribuindo uma nota de 1 a 5, onde 1 é “nem tanto” e 5 é “muito frequente”.

20. Discutiu os problemas do paciente com outros farmacêuticos no meu grupo de prática.
21. Encaminhou a outros farmacêuticos, caso o paciente necessite.
22. Encaminhou a um médico quando necessário.
23. Encaminhou os pacientes para médicos especialistas quando estes precisam.
24. Comunicou aos médicos ou cuidadores sobre o progresso da farmacoterapia do paciente.
25. Discutiu com os médicos sempre que você acredita que um dos seus pacientes está experimentando ou pode experimentar um PRM.
26. Proveu aos médicos (via encaminhamento) um resumo escrito da história farmacoterapêutica do paciente ou PRM identificado.
27. Encaminhou os pacientes com problemas sociais, como a incapacidade de pagar os medicamentos, às agências apropriadas para ajudar.

Ainda considerando todos os pacientes que você atendeu nas últimas duas semanas, por favor, indique a frequência com que você realmente realiza as seguintes atividades, atribuindo uma nota de 1 a 5, onde 1 é “nem tanto” e 5 é “muito frequente”:

28. Usou um local tranquilo para a orientação.
29. Usou de serviços adequados de informação (por exemplo, biblioteca de referência pessoal, serviço de pesquisa on-line, ou a subscrição do serviço de informação sobre o medicamento) para auxiliar na sua prática, quando necessário.
30. Questionou os pacientes sobre a satisfação com os serviços, a fim de avaliar o seu trabalho.
31. Participou regularmente de programas de educação continuada com alto grau de qualidade para manter e melhorar as minhas competências.
32. Utilizou os resultados clínicos de seus pacientes como ferramenta para avaliar o seu trabalho.
33. Forneceu cópias escritas de informação do paciente para outros profissionais de saúde que o acompanham.
34. Forneceu informações em saúde para os pacientes.

Composição dos 14 domínios:

1. Documentação: itens 2, 3, 5, 13, 14 e 18.
2. Avaliação do paciente: itens 1, 4 e 9-12.
3. Objetivos terapêuticos e planos de acompanhamento: itens 15-17.
4. Análise do prontuário do paciente: item 6.
5. Orientação e instrução ao paciente: item 7.
6. Entendimento do paciente: item 8.
7. Referência e consulta: itens 20-27 e 33.
8. Local de Atendimento Farmacêutico: item 28.
9. Suporte de informação: item 29.
10. Avaliação da satisfação do paciente: item 30.
11. Melhoria da competência: item 31.
12. Avaliação do desempenho profissional: item 32.
13. Provisão de informações sobre saúde para o paciente: item 34.
14. Relação terapêutica: item 19.

A maior limitação do presente instrumento consiste na natureza autoavaliativa (Odedina & Segal, 1996). Assim, a fim de reduzir potenciais vieses e possibilitar validade externa aos achados, cada domínio foi avaliado por quatro indivíduos, sendo duas farmacêuticas-pesquisadoras (autorelato) e dois farmacêuticos-auditores (observação direta). Os referidos farmacêuticos-auditores acompanharam o programa de AtenFar durante 14 dias (novembro de 2009), período em que foram realizados 46 atendimentos, o que possibilitou a coleta de informações pertinentes sobre os parâmetros de estrutura e processos. Estes auditores eram estudantes de mestrado, com experiência em comunicação farmacêutico-paciente e em AtenFar.

Nesses atendimentos, as nove etapas de boa prática da AtenFar foram seguidas: (1) estabelecimento de uma relação terapêutica farmacêutico-paciente; (2) coleta,

análise e interpretação de informações relevantes; (3) identificação e classificação de PRM; (4) estabelecimentos de metas farmacoterapêuticas com o paciente; (5) determinação de alternativas farmacoterapêuticas viáveis; (6) seleção da melhor alternativa farmacoterapêutica; (7) elaboração de um plano de cuidado; (8) implementação do plano individual e monitorização do mesmo e (9) seguimento (Hepler & Strand, 1990).

A versão final do instrumento foi traduzida e adaptada para o português por um tradutor e submetida à avaliação de um corpo de juizes composto por três farmacêuticos, todos fluentes em inglês, conhecedores da finalidade do questionário e dos conceitos que foram analisados. Todas as alterações recomendadas separadamente foram editadas e padronizadas pela própria comissão, em comum acordo.

A seguir, os dados dos questionários preenchidos foram digitados no Excel e transferidos para o programa SPSS 17.0 para análise estatística descritiva - Média;

Desvio Padrão; Mínimo e Máximo. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe, sob o Protocolo n° 0137.0.107.000-07.

RESULTADOS

Os avaliadores do estudo foram compostos por quatro indivíduos (2 farmacêuticas- pesquisadoras e 2 farmacêuticos-audidores), os quais obtiveram pontuação média geral de $144,25 \pm 6,75$ (80,7%) mediante aplicação do instrumento *Behavioural Pharmaceutical Care Scale* proposto por Odedina & Segal (1996). As pontuações variam de 138 a 153, para um intervalo de 16-175. A descrição detalhada da avaliação de cada um dos 14 domínios do referido instrumento pode ser vista na Tabela 1.

Tabela 1: Escore dos respondentes (n=4) em relação aos diferentes domínios da escala de Odedina e Segal para a prática da Atenção Farmacêutica. Aracaju, Brasil, 2009.

Domínios e itens	n° de itens	Escore dos respondentes (F + O)				
		Média ± DP	Intervalo	Min.	Máx.	Média (%)
Documentação	6	27,50 ± 1,29	0-30	26	29	91,7
Avaliação do paciente	6	26,25 ± 1,26	0-30	25	28	87,5
Objetivos terapêuticos e planos de acompanhamento	3	13,75 ± 1,50	0-15	12	15	91,7
Análise do prontuário do paciente	1	4,75 ± 0,50	0-5	4	5	95,0
Orientação e instrução ao paciente	1	5,00 ± 0,00	0-5	5	5	100,0
Entendimento do paciente	1	4,75 ± 0,50	0-5	4	5	95,0
Referência e consulta	9	29,25 ± 3,77	9-45	26	33	56,3
Local de Atendimento Farmacêutico	1	4,75 ± 0,50	1-5	4	5	93,8
Suporte de informação	1	5,00 ± 0,00	1-5	5	5	100,0
Avaliação da satisfação do paciente	1	5,00 ± 0,00	1-5	5	5	100,0
Melhoria da competência	1	4,25 ± 0,96	1-5	3	5	81,3
Avaliação do desempenho profissional	1	5,00 ± 0,00	1-5	5	5	100,0
Provisão de informações sobre saúde para o paciente	1	4,75 ± 0,50	1-5	4	5	93,8
Relação terapêutica	1	4,25 ± 0,96	1-5	3	5	81,3

Estrutura

Quanto aos recursos humanos, a Farmácia Popular do Brasil de Aracaju-SE dispunha de dois farmacêuticos e oito auxiliares (5 técnicos em farmácia, 1 auxiliar de serviços administrativos, 2 auxiliares de serviços gerais), todos com carga horária de 44 horas semanais e jornada de trabalho de oito horas diárias. Os farmacêuticos desta farmácia exerciam diversas funções, como gestão e planejamento, seleção, programação e aquisição, armazenamento e dispensação de medicamentos.

O programa de AtenFar fazia parte do projeto de mestrado desenvolvido e implantado na referida farmácia por duas farmacêuticas mestrandas (Aguiar et al., 2012; Balisa-Rocha et al., 2012) com idade média igual a $26,0 \pm 1,0$ anos, tempo de graduação igual a $3,5 \pm 2,1$ anos, nível intermediário na língua inglesa e $2,8 \pm 0,4$ anos de experiência na área. Além disso, ambas as pesquisadoras receberam 40 horas de treinamento: 10h sobre processo de trabalho (avaliação do paciente, desenvolvimento de plano de cuidado e avaliação do seguimento), 10h de treinamento do método *Pharmacotherapy Workup* (documentação e classificação de problemas relacionados aos medicamentos - PRM) e 20h de treinamento relacionado às habilidades de comunicação, por meio de simulação de sessões de

entrevistas e orientação ao paciente (Cipolle et al., 2004; Castro et al., 2006).

Quanto à instalação física, a Farmácia Popular do Brasil segue normas de padronização, dentre as quais está previsto um ambiente privativo para a realização da AtenFar. No entanto, a sala destinada a este fim na unidade onde foi realizado o presente estudo encontrava-se inativada, servindo apenas como depósito de materiais. Diante disto, foi encaminhada aos órgãos responsáveis a solicitação para a execução do projeto no referido ambiente. A sala de Atendimento Farmacêutico consiste de uma área privada com 12 m², montada e mantida com recursos provenientes de Projetos de Pesquisa.

Anteriormente ao serviço de AtenFar, a farmácia contava apenas com o Dicionário de Especialidades Farmacêuticas e o Vade-Mécum como fontes de informação sobre medicamentos, ambos desenvolvidos pela indústria farmacêutica. Entretanto, foi introduzido a partir da implantação do programa de AtenFar um computador conectado à internet, com acesso a base de dados Medline e Micromedex®; software Lexi-Comp® para Palm top; livros de farmacoterapia baseada em evidência (Lacy et al., 2009; Wells et al., 2009), além de diretrizes clínicas nacionais e internacionais (ADA, 2005; SBD, 2007; SBH, 2006; JNCP, 2003). Os recursos materiais necessários para a implantação do programa encontram-se na Tabela 2.

Tabela 2: Custos para implantação do serviço de Atenção Farmacêutica na Farmácia Popular do Brasil. Aracaju, Brasil, 2009.

Descrição do item	Quantidade	Custo estimado
Computador completo + roteador	01	R\$ 1.179,00
Impressora multifuncional com impressora, scanner e copiadora	01	R\$ 269,00
Arquivo para armazenamento da documentação dos pacientes e livros	01	R\$ 350,00
Mesa para computador	01	R\$ 180,00
Mesa redonda para atendimento	01	R\$ 228,00
Cadeiras - para o profissional, paciente e acompanhante	04	R\$ 216,00
Computador de mão Palm TX	02	R\$ 2.372,00
Software para Palm Top for Pharmacists (Lexi-comp)	02	R\$ 1.750,00
Estetoscópio e esfigmomanômetro aneróide validado	02	R\$ 900,00
Glicosímetro	01	R\$ 60,00
Kit de lancetas (contém 25 unidades)	16	R\$ 256,00
Kit de tiras reagentes (contém 25 unidades)	16	R\$ 384,00
Balança antropométrica	01	R\$ 1.050,00
Fita antropométrica validada	01	R\$ 68,00
Material bibliográfico: livros de farmacoterapia baseada em evidência, exames laboratoriais e semiologia médica e guia de interações medicamentosas.	-	R\$ 1.145,00
Material de escritório	-	R\$ 330,00
Custo Total		R\$ 10.737,00

Processo

Após a estruturação da sala de Atendimento Farmacêutico, a população-alvo do estudo foi identificada por meio do método de recrutamento face a face, no momento da compra dos seus medicamentos na referida farmácia. Para os concordantes em participar do programa

de Atenfar, foram agendadas consultas mensais, cada uma com duração de 40-60 min, durante um período de dez meses. A Figura 1 ilustra o cronograma de execução do processo de trabalho das farmacêuticas pesquisadoras.

No total, 101 pacientes foram convidados a participar do programa de AtenFar, destes 69 completaram o estudo. A faixa etária dos pacientes foi entre 60 e 75 anos, com

média de idade de $65,94 \pm 4,73$ anos, sendo 36 (52,1%) participantes do gênero feminino. Foram incluídos no estudo pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensão Arterial Sistêmica confirmado, de acordo com as diretrizes (SBD, 2007; SBH, 2006) e usuários de medicamentos hipoglicemiantes e anti-hipertensivos.

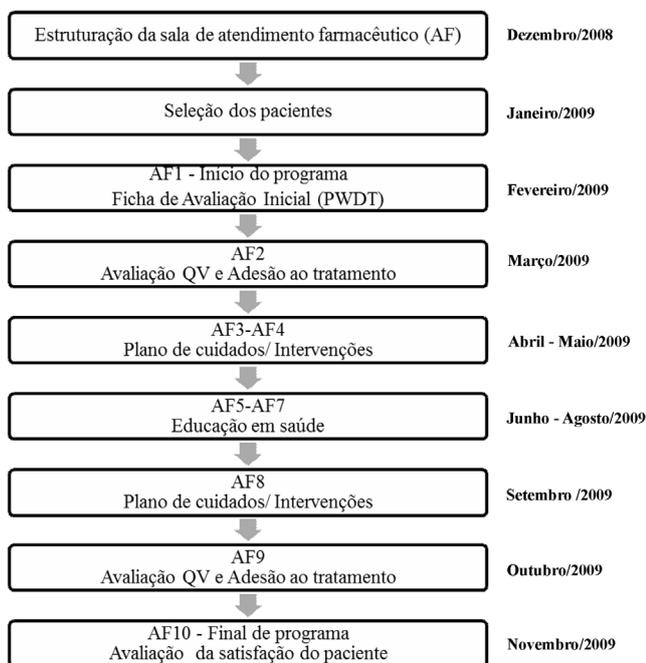


Figura 1: Cronograma de execução do serviço de Atenção Farmacêutica na Farmácia Popular do Brasil. Aracaju, Brasil, 2009.

O domínio *documentação* da prática apresentou escore elevado de $27,50 \pm 1,29$ (91,7%). Informações sobre os problemas de saúde, identificação e resolução de PRM, farmacoterapia e quaisquer intervenções farmacêuticas realizadas foram registradas, sobretudo, em manuscrito. A ficha de avaliação inicial do paciente foi documentada seguindo o modelo *Pharmacotherapy Workup* (13) e nas consultas subsequentes, em folhas em branco no formato SOAP (subjective, objective, assessment, and plan) (Weed, 1968). Além disso, para cada paciente foi disponibilizado um cartão de medicação digitado com instruções sobre a administração e o horário de tomada dos medicamentos.

Em relação ao domínio *avaliação do paciente*, foi obtida uma média de $26,25 \pm 1,26$ pontos (87,5%). Quando os pacientes apresentaram uma nova prescrição para o tratamento de condições crônicas, verificou-se a pontuação máxima. Por outro lado, quando a prescrição era reutilizada o processo de avaliação do paciente foi considerado menos satisfatório.

Com base nas informações obtidas e documentadas, foram desenvolvidos *planos de acompanhamento*, os quais foram debatidos em reuniões clínicas e com o próprio paciente. Após um consenso, foram definidos *objetivos terapêuticos* para cada condição clínica e PRM identificado, o que proporcionou uma pontuação de $13,75 \pm 1,50$ (91,7%) no referente domínio. O progresso dos

pacientes era registrado mensalmente e reavaliado a cada consulta do seguimento. Ainda, a *análise do prontuário* foi realizada constantemente ($4,75 \pm 0,50$) (95,0%), a fim de identificar o surgimento de possíveis PRM.

Os domínios relacionados à comunicação farmacêutico-paciente apresentaram pontuação próxima à máxima (100,0%): *orientação e instrução ao paciente* ($5,00 \pm 0,00$); *verificação do entendimento* ($4,75 \pm 0,50$) e *provisão de informações sobre saúde* ($4,75 \pm 0,50$). O modelo de educação ao paciente foi baseado da concepção problematizadora proposta por Freire (1983), constituindo um processo de cuidado colaborativo e pró-ativo. Os pacientes foram estimulados a discutir e refletir sobre situações-problema: doença (natureza, causas e tratamento - farmacológico ou não), importância das mudanças no estilo de vida e automanejo dos medicamentos (reações adversas, administração e armazenamento). Este método favoreceu o fortalecimento da *relação terapêutica paciente-farmacêutico*, apresentando escore superior a 4 pontos (81,3%).

Dentre todos os domínios analisados, *referência a outros profissionais de saúde* destacou-se como aquele que obteve menor pontuação ($29,25 \pm 3,77$) (56,3%). Problemas foram encontrados, principalmente, no encaminhamento a outros farmacêuticos ($1,00 \pm 0,00$) (0,0%) e no envio de cartas aos médicos ($1,50 \pm 0,58$) (12,5%). Para os PRM que necessitavam de auxílio médico para resolução, a maioria das intervenções foi realizada de forma verbal, por intermédio dos próprios pacientes. Em contrapartida, cópias de informações do paciente foram disponibilizadas a todos os profissionais de saúde ($4,00 \pm 0,82$) (80,0%), por meio de um cartão individual que continha valores mensais da pressão arterial, glicemia capilar e peso.

As farmacêuticas-pesquisadoras realizaram autoavaliação continuada, quer seja por meio do *desempenho profissional* (resultados clínicos obtidos) ou da *satisfação dos pacientes*, ambos os domínios com pontuação máxima (100,0%). Ao final do programa, a satisfação foi mensurada de acordo com o instrumento "Pharmacy Services Questionnaire" adaptado para a prática de AtenFar (Larson et al., 2002) e validado para o português do Brasil (Correr et al., 2009).

DISCUSSÃO

Farmacêuticos treinados são apontados como pré-condição para a implantação da AtenFar e demais serviços cognitivos, assumindo o papel de elemento chave para a efetiva mudança de prática profissional (Gastelurrutia et al., 2009; Zardain et al., 2009). No Brasil, a disciplina de AtenFar foi incluída em parte dos cursos de Farmácia a partir de 2002, com a reforma curricular que instituiu a formação generalista do farmacêutico (CNE, 2002). Embora as farmacêuticas-pesquisadoras tenham cursado a disciplina de AtenFar na graduação, isto não foi garantia suficiente de capacitação. Por isto, ambas participaram regularmente de programas de educação permanente, aprimorando habilidades e conhecimentos específicos desta prática. Este achado difere daqueles encontrados em outros estudos brasileiros (França Filho et al., 2008; Correr et al., 2004). Vale ressaltar que o presente estudo foi realizado por farmacêuticas que se dedicavam exclusivamente à

pesquisa, o que limita a comparação com outros estudos nos quais os farmacêuticos possuem vínculo empregatício e executam diversas outras atividades dentro do ciclo da Assistência Farmacêutica.

A unidade da Farmácia Popular do Brasil dispunha de *layout* adequado, em termos de espaço e privacidade, sendo tais aspectos referidos na literatura como facilitadores em potencial ao serviço de AtenFar (Roberts et al., 2008; Mobach, 2005). Em países do Reino Unido e Holanda, as farmácias comunitárias têm oferecido áreas designadas especificamente para a prestação deste serviço (Rapport et al., 2009; Pronk et al., 2002). Porém, no Brasil ainda há carência de estrutura física montada para este fim (França Filho et al., 2008), somente as Farmácias Populares do Brasil tem este espaço que na maioria das vezes não é usado para fins de atendimentos de AtenFar. Somado a privacidade do ambiente, destaca-se a importância da atmosfera do atendimento (Mobach, 2008), em que a presença de uma mesa redonda facilita a proximidade entre o farmacêutico e paciente, assim como, elimina barreiras que podem limitar a confiança necessária à comunicação (Machuca et al., 2003).

Informações apropriadas sobre medicamentos são essenciais para assegurar o uso correto e estão diretamente ligadas à qualidade das ações de saúde desenvolvidas pelo farmacêutico (Fernández-Llimos, 1999). Portanto, as fontes de informação devem ser facilmente acessíveis, atualizadas e confiáveis, respondendo às necessidades dos pacientes (Zehnder et al., 2004). No presente estudo, o acesso à internet aliado ao conhecimento moderado em língua inglesa, possibilitou o manuseio de importantes recursos, como Medline, Micromedex® e Lexi-Comp®. Este dado contrapõe aqueles encontrados no Brasil (França Filho et al., 2008; Farina & Romano-Lieber, 2009), já que houve predomínio no uso de livros e manuais como fontes de informação. Contudo, vale ressaltar, que a capacidade em transmitir as informações e incentivar os pacientes a buscá-las é tão importante quanto à própria informação (Zehnder et al., 2004).

A documentação é um componente crítico para a melhoria do processo de AtenFar, sendo fundamental para atribuir valor a prática e facilitar a comunicação entre os profissionais (Brock et al., 2006; Zierler-Brown, 2007). Logo, o farmacêutico deverá ser capaz de fornecer um registro claro e preciso do paciente em cada consulta (Currie, 2003). Na farmácia estudada, a ausência de um sistema de documentação informatizada pode comprometer a qualidade do serviço, já que em manuscrito consome maior tempo e não constitui um método compacto para armazenar os dados do paciente. Entretanto, a literatura aponta que ainda não existe um sistema de documentação ideal, capaz de satisfazer todas as necessidades referentes a este serviço farmacêutico (Brock et al., 2006).

A identificação, resolução e prevenção de possíveis PRM constituem a essência do processo da AtenFar (Van Mill et al., 2004). Para tanto, os farmacêuticos devem efetuar uma adequada avaliação das informações subjetivas e objetivas do paciente e com base nisto, tomar decisões relativas quanto ao uso dos medicamentos (Spray & Parnapy, 2007). No domínio avaliação do paciente, o estudo apresentou escores superiores em relação a outros similares. Ainda assim, falhas foram detectadas, sobretudo,

quando era reutilizada uma prescrição para condições crônicas de saúde.

O presente estudo adotou a educação em saúde como componente fundamental da AtenFar (Ivama et al., 2002), o que constituiu diferencial marcante em relação à prática de outros países. O método de Paulo Freire, originalmente aplicado para a alfabetização de adultos no Brasil, tornou-se uma abordagem mundialmente utilizada para educação em saúde (Roter et al., 2001; Lyra Jr et al., 2007; Aujoulat et al., 2007). As estratégias de aprendizagem se fundamentaram na participação ativa do paciente, estimulando-o a discutir e refletir sobre situações-problema relativas ao comportamento em saúde e uso dos medicamentos. Assim, o propósito desta intervenção foi o empoderamento do paciente, valorizando a sua conscientização e autonomia até que ele se torne agente da própria saúde (Anderson & Funnell, 2010).

As habilidades de comunicação interpessoal são reconhecidas como ferramentas fundamentais para profissionais de saúde, à medida que facilitam os processos de empoderamento e construção da relação terapêutica (Roter et al., 2001; Lyra Jr et al., 2007). Para Shah & Chewning (2006), a comunicação farmacêutico-paciente deve ser vista como um diálogo desenvolvido no contexto de confiança mútua, e acordado entre os participantes, o que auxilia na resolução e prevenção de PRM. Apesar disso, é importante destacar que apenas a qualidade da relação terapêutica não é garantia suficiente para a redução de risco de PRM e sim, o maior conhecimento e percepção do paciente sobre a sua saúde (O'Neil & Prer, 1998).

Os resultados deste estudo foram pouco satisfatórios quanto à colaboração médico-farmacêutico, o que confirma dados da literatura. Na verdade, a má relação entre ambos profissionais afeta negativamente os resultados dos pacientes (Muijers et al., 2004), levando a falhas no processo da AtenFar (Nørgaard et al., 2000). Por esta razão, estudos têm apontado que o desenvolvimento e manutenção de relações cooperativas entre farmacêuticos e médicos facilitariam a mudança da prática em farmácias comunitárias (Gastelurrutia et al., 2009; Roberts et al., 2008). De acordo com Montgomery et al. (2007), para que haja sucesso nesta cooperação, ambas as partes devem estar cientes e concordar com as respectivas tarefas de cada profissional.

Ante o exposto, podemos observar que os resultados referentes aos indicadores de estrutura e processo foram considerados satisfatórios na maioria dos domínios avaliados. A estrutura montada para a sala de Atendimento Farmacêutico mostrou-se como uma possibilidade viável a ser incorporada a programas de AtenFar em farmácias comunitárias. Ainda, as falhas encontradas durante o processo de prestação do serviço são passíveis de melhoria em curto prazo. Desta forma, este estudo poderia contribuir na elaboração de um modelo de implantação da AtenFar para a rede do Governo Federal "Farmácia Popular do Brasil". No entanto mais estudos são necessários.

AGRADECIMENTOS

As farmacêuticas Giselle Brito e Rosana Costa pela relevante contribuição na coleta dos dados. A farmacêutica Emanuelle Almeida pela colaboração na análise estatística

do estudo. A farmacêutica Maria Cristiane Trindade, gerente da Farmácia Popular do Brasil, e a Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju que possibilitaram a implantação do serviço e a realização da pesquisa. Este estudo teve o suporte financeiro do CNPq, Capes e Fapitec-SE.

ABSTRACT

Evaluation of structure and process indicators at a pharmaceutical care service of a drugstore chain in Brazil: A pilot study

The aim of the present study was to evaluate indicators of the structure and process used in the implantation of a pharmaceutical care service of the drugstore chain People's Pharmacy of Brazil. A descriptive, evaluative study was conducted in November 2009 at a branch of the People's Pharmacy of Brazil in the city of Aracaju (state of Sergipe). Structure and process indicators were evaluated by applying the modified version of the Behavioral Pharmaceutical Care Scale, which is composed of 34 items divided among 14 subscales, the score of which ranges from 16 to 175 points. Evaluations were performed by two pharmacist researchers (self-reports) and two pharmacist auditors (direct observations). The overall mean score attributed by the evaluators was 144.25 ± 6.75 (range: 138 to 153). All subscales related to the structure of the service and most of the subscales related to the process achieved high scores ($\geq 80\%$). The main flaws regarded referrals and consultations with other health professionals (56.3%), especially referrals to other pharmacists (1.00 ± 0.00 ; 0.0%) and sending letters to doctors (1.50 ± 0.58 ; 12.5%). The findings of this pilot study demonstrate satisfactory structure and process, indicating the potential of the pharmaceutical care service to contribute to the development of a model for the deployment of this service to other branches of the People's Pharmacy of Brazil. However, further studies are needed.

Keywords: Pharmaceutical care. Pharmacy/quality indicators. Pharmacy/services structure. Pharmacy/process

REFERÊNCIAS

- American Diabetes Association - ADA. Standards of medical care in diabetes [consensus Statement]. *Diabetes Care*. 2005;28:S4-36.
- Aguiar PM, Balisa-Rocha BJ, Brito GC, Lyra Jr. DP. Pharmaceutical care program for elderly patients with uncontrolled hypertension. *J Am Pharm Assoc*. 2012;52(4):515-8. DOI: 10.1331/JAPhA.2012.11015.
- Anderson RM, Funnell MM. Patient empowerment: Myths and misconceptions. *Patient Educ Couns*. 2010;79(3):277-82. DOI: 10.1016/j.pec.2009.07.025.
- Aujoulat I, d'Hoore W, Deccache A. Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony? *Patient Educ Couns*. 2007;66(1):13-20.
- Balisa-Rocha BJ, Guimarães VG, Mesquita AR, Aguiar PM, Krass I, Lyra Jr. DP. Enhancing health care for type 2 diabetes in Northern Brazil: A pilot study of pharmaceutical care in community pharmacy. *Afr J Pharm Pharmacol*. 2012;6(35):2584-91.
- Billups SJ, Okano G, Malone D, Carter BL, Valuck R, Barnette DJ, Debra J, Sintek CD. Assessing the structure and process for providing pharmaceutical care in Veterans Affairs medical centers. *Am J Health-Syst Pharm*. 2000;57(1):29-39.
- Bond C. The need for pharmacy practice research. *Int J Pharm Pract*. 2006;14:1-2.
- Brasil. Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004. Regulamenta a lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, a qual institui o programa Farmácia Popular do Brasil, e dá outras providências. *Diário oficial da União, Brasília*, n. 97, 21 de maio de 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Programa Farmácia Popular do Brasil: manual básico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 102 p.
- Brock KA, Casper KA, Green TR, Pedersen CA. Documentation of patient care services in a community pharmacy setting. *J Am Pharm Assoc*. 2006;46(3):378-84.
- Castro MS, Fuchs FD, Santos MC, et al. Pharmaceutical care program for patients with uncontrolled hypertension. *Am J Hypertens*. 2006;19(5):528-33.
- Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. *Pharmaceutical care practice: the clinician's guide*. 2nd ed. New York: Mc Graw Hill; 2004. 394 p.
- Conselho Nacional de Educação - CNE. Resolução nº CNE/CES 2, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. *Diário Oficial da União, Brasília, Seção 1*, p. 9, 4 de março de 2002.
- Correr CJ, Pontarolo R, Melchioris AC, Paula e Souza RA, Rossignoli P, Fernández-Llimós F. Patient satisfaction with pharmacy services: translation and validation of the Pharmacy Services Questionnaire for Brazil. *Cad Saude Publica*. 2009;25(1):87-96.
- Correr CJ, Rossignoli P, Souza RAP, Pontarolo R. Perfil de los farmacéuticos e indicadores de estructura y proceso en farmacias de Curitiba - Brasil. *Seguim Farmac*. 2004;2(1):37-45.
- Currie JD. Documentation. In: Rovers JP, Currie, JD, Hagel HP, et al. *A practical guide to pharmaceutical care*. 2nd ed. Washington, D.C.: American Pharmacists Association; 2003. p. 92-108.
- Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*. 1988;260(12):1743-8.
- Farris KB, Kirking DM. Assessing the quality of pharmaceutical care II. Application of concepts

- of quality assessment from medical care. *Ann Pharmacother.* 1993;27(2):215-23.
- Farina SS, Romano-Lieber NS. Atenção Farmacêutica em Farmácias e Drogarias: existe um processo de mudança? *Saúde Soc.* 2009;18(1):7-18.
- Fernández-Llimós F. La información sobre medicamentos para la farmacia comunitaria. *Pharm Care Esp.* 1999;1:90-6.
- França Filho JB, Correr CJ, Rossignoli P, Melchior AC, Fernández-Llimós F, Pontarolo R. Pharmacist's and pharmacies profiles in Santa Catarina: structure and process indicators. *Rev Bras Cienc Farm.* 2008;44(1):105-13.
- Freire P. Education for critical consciousness. New York (NY): Continuum Press; 1983.
- Gastelurrutia MA, Benrimoj SI, Castrillon CC, de Amezua MJ, Fernandez-Llimos F, Faus MJ. Facilitators for practice change in Spanish community pharmacy. *Pharm World Sci.* 2009;31(1):32-9. DOI: 10.1007/s11096-008-9261-0.
- Hepler C, Strand L. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm.* 1990;47(3):533-43.
- Ivama AM, Noblat L, Castro MS, Oliveira NVBV, Jamarillo N, Rech N. Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2002. 23 p.
- Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure - VII JNCP. The Seventh Report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of High Blood Pressure. Bethesda: NIH; 2003. 52 p.
- Lacy CH, Armstrong LL, Goldman MP, Lance LL. Medicamentos Lexi-comp Manole. Barueri: Editora Manole; 2009.
- Larson LN, Rovers JP, MacKeigan LD. Patient satisfaction with pharmaceutical care: update of a validated instrument. *J Am Pharm Assoc (Wash).* 2002;42(1):44-50.
- Lyra Jr DP, Rocha CE, Abriata JP, Gimenes FR, Gonzalez MM, Pelá IR. Influence of Pharmaceutical Care intervention and communication skills on the improvement of pharmacotherapeutic outcomes with elderly Brazilian outpatients. *Patient Educ Couns.* 2007;68(2):186-92.
- Machuca M, Fernández-Llimós F, Faus MJ. Método Dáder. Guía de seguimiento farmacoterapéutico. Granada: Editora Universidad de Granada; 2003. 47 p.
- Mobach MP. The transformation of pharmacy concepts into building and organization. *Pharm World Sci.* 2005;27(4):329-38.
- Mobach MP. The counter and consultation room work explored in the Netherlands. *Pharm World Sci.* 2008;30(4):360-66.
- Montgomery AT, Kälve-mark-Sporrong S, Henning M, Tully MP, Kettis-Lindblad A. Implementation of a pharmaceutical care service: prescriptionists', pharmacists' and doctors' views. *Pharm World Sci.* 2007;29(6):593-602.
- Muijers PEM, Knottnerus JA, Sijbrandij J, Janknegt R, Grol RPTM. Pharmacists in primary care. *Pharm World Sci.* 2004;26:256-62.
- Nørgaard LS, Sørensen EW, Morgall JM. Social constructivist analysis of a patient medication record experiment - Why a good idea and good intentions are not enough. *Int J Pharm Pract.* 2000;8(4):237-46.
- Odedina FT, Segal R. Behavioral pharmaceutical care scale for measuring pharmacists' activities. *Am J Health-Syst Pharm.* 1996;53(8):855-65.
- Organização Mundial de Saúde - OMS. Perspectivas Políticas sobre Medicamentos da OMS. Promoção do uso racional de medicamentos: componentes centrais. Geneva: OMS; 2002.
- O'Neil CK, Prer TI. Impact of patient knowledge, patient-pharmacists relationships and drug perceptions on adverse drug therapy outcomes. *Pharmacotherapy.* 1998;18(2):333-40.
- Pronk M, Blom L, Jonkers R, Bakker A. Community pharmacy and patient-oriented activities: the Dutch case. *Patient Educ Couns.* 2002;46(1):39-45.
- Rapport F, Doel MA, Jerzembek GS. "Convenient space" or "a tight squeeze": insider views on the community pharmacy. *Health Place.* 2009;15(1):315-22.
- Roberts AS, Benrimoj SI, Chen TF, Williams KA, Aslani P. Practice change in community pharmacy: quantification of facilitators. *Ann Pharmacother.* 2008;42(6):861-8.
- Roter DL, Margalit-Stashefsky R, Rudd R. Current perspectives on patient education in the U.S. *Patient Educ Couns.* 2001;44(1):79-86.
- Shah B, Chewing B. Conceptualizing and measuring pharmacist-patient communication: a review of published studies. *Res Social Adm Pharm.* 2006;2(2):153-85.
- Sociedade Brasileira de Diabetes - SBD. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: Tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes; 2007.
- Sociedade Brasileira de Hipertensão - SBH. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. [Internet]. 2006. Disponível em: <http://www.sbh.org.br>
- Spray JW, Parnapy SA. Teaching patient assessment skills to doctor of pharmacy students: the TOPAS study. *Am J Pharm Educ.* 2007;71(4):article 64.
- Van Mill JWF, Westerlund T, Hersberger KE, Schaefer MA. Drug-related problem classification systems. *Ann Pharmacother.* 2004;38:859-67.
- Weed L. Medical records that guide and teach. *N Engl J Med.* 1968;278(11):593-7.

Wells BG, Dipiro JT, Schwinghammer TL, Dipiro CV. *Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach*. 7th. New York: Hardcover; 2009.

Zardaín E, del Valle MO, Loza MI, García E, Lana A, Markham WA et al. Psychosocial and behavioural determinants of the implementation of Pharmaceutical Care in Spain. *Pharm World Sci*. 2009;31(2):174-82.

Zehnder S, Beutler M, Bruppacher R, Ehrenhofer T, Hersberger KE. Needs and use of drug information sources in community pharmacies: a questionnaire based survey in German-speaking Switzerland. *Pharm World Sci*. 2004;26(4):197-202.

Zierler-Brown S, Brown TR, Chen D, Blackburn RW. Clinical documentation for patient care: models, concepts, and liability considerations for pharmacists. *Am J Health Syst Pharm*. 2007;64(17):1851-8.

Recebido em 10 de julho de 2012

Aceito para publicação em 18 de dezembro de 2012