

PRINCIPAIS DIFICULDADES ENFRENTADAS POR FARMACÊUTICOS PARA EXERCEREM SUAS ATRIBUIÇÕES CLÍNICAS NO BRASIL

MAIN DIFFICULTIES FACED BY PHARMACISTS TO EXERCISE THEIR CLINICAL ATTRIBUTIONS IN BRAZIL

PRINCIPALES DIFICULTADES ENFRENTADAS POR LOS FARMACÉUTICOS PARA EL EJERCICIO DE SUS ASIGNACIONES CLÍNICAS EN BRASIL

Gabriel Rodrigues Martins de Freitas
Rodrigo Silveira Pinto
Márcia Dos Angeles Luna-Leite
Mauro Silveira de Castro
Isabela Heineck

PPGCF/Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

RESUMO

Determinar as principais dificuldades enfrentadas por farmacêuticos brasileiros para exercerem suas atribuições clínicas. Trata-se de um estudo exploratório realizado a partir de um painel de especialistas, utilizando a técnica Delphi adaptada em duas rodadas, com farmacêuticos brasileiros membros de Grupos de Pesquisa em Farmácia Clínica, que tem contato direto com o paciente. Na primeira rodada, os participantes listaram dificuldades para exercer atribuições clínicas. Dois avaliadores independentes categorizaram estas dificuldades sendo medido o coeficiente Kappa para medir o grau de concordância. Um terceiro avaliador intervinha em valores menores que 0,40. Na segunda rodada, a categorização foi enviada aos participantes, que realizaram priorização por pontos. Partindo da soma das priorizações determinou-se a priorização das dificuldades de todo o grupo. 44 farmacêuticos clínicos participaram do estudo, sendo 72,7% do sexo feminino e com tempo de experiência atuando como farmacêutico clínico de 70,18 ($\pm 53,7$) meses. Obteve-se um elenco de 116 respostas, em que os dois avaliadores categorizaram em 12 dificuldades não obtendo concordância em apenas uma delas (única com $k < 0,40$). As três dificuldades priorizadas como mais importantes estão relacionadas com a formação profissional. As principais dificuldades levantadas pelos participantes indicam que a educação farmacêutica está diretamente envolvida na execução dos serviços clínicos. Uma reforma educacional, tanto nos cursos de graduação como pós-graduação, se faz necessária para a mudança no cenário no país.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica; Competência Clínica; Educação em Farmácia.

ABSTRACT

To determine the main difficulties faced by Brazilian pharmacists to exercise their clinical attributions. This is an exploratory study from a panel of experts using the Delphi technique adapted in two rounds, with pharmaceutical Brazilian members of Research Groups in Clinical Pharmacy attending patients. In the first round, participants listed difficulties to perform clinical duties. Two independent reviewers categorized these difficulties being measured the kappa coefficient to measure the degree of agreement. A third evaluator intervened in values less than 0.40. In the second round, the categorization was sent to the participants, who performed prioritization on points. From the sum of the prioritization determined to prioritize difficulties around the group. 44 clinical pharmacists participated in the study, 72.7% female and long experience working as a clinical pharmacist of 70.18 \pm 53.7 months. There was obtained a list of 116 responses in the two evaluators 12 categorized into difficulties, not obtaining agreement of only one of them. The three difficulties prioritized as most important are related to pharmaceutical education. The main difficulties raised by the participants indicates that the pharmaceutical education is directly involved in the conduct of clinical services. Educational reform is needed to change the scenario in the country.

Keywords: Pharmaceutical Services; Clinical Competence; Pharmacy Education.

RESUMEN

Determinar las principales dificultades encontradas por los farmacéuticos de Brasil para ejercer sus asignaciones clínicas. Se trata de un estudio exploratorio de un panel de expertos utilizando la técnica Delphi adaptado en dos rondas, con miembros brasileños farmacéuticas de grupos de investigación en Farmacia Clínica, que tiene contacto directo con los pacientes. En la primera ronda, los participantes enumeran las dificultades para llevar a cabo tareas clínicas. Dos revisores independientes clasifican estas dificultades

Recebido em: 20/03/16

Aceito em: 30/09/16

Autor Para Correspondência:
Gabriel Rodrigues Martins de Freitas
PPGCF/Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
E-mail:
Grmf.pharma@gmail.com

están midiendo el coeficiente kappa para medir el grado de acuerdo. Un tercer evaluador intervino en valores inferiores a 0,40. En la segunda ronda, la clasificación fue enviada a los participantes, que llevan a cabo el establecimiento de prioridades en los puntos. De la suma de la priorización determinada para dar prioridad a las dificultades de todo el grupo. 44 farmacéuticos clínicos participaron en el estudio, el 72,7% de mujeres y larga experiencia de trabajo como farmacéutico clínico de 70,18 ± 53,7 meses. Se obtuvo una lista de 116 respuestas en los dos evaluadores 12 categorizados en dificultades, no obtener el acuerdo de sólo uno de ellos. Las tres dificultades más importantes y prioritarias están relacionadas con la formación clínica. Las principales dificultades planteadas por los participantes indica que la educación farmacéutica está implicado directamente en la dirección de los servicios clínicos. Es necesaria una reforma educativa para cambiar el escenario en el país.

Palabras Clave: Servicios Farmacéuticos; Competencia Clínica; Educación en Farmacia

INTRODUÇÃO

Os sistemas de saúde, em todo o mundo, têm enfrentado desafios relacionados a restrições orçamentárias, a alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e ao aumento dos problemas relacionados à farmacoterapia que levam a morbidades e mortalidade relacionada aos medicamentos¹.

Estas mudanças incidem também sobre a profissão farmacéutica que vem sofrendo uma série de transformações nos últimos tempos. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os farmacéuticos devem estar mais envolvidos em resolver problemas dos sistemas de saúde^{2,3}, partindo de uma abordagem centrada no produto (medicamento) para o cuidado^{4,5,6}. Deste modo, o farmacêutico atual deve desempenhar atividades voltadas à promoção do uso racional de medicamentos e de outras tecnologias em saúde, tendo sua prática redefinida a partir das necessidades das pessoas, família, cuidadores e comunidade⁶. Isto inclui a identificação, resolução e prevenção de problemas potenciais e reais relacionados com a farmacoterapia. Estas ações se materializam na prestação de serviços farmacéuticos, como, por exemplo, o acompanhamento farmacoterapêutico, a educação em saúde, o rastreamento em saúde, a conciliação de medicamentos, a revisão da farmacoterapia, entre outros⁶.

Uma série de estudos têm mostrado que o farmacêutico desempenha papel vital no manejo da terapia medicamentosa, o que de maneira global, melhora a condição de saúde do paciente⁷⁻¹¹. O fácil acesso às farmácias e ao farmacêutico, tanto pela distribuição geográfica, quanto em termos do aconselhamento gratuito, fazem com que a farmácia seja, em muitas ocasiões, a porta de entrada para o sistema de saúde¹².

No Brasil observamos o crescimento do movimento clínico nas últimas décadas, tendo vista o marco da publicação da Proposta de Consenso Brasileiro de Atenção Farmacéutica¹³, passando pela mudança das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Farmácia¹⁴, a Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacéutica, da Política Nacional de Assistência Farmacéutica¹⁵, a Resolução da Diretoria Colegiada nº 44/2009 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária¹⁶. Todo este acúmulo resultou nas mais recentes resoluções do Conselho Federal de Farmácia (CFF), que regulamentam a prescrição farmacéutica e as atribuições clínicas do farmacêutico (Resoluções CFF nº 585/13 e 586/13)^{6,17} e a Lei Federal nº 13.021/14, que transformam farmácias e drogarias em unidades de prestação de serviços de saúde e confirmam a obrigatoriedade da presença permanente do farmacêutico nestes estabelecimentos, além de determinar as funções deste profissional na prestação destes serviços¹⁸. Estes fatos confirmam que a profissão está passando pela transição anteriormente citada, saindo da gestão do produto apenas e passando a adquirir mais responsabilidades no cuidado.

Desta forma, a profissão farmacéutica no Brasil deve se reorientar para este modelo, sendo necessária as mudanças nos processos educacionais de farmacéuticos e estudantes de farmácia. Entretanto, a mudança do foco de uma profissão estabelecida é um grande desafio. Mesmo em países onde o foco da profissão foi modificado existem dificuldades na sua implementação^{19,20}.

Alguns fatores podem dificultar a implantação de serviços farmacéuticos no Brasil e do exercício de suas atribuições clínicas dos farmacéuticos. Por exemplo, a realidade em que vive o profissional

farmacêutico e a crise de identidade profissional em consequência da falta de reconhecimento social e pouca inserção na equipe multiprofissional de saúde, não representando um referencial como profissional de saúde na farmácia e nem em outros serviços de saúde, acompanhado da deficiência na formação profissional que é excessivamente tecnicista²¹.

Faz-se necessário compreender as variáveis que influenciam na mudança de pensamento do profissional farmacêutico brasileiro. Portanto, o objetivo deste trabalho é conhecer, a partir de um painel com farmacéuticos clínicos já atuantes, quais são as principais dificuldades enfrentadas para estes profissionais exercerem suas atribuições clínicas.

METODOLOGIA

Um painel com especialistas foi realizado para determinar as principais dificuldades enfrentadas pelo farmacêutico para executar suas atribuições clínicas. Segundo Pinheiro e colaboradores, painel de especialistas tem como objetivo tratar um tema complexo e controverso com uma visão específica, tendo um caráter exploratório²². Para a condução do painel de especialistas, foi selecionada a técnica Delphi, por proporcionar interação de forma sistemática entre os especialistas de forma remota e com isso podendo abranger todo o território brasileiro. Esta técnica consiste no envio de uma ou mais perguntas, onde cada participante, individualmente, dá o seu parecer. É realizado um compilado com as respostas, sendo devolvido aos participantes que podem optar por alterar ou não a sua posição. O consenso é atingido de acordo critérios propostos pelo pesquisador²³⁻²⁵.

A amostra foi constituída por conveniência, tendo como critérios de inclusão ser farmacêutico, membro de Grupos de Pesquisa em Farmácia Clínica de Universidades brasileiras, que têm contato direto com pacientes por meio de projetos de ensino, pesquisa ou extensão. Estes foram selecionados para representar uma gama de farmacéuticos clínicos de diferentes níveis de cuidado, como farmacéuticos comunitários, farmacéuticos de ambulatórios e hospitais. Os critérios de exclusão foram: participantes que possuíssem menos de 6 meses exercendo atribuições clínicas ou não possuíssem pós-graduação *stricto sensu* ou *lato sensu*. Foram enviados convites para 50 farmacéuticos de cinco grupos de pesquisa.

Todos os contatos com os farmacéuticos foram realizados por meio do correio eletrônico. A primeira mensagem, além do convite e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), informava sobre a realização do estudo em duas etapas: a listagem das dificuldades para executar as atividades clínicas e a priorização destas.

Na primeira rodada, um questionário foi enviado contendo questões sócio-demográficas, tempo de prática em atividades clínicas e a pergunta aberta "Em sua opinião qual (is) a(s) maior (es) dificuldade(s) para o farmacêutico exercer atividades clínicas no Brasil?"

Foi solicitado aos participantes que listassem até três dificuldades gerais, justificando sua opinião. Estas respostas foram arroladas exatamente como cada participante respondeu e enviadas para dois avaliadores, que seguindo os preceitos da análise de conteúdo propostas por Bardin²⁶, executaram o plano de análise para codificar, classificar e categorizar as respostas de forma independente. O plano de análise teve como *corpus* da investigação as respostas dos participantes. Cada avaliador codificou os trechos das respostas que explicitava os objetivos da pergunta-guia gerando unidades de contexto elementares (UCE), realizando a classificação pelo

agrupamento por métodos semânticos estruturais. Para categorização, foram utilizados os grandes grupos de UCEs previamente classificados em uma dimensão semântica. O grau de concordância entre os avaliadores foi medido, por meio da comparação entre a inserção das UCEs nos diferentes agrupamentos através do coeficiente Kappa²⁷. Quando o coeficiente Kappa não foi satisfatório (valores < 0,40)²⁸, um terceiro avaliador decidiu pela criação ou não da categoria de dificuldade.

Na segunda rodada, as categorias listadas na etapa anterior foram apresentadas aos participantes. Nesta etapa os participantes deveriam atribuir pontos de zero a dez, onde zero representava uma categoria de dificuldade sem importância e dez representava uma categoria de dificuldade com a máxima importância.

A participação dos especialistas na pesquisa ocorreu de forma voluntária mediante a assinatura do TCLE, para a sua total compreensão das características do estudo. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre sob o número de identificação 14-0200.

Os dados foram compilados e analisados, por meio do coeficiente Kappa e análise da estatística descritiva da priorização das categorias de dificuldades, utilizando o programa estatístico SPSS versão 18.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

RESULTADOS

A taxa de retorno dos questionários foi de 88%. A amostra foi composta por 44 farmacêuticos clínicos, incluindo docentes, de diversas regiões do Brasil. Os participantes atuam em locais de diferentes níveis de atenção à saúde e todos possuem pós-graduação *stricto sensu* ou *lato sensu*, conforme pode ser observado na Tabela 1.

Tabela 1 – Perfil dos participantes do painel

	Média (Desvio Padrão)	Min.-Máx.
Idade	30,0 (± 4,7)	24-48
Experiência clínica (meses)	70,2 (±53,7)	6-240
	N	%
Sexo Feminino	32	72,7
Estado em que atuam		
Ceará	04	9,1
Minas Gerais	06	13,6
Paraná	04	9,1
Rio Grande do Sul	13	29,5
São Paulo	08	18,2
Sergipe	09	20,5
Local de atuação		
Hospital	15	34,1
Ambulatório	11	25,0
Atenção básica	09	20,4
Farmácia comunitária	08	18,2
Análises clínicas	01	2,3
Pós-graduação		
Mestrado	29	65,9
Doutorado	12	27,3
Especialização*	02	4,5
Residência**	01	2,3

*11 profissionais possuem especialização além do mestrado e/ou doutorado;

** 7 profissionais possuem residência além do mestrado e/ou doutorado.

No total, obteve-se um elenco de 116 dificuldades listadas, em que os dois avaliadores as classificaram em doze categorias, sendo que o terceiro

avaliador entrevistou em apenas uma. O Quadro 1 apresenta a categorização e a descrição das dificuldades agrupadas. A Tabela 2 apresenta o grau de concordância entre os pesquisadores para criação destas categorias, a partir do coeficiente Kappa.

Quadro 1 – Dificuldades para exercer atividades clínicas categorizadas e descritas

Categoria de dificuldade	Descrição da categoria
Atribuições	Gama elevada de atribuições ou atividades que o farmacêutico pode desempenhar, desviando o seu interesse da atuação clínica.
Autorreconhecimento	Farmacêutico não se reconhece como profissional de saúde e não entende que pode desempenhar atividades clínicas.
Conhecimento	Falta de desenvolvimento das competências clínicas (conhecimentos, habilidades e atitudes).
Desvalorização	Falta de valorização profissional (baixos salários e pouco reconhecimento da sociedade).
Educação permanente	Cursos de pós-graduação de baixo nível, distantes da prática e que não desenvolvem competências clínicas.
Equipe	Não aceitação, por parte da equipe, que o farmacêutico desempenhe atividades clínicas.
Estrutura	Farmacêutico não possui um aporte estrutural para desenvolver atividades clínicas.
Gestor	Gestor não tem interesse nas atividades clínicas ou não reconhece o farmacêutico como um profissional clínico.
Graduação	Formação clínica insuficiente na graduação e distanciamento da prática clínica.
Olhar técnico	Olhar tecnicista e mecanizado da profissão. Falta um olhar mais humanizado e holístico.
Sistematizar/Padronizar	Falta de sistematização, diretrizes e padronização dos processos das atividades clínicas.
Tempo	Tarefas gerenciais, logísticas e burocráticas consomem muito tempo não sobrando para atividades clínicas.

Tabela 2 – Dificuldades para exercer atividades clínicas categorizadas e a medida de concordância Kappa (k)

Categoria de dificuldade	Kappa, K	Interpretação do K ²⁸
Atribuições	0,544	Concordância moderada
Autorreconhecimento	0,894	Concordância quase perfeita
Conhecimento	0,567	Concordância moderada
Desvalorização	0,755	Concordância substancial
Educação permanente	0,594	Concordância moderada
Equipe	0,682	Concordância substancial
Estrutura	0,905	Concordância quase perfeita
Gestor	0,899	Concordância quase perfeita
Graduação	0,931	Concordância quase perfeita
Olhar técnico	0,345	Concordância fraca
Sistematizar/Padronizar	0,755	Concordância substancial
Tempo	0,884	Concordância quase perfeita

Observou-se que o grau de concordância entre os pesquisadores independentes na alocação das dificuldades em categorias foi satisfatório tendo em vista que apenas uma categoria teve o valor de $k < 0,41$ e oito das doze tiveram um valor de $k > 0,61$.

Com relação à priorização das dificuldades pelos participantes, temos que as três dificuldades priorizadas como mais importantes estão relacionadas com a formação profissional como podem ser observadas na Tabela 3. Além disso, verificamos que dificuldades como problemas estruturais ou não aceitação por parte da equipe, envolvida no cuidado, que o farmacêutico deva exercer atividades clínicas foram dificuldades priorizadas como pouco importantes.

Tabela 3 – Priorização das dificuldades para exercer atividades clínicas

Prioridade	Dificuldades	Média da pontuação das dificuldades
1ª	Graduação	8,50 ± 2,11
2ª	Conhecimento	8,16 ± 2,90
3ª	Educação permanente	6,84 ± 3,15
4ª	Olhar técnico	6,43 ± 3,07
5ª	Autorreconhecimento	6,27 ± 3,09
6ª	Atribuições	6,25 ± 2,83
7ª	Gestor	6,18 ± 2,93
8ª	Tempo	6,18 ± 2,82
9ª	Sistematização/ padronização	6,09 ± 3,11
10ª	Desvalorização	5,45 ± 2,87
11ª	Estrutura	4,98 ± 2,88
12ª	Equipe	3,95 ± 2,27

DISCUSSÃO

Sendo uma profissão milenar, é coerente que farmacêuticos tenham que se adaptar às mudanças sociais e econômicas vividas ao longo dos séculos para que continuem tendo um papel fundamental para a sociedade. Esta transformação fica mais clara quando observamos o contexto dos Estados Unidos em que o farmacêutico, que perdeu seu papel nas farmácias após a industrialização do setor, conseguiu lograr êxito no âmbito hospitalar através de uma nova disciplina, que seria promissora na função de resgatar a importância da profissão dentro da equipe de saúde, chamada de Farmácia Clínica^{16,17,29}.

A Farmácia Clínica, que pode ser definida como “área da farmácia voltada à ciência e prática do uso racional de medicamentos, na qual os farmacêuticos prestam cuidado ao paciente, de forma a otimizar a farmacoterapia, promover saúde e bem-estar, e prevenir doenças”, passou a traduzir a expectativa em que o valor social da profissão fosse recuperado⁶. Este movimento não deve ser considerado meramente uma reação à industrialização, mas, essencialmente, uma resposta à necessidade social no sentido de garantir a segurança do uso de medicamentos em um novo contexto de sua existência científica³⁰.

Diversos estudos, observados em revisões sistemáticas, mostram a capacidade do farmacêutico em influenciar positivamente os resultados da farmacoterapia através da filosofia da Atenção Farmacêutica. Ao adotar este papel, os farmacêuticos assumem a responsabilidade do cuidado ao paciente, que necessariamente requer o desenvolvimento de um conhecimento adequado, de habilidades de comunicação, maior capacidade para resolver problemas e tomada de decisões, e habilidades de raciocínio crítico^{7,8,29,31}.

Este estudo permite perceber que, ao verificar estas transformações, é imprescindível uma reorientação da educação farmacêutica, visto que as três dificuldades priorizadas como mais importantes possuem, em comum, a carência do desenvolvimento de competências clínicas, tanto na graduação como na pós-graduação. Modificações curriculares devem ser consideradas para favorecer o aprendizado e desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para aperfeiçoar as atribuições clínicas. Mesmo após a implantação das novas Diretrizes Curriculares Nacionais¹⁴ para a formação em farmácia no ano de 2002, que propõe uma nova visão para a formação deste profissional, os especialistas ainda enxergam uma grande falha neste setor.

Diversas diretrizes sobre educação farmacêutica, publicadas na última década, no mundo inteiro apontam que as Faculdades de Farmácia devem formar um farmacêutico com competência para: Prestar atenção

farmacêutica ao paciente, trabalhar em equipe e colaboração profissional, buscar informação sobre medicamentos, se comunicar, contribuir para a qualidade no uso de medicamentos, aplicar técnicas de gestão e organização, entre outras³²⁻³⁵.

Esforços estão sendo feitos para a mudança do modelo vigente de Diretriz Curricular, como por exemplo os Encontros de Educadores em Farmácia Clínica de todo o país, realizados nos anos de 2015 e 2016, que geraram como produto uma Matriz de Competência para a Atuação Clínica do Farmacêutico, possibilitando uma maior inserção do Eixo Cuidado em Saúde na nova proposta de Diretriz Curricular Nacional do Curso de Farmácia enviada ao Conselho Nacional de Educação e a criação da Sociedade Brasileira de Farmácia Clínica^{36,37,38}.

Da mesma forma, é imperioso atentar que as atividades clínicas não podem ser desenvolvidas apenas com o olhar técnico e científico, que foi também uma dificuldade elencada, mas devem ser desempenhadas compreendendo o indivíduo como um todo, através de uma visão humanizada e holística, onde o contexto em que ele vive influencia suas decisões sobre saúde.

Outro ponto levantado neste estudo foi a dificuldade de o farmacêutico reconhecer-se como profissional de saúde e/ou clínico. Santos e colaboradores afirmam que esta perda de reconhecimento social e profissional veio a partir de um dilema em trabalhar num ambiente de aspecto comercial com atividades não específicas da profissão que distanciou o farmacêutico da assistência à saúde e da prática do cuidado junto à população³⁹.

O fato de a profissão farmacêutica ter uma gama elevada de possibilidades diversas para atuar também foi levantado como uma dificuldade para exercer atividades clínicas. Segundo o Conselho Federal de Farmácia são 72 possibilidades de área de atuação para o farmacêutico⁴⁰. Com tantas atribuições e possibilidades variadas, perde-se o foco clínico e de atuação como profissional da saúde.

O gestor e a falta de tempo também foram levantados como uma barreira importante. A legislação farmacêutica versa mais pela exigência da presença do profissional nos estabelecimentos^{18,41} e a responsabilidade de realizar o gerenciamento de produtos de controle especial⁴² do que para as demais atividades a serem exercidas. Muitas vezes o gestor enxerga o profissional como necessário apenas para o cumprimento destas determinações, além de aspectos quantitativos de controle de estoque. Ademais a legislação não esclarece a quantidade de farmacêuticos necessários para a execução de todas estas funções, o que faz com que os gestores contratem o menor número de profissionais possível, e com isso, os profissionais não tem tempo disponível para execução de funções clínicas.

As dificuldades de sistematização elencadas pelos especialistas relacionam-se à desorganização dos serviços de saúde onde os profissionais se encontram e na falta de diretrizes e políticas públicas para atuação clínica do farmacêutico. Nos últimos anos o movimento clínico na Farmácia tem se expressado com maior força no Brasil, tendo em vista as publicações referentes à estruturação dos serviços⁴³, às práticas farmacêuticas clínicas⁶ bem como o fortalecimento de políticas públicas que visam a mudança do foco das farmácias¹⁸. A série *Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica* lançada pelo Ministério da Saúde em 2014 exemplifica e apresenta resultados de diversas estratégias e ferramentas para sistematização da prática clínica⁴⁴. A desorientação de políticas e diretrizes para aplicação da clínica vem se tornando um empecilho menor, visto que na rodada de avaliação esta categoria foi priorizada em nono lugar, ou seja, de baixa importância em relação às demais.

A desvalorização profissional e salarial também foi apontada como dificuldade, embora não tenha sido elencada com um grau alto de importância. A desvalorização na área clínica pode ser vista como um ciclo. Se existem profissionais pouco qualificados é difícil esperar altos salários ou reconhecimento tanto pela equipe quanto pela sociedade. O contrário também pode ser válido, já que o mercado tende a selecionar e recompensar profissionais mais qualificados. Além disso, quanto mais competências clínicas o farmacêutico desenvolver, mais capaz de resolver problemas e tomar decisões em saúde ele terá. Por conseguinte, este profissional será respeitado e valorizado tanto pela sociedade quanto pela

equipe em que está inserido. Azeredo afirma que a qualificação de recursos humanos para a execução de serviços farmacêuticos é um grande desafio para as Políticas de Medicamentos e o avanço da Assistência Farmacêutica no Brasil⁴⁵.

A falta de estrutura adequada também foi levantada como dificuldade neste estudo. Para o desenvolvimento das atividades clínicas e dos serviços farmacêuticos é de fundamental importância a existência de uma estrutura física adequada com espaço para atendimento privativo ou semiprivativo, disponibilidade de fontes de informação sobre medicamentos e equipamentos de informática com acesso a internet⁴⁶.

Alguns estudos internacionais também expõem dificuldades para implementação das atribuições clínicas, sendo algumas similares às deste estudo. Rosenthal e colaboradores²⁰ descreve problemas na personalidade dos farmacêuticos relacionados diretamente com a assistência ao paciente, como a falta de confiança, o medo de novas responsabilidades, a aversão ao risco, a necessidade de aprovação e a visão de que é muito mais um cientista do que um profissional de saúde, tendo uma certa repulsa em interagir com pacientes. Realizando grupo focal com farmacêuticos canadenses, Minard e colaboradores⁴⁷ detectaram três grandes categorias de barreiras: a dificuldade da mudança para as atividades clínicas, a falta de indicadores concretos de performance dos serviços clínicos e a incerteza entre o ponto de corte entre a qualidade e a quantidade dos serviços prestados. Entrevistando farmacêuticos chineses, Penm e colaboradores⁴⁸ encontraram a falta de políticas específicas, questões administrativas dos hospitais e a relação da Medicina Tradicional Chinesa como fortes barreiras ao trabalho clínico do farmacêutico.

Apesar da diferença das dificuldades apresentadas entre os estudos, Hepler cita que, mesmo com essas barreiras, o desenvolvimento e implantação dos serviços clínicos depende fundamentalmente dos farmacêuticos¹⁹. Para esta mudança, é necessário comprometimento, visão e aplicação do conhecimento e das habilidades desses mesmos profissionais⁴⁹.

Este estudo contém algumas limitações. O caráter exploratório do estudo limita a sua validade, mas fornece alguns direcionamentos para a questão em foco. Embora, a amostra seja composta por grupos heterogêneos em relação ao local de atuação, não participaram farmacêuticos das regiões Norte e Centro-Oeste do País. Não houve concordância entre os dois avaliadores no quesito “olhar técnico”, necessitando da intervenção do terceiro avaliador. Porém, em todas as outras categorias observou-se concordância aceitável.

CONCLUSÃO

Este estudo levanta uma série de dificuldades relacionadas à mudança de foco da profissão farmacêutica no país. A educação farmacêutica aparece como a principal barreira. No contexto atual em que se encontra a educação no país, tendendo a um enfoque quantitativo e mercantilista, formam-se profissionais cada vez mais desqualificados, que não se reconhecem como profissionais de saúde e com baixo nível de conhecimentos, habilidades e atitudes para o desempenho dos serviços farmacêuticos. Questões estruturais também foram elencadas e, de fato, são um entrave para a realização de um trabalho clínico por parte do farmacêutico. Uma vez que gestores, equipe de saúde e sociedade ainda não estão convencidos de que este profissional é capaz de ser útil para resolver problemas de saúde demandados pelo sistema.

Uma reforma educacional profunda na graduação e pós-graduação é necessária para uma mudança de paradigma como essa, sendo necessária reflexão sobre mudanças curriculares e do *como* ensinar e do *como* formar competências. Os profissionais envolvidos na formação de farmacêuticos devem ser conscientizados sobre a necessidade do ensino clínico de qualidade, utilizando metodologias validadas para tal. Mais linhas de pesquisa na área devem ser incentivadas, para estimular a formação de mais educadores em Farmácia Clínica.

O autorreconhecimento como profissional de saúde é vital para que o farmacêutico incorpore a filosofia do Cuidado em saúde e utilize seus conhecimentos para realizar as atividades clínicas e tornar-se um diferencial dentro da equipe de saúde.

Todavia, o profissional que já está atuando precisa buscar desenvolver habilidades e competências para o trabalho clínico e então colocá-lo em prática, para assim mostrar seu potencial a gestores, a outros profissionais de saúde e a comunidade.

Conflitos de Interesse

Não há conflitos de interesse relacionados à execução do estudo.

Colaboradores

Freitas, GRM; Pinto, RS; Leite, MAL; Castro, MS e Heineck, I contribuíram em conjunto nos aspectos que se seguem para a realização da pesquisa e escrita do artigo: Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; Aprovação final da versão a ser publicada; Todos os autores são responsáveis por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada.

Agradecimentos

Agradecemos ao CNPq, ao PPGCF-UFRGS e a todos profissionais especialistas e grupos de pesquisa que aceitaram responder e fazer parte da pesquisa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 2010, 376(9756):1923–1958.
2. WHO, World Health Organization. The role of the pharmacist in the health care system, preparing the future pharmacist: curricular development: report of a third WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist, World Health Organization, Vancouver. 1997.
3. OPAS. Organización Panamericana de la Salud. Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud. Documento de posición de la OPAS/OMS. Washington, DC: OPS, 2013.
4. OMS, Organización Mundial de La Salud. El papel dei farmacêutico en el sistema de atención de salud. NovaDelhi, 12-16, diciembre/1988. Ginebra: WHO/PHARM/DAP/90.1, 1990
5. OPAS/OMS. El papel dei farmacêutico en el sistema de atención de salud. Buenas Práticas de Farmácia. Washington: OPS/HSS/HSE/95.1, 1995
6. BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução 585 de 29 de agosto de 2013. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf> Acesso em: 12 set. 2016
7. Mesquita AR, Souza WM, Boaventura TC, et al. The Effect of Active Learning Methodologies on the Teaching of Pharmaceutical Care in a Brazilian Pharmacy Faculty. *PLoS ONE*, 2015, 10(5): e0123141.
8. Rotta I, Salgado TN, Silva ML, et al. Effectiveness of clinical pharmacy services: an overview of systematic reviews (2000–2010) *Int J Clin Pharm*. 2015.
9. Machado M, Bajcar J, Guzzo GC, et al. Sensitivity of Patient Outcomes to Pharmacist Interventions. Part I: Systematic Review and Meta-Analysis in Diabetes Management. *Ann Pharmacother*. 2007, 41(10):1569-82.

10. Machado M, Bajcar J, Guzzo GC, et al. Sensitivity of Patient Outcomes to Pharmacist Interventions. Part II: Systematic Review and Meta-Analysis in Hypertension Management. *Ann Pharmacother.* 2007, 41(11):1770-81.
11. Machado M, Bajcar J, Guzzo GC, et al. Sensitivity of Patient Outcomes to Pharmacist Interventions. Part III: Systematic Review and Meta-Analysis in Hyperlipidemia Management. *Ann Pharmacother.* 2008, 42(9):1195-207.
12. Naves J, Castro L, Carvalho C, et al. Self-medication: a qualitative approach of its motivations. *Cien Saude Colet.* 2010, 15(Suppl 1):1751-1762.
13. Ivama, AM et al. *Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica-proposta.* Brasília, DF. Organização Pan-Americana de Saúde, 2002.
14. BRASIL, Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 2, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia, Brasília, 2002. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES022002.pdf> Acesso em: 29 set. 2016.
15. BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União 2004, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 de maio de 2004. Seção 1, p. 52-3, 2004 Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html Acesso em: 29 set. 2016.
16. BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Diretoria Colegiada, Resolução (RDC) N. 44, de 17 de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/33880/2568070/RDC_44_2009.pdf/ad27fafc-8cdb-4e4f-a6d8-5cc93515b49b Acesso em: 30 set. 2016.
17. BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução 586 de 29 de agosto de 2013. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/586.pdf> Acesso em: 29 set. 2016.
18. BRASIL, Congresso Nacional. Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. Brasília, 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13021.htm Acesso em: 29 set. 2016.
19. Hepler, CD. A dream deferred. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 2010 (67):1319-1325.
20. Rosenthal MM, Austin Z, Tsuyuki RT. Are pharmacists the ultimate barrier to pharmacy practice change? *Can Pharm J (Ott)*, 2010, (143):37-42.
21. Araujo ALA. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2008, (13):611-617.
22. Pinheiro JQ, Farias TM, Abe-Lima JY. Painel de especialistas e estratégia multimétodos: reflexões, exemplos, perspectivas. *Psico*. Porto Alegre, 2013, (44):184-92.
23. Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. In: Mays N; Pope, C. *Qualitative research in health care.* London: *BMJ Publishing Group*, 1995 (311):376-380.
24. Willians PL, Webb C. The Delphi technique: a methodological discussion. *J.Adv.Nurs*, 1994 (19):80-6.
25. Ávila HÁ, Santos MP. A utilização de cenários na formulação e análise de políticas para o setor público. *Rev.Adm.Públ.* 1988 (22):1733.
26. Bardin L. *Análise de conteúdo* (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trans.), 2006. Lisboa: Edições 70 (Obra original publicada em 1977).
27. Cohen J. A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 1960 (20): 37-46.
28. Viera AJ, Garrett JM. Understanding interobserver agreement: the kappa statistic. *Farm Med.* 2005;37(5):360-3.
29. Pilau R, Hegele V, Heineck I. Atuação do Farmacêutico Clínico em Unidade de Terapia Intensiva Adulto: Uma Revisão da Literatura. *Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde*, São Paulo, 2014 (5):1:19-24.
30. Saturnino LTM. Farmacêutico: um profissional em busca de sua identidade. *Rev. Bras. Farm.* 2012, 93(1): 10-16.
31. Carvalho FD, Artuzo FSC, Chrysostomo TN, et al. Influência do seguimento farmacoterapêutico sobre o tratamento medicamentoso de diabetes mellitus tipo 2 no Brasil: revisão sistemática. *Rev Bras Farm Hosp Serv Saude.* 2011; 2(2):5-10.
32. NAPRA. National Association of Pharmacy Regulatory Authorities. Professional Competencies for Canadian Pharmacists at Entry to Practice Second revision, 2007. Disponível em: http://napra.ca/content_Files/Files/Entry_to_Practice_Competencies_March2007_final_new_layout_2009.pdf Acesso em: 15 set. 2016.
33. The Pharmaceutical Council of New Zealand. Safe Effective Pharmacy Practice competence standards for the Pharmacy profession, 2010. Disponível em: http://www.pharmacycouncil.org.nz/cms_show_download.php?id=501. Acesso em: 15 set. 2016.
34. Pharmaceutical Society of Australia. National Competency Standards Framework for Pharmacists in Australia, 2010. Disponível em: <https://www.psa.org.au/download/standards/competency-standards-complete.pdf> Acesso em 15 de set. 2016.
35. OMS/FIP. Organización Mundial de la Salud/Federación Internacional de Farmacêuticos. Competencias del farmacêutico para desarrollar los servicios farmacêuticos (SF) basados en Atención Primaria de Salud (APS) y las Buenas Prácticas en Farmacia (BPF). Borrador - Versión 1, Mayo/2012. Disponível em: http://www.cff.org.br/userfiles/file/Prescri%C3%A7%C3%A3o/ORGANIZA%C3%87%C3%83O%20PAN-AMERICANA%20DE%20SAC%39ADE%20FEDERA%C3%87%C3%83O%20INTERNACIONAL%20DE%20FARMAC%38AUTICOSCompetencias%20del%20farmaceutico%20para%20desarrollar%20SF_OPAS.pdf Acesso em: 15 set. 2016.
36. Conselho Federal de Farmácia (CFF). Notícia: Novas diretrizes curriculares devem ser homologadas em junho, 17 de setembro de 2015. Disponível em: <http://www.cff.org.br/noticia.php?id=3126> Acesso em: 30 set. 2016.
37. ABEF/CFF. Associação Brasileira de Educação Farmacêutica/Conselho Federal de Farmácia. Proposta para a elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Farmácia - COMENSINO/CAEF/ABEF. Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/PROPOSTAS%20DE%20DCN%20FARM%381CIA%20-10-05-2016.pdf> Acesso em 30 set. 2016.

38. Conselho Federal de Farmácia (CFF) Notícia: Farmacêuticos e educadores criam Sociedade Brasileira de Farmácia Clínica, 20 de setembro de 2016. Disponível em: <http://www.cff.org.br/noticia.php?id=4062&titulo=Farmac%C3%AAuticos+e+educadores+criam+Sociedade+Brasileira+de+Farmac%C3%A1cia+Cl%C3%ADnica> Acesso em: 30 de set. 2016.
39. Santos RI. Concepções de assistência farmacêutica no contexto histórico brasileiro. Florianópolis, SC, 2011. Tese (doutorado) 172p – Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Farmácia.
40. Conselho Federal de Farmácia (CFF). Áreas de atuação: Atividades Farmacêuticas. Disponível em <http://www.cff.org.br/pagina.php?id=87> Acesso em: 29 set. 2016.
41. BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 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. D.O.U. Diário Oficial da União; Poder Legislativo, Brasília, 19 dez. 1973.
42. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o regulamento técnico sobre substância e medicamento sujeito a controle especial. Diário Oficial de República Federativa do Brasil. Brasília, fev. 1999.
43. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
44. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Serviços farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.
45. Azeredo TB. Avanços e desafios nas políticas de medicamentos e assistência farmacêutica no Brasil. *Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde*, São Paulo, 2014;5(1):4-6.
46. Filho JBF, Correr CJ, Rossignoli P, et al. Perfil dos farmacêuticos e farmácias em Santa Catarina: indicadores de estrutura e processo. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*. 2008, 44(1).
47. Minard LV, Deal H, Harrison ME, Toombs K, Neville H, Meade A. Pharmacists' Perceptions of the Barriers and Facilitators to the Implementation of Clinical Pharmacy Key Performance Indicators. *PLoS One*. 2016 4;11(4):e0152903.
48. Penm J, Moles R, Wang H, et al. Factors affecting the implementation of clinical pharmacy services in China. *Qual Health Res*. 2014, 24(3):345-56.
49. Woods DJ. Promoting the practice of clinical pharmacy. *R. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde*. São Paulo, 2011;2(1):1-40.