

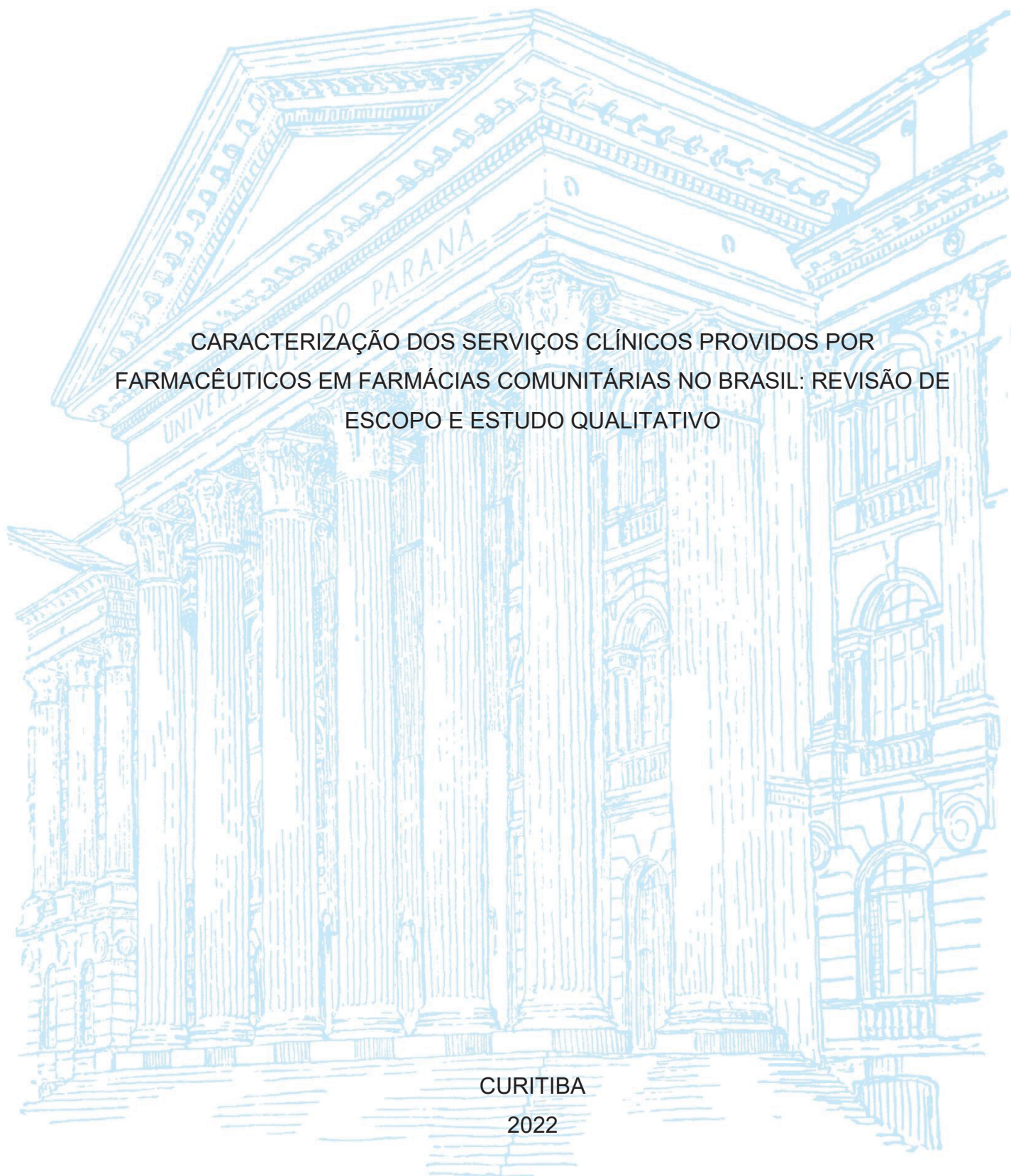
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ALINE ANSBACH GARABELI

CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS CLÍNICOS PROVIDOS POR  
FARMACÊUTICOS EM FARMÁCIAS COMUNITÁRIAS NO BRASIL: REVISÃO DE  
ESCOPO E ESTUDO QUALITATIVO

CURITIBA

2022



ALINE ANSBACH GARABELI

CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS CLÍNICOS PROVIDOS POR  
FARMACÊUTICOS EM FARMÁCIAS COMUNITÁRIAS NO BRASIL: REVISÃO DE  
ESCOPO E ESTUDO QUALITATIVO

Tese apresentada ao curso de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Ciências Farmacêuticas.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Pontarolo

Coorientadores: Prof. Dr. Arcelio Benetoli  
Profa. Dra. Gerusa H. Possagno

CURITIBA

2022

Garabeli, Aline Ansbach

Caracterização dos serviços clínicos providos por farmacêuticos em farmácias comunitárias no Brasil [recurso eletrônico] : revisão de escopo e estudo qualitativo / Aline Ansbach Garabeli – Curitiba, 2022.

1 recurso online: PDF.

Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2022.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Pontarolo

Coorientadores: Prof. Dr. Arcelio Benetoli

Profa. Dra. Clazer Halila Possagno

1. Farmacêuticos. 2. Farmácias comunitárias. 3. Pesquisa qualitativa. 4. Covid-19. 5. Brasil. I. Pontarolo, Roberto. II. Benetoli, Arcelio. III. Possagno, Clazer Halila. IV. Universidade Federal do Paraná. V. Título.

CDD 615.1092



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CIÊNCIAS  
FARMACÉUTICAS - 40001016042P8

## TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação CIÊNCIAS FARMACÉUTICAS da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da tese de Doutorado de **ALINE ANSBACH GARABELI** intitulada: **Caracterização dos serviços clínicos providos por farmacêuticos em farmácias comunitárias no Brasil: revisão de escopo e estudo qualitativo.**, sob orientação do Prof. Dr. ROBERTO PONTAROLO, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de doutora está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 26 de Setembro de 2022.

Assinatura Eletrônica

28/09/2022 10:29:01.0

ROBERTO PONTAROLO

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

28/09/2022 14:21:32.0

ANDRÉIA CRISTINA CONEGERO SANCHES

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO  
PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

28/09/2022 14:10:41.0

HELENA HIEMISCH LOBO BORBA

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

28/09/2022 10:03:41.0

FERNANDA STUMPF TONIN

Avaliador Externo (PÓS-DOC/UFPR)

A todos os farmacêuticos que se  
dedicam ao Cuidado

## AGRADECIMENTOS

O processo de elaboração dessa pesquisa foi uma jornada repleta de desafios que só foi possível pelo envolvimento de pessoas incríveis que proporcionaram o suporte para que eu tivesse forças e ânimo para a finalização da tese.

Agradeço ao meu orientador, Dr. Roberto Pontarolo, que mais uma vez confiou no meu trabalho e possibilitou o desenvolvimento do projeto de pesquisa. Obrigada por todo o apoio intelectual, prontidão em responder meus questionamentos e gentileza em me acolher como uma de suas orientandas.

Ao meu querido co-orientador, Arcelio, uma pessoa de coração gigante, que abraçou o nosso projeto e sempre esteve disponível para conversas científicas e também reflexões sobre a vida. Seu exemplo de força e coragem frente aos problemas me motivam a ser forte. Amigo na luta por uma sociedade mais justa e por uma vida mais leve!

À minha co-orientadora e amiga, Gerusa, que várias vezes me deu forças para continuar firme com a pesquisa diante das dificuldades que passei. Agradeço muito pelo suporte nas correções científicas do meu trabalho, mas também por todos os conselhos e conversas que me motivaram a seguir em frente. Sua vida e profissionalismo são inspiradores.

Agradeço aos colegas da pós-graduação pela convivência e trocas de experiências nesse tempo. Em especial, à Fernanda Tonin, pesquisadora exemplar, que me auxiliou diversas vezes na elaboração do trabalho. Também ao professor Fernando Fernandez-Llimos pelo suporte científico e orientação na revisão de escopo dessa tese.

À CAPES, pelo financiamento da pesquisa através da concessão da bolsa de doutorado.

Aos farmacêuticos que aceitaram fazer parte da pesquisa e disponibilizaram seu tempo para contribuir com a produção do conhecimento científico, minha sincera gratidão. Sua participação foi valiosa para o desenvolvimento desse trabalho.

Não sou capaz de expressar o quanto sou grata ao Fernando, meu amor e companheiro que esteve comigo em cada segundo nesse período de doutorado. Agradeço pela sua presença, escuta sincera dos meus problemas e paciência com as minhas dificuldades. Por cada café da manhã, passeio, distração e alívio da rotina, além das 'orientações paralelas' com debates sobre ciência e metodologia científica.



Você foi nesse período meu aconchego e segurança, e sou imensamente grata por você existir e escolher estar ao meu lado e junto do nosso 'bando-família' (não esqueci da Maia e do Tim!).

Aos meus sogros amados, Sueli e Ednilson, por todos os momentos agradáveis em família que deixaram minha vida um pouco mais calma e saborosa. Foram muitos almoços e jantares partilhados, além das cestinhas *gourmet* com café especial, azeite de oliva e pão sem glúten que levava alegre para casa. Obrigada pelo carinho e cuidado que vocês têm por mim e pelo apoio em cada dificuldade.

Aos meus pais, Célia e Marcelo, pelo amor e preocupação com meu bem-estar. Obrigada pela disposição em ajudar e pelo carinho demonstrado em tantas formas, seja com um presente, comida gostosa ou um abraço apertado. Agradeço por serem parte da minha vida, por desejarem e contribuírem com tantas etapas da minha caminhada profissional e outras mais. Amo vocês!

À minha mana, Melissa, que escutou com atenção muitos dos meus problemas e me deu um ombro amigo quando precisei, além de me incentivar e sempre estar na torcida por mim. Também ao Phellip, que sempre se dispôs a estar ao lado quando fosse preciso. Vocês moram no meu coração.

Ainda, agradeço a todas as minhas amigas e amigos. Em particular, à Mariana, cunhada queridona, que é mais que especial e diverte muito meus dias. E à Gabi, que aumenta ainda mais as risadas quando se junta com a Mariana, a ti-Nala e o resto da 'brodage'. Obrigada por me darem tantos momentos alegres e inusitados.

Sou grata por estar viva e ter a oportunidade de conviver com tantas pessoas que me ajudam a crescer e a entender que a vida tem mais sentido quando é compartilhada.

Cuidar é mais que um *ato*; é uma *atitude*.  
Portanto, abrange mais que um *momento* de atenção,  
de zelo e de desvelo. Representa uma *atitude* de  
ocupação, preocupação, de responsabilização e de  
envolvimento afetivo com o outro.

(Leonardo Boff, 1999, p.33)



## RESUMO

Serviços clínicos providos por farmacêuticos (SCF) têm sido, nos últimos anos, incorporados nas farmácias comunitárias brasileiras por meio de projetos governamentais no sistema público e de alguns programas na iniciativa privada. Considerando a relevância da transformação profissional e nos serviços de saúde que tais iniciativas ensejam é importante conhecer detalhadamente como esses projetos foram e estão sendo executados a fim de gerar evidências para subsidiar novas etapas no processo de expansão de SCF no país. Adicionalmente, a partir de 2020 a pandemia da doença do coronavírus 2019 (COVID-19) impactou os serviços de saúde em todo o mundo trazendo consigo novos desafios para a realização de SCF. Portanto, o objetivo geral desta tese foi explorar e caracterizar os SCF realizados em farmácias comunitárias no Brasil. Inicialmente realizou-se uma revisão de escopo e na sequência dois estudos exploratórios com metodologia qualitativa. A revisão de escopo mapeou os estudos brasileiros sobre SCF. Foram incluídos estudos primários (artigos de pesquisa originais), sem restrição de tempo, desenho de estudo e condição de saúde. Dois revisores realizaram a triagem, leitura e extração de dados de maneira independente. Setenta e dois artigos foram incluídos. Encontrou-se diversidade de desenhos, amostragem, terminologia, resultados em saúde e descrição da intervenção, o que prejudicou a comparação quantitativa dos dados. Sugere-se o uso de diretrizes e *checklists* para estruturação das intervenções e para o reporte de resultados em SCF para além de medidas de fidelidade em estudos futuros. A pesquisa qualitativa investigou o panorama de prestação de SCF em diferentes regiões brasileiras (Sudeste, Nordeste, Sul e Centro-Oeste) e foi estruturada em dois estudos: entrevistas com: 1) farmacêuticos experientes na oferta e pesquisa de SCF; e 2) farmacêuticos atuantes na atenção básica durante a pandemia. No primeiro estudo, foram realizadas 16 entrevistas individuais semiestruturadas *online* que foram transcritas literalmente. Durante a análise temática, seis temas foram identificados: a) panorama dos SCF no Brasil; b) sentimentos e expectativas; c) principais atores envolvidos na oferta de SCF; d) processos de implementação de SCF; e) avaliação da produção científica sobre SCF; e f) impacto da pandemia de COVID-19 sobre os SCF. No segundo estudo, participaram 14 farmacêuticos por meio da mesma metodologia qualitativa acima descrita, mas com roteiro de entrevista diverso. Quatro temas foram identificados: a) mudanças no ambiente de trabalho; b) condições de trabalho; c) consumo irracional de medicamentos contra a COVID-19 e d) saúde mental. Foi relatado falta de preparo, sobrecarga profissional e alto nível de estresse, mas os participantes demonstraram resiliência para proporcionar o uso racional de medicamentos nesse período. Esta tese evidenciou que o avanço na prestação de SCF se deu por meio de esforços de órgãos de classe e iniciativas pontuais no serviço público e privado. Porém, há necessidade de estudos consistentes e maior participação do poder público para fomentar a implementação em massa desses serviços. Tal cenário está sujeito a diversas alterações, como exemplificado pela pandemia de COVID-19, que aconteceu no transcorrer deste trabalho e que levou à investigação do impacto da pandemia nos serviços farmacêuticos na atenção básica.

Palavras-chave: serviços farmacêuticos clínicos; revisão de escopo; pesquisa qualitativa; COVID-19; Brasil.

## ABSTRACT

Community pharmacy services (CPS) have been incorporated into Brazilian community pharmacies in recent years through government projects in the public healthcare system and some programs in the private sector. Considering the relevance of the professional and health services transformation that such initiatives entail, it is important to know in detail how these projects have been executed in order to have evidence to support new steps in the process of expansion of CPS in the country. Additionally, from 2020 onwards, the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic affected healthcare services around the world, bringing with it new challenges for the realization of CPS. Therefore, the aim of this thesis was to explore and characterize the CPS performed in community pharmacies in Brazil. Initially, a scoping review was carried out followed by two exploratory studies with qualitative methodology. The scoping review mapped Brazilian studies on CPS. Primary studies (original research articles) were included, without restriction of time, study design or health status. Two independent reviewers performed the screening, reading and data extraction. Seventy-two articles were included. Diversity of designs, sampling, terminology, results and description of the intervention were found, which hampered data comparison. We suggest the use of guidelines and checklists for structuring interventions and for reporting results, as well as measures of fidelity in future research. The qualitative research investigated the scenario of CPS provision in different Brazilian regions and was structured in two studies: interviews with: 1) expert pharmacists in the provision and research of CPS; and 2) pharmacists working in primary care during the pandemic. In the first study, 16 individual semi-structured online interviews were conducted and transcribed verbatim. During the thematic analysis, six themes were identified: a) overview of CPS in Brazil; b) feelings and expectations; c) main actors involved in the provision of CPS; d) CPS implementation processes; e) evaluation of the CPS scientific production; and f) impact of the COVID-19 pandemic on CPS. In the second study, 14 pharmacists participated through the same qualitative methodology described above, but with a different interview script. Four themes were identified: a) changes in the work environment; b) working conditions; c) irrational consumption of medicines against COVID-19 and d) mental health. Lack of preparation, professional overload and high level of stress were reported, but the participants showed resilience to provide the rational use of medicines during this period. This thesis showed that the advance in the provision of CPS took place through the efforts of professional bodies and isolated initiatives in the public and private service. However, there is a need for consistent studies and greater participation of the government to promote the mass implementation of these services. This scenario is vulnerable to several changes, as exemplified by the COVID-19 pandemic, which took place in the course of this study and which led to the investigation of the impact of the pandemic on pharmaceutical services in primary care.

Keywords: community pharmacy services; scoping review; qualitative research; COVID-19; Brazil.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 -	Resumo das principais etapas da realização de uma revisão de escopo.....	39
FIGURA 2 -	Cata-vento da intensidade das ligações epistemológicas das pesquisas quantitativas e qualitativas.....	45
FIGURA 3 -	Resumo das principais etapas da realização da Análise Temática.....	49
FIGURA 4 -	Fluxograma do processo de seleção dos artigos.....	63
FIGURA 5 -	Distribuição geográfica dos estudos e número de universidades com cursos de farmácia em cada estado.....	71
FIGURA 6 -	Risco de viés para os ECR utilizando a ferramenta ROB.....	73
FIGURA 7 -	Risco de viés para os estudos não randomizados utilizando a ferramenta ROBINS-I.....	74
FIGURA 8 -	Mapa da distribuição dos participantes da pesquisa conforme local de residência.....	90
FIGURA 9 -	Representação esquemática dos temas e subtemas identificados pela Análise Temática.....	92
FIGURA 10 -	Mapa temático: percepção sobre o panorama dos SCF no Brasil.....	93
FIGURA 11 -	Principais atores envolvidos com os serviços clínicos, seus papéis e relações.....	101
FIGURA 12 -	Características gerais dos farmacêuticos que atuam em farmácias comunitárias no Brasil pela percepção dos participantes da pesquisa.....	102
FIGURA 13 -	Dificuldades e barreiras para a implementação de serviços clínicos em farmácias comunitárias.....	109
FIGURA 14 -	Estratégias e facilitadores para a implementação de serviços clínicos em farmácias comunitárias.....	109

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 -	Definições dos serviços clínicos providos por farmacêuticos de acordo com o arcabouço teórico conceitual do CFF (2016).....	33
QUADRO 2 -	Resumo dos dados dos estudos incluídos na revisão de escopo.....	64
QUADRO 3 -	Definições dos temas e subtemas identificados partir da análise da codificação dos dados coletados nas entrevistas..	92
QUADRO 4 -	Vantagens e desvantagens de farmácias públicas e privadas para o desenvolvimento de serviços clínicos providos por farmacêuticos.....	99
QUADRO 5 -	Principais mudanças no fluxo e ambiente da UBS para redução do risco de contaminação pelo vírus SARS-Cov-2 relatadas pelos participantes.....	144

## LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ABRAFARMA	Associação Brasileira de Farmácias e Drogarias
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
AT	Análise Temática
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CFF	Conselho Federal de Farmácia
CFF	Conselho Federal de Farmácia
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COREQ	<i>Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research</i>
COVID-19	<i>Coronavirus disease 2019</i>
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DEPICT	<i>Descriptive Elements of Pharmacist Intervention Characterization Tool</i>
ECR	Ensaio Clínico Randomizado
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
ESF	Estratégia Saúde da Família
FC	Farmácias Comunitárias
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
FISpH	<i>Framework for the Implementation of Services in Pharmacy</i>
HCQ	Hidroxicloroquina
JBI	<i>Joanna Briggs Institute</i>
MIP	Medicamentos isentos de prescrição
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
OSF	<i>Open Science Framework</i>
PCC	População, Conceito, Contexto (mnemônico)
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNAF	Política Nacional da Assistência Farmacêutica
PNAUM	Pesquisa Nacional sobre Acesso, Uso e Promoção do Uso Racional de Medicamentos

PRISMA-ScR	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses – extension for Scoping Reviews</i>
PRM	Problemas relacionados aos medicamentos
PSAL	Problema de saúde autolimitado
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
ROB	<i>Risk of Bias</i>
ROBINS-I	<i>Risk of Bias in Non-randomised Studies of Interventions</i>
SARS-Cov-2	<i>Severe acute respiratory syndrome coronavirus</i>
SCF	Serviços Clínicos providos por Farmacêuticos
SRQR	<i>Standards for Reporting Qualitative Research</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>PRODUÇÕES CIENTÍFICAS</b> .....	18
<b>ESTRUTURA DA TESE</b> .....	21
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	22
<b>CAPÍTULO 1 – REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	24
<b>1.1 Profissionalismo e a história da Farmácia</b> .....	25
<b>1.2 Atenção Farmacêutica no Brasil: arcabouço legal e formação acadêmica</b> .29	
<b>1.3 Serviços clínicos providos por farmacêuticos (SCF)</b> .....	32
<b>1.4 Revisão de escopo</b> .....	37
1.4.1 Principais etapas de uma revisão de escopo.....	39
<b>1.5 A pesquisa na área da Farmácia e a metodologia qualitativa</b> .....	42
1.5.1 Entrevista individual semiestruturada .....	48
1.5.2 Análise Temática (AT).....	49
<b>1.6 O papel da farmácia comunitária e do farmacêutico durante a pandemia de COVID-19</b> .....	52
<b>CAPÍTULO 2 – MAPEAMENTO DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS EM FARMÁCIAS COMUNITÁRIAS NO BRASIL: REVISÃO DE ESCOPO</b> .....	58
<b>2.1 INTRODUÇÃO</b> .....	59
<b>2.2 OBJETIVOS</b> .....	60
2.2.1 Objetivo geral .....	60
2.2.2 Objetivos específicos.....	60
<b>2.3 METODOLOGIA</b> .....	61
2.3.1 Critérios de elegibilidade .....	61
2.3.2 Fontes de dados e seleção dos estudos .....	61
2.3.3 Extração e tabulação dos dados .....	62
2.3.4 Qualidade dos estudos.....	62
<b>2.4 RESULTADOS</b> .....	63
2.4.1 Qualidade dos estudos.....	73
<b>2.5 DISCUSSÃO</b> .....	75
2.5.1 Limitações .....	79
2.5.2 Pontos fortes .....	80
<b>2.6 CONCLUSÃO</b> .....	80



<b>CAPÍTULO 3 – PANORAMA DOS SERVIÇOS CLÍNICOS PROVIDOS POR FARMACÊUTICOS EM FARMÁCIAS COMUNITÁRIAS NO BRASIL E CARACTERÍSTICAS DA PESQUISA CIENTÍFICA NACIONAL: ESTUDO QUALITATIVO</b> .....	82
<b>3.1 INTRODUÇÃO</b> .....	83
<b>3.2 METODOLOGIA</b> .....	85
3.2.1 Desenho do estudo .....	85
3.2.2 Seleção dos participantes .....	85
3.2.3 Fase piloto .....	87
3.2.4. Entrevistas semiestruturadas .....	88
3.2.5 Sistematização e análise dos dados .....	88
3.2.6 Transparência no reporte de dados .....	88
3.2.7 Aspectos éticos da pesquisa .....	89
<b>3.3 RESULTADOS</b> .....	90
3.3.1 Seleção e Recrutamento dos participantes .....	90
3.3.2 Entrevistas semiestruturadas .....	91
3.3.3 Análise Temática .....	91
3.3.4 Percepção sobre o panorama dos serviços clínicos no Brasil .....	93
3.3.5 Sentimentos e expectativas sobre o cenário de serviços clínicos .....	100
3.3.6 Principais atores envolvidos na oferta de serviços clínicos em farmácias comunitárias .....	101
3.3.7 Implementação de serviços .....	108
3.3.8 Avaliação da produção científica sobre SCF .....	112
3.3.9 Impacto da pandemia de COVID-19 na oferta de serviços clínicos em farmácias comunitárias .....	115
<b>3.4 DISCUSSÃO</b> .....	117
3.4.1 Panorama dos serviços clínicos providos por farmacêuticos em farmácias comunitárias .....	117
3.4.2 Principais atores envolvidos e sua relação na execução de serviços clínicos em farmácias comunitárias .....	121
3.4.3 Características da implementação de serviços clínicos em farmácias comunitárias .....	127
3.4.4 A pesquisa científica sobre SCF em FC no Brasil .....	131

3.4.5 Impacto da pandemia de COVID-19 sobre os SCF em farmácias comunitárias.....	135
<b>3.5 CONCLUSÕES.....</b>	<b>136</b>
<b>CAPÍTULO 4 – DESAFIOS ENFRENTADOS POR FARMACÊUTICOS COMUNITÁRIOS DO SETOR PÚBLICO NO BRASIL DURANTE A FASE INICIAL DA PANDEMIA DE COVID-19: ESTUDO QUALITATIVO .....</b>	<b>139</b>
<b>4.1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>140</b>
<b>4.2 METODOLOGIA .....</b>	<b>141</b>
4.2.1 Entrevistas.....	141
4.2.2 Participantes e recrutamento.....	142
4.2.3 Coleta de dados .....	142
4.2.4 Análise de dados.....	143
<b>4.3 RESULTADOS.....</b>	<b>144</b>
4.3.1 Mudanças no ambiente de trabalho .....	144
4.3.2 Condições de trabalho.....	146
4.3.3 Uso irracional de medicamentos contra a COVID-19.....	151
4.3.4 Saúde mental .....	153
<b>4.4 DISCUSSÃO .....</b>	<b>155</b>
4.4.1 LIMITAÇÕES.....	158
4.5 CONCLUSÕES .....	159
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>161</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>164</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>194</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>202</b>

## PRODUÇÕES CIENTÍFICAS

### 1) Trabalhos apresentados em eventos

- GARABELI, A. A.; BENETOLI, A. B.; POSSAGNO, G. C. H.; PONTAROLO, R. Desafios para expansão dos serviços clínicos em farmácias comunitárias no Brasil: análise dos atores envolvidos. **I Congresso Internacional da Sociedade Brasileira de Farmácia Clínica**. Apresentação de pôster e apresentação oral (*online*). 2022.
- GARABELI, A. A.; BENETOLI, A. B.; POSSAGNO, G. C. H.; PONTAROLO, R. Percepção de farmacêuticos sobre a oferta de serviços farmacêuticos clínicos durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. **I Congresso Brasileiro de Farmacoterapia e Farmácia clínica (CBFFC)**. Apresentação de pôster (*online*) e publicação como capítulo de livro (ISBN 978-65-991283-2-5). 2021. Esse trabalho foi classificado entre os melhores do evento e recebeu Menção Honrosa.
- FOGGIATTO, G. GARABELI, A. A.; BENETOLI, A. POSSAGNO, G. C. H. Percepção dos farmacêuticos que atuam na atenção primária à saúde acerca do enfrentamento da pandemia do novo coronavírus. **XXX EAIC - Encontro Anual de Iniciação Científica (UEPG)**. Apresentação oral. 2021.
- GARABELI, A. A. Cuidado farmacêutico ao paciente diabético. I Semana online de Farmácia (UniCesumar, Ponta Grossa). Apresentação de palestra (*online*). 2020.
- GARABELI, A. A.; DREWNOWSKI, B. RUDNIK, L. A. C.; BRITO, P. S. Dia do cientista mirim. **17º CONEX – Conversando sobre extensão (UEPG)**. Resumo expandido e realização de oficinas para alunos do ensino fundamental. 2019.

### 2) Artigos publicados

- GARABELI, A. A.; BENETOLI, A. B.; HALILA, G. C.; MACHINSKI, I.; TONIN, F. S.; FERNANDEZ-LIMOS, F.; PONTAROLO, R. *Mapping community pharmacy services in Brazil: a scoping review*. Artigo aceito na revista **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences** em agosto de 2021.

- OLIVEIRA, J. G.; GARABELI, A. A.; DAHER, J. B. *Profile of patients with rheumatoid arthritis: a descriptive analysis*. Artigo aceito na **Brazilian Archives of Biology and Technology** em agosto de 2022. Essa publicação é resultante da co-orientação do trabalho de conclusão de curso do acadêmico Junior Garcia de Oliveira da Universidade Estadual de Ponta Grossa.
- 3) Capítulo de livro
- GARABELI, A. A. *Methods and tools for evidence gathering*. In: TONIN, F. S.; FERNANDEZ-LIMOS, F. (ed). **Evidence-Based Practice and Health Technology Assessment: an introductory guideline**. 1ª ed. CIPF, 2021. ISBN 978-84-124195-0-4.
- 4) Manuscritos elaborados para submissão
- FOGGIATTO, G.; GARABELI, A. A.; POSSAGNO, G. C. H.; PONTAROLO, R.; BENETOLI, A. *Challenges faced by public sector community pharmacists in regional Brazil during the early phase of COVID-19 pandemic: a qualitative study*. Manuscrito finalizado e submetido na revista *Journal of Pharmacy Practice*.
  - GARABELI, A. A.; BENETOLI, A. B.; POSSAGNO, G. C. H.; PONTAROLO, R. O papel da formação universitária na atuação clínica de farmacêuticos em farmácias comunitárias do Brasil: estudo qualitativo. Manuscrito em preparação para submissão na revista *American Journal of Pharmaceutical Education*.
  - GARABELI, A. A.; BENETOLI, A. B.; POSSAGNO, G. C. H.; PONTAROLO, R. Percepção sobre o panorama dos serviços farmacêuticos clínicos realizados em farmácias comunitárias no Brasil: estudo qualitativo. Manuscrito em preparação para submissão
- 5) Participação em outros projetos
- Integrante da equipe de busca de evidências científicas (revisões sistemáticas) do material: “Acompanhamento farmacoterapêutico: guia de processo de trabalho” elaborado pela Sociedade Brasileira de Farmácia Clínica. 2021.

- Segunda revisora na *overview* de estudos secundários acerca dos fitoterápicos e plantas medicinais usados no manejo de pacientes com diabetes mellitus. Projeto desenvolvido pela pós-graduanda Danya Charkieh com orientação da profª Dra. Helena Hiemisch Lobo Borba (UFPR). 2020-2021.

#### 6) Organização de eventos

- Voluntária na comissão organizadora do II SimCiFar – Simpósio de Ciências Farmacêuticas (UFPR). 2019.

#### 7) Participação em eventos

- Ouvinte na I Semana de inverno em farmácia clínica e farmácia social da Universidade Federal de Sergipe (*online*). Laboratório de Ensino e Pesquisa em Farmácia Social (LEPFS). 2020.

## ESTRUTURA DA TESE

A presente tese foi elaborada conforme o manual de normalização para trabalhos científicos da Universidade Federal do Paraná (MACHADO et al., 2022) e foi organizada nas seguintes seções:

- **Introdução:** apresenta uma introdução ao tema dentro do contexto no qual a pesquisa foi elaborada, sua justificativa e objetivos de forma sucinta.
- **Capítulo 1:** revisão da literatura com os referenciais teóricos necessários para a compreensão de temas importantes para esta pesquisa, incluindo a fundamentação para as metodologias empregadas.
- **Capítulo 2:** artigo submetido e aceito (Anexo 1) pela revista *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, intitulado: “*Mapping community pharmacy services in Brazil: a scoping review*”. O artigo, que foi aceito em língua inglesa, está apresentado neste capítulo em português, visando o acesso facilitado à leitura para leitores brasileiros.
- **Capítulo 3:** estudo qualitativo realizado com farmacêuticos pesquisadores de SCF de várias regiões do Brasil sobre o “Panorama dos serviços clínicos providos por farmacêuticos em farmácias comunitárias no Brasil e características da pesquisa científica nacional”.
- **Capítulo 4:** apresenta, na forma de manuscrito em português, o estudo: “*Challenges faced by public sector community pharmacists in regional Brazil during the early phase of COVID-19 pandemic: a qualitative study*”, que foi submetido à revista *Journal of Pharmacy Practice*.

## INTRODUÇÃO

A profissão farmacêutica tem passado por um processo de ressignificação de prática por meio do direcionamento do trabalho do farmacêutico para atuação clínica nos últimos anos. Esse movimento de mudança iniciou com o surgimento da farmácia clínica em hospitais na década de 1960 nos Estados Unidos, sendo desenvolvido o conceito de *Pharmaceutical Care* (HEPLER; STRAND, 1990), que extrapolou o ambiente hospitalar e tem sido aplicado em farmácias comunitárias em muitos países (JACOBI, 2016; HAUA; HARRISON; ASPDEN, 2019; NHS, 2019).

No Brasil, um dos termos mais utilizados para descrever atividades clínicas por farmacêuticos é Atenção Farmacêutica, cuja definição foi elaborada em uma proposta de consenso em 2002 (IVAMA et al., 2002). A partir de então, vários esforços têm sido realizados para direcionar a farmácia brasileira para uma atuação mais clínica, como a elaboração e aprovação de legislações e normativas sanitárias e profissionais, projetos de implementação de serviços de Atenção Farmacêutica, além de mudanças curriculares na formação acadêmica.

A Atenção Farmacêutica ou, mais recentemente, o Cuidado Farmacêutico (CFF, 2016b), é uma filosofia de prática que tem por objetivo auxiliar a população com o uso adequado de medicamentos para que se alcancem os resultados terapêuticos desejados e haja melhoria da qualidade de vida (IVAMA et al., 2002). Na prática, o cuidado é desenvolvido por meio de Serviços Clínicos providos por Farmacêuticos (SCF) diretamente ao paciente e à comunidade e envolvem uma série de atividades aplicadas conforme as necessidades do indivíduo (CFF, 2016b). Pesquisas internacionais demonstram que SCF têm sido relacionados cada vez mais com a melhora dos resultados terapêuticos de pacientes em vários países, como Estados Unidos, Inglaterra e Austrália, onde a prática já está mais avançada (SIMPSON et al., 2011; FREEMAN et al., 2016; JACOBI, 2016; BRANDT et al., 2019; WUYTS et al., 2020).

Percebe-se que os SCF têm encontrado aos poucos mais espaço nas farmácias comunitárias no Brasil, a exemplo da expansão da oferta e divulgação de SCF por redes de drogarias nos últimos anos (ABRAFARMA, 2017), além do incentivo governamental em algumas iniciativas para a integração de SCF na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS), como o QUALIFAR-SUS (BRASIL, 2012). Dessa forma, os SCF têm se consolidado enquanto prática profissional promissora no Brasil.



Portanto, considerando que o modelo é relativamente novo no país, ressalta-se a necessidade de avaliar os SCF enquanto prática em desenvolvimento. Sua estruturação depende da análise dos resultados já obtidos e do cenário em que está inserido, considerando a grande variabilidade de ações que podem ocorrer e comprometer a qualidade do serviço ofertado.

Os estudos que avaliam SCF no Brasil ainda são incipientes e geralmente possuem metodologias quantitativas, com poucos estudos com abordagem qualitativa ou mista (BASTOS; CAETANO, 2010; NAKAMURA; LEITE, 2016; GODOY, 2017; LUZ et al., 2017; SANTOS JÚNIOR et al., 2018). Do mesmo modo, não há, até o momento, estudos secundários sistemáticos, como revisões de escopo, que avaliem de forma ampla como os SCF têm sido desenvolvidos no Brasil. Adicionalmente, considera-se que, para uma análise mais aprofundada do assunto, se faz necessária análise crítica do serviço prestado, para se obter resultados que considerem os problemas e os benefícios obtidos a partir da perspectiva daqueles que estão envolvidos com a oferta do serviço, através de metodologias que proporcionem maior abertura para análises amplas e subjetivas do assunto.

Durante o desenvolvimento desta pesquisa, a partir do ano de 2020, foi inevitável o impacto da pandemia causada pelo coronavírus (COVID-19) sobre os SCF. Um levantamento realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) revelou que em mais de 90% dos países houve interrupção contínua de serviços essenciais de saúde durante a pandemia e, mesmo após dois anos do seu início, vários sistemas de saúde ainda enfrentam desafios significativos (OPAS, 2022). Sob este aspecto, considerando que os SCF estão em atual expansão e estruturação no Brasil, julgou-se necessário neste trabalho incluir também a análise dos fatores que impactaram a oferta de SCF durante a pandemia de COVID-19.

Portanto, esta tese teve por finalidade auxiliar no preenchimento das lacunas de pesquisa acima citadas, sendo desenvolvidas três etapas com duas metodologias distintas: um estudo secundário (revisão de escopo), que levantou as características dos estudos sobre SCF no Brasil; uma pesquisa qualitativa sobre a percepção de farmacêuticos experientes (*experts*) em SCF sobre a oferta e a pesquisa de serviços no Brasil; e pesquisa qualitativa sobre o impacto da pandemia nos SCF a partir da perspectiva de farmacêuticos atuantes na atenção primária à saúde.

## **CAPÍTULO 1 – REVISÃO DA LITERATURA**

## 1.1 PROFISSIONALISMO E A HISTÓRIA DA FARMÁCIA

Com os processos de industrialização e urbanização da sociedade no início do século XX, a divisão do trabalho passou a ser cada vez mais especializada e a sociedade mais dependente do trabalho técnico. Muitas atividades e ocupações novas surgiram e outras se transformaram. Nesse período de intensa efervescência econômica, política e cultural, surgiram muitos questionamentos acerca da nova forma de organização social e um interesse pelo estudo das profissões, ou profissionalismo. Dentro da perspectiva funcionalista, utilizada por sociólogos norte-americanos sobre as transformações ocorridas nos Estados Unidos no início do século XX, uma profissão surge a partir da necessidade da comunidade por determinadas funções ou atividades específicas que exigem a organização de grupos especializados nas funções requeridas (ANGELIN, 2010). Dessa forma,

uma profissão é um grupo organizado que está em constante interação com a sociedade que forma sua matriz, a qual realiza suas funções sociais através de uma rede de relacionamentos formais e informais e que cria sua própria subcultura, requerendo adaptações como pré-requisito para o sucesso na carreira (GREENWOOD, 1957, tradução livre da autora).

A partir dessa visão, sociólogos funcionalistas definiram uma lista de atributos que diferenciam uma profissão de uma ocupação<sup>1</sup>, sendo que uma ocupação apenas obteria o status de profissão quando atendesse a esses atributos (PARSONS, 1939; GREENWOOD, 1957; DENZIN; METTLIN, 1968), que foram definidos como:

- I) Corpo de conhecimento teórico sistematizado: organização e sistematização das bases teóricas que fundamentam a prática. O preparo do profissional exige o desenvolvimento de habilidades com base no conhecimento teórico sistematizado. O emprego do método científico é incentivado, reforçando seu caráter de racionalidade e encoraja uma atitude crítica para a discussão de controvérsias teóricas.
- II) Autoridade profissional: o conhecimento obtido através da teoria confere ao profissional a autoridade técnica no assunto, gerando um monopólio de

---

<sup>1</sup> Para os sociólogos funcionalistas, uma ocupação seria uma atividade laboral aprendida com saberes práticos, não organizada e não estruturada com conhecimentos teóricos-conceituais e normatização das atividades exercidas. Em contraponto, uma profissão seria um grupo organizado formalmente e possuiria um conjunto específico de atributos (GREENWOOD, 1957; ANGELIN, 2010).

conhecimento próprio. Os 'clientes' seriam, portanto, subordinados à opinião do profissional sobre os assuntos que competem à profissão.

- III) Aprovação da comunidade: a profissão precisa ser reconhecida pela comunidade enquanto necessária, entregando um serviço de relevância social que contribui com benefícios claros à comunidade e que é superior aos serviços prestados por não profissionais.
- IV) Código de ética: conjunto de normas que regulam o exercício da profissão, com a finalidade de proteger a população de abusos do monopólio profissional para benefício próprio.
- V) Cultura profissional: desenvolvida a partir da interação entre os profissionais a partir de grupos formais e informais (como associações profissionais, sindicatos, clínicas, escritórios, etc.), formando uma configuração social única da profissão. São desenvolvidos valores sociais, normas e símbolos que caracterizam a profissão. Um estudante ou recém-formado precisa passar pelo processo de aculturação de seus valores próprios para apreender a cultura profissional a que está adentrando.

Para os funcionalistas, uma profissão deveria possuir todos os atributos acima descritos, sendo que o processo de profissionalização aconteceria de forma heterogênea entre as ocupações e de forma contínua, em diferentes graus. A partir dos estudos sobre profissionalismo, chama a atenção o posicionamento de sociólogos a partir da década de 1930 que consideravam a Farmácia como uma 'semi-profissão' (GREENWOOD, 1957; WILENSKY, 1964), uma vez que apresentava certos atributos das profissões e, ao mesmo tempo, características de uma ocupação.

Em suas origens, a farmácia era desenvolvida pelo boticário, ofício aprendido pela experiência prática. Tradicionalmente, os boticários detinham o conhecimento e responsabilidade pela manipulação de medicamentos, tendo o reconhecimento da população enquanto profissionais que desempenhavam um papel fundamental na sociedade (CORRER; OTUKI, 2013; PEREIRA, 2016). No período colonial do Brasil, os boticários exerciam sua função percorrendo as comunidades e preparando formulações para as doenças da população (SANTOS; LIMA; VIEIRA, 2005; VELLOSO, 2007).

A comercialização de medicamentos em boticas no Brasil teve início no século XVII. Esses estabelecimentos eram gerenciados pelos boticários, e começaram a se

expandir pelo país com a expectativa de se obter lucro com a venda das formulações. Foi com a reforma do ensino da medicina em 1832 que a permissão para curar e ter botica foi condicionada à aprovação das faculdades de medicina, sendo necessário ser diplomado em Farmácia, uma nova profissão, para assumir a responsabilidade técnica dos estabelecimentos. O curso de Farmácia surgiu ligado ao curso de medicina, sendo criados os primeiros cursos independentes em Minas Gerais em 1839 (PEREIRA; NASCIMENTO, 2011; FIOCRUZ, 2022). Nessa época, muitos farmacêuticos diplomados passaram a exercer apenas a responsabilidade técnica formal pelas boticas, sem estar presente no estabelecimento, delegando a manipulação e venda de formulações aos boticários práticos (VELLOSO, 2007; PEREIRA; NASCIMENTO, 2011).

Com as transformações ocorridas por meio da industrialização da produção de medicamentos no início do século XX, a delegação de atividades técnicas do farmacêutico aos boticários práticos em farmácias comunitárias (FC) se intensificou. O processo de medicalização da sociedade tornou o medicamento um produto central na lógica de consumo e a profissão se adaptou a esse modelo de comercialização (DIEHL; LANGDON, 2016). O farmacêutico, não mais envolvido com o processo de manipulação de medicamentos magistrais, passou a ser mero dispensador de produtos industrializados, subordinado aos proprietários de drogarias interessados primariamente no rendimento financeiro do estabelecimento (DENZIN; METTLIN, 1968; TRAUlsen; BISSEL, 2004; SANTOS; LIMA; VIEIRA, 2005; CAPONI; BRZOZOWSKI, 2016).

Portanto, diferente de outras profissões que atuam como profissionais liberais como médicos, dentistas e advogados, o farmacêutico estaria condicionado a um estabelecimento e a um patrão, tendo mais características de um trabalhador assalariado do que um profissional liberal, reduzindo sua autonomia profissional na tomada de decisões em saúde (PEREIRA; NASCIMENTO, 2011). Essas transformações distanciaram o farmacêutico dos demais profissionais da saúde, e as antigas boticas tornaram-se drogarias, adaptadas ao comércio de produtos.

Outro ponto relevante a se considerar é a falta de controle e exclusividade do farmacêutico sobre o seu objeto social<sup>2</sup>: o medicamento (TRAULSEN; BISSEL, 2004). A medicina tem seu objeto social claramente definido, que são as doenças e

---

<sup>2</sup> Objeto social: atividade principal de uma profissão, seu propósito (TRAULSEN; BISSEL, 2004).

enfermidades para as quais seus serviços são orientados com a finalidade de obter a cura ou seu controle, e nenhuma outra profissão possui o domínio dessas competências (DENZIN; METTLIN, 1968; SILVA, 2009). Em contraponto, não há uma visão homogênea dentro da farmácia sobre o medicamento. Sua caracterização enquanto um produto destinado à venda ao invés do objeto ao qual o serviço deveria ser destinado, fez muitos profissionais buscarem o lucro através de seu comércio em farmácias comunitárias, além de delegar a função da dispensação a leigos (PEREIRA; NASCIMENTO, 2011).

É importante destacar que as transformações trazidas pelo processo produtivo industrial foram benéficas ao aumentar a disponibilidade de medicamentos, insumos essenciais para o tratamento e manejo dos problemas de saúde. Entretanto, o farmacêutico na farmácia comunitária ficou com sua identidade profissional obliterada, pois passou de um profissional que contribuía diretamente com serviços, a manipulação de medicamentos, para um agente intermediário através do qual o medicamento poderia ser obtido (DENZIN; METTLIN, 1968). O seu papel foi gradualmente reduzido às atividades administrativas e supervisão de trabalhadores leigos na dispensação de medicamentos. Além disso, muitos farmacêuticos, não sendo donos do estabelecimento, ficaram sujeitos às exigências de proprietários leigos das farmácias, cujos interesses eram majoritariamente de ordem financeira. Essa transformação profissional tem reflexo até os dias atuais, persistindo ainda como uma grande dificuldade para o desenvolvimento de atividades de cuidado (PEREIRA; NASCIMENTO, 2011).

O processo de produção de medicamentos não atrelada à dispensação direta deles foi impactante para o farmacêutico. Não somente a identidade profissional ficou comprometida; Silva (2009) argumenta que a fragmentação das atividades de uma profissão leva à restrição de sua autoridade técnica. Além disso, quanto mais uma profissão é voltada para a obtenção de lucro pela iniciativa privada, menor é sua autoridade moral perante o público, pela falta de reconhecimento da imagem altruísta do profissional. Nesse sentido, tanto a farmácia comunitária quanto o farmacêutico perderam prestígio social, pois tal organização ensejou a percepção de que os objetivos do estabelecimento e do profissional estavam focados no lucro em detrimento da saúde (ou doenças) de uma população altamente medicalizada (CAPONI; BRZOWSKI, 2016).

Esta crise na identidade profissional e na autoridade moral do farmacêutico não foi algo exclusivo do Brasil. Tal problema foi compartilhado e sentido em outros países, que, por serem mais desenvolvidos, saíram na frente na busca de medidas para reverter este quadro laboral e social na profissão. Na tentativa de reaproximar o farmacêutico do seu papel clínico, surgiu na década de 1960, nos Estados Unidos, o movimento da farmácia clínica. A partir de então se iniciou um processo de alteração do objeto social da farmácia (SILVA, 2009), passando, de acordo com Brodie (1986), da disponibilização dos medicamentos à sociedade para uma função de natureza clínica, desenvolvida através do controle do uso de medicamentos.

Os farmacêuticos em hospitais, que estavam focados na aquisição, organização e distribuição de medicamentos pelas diversas unidades hospitalares, foram os pioneiros em se inserirem junto a equipe de saúde para o desenvolvimento de atividades clínicas relacionadas à farmacoterapia. Esta mudança de paradigma aconteceu inicialmente nos EUA com a prática de *Pharmaceutical Care* (Cuidado farmacêutico), termo cunhado por Hepler e Strand (1990) que definiram a prática enquanto: “a provisão responsável do tratamento farmacológico com o objetivo de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida dos pacientes” (HEPLER; STRAND, 1990; CORRER; OTUKI, 2013).

## **1.2 ATENÇÃO FARMACÊUTICA NO BRASIL: ARCABOUÇO LEGAL E FORMAÇÃO ACADÊMICA**

No Brasil, através de discussões entre a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), Universidades e OMS, foi estabelecida em 2002 uma proposta de consenso sobre Atenção Farmacêutica, termo escolhido para designar a nova perspectiva da profissão voltada ao paciente (IVAMA et al., 2002; PEREIRA In SOARES et al. 2016). A partir de então, alguns avanços ocorreram com o esforço de implantar o novo conceito de prática profissional nas esferas de atenção ao paciente.

Uma das primeiras mudanças foi a alteração da grade curricular dos cursos de farmácia com a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Ministério da Educação em 2002. Essas DCN determinaram a integração da formação do farmacêutico através de um currículo generalista, deixando de lado o modelo desconexo das várias disciplinas que conferiam habilitações adicionais à profissão, como farmacêutico-bioquímico, farmacêutico de alimentos ou farmacêutico industrial,



que denotava uma alta fragmentação profissional (CECY, 2011; PEREIRA; NASCIMENTO, 2011).

De acordo com alguns pesquisadores (ANGELIN, 2010), a fragmentação da profissão e sua especialização em diferentes atividades (farmácia industrial, bioquímica, alimentos, entre outros) tornam-na mais fraca do ponto de vista de autoridade e autonomia, pois quanto mais especializadas, mais precisam ter conhecimento racional e preciso e, para isso, necessitam tornar suas atividades cada vez mais padronizadas e técnicas dentro de uma rotina. Isso diminui a autonomia profissional por perder a característica da busca por soluções a problemas não rotineiros, característico da prestação de serviços (CFF, 2016b). Dentro desse contexto, a área do cuidado farmacêutico surge como uma importante via de ressignificação de prática profissional ao tentar reaproximar o farmacêutico dos serviços clínicos deixados de lado com o início do processo de industrialização (SILVA, 2009).

Um dos marcos para a expansão de SCF no Brasil foi a publicação da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) nº 44 de 2009, que estabeleceu as boas práticas profissionais e utilizou o termo Atenção Farmacêutica pela primeira vez em uma legislação, definindo e regulamentando os serviços farmacêuticos que poderiam ser prestados em farmácias comunitárias no país. Em 29 de agosto de 2013, o Conselho Federal de Farmácia (CFF) publicou a Resolução nº 585, que descreveu as atribuições clínicas do farmacêutico com definição de conceitos como “consulta farmacêutica”, e a Resolução nº 586, que regulamentou a prescrição farmacêutica. No ano seguinte, a promulgação da Lei nº 13.021, de 08 de agosto de 2014, reforçou o caráter clínico do farmacêutico na orientação e acompanhamento de pacientes e da farmácia como um estabelecimento de prestação de serviços de saúde.

Após a publicação dessas legislações, o setor farmacêutico teve suporte legal para exercer atividades clínicas, sendo possível observar um aumento da oferta e divulgação de SCF em farmácias comunitárias brasileiras. A Associação Brasileira de Redes de Farmácias e Drogarias (ABRAFARMA, 2017), entidade composta pelas principais redes do Brasil, apresentou em seu relatório de 2017 o panorama da prestação de serviços farmacêuticos nas farmácias e drogarias afiliadas. De acordo com o levantamento, foram implantadas desde 2014 cerca de 1400 salas para consulta em todo o território nacional. Os serviços clínicos prestados pelas farmácias

associadas fazem parte de um programa denominado “Assistência farmacêutica avançada”, e constituem oito tipos de serviço ofertados, como a revisão da medicação, acompanhamento de pacientes com condições crônicas (diabetes *mellitus*, hipertensão, dislipidemias) e cessação do tabagismo (ABRAFARMA, 2017).

No sistema público houve incentivo para a estruturação das atividades clínicas do farmacêutico a partir do Eixo Cuidado do Programa QUALIFAR-SUS (BRASIL, 2012). Estratégias para a qualificação dos profissionais sobre serviços de cuidado ao paciente foram realizadas de forma piloto em Curitiba-PR e expandidas para os municípios de Lagoa Santa-MG, Betim-MG e Recife-PE. Nesse contexto, os farmacêuticos receberam treinamento e qualificação para exercer as atividades clínicas. O projeto obteve resultados satisfatórios, com atendimento de milhares de pacientes e fortalecimento do papel do farmacêutico enquanto profissional integrante da equipe clínica de cuidado à saúde (BRASIL, 2015; PREFEITURA LAGOA SANTA, 2015; LEONARDI, 2022). Além disso, o cuidado tem sido incorporado na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como parte da assistência farmacêutica. A PNAB, regulamentada pela Portaria nº 2436 de 2017 do Ministério da Saúde, define o farmacêutico enquanto um integrante da equipe multiprofissional da saúde, com o objetivo de promover resultados terapêuticos satisfatórios através do uso racional de medicamentos.

Desta forma, a partir de tantas mudanças legislativas e da prática profissional, novas alterações curriculares na formação acadêmica foram realizadas para acompanhar as transformações e capacitar os novos profissionais. Em 2017 foram publicadas novas DCN para o curso de farmácia (Brasil, 2017a). O artigo 4º da DCN estabelece que “a formação do farmacêutico deve ser humanista, crítica, reflexiva e generalista (...)”, e deve considerar “III-cenários de práticas diversificados, inseridos na comunidade e nas redes de atenção à saúde, pública e/ou privada, caracterizados pelo trabalho interprofissional e colaborativo”, capacitando o profissional “XI-para intervir na resolubilidade dos problemas de saúde do indivíduo, da família e da comunidade”. Ainda, define três eixos estruturantes do curso: Cuidado em saúde; Tecnologia e Inovação em Saúde; e Gestão em saúde, estabelecendo que 50% do currículo seja destinado ao eixo Cuidado em saúde, um grande avanço em comparação à antiga DCN de 2002 que, mesmo buscando uma formação mais generalista e menos tecnicista, ainda se apresentava bastante focada em atividades

técnico-gerenciais voltadas ao medicamento, sem mencionar atividades de cuidado ou serviços farmacêuticos clínicos (BRASIL, 2002).

### **1.3 SERVIÇOS CLÍNICOS PROVIDOS POR FARMACÊUTICOS (SCF)**

A profissão farmacêutica tem como um de seus principais objetivos fornecer à população o acesso a medicamentos e insumos com qualidade para a prevenção, promoção e recuperação da saúde. O conjunto de atividades desenvolvidas para esse fim é denominado Assistência Farmacêutica, que foi definida a partir da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), publicada na Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004, como o:

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

Dentro dessa definição encontram-se os serviços farmacêuticos relacionados aos aspectos logísticos-administrativos dos medicamentos e os serviços farmacêuticos assistenciais relacionados ao cuidado farmacêutico, chamados de serviços clínicos. Os serviços clínicos providos por farmacêuticos (SCF) são destinados diretamente ao paciente e à comunidade e visam a prevenção e resolução de problemas da farmacoterapia e o uso racional de medicamentos, envolvendo um processo estruturado na filosofia de prática do cuidado farmacêutico (HEPLER; STRAND, 1990; IVAMA et al., 2002; CFF, 2016b).

Os SCF podem ser desenvolvidos no contexto de vários estabelecimentos de saúde, como em hospitais, ambulatórios, clínicas particulares, domicílio do paciente ou em farmácias comunitárias (FC). As FC são consideradas estabelecimentos farmacêuticos não hospitalares e não ambulatoriais, de natureza pública ou privada, que atendem as necessidades da comunidade sobre medicamentos (CORRER; OTUKI, 2013). Por estarem distribuídas em todo o território nacional e geralmente serem de fácil acesso à população, as FC são muitas vezes a porta de entrada para os serviços saúde no Brasil, sendo o farmacêutico um profissional estratégico para o

atendimento de pacientes que necessitem de cuidado (CFF, 2016b; LEITE et al., 2017).

A realização de SCF depende de alguns aspectos básicos, como disponibilidade de recursos humanos e infraestrutura, com número adequado de farmacêuticos para atendimento clínico, equipamentos e materiais de suporte e uma sala para a realização da consulta farmacêutica (DE CASTRO et al., 2014; COSTA et al., 2017). A consulta farmacêutica pode ser entendida como o momento de encontro do farmacêutico com o paciente com a finalidade de prestar algum tipo de serviço clínico, para a promoção do uso racional de medicamentos e obtenção de resultados positivos com o tratamento (CFF, 2016b). Durante a consulta, o farmacêutico pode prover vários SCF e procedimentos, de acordo com a complexidade de cada caso.

Várias são as necessidades da população sobre medicamentos e condições de saúde, sendo os SCF ofertados conforme as necessidades individuais de saúde de cada paciente. Os SCF foram classificados em nove tipos conforme sua complexidade e objetivos no arcabouço teórico conceitual publicado pelo CFF em 2016. Entretanto, destaca-se que um paciente pode necessitar de mais de um serviço no momento em que é atendido, sobrepondo serviços de acordo com cada caso. O Quadro 1 apresenta uma síntese das definições propostas para cada SCF a partir do material citado.

**QUADRO 1** - Definições dos serviços clínicos providos por farmacêuticos de acordo com o arcabouço teórico conceitual do CFF (2016).

<b>Serviço clínico</b>	<b>Definição conforme o CFF (2016)</b>
<b>Rastreamento em saúde</b>	Identificação de prováveis doenças em indivíduos assintomáticos através de testes rápidos e procedimentos como verificação da pressão arterial, medidas de glicemia, colesterol e triglicerídeos capilares, aplicação de questionários sobre depressão, entre outros.
<b>Educação em saúde</b>	Educar o paciente para o autocuidado em saúde envolvendo mudança de hábitos de vida, adesão ao tratamento, descarte de medicamentos e informações sobre doenças, por meio de estratégias como fornecimento de materiais educativos, tabelas ou etiquetas com horários de administração, demonstração de técnicas, diários de saúde, entre outros.
<b>Dispensação</b>	Serviço desenvolvido pelo farmacêutico geralmente a partir de uma prescrição médica. Envolve análise de aspectos técnicos e legais de prescrições, intervenções, entrega dos medicamentos, orientação sobre o uso, benefícios, armazenamento e descarte, visando o uso racional de medicamentos.
<b>Manejo de Problema de saúde autolimitado (PSAL)</b>	A partir da identificação de um problema de saúde autolimitado o farmacêutico prescreve e orienta medidas não farmacológicas, medicamentos isentos de prescrição (MIPs) ou encaminha o paciente a outro profissional de saúde, com o objetivo de suprir de forma racional as necessidades detectadas.

<b>Monitorização terapêutica de medicamentos</b>	Mensuração dos níveis plasmáticos de fármacos junto da interpretação do histórico do paciente para determinar as doses individualizadas necessárias para concentrações plasmáticas efetivas e seguras.
<b>Conciliação de medicamentos</b>	Análise de todos os medicamentos utilizados pelo paciente conciliando as informações de prontuário, de prescrições e do paciente com a finalidade de evitar discrepâncias como duplicidades ou omissões de medicamentos. É geralmente realizada quando o paciente transita por diferentes níveis de atenção ou serviços de saúde.
<b>Revisão da farmacoterapia</b>	Análise estruturada dos medicamentos utilizados pelo paciente com o objetivo de resolver problemas relacionados aos medicamentos (PRM), como reações adversas, interações, erros de dosagem, baixa adesão, entre outros. Pode ser realizada a partir da análise da prescrição sem haver necessariamente contato com o paciente.
<b>Gestão da condição de saúde</b>	Serviço focado em uma doença ou condição específica com o objetivo de fornecer ao paciente o conhecimento e ferramentas necessárias para o cuidado e alcance de resultados positivos. É geralmente desenvolvido através de programas, como de cessação tabágica, por exemplo, e pode envolver equipes multiprofissionais.
<b>Acompanhamento farmacoterapêutico</b>	Envolve múltiplos encontros visando o gerenciamento da farmacoterapia através da análise das condições gerais de saúde, fatores de risco e tratamento, com realização de intervenções e acompanhamento periódico do paciente. Tem o objetivo principal de resolver e prevenir PRM a fim de alcançar resultados positivos e reduzir riscos.

Fonte: A autora (2021), adaptado de CFF, 2016b.

De forma complementar aos SCF descritos no Quadro 1, o farmacêutico pode realizar também procedimentos farmacêuticos durante uma consulta ou em atendimentos simples para aumentar as informações sobre o estado de saúde do paciente ou atender a demandas individuais por recursos de cuidado à saúde, como a verificação da pressão arterial, da glicemia ou perfil lipídico capilares, organização de medicamentos, realização de pequenos curativos, testes rápidos e aplicação de injetáveis, por exemplo (CFF, 2016b). Ainda, dependendo da necessidade, o farmacêutico pode encaminhar o paciente para outros profissionais, como médico, nutricionista, psicólogo ou educador físico, ressaltando os benefícios já evidenciados do trabalho conjunto da equipe multiprofissional no cuidado à saúde (DOLOVICH et al., 2008; CARTER et al., 2009; MILLER-ROSALES; RODRIGUEZ, 2021).

Para que sejam efetivos, os SCF dependem da interação entre múltiplos elementos que devem ser considerados no processo de implementação, como o acesso do paciente ao serviço, seu nível educacional, poder aquisitivo, adesão ao tratamento, relação com o médico, complexidade da farmacoterapia e as ações do farmacêutico para alcançar os objetivos do tratamento, além das atitudes de outros

profissionais da equipe de saúde e do comportamento do próprio paciente (CRAIG et al., 2008; CLAY et al., 2019). Por essa razão, os SCF são considerados intervenções complexas que necessitam de planejamento adequado de todas as etapas e avaliações constantes da qualidade do serviço, com padronização da prática para assegurar sua reprodutibilidade (ROTTA et al., 2015; CLAY et al., 2019; DE BARRA et al., 2019).

Pesquisadores internacionais têm desenvolvido *checklists* para auxiliar farmacêuticos a planejarem, avaliarem e reportarem intervenções, e alguns desses instrumentos estão disponíveis na literatura (ROTTA et al., 2015; CLAY et al., 2019; DE BARRA et al., 2019). O *checklist* DEPICT (*Descriptive Elements of Pharmacist Intervention Characterization Tool*) (ROTTA et al., 2015), por exemplo, reúne elementos centrais para o reporte adequado de intervenções farmacêuticas, como a informação sobre o treinamento do farmacêutico, contato e comunicação com o paciente (cara-a-cara, telefone), foco da intervenção, frequência e duração das consultas, fontes de dados utilizadas (entrevistas, diários dos pacientes, prontuários), descrição do conteúdo do material educativo fornecido ou protocolo seguido, ações detalhadas do farmacêutico (encaminhamentos, aconselhamento) e outros processos (CRAIG et al., 2008; ROTTA et al., 2015; DE BARRA et al., 2019).

A implementação de SCF é um desafio em vários países, como demonstrado por Imfeld-Isenegger e colaboradores (2019), que avaliaram as características de serviços de revisão da farmacoterapia e seu processo de implementação em países da Europa. O processo de implementação de serviços inovadores é complexo e necessita uma abordagem compreensiva de diversos fatores (VARAS-DOVAL et al., 2020). O seu sucesso depende de uma fundamentação teórica consistente, que pode ter o suporte de modelos e *frameworks* para sua construção (MOULLIN et al., 2015; VARAS-DOVAL et al., 2020). Alguns *frameworks* teóricos para a implementação de SCF foram desenvolvidos nos últimos anos para auxiliar os profissionais, como o *Framework for the Implementation of Services in Pharmacy* – FISpH, criado especificamente para SCF. Esse material inclui conceitos elementares, como o processo de implementação de serviços inovadores, os domínios contextuais que poderiam influenciar no comportamento dos pacientes, as barreiras, facilitadores e estratégias e a avaliação do programa de implementação (MOULLIN; SABATER-HERNÁNDEZ; BENRIMOJ, 2016b).

Um elemento central nos *frameworks* que é frequentemente negligenciado durante a implementação de um novo serviço é a avaliação, que geralmente está voltada para os resultados dos pacientes e custo-efetividade, sem uma análise profunda ou relato de indicadores de implementação, como as medidas de fidelidade (PATWARDHAN; AMIN; CHEWNING, 2014; MOULLIN; SABATER-HERNÁNDEZ; BENRIMOJ, 2016a, 2016b). A fidelidade de uma intervenção é a extensão na qual a intervenção foi implementada conforme originalmente planejada (CARROLL et al., 2007; CRAIG et al., 2008). A avaliação do comportamento do farmacêutico, através das medidas de fidelidade na realização de um serviço, permite determinar relações mais claras entre os resultados alcançados e identificar os elementos que possam atrapalhar ou facilitar o alcance de resultados positivos (CARROLL et al., 2007; PATWARDHAN; AMIN; CHEWNING, 2014; VAN DER LAAN et al., 2019). Considerando a complexidade dos SCF, o papel de cada componente da intervenção e seu efeito nos desfechos devem ser esclarecidos (VAN DER LAAN et al., 2019).

Ao considerar a recente expansão da oferta de SCF em FC no Brasil, surgem questionamentos sobre o quanto esses serviços estão devidamente implementados e qual a sua qualidade. Como a literatura sobre o tema ainda é escassa no país, é necessária uma investigação ampla, explorando metodologias de pesquisa que proporcionem uma visão abrangente sobre o assunto. Dessa forma, a pesquisa dessa tese utilizou duas metodologias para tentar compreender o cenário de SCF em FC no Brasil: a revisão de escopo e a metodologia qualitativa, que serão apresentadas com mais detalhes nas próximas seções.



## 1.4 REVISÃO DE ESCOPO

Revisões são estudos retrospectivos que integram e sintetizam os resultados de estudos primários, facilitando a leitura e análise de um grande número de informações sobre determinado assunto (COOK; MULROW; HAYNES, 1997; GREEN; JOHNSON; ADAMS, 2006; CORDEIRO et al., 2007). Há vários tipos de revisões na literatura que diferem entre si de acordo com seu processo metodológico (GRANT; BOOTH, 2009). Entretanto, essas diferenças podem implicar na confiabilidade do estudo e prejudicar a qualidade da evidência (SACKETT et al., 1996). Por essa razão, as revisões de qualquer natureza devem ser conduzidas com rigor metodológico científico e devem ser capazes de comunicar de forma clara os achados para facilitar a interpretação dos dados e ajudar os profissionais da saúde a tomarem decisões mais assertivas (GREEN; JOHNSON; ADAMS, 2006; DE LUCA CANTO, 2020).

As revisões de escopo são estudos exploratórios que se destinam a mapear um assunto de forma sistemática, a identificar conceitos, teorias, fontes de evidência e lacunas no conhecimento científico (GRIMSHAW, 2020). Uma revisão de escopo geralmente é conduzida quando a literatura sobre um tema é heterogênea e complexa ou quando o mapeamento de uma evidência é necessário (ANDERSON et al., 2008). Enquanto as revisões sistemáticas têm como objetivo responder a uma questão específica e precisa, as revisões de escopo são destinadas a responder uma ou mais questões amplas e a mapear conceitos chave sobre um assunto (ARKSEY; O'MALLEY, 2005).

Diferente das revisões sistemáticas que têm sido desenvolvidas e consolidadas desde os anos de 1970 e 1980, as revisões de escopo são métodos relativamente novos. O primeiro guia metodológico para esse tipo de revisão foi publicado em 2005 (ARKSEY; O'MALLEY, 2005) e um aumento na publicação de revisões de escopo por pesquisadores internacionais pode ser visto atualmente (TRICCO et al., 2016; PETERS et al., 2020). Ainda que as revisões de escopo tenham certa flexibilidade metodológica em comparação às revisões sistemáticas, elas devem ser conduzidas sistematicamente para reduzir os vieses e produzir resultados confiáveis (PETERS et al., 2020). O principal guia para a condução de revisões de escopo usado atualmente é o Manual do Instituto Joanna Briggs (JBI) (<https://synthesismanual.jbi.global>), que auxilia os autores a realizar revisões de escopo com alta qualidade metodológica.

As revisões de escopo seguem as mesmas fases de uma revisão sistemática, mas seu foco e aplicação diferem substancialmente. Enquanto as revisões sistemáticas têm uma natureza analítica e quantitativa, as revisões de escopo exploram e descrevem os dados sem uma síntese formal de resultados (PETERSON et al., 2017; PETERS et al., 2020). A avaliação da qualidade dos estudos incluídos, que é uma fase obrigatória em revisões sistemáticas, não é necessária e frequentemente não é recomendada para revisões de escopo, porque o objetivo é mapear a evidência disponível ao invés de produzir uma resposta clínica objetiva para uma questão específica. Por essa razão, revisões de escopo não são focadas em produzir recomendações para a prática clínica, mas em fornecer uma visão ampla da evidência relacionada à natureza e à variedade do conhecimento disponível sobre um assunto (PETERS et al., 2020).

A escolha da revisão de escopo é apropriada quando uma pesquisa tem por objetivo identificar a evidência disponível em um campo do conhecimento, como uma fase precursora de uma revisão sistemática, para encontrar lacunas, para esclarecer conceitos chave na literatura, para avaliar como as pesquisas têm sido conduzidas em uma área específica e para identificar características relativas a um conceito. Também pode ser aplicada para desenvolver mapas políticos pela identificação de evidências de reportes e documentos que guiam a prática clínica em determinados campos (ANDERSON et al., 2008; MUNN et al., 2018).

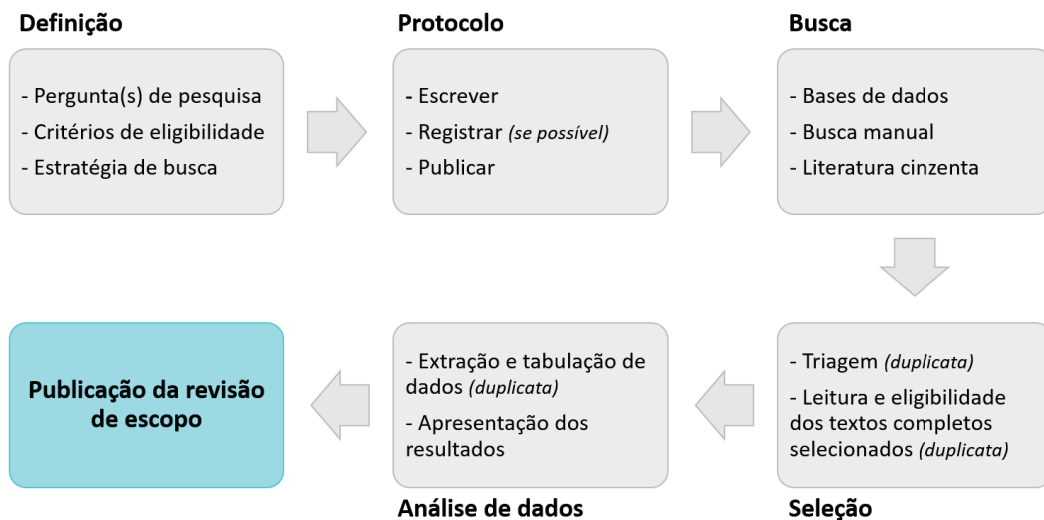
Uma revisão de escopo permite a inclusão de vários tipos de desenho de estudo e metodologias de acordo com os seus objetivos, como estudos qualitativos, narrativos e quantitativos ou qualquer outro documento ou dados de websites (ARKSEY; O'MALLEY, 2005; PETERS et al., 2020). A busca na literatura cinzenta pode ser conduzida de forma extensiva além da inclusão de pelo menos uma das bases de dados tradicionais (PubMed, Scopus, Web of Science, Lilacs). A seleção dos estudos é realizada da mesma forma que em revisões sistemáticas, mas a definição dos critérios de inclusão e exclusão pode ser mais ampla. Os resultados devem ser apresentados de forma clara para reunir e descrever os dados, geralmente sem o uso de métodos estatísticos complexos. É recomendado apresentar os resultados por meio de mapas, tabelas, figuras ou diagramas para facilitar sua interpretação. A documentação de todo o processo é fundamental para garantir a transparência e confiabilidade da revisão, desde a escrita e publicação do protocolo

de pesquisa até o reporte final (PETERSON et al., 2017; MUNN et al., 2018; PETERS et al., 2020).

#### 1.4.1 Principais etapas de uma revisão de escopo

O resumo das principais etapas para o desenvolvimento de revisões de escopo estabelecidas pelo Manual do JBI (2015) pode ser visto na Figura 1:

**FIGURA 1** - Resumo das principais etapas da realização de uma revisão de escopo.



Fonte: adaptado de Garabeli (2021)

Como revisões de escopo em geral possuem objetivos amplos (PETERSON et al., 2017), podem ser definidas uma ou mais perguntas de pesquisa, que irão guiar a formulação dos critérios de inclusão e exclusão. A pergunta deve conter os elementos correspondentes aos objetivos do estudo descritos pelo mnemônico PCC: População (quando aplicável, descrever características como idade, sexo e outros atributos), Conceito (intervenções, fenômeno de interesse e desfechos) e Contexto (fatores geográficos, sociais e culturais ou outros elementos mais específicos) (PETERS et al., 2020).

A definição dos critérios de elegibilidade de uma revisão de escopo deve considerar as fontes de evidência que serão incluídas, que podem ser estudos primários, revisões narrativas, *guidelines* ou *websites*. Os autores devem detalhar quais fontes serão utilizadas de acordo com sua utilidade e adequação aos objetivos da revisão. Critérios de exclusão também devem ser definidos pelos pesquisadores e

podem incluir o período das publicações e limitações de idioma, quando justificáveis (como caracteres não romanos) (JBI, 2015; PETERS et al., 2020).

A estratégia de busca em revisões de escopo precisa ser abrangente e capaz de identificar todas as fontes de evidência publicadas (estudos primários, revisões) e não publicadas (literatura cinzenta). A estratégia deve ser formulada com palavras-chave e termos indexados presentes em artigos relevantes para o tema. O vocabulário controlado das bases de dados pode também ser usado, assim como os operadores booleanos AND e OR para agrupar os termos, além de outros recursos de cada base de dados. A descrição da estratégia de busca para pelo menos uma das principais bases de dados deve ser documentada e reportada pelos autores (PETERS et al., 2020).

Recomenda-se que um protocolo de pesquisa seja elaborado antes da condução da revisão contendo seus objetivos, questões, métodos e um plano para a apresentação dos resultados (JBI, 2015; MUNN et al., 2018). Uma descrição detalhada dos critérios de inclusão e exclusão também deve ser feita, assim como da estratégia de busca, fontes de evidência, como os dados serão coletados e apresentados e, se alguma mudança ocorrer, deve ser explicada e esclarecida no relatório final. É importante que o protocolo seja disponibilizado através de registro ou publicação. Os autores podem usar plataformas *online* como o *Research Gate* ou a OSF (*Open Science Framework*) para disponibilizar o protocolo. O *The JBI Evidence Synthesis Journal* também publica protocolos de revisões de escopo que seguem a metodologia do JBI.

Os estudos encontrados nas bases de dados podem ser importados em um gerenciador de referências e os registros duplicados devem ser removidos. É importante que o processo todo seja documentado, com o registro do número de estudos recuperados em cada etapa (JBI, 2015; PETERS et al., 2020). Após a recuperação dos artigos através das buscas, ambas as etapas de triagem de títulos e resumos e posterior leitura de textos completos para elegibilidade devem ser realizadas por dois revisores independentes e os resultados da seleção devem ser discutidos em reuniões de consenso. Qualquer desacordo sobre a inclusão de um estudo deve ser resolvido por um terceiro revisor. Todos os estudos que são claramente irrelevantes para os objetivos devem ser excluídos. O processo deve ser documentado, incluindo o número de fontes de evidência incluídas e excluídas. Assim como nas revisões sistemáticas, os coeficientes Kappa e PABAK podem ser

calculados para verificar o nível de concordância entre os revisores (FEINSTEIN; CICCETTI, 1990; CHEN et al., 2009).

A extração dos dados a partir dos estudos selecionados deve ser feita de acordo com os objetivos da revisão. Uma tabela ou formulário padrão deve ser desenvolvido para orientar a coleta de dados, podendo incluir as características dos estudos e os principais resultados. Existe uma tabela de exemplo para extração de dados no Manual do JBI (JBI, 2015); entretanto, recomenda-se que cada formulário seja desenvolvido individualmente, de acordo com os objetivos da revisão. Para reduzir vieses e erros, é recomendado que essa fase seja feita também por dois revisores de forma independente (PETERS et al., 2020).

A análise dos dados em revisões de escopo geralmente é descritiva, sem realizar análises estatísticas complexas. O principal objetivo é identificar, caracterizar e resumir as evidências sobre um tópico, incluindo a identificação de lacunas de pesquisa. Para uma revisão de escopo, dados como contagens de frequência de conceito, características da população e outros dados descritivos podem ser suficientes para responder à questão de pesquisa. Da mesma forma, os dados qualitativos obtidos também não devem ser tratados em profundidade, mas pode ser realizada uma análise descritiva dos conceitos e definições sobre o tema (PETERS et al., 2020).

A apresentação dos resultados em um formato claro pode ser útil para identificar lacunas na literatura e mapear as evidências disponíveis sobre o tema. Os resultados das buscas e do processo de seleção devem ser documentados e apresentados em um fluxograma de acordo com o *checklist* PRISMA-ScR (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses – extension for Scoping Reviews*) para revisões de escopo (TRICCO et al., 2018). O mapeamento de dados pode ser apresentado em tabelas, diagramas, gráficos ou descrito no texto. Os elementos do PCC podem auxiliar na escolha do melhor formato de apresentação dos resultados, que pode incluir o tipo de estudos avaliados, características da população, principais resultados analisados, período de publicação da fonte, país de origem, área de intervenção (clínica, política, educacional) e métodos de pesquisa. Os resultados também podem ser classificados em categorias conceituais, como 'tipo de intervenção', 'população', 'objetivos', 'principais achados' e 'lacunas de pesquisa' (JBI, 2015; PETERS et al., 2020).

Como os SCF são uma prática ainda em desenvolvimento no Brasil, sem um conhecimento científico base para nortear as decisões de gestores e profissionais, faz-se necessário explorar o assunto de forma ampla, além de não haver estudos secundários sistemáticos que reúnam as evidências sobre esses serviços no Brasil. Por essa razão a revisão de escopo foi escolhida como metodologia para mapear as características dos estudos e dos serviços avaliados na literatura científica existente no país, e será apresentada no Capítulo 2 desta tese.

### **1.5 A PESQUISA NA ÁREA DA FARMÁCIA E A METODOLOGIA QUALITATIVA**

Historicamente, as ciências farmacêuticas se estabeleceram na produção de conhecimento a partir da aplicação de metodologias quantitativas para o delineamento das pesquisas que gerem evidências rigorosas, baseadas quase sempre em números e estatísticas (HADI; CLOSS, 2016; CASTLEBERRY; NOLEN, 2018; ROSA; MACKEDANZ, 2021). Esse tipo de pesquisa está baseado, fundamentalmente, na abordagem científica positivista, que visa a realização de medições e mensurações que reflitam a realidade estudada (WILLIG, 2008). Esse método está vinculado a conceitos como objetividade, dedução, razão, evidências e dados matemáticos, por exemplo. É a interpretação da realidade de acordo com uma metodologia rígida com resultados que devem representar a realidade de forma confiável e válida (BASSETT et al., 2004).

A análise de dados rigorosa para a geração de evidências sobre tratamentos, medicamentos novos e resultados sobre práticas em saúde é o que se destaca nas ciências farmacêuticas, considerando que ao longo do último século a prática farmacêutica esteve vinculada à produção industrial e ao comércio de medicamentos e produtos em saúde. O crescimento da produção de ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas e meta-análises nos últimos anos mostram a valorização das abordagens quantitativas na área farmacêutica (HADI; CLOSS, 2016).

A resignificação atual da farmácia a partir do cuidado à saúde tem mudado a perspectiva das áreas de atuação profissional, sendo necessárias novas abordagens de avaliação dos serviços prestados e dos resultados que têm sido encontrados através das novas práticas (POPE; MAYS, 1995). Os SCF, dentro do contexto do cuidado farmacêutico, envolvem tanto o medicamento quanto as necessidades reais dos pacientes, que trazem suas bagagens sociais, culturais e crenças que devem ser

compreendidas para que o cuidado seja efetivo. Essas subjetividades não podem ser, muitas vezes, analisadas pelas pesquisas quantitativas e, quando há tentativas de análise (aplicando-se questionários fechados, por exemplo), os resultados podem não ser válidos, pois há potenciais vieses induzidos em respostas a questões fechadas (ROSA; MACKEDANZ, 2021).

Nem toda a realidade pode ser mensurada matematicamente, testada ou generalizada (GREEN; THOROGOOD, 2004; WILLIG, 2008). As relações humanas são construídas socialmente através de uma rede complexa de atores e contextos históricos, sendo necessário lançar mão de uma ciência capaz de interpretar a complexidade de determinado contexto (POPE; MAYS, 1995). As pesquisas qualitativas, portanto, apresentam-se enquanto uma alternativa válida, uma vez que não se destinam a mensurar a realidade, mas sim, auxiliar na sua compreensão através de uma perspectiva alternativa à tradicional (BASSETT et al., 2004; ULLRICH; OLIVEIRA; BASSO, 2012; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2020). Além disso, as pesquisas qualitativas podem constituir parte fundamental para o entendimento da realidade sendo, muitas vezes, um pré-requisito para o desenvolvimento de pesquisa quantitativas principalmente em áreas do conhecimento pouco exploradas (POPE; MAYS, 1995).

A abordagem qualitativa surgiu a partir das pesquisas em ciências sociais, como antropologia e sociologia, e é utilizada quando se quer explorar um assunto que é pouco conhecido e, a partir de induções, produzir inferências e teorizações (WILLIG, 2008). Esse tipo de pesquisa considera as relações sociais dos sujeitos de pesquisa e do pesquisador, enfatizando a natureza social da construção da realidade e da relação íntima existente entre o pesquisador e pesquisado na interpretação dos dados (BRAUN; CLARKE, 2006).

Enquanto os métodos quantitativos buscam determinar frequência, intensidade ou duração de um fenômeno, as pesquisas qualitativas exploram as crenças, valores e as motivações que podem explicar sua ocorrência a partir das experiências únicas vivenciadas pelos participantes (CASTLEBERRY; NOLEN, 2018). Métodos qualitativos têm sido usados nas ciências da saúde para o entendimento sobre como o cuidado afeta a vida do paciente, ou sobre as experiências vividas por profissionais a partir de um novo modelo de prática, aproximando dos sujeitos da pesquisa e produzindo conhecimentos vitais sobre satisfação e atitudes que podem auxiliar na melhoria do cuidado (BASSETT et al., 2004; ROSA; MACKEDANZ, 2021).



Na área da farmácia, vários métodos têm sido empregados para a condução de pesquisas qualitativas ao redor do mundo. Torres, Solomon e Middleton (2020) analisaram as práticas de dispensação de antibióticos por farmacêuticos em Maputo, Moçambique, através de entrevistas em profundidade com farmacêuticos e posterior Análise Temática (AT). Os autores conseguiram identificar diversas razões pelas quais os farmacêuticos realizam inadequadamente a dispensação, como a busca por uma maior remuneração, pressão por parte dos pacientes, falhas na aplicação das leis do país e falha nos mecanismos para responsabilização dos profissionais.

De Vera e colaboradores (2018) buscaram compreender os desafios e facilitadores para o desenvolvimento de pesquisas em farmácias comunitárias do Canadá por meio de entrevistas semiestruturadas com farmacêuticos que haviam conduzido estudos recentemente. Os autores utilizaram a Análise de Conteúdo para analisar os dados e identificaram seis grandes temas, como as barreiras, facilitadores, recursos dos pesquisadores, estratégias para a condução da pesquisa, sugestões para próximas pesquisas e a motivação para a condução de estudos.

Schindel e colaboradores (2022) utilizaram um método criativo ainda pouco visto na área farmacêutica para explorar as percepções da população sobre serviços farmacêuticos em farmácias comunitárias de Alberta, Canadá. Os autores utilizaram grupos focais para desenvolver uma Pesquisa Baseada em Artes, na qual os participantes representaram suas percepções, emoções e experiências por meio de desenhos e escrita a partir de uma pergunta base feita pelo pesquisador. Os participantes foram, então, convidados a descrever verbalmente o que haviam desenhado e estimulados a discutir sobre as percepções uns dos outros. Os autores analisaram os dados de forma indutiva através de AT, considerando os desenhos como fonte primária de dados e sua interpretação através das falas dos participantes gravadas nos grupos focais. Foram identificados quatro grandes temas: acessibilidade, serviços, ambiente e relação de cuidado, mostrando os aspectos que mais impactam na vida dos participantes ao frequentar uma farmácia comunitária.

No Brasil, recentemente alguns pesquisadores na área da farmácia conduziram pesquisas qualitativas, como Santos Júnior e colaboradores (2018) que utilizaram grupos focais para coleta de dados e posterior Análise de Conteúdo para identificar barreiras e facilitadores para a implementação de SCF em unidades de saúde em Recife (PE) a partir da perspectiva de farmacêuticos e gestores; e Soares, Brito e Galato (2020) que buscaram compreender os marcos da Assistência Farmacêutica na

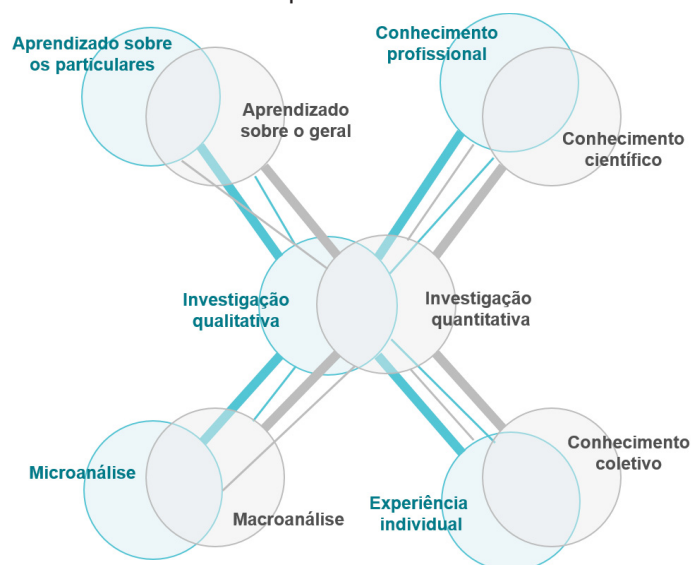


atenção primária e as percepções dos envolvidos sobre a inclusão do cuidado farmacêutico, por meio de análise documental e entrevistas semiestruturadas, com posterior análise de conteúdo.

Historicamente, pesquisadores geralmente vinculados à pesquisa quantitativa criticam a pesquisa qualitativa relacionando-a a uma abordagem não científica ou pouco rigorosa pela sua natureza. Outras críticas caem sobre o tamanho da amostra, muito menor do que a requerida em abordagens quantitativas, envolvendo às vezes cinco ou seis participantes, além do fato de ser demorada e relativamente cara, principalmente quando envolvem entrevistas individuais cara-a-cara (BASSETT et al., 2004). Entretanto, é preciso diferenciar as bases nas quais cada metodologia está fundamentada.

Para Stake (2011), os métodos quantitativos e qualitativos se diferenciam mais em sua ênfase do que em seus limites. Um estudo qualitativo de qualquer natureza poderá usar ideias quantitativas de enumeração, por exemplo, assim como em um estudo quantitativo espera-se encontrar descrições com interpretação do pesquisador. Dessa forma, ambas as metodologias possuem validade e muitas vezes se sobrepõem, como pode ser visto na Figura 2 abaixo, que representa um cata-vento da intensidade das ligações epistemológicas de cada tipo de metodologia.

**FIGURA 2** - Cata-vento da intensidade das ligações epistemológicas das pesquisas quantitativas e qualitativas



Fonte: adaptado de Stake (2011)

Ao contrário das metodologias quantitativas, a representatividade da amostra não é central nas abordagens qualitativas porque elas se destinam a compreender a realidade de um ambiente específico, sem produzir generalizações ou conclusões aplicáveis a cenários maiores. O cerne dessa abordagem está na validade dos dados obtidos, no quanto eles representam a realidade estudada, dentro do seu contexto. Dessa forma, o número de participantes deve ser suficiente a ponto de não produzir mais novas informações com a inclusão de novos participantes durante a coleta de dados. Esse ponto é chamado de ‘ponto de saturação’ e é alcançado a partir da pré-análise pela leitura das transcrições e codificação prévia, que acontecem simultaneamente à coleta de dados (SAGE PUBLICATIONS, 1995; WILLIG, 2008; JOHNSON; ADKINS; CHAUVIN, 2020).

Além disso, os participantes não são escolhidos de forma aleatória, pois o objetivo é promover uma análise densa de eventos particulares ao invés de promover descrições e resultados generalizáveis (GREEN; THOROGOOD, 2004; WILLIG, 2008; CASTLEBERRY; NOLEN, 2018; ROSA; MACKEDANZ, 2021). Assim, os participantes são selecionados por meio de amostragem intencional, a partir de sua presumida experiência e conhecimento sobre o assunto ou fenômeno para que se obtenham informações relevantes e ricas em relação à questão de pesquisa (YIN, 2016).

Ao contrário de pesquisas que são conduzidas em um laboratório ou espaço que possa inibir o comportamento do indivíduo, a perspectiva qualitativa faz com que o sujeito sofra mínimas interferências e não seja limitado a responder as questões predefinidas por um questionário fechado, mas possa ficar livre para falar sobre suas próprias experiências. Além disso, todos os participantes são representados por suas falas, e não como sendo parte apenas de uma média estatística calculada para uma população inteira (YIN, 2016).

As pesquisas quantitativas buscam a confiabilidade pela reprodutibilidade e consistência dos resultados, enquanto as qualitativas, a validade dos dados, ou seja, procuram descobrir como as pessoas se comportam ou quais os significados que elas dão às suas experiências e atitudes. Ao invés de se basear no método dedutivo (da hipótese e teste da hipótese), a pesquisa qualitativa se movimenta a partir da indução (da observação à hipótese), em que a coleta e análise de dados não impõe categorias ou conceitos previamente determinados pelo conhecimento do pesquisador (POPE; MAYS, 1995). Uma pergunta de pesquisa aberta é estabelecida, possibilitando a

descrição e explicação de um fenômeno ao invés de iniciar uma pesquisa com uma questão bem definida ou hipótese que precede a coleta de dados (WILLIG, 2008).

A pergunta de pesquisa dentro da abordagem qualitativa guia as demais etapas, desde a definição da metodologia até a análise dos resultados e produção de inferências. A questão deve perguntar “como algo acontece” e estar aberta a modificações conceituais e terminológicas quando não se mostra apropriada ou relevante aos participantes, podendo ser alterada durante o processo de pesquisa (GREEN; THOROGOOD, 2004; WILLIG, 2008). O pesquisador é encorajado a não separar os estágios de desenho, coleta de dados e análise, mas voltar e prosseguir entre os dados brutos e a conceituação, dando sentido aos dados ao longo do desenvolvimento da pesquisa.

A natureza aberta dos dados obtidos pela pesquisa qualitativa é um desafio em comparação com os dados numéricos de pesquisas quantitativas. Os dados produzidos são geralmente mais difíceis de serem resumidos e é mais difícil identificar padrões do que quando se trabalha com números. Dados qualitativos podem incluir transcrições de entrevistas, artigos de jornais, respostas a questionários, diários, vídeos, imagens ou observações de campo, gerando muitas vezes um volume grande de dados que precisam ser rigorosamente sistematizados para a produção de resultados claros e concisos (WILLIG, 2008).

Existem várias maneiras de coletar dados qualitativos, sendo os mais comuns a entrevista, a análise documental e a observação direta, e cada pesquisa demanda um nível diferente de análise dependendo dos dados e da pergunta que se deseja responder (JOHNSON; ADKINS; CHAUVIN, 2020). Alguns exemplos de métodos de análise são a Análise Temática, Análise de Conteúdo, Análise de Discurso, Análise Documental, e várias são as abordagens nas quais essas análises estão ancoradas, como a *Grounded Theory*, Fenomenologia ou Etnografia (AUSTIN; SUTTON, 2014). A análise mais apropriada é determinada a partir das questões de pesquisa e da natureza dos próprios dados obtidos (GUIRGUIS; WITRY, 2019).

A seguir, serão apresentados brevemente os métodos de coleta de dados e análise que foram escolhidos para a condução das pesquisas apresentadas nos Capítulos 3 e 4 desta tese: a entrevista individual semiestruturada e a Análise Temática.

### 1.5.1 Entrevista individual semiestruturada

A entrevista é o meio mais utilizado para a coleta de dados em pesquisas qualitativas (WILLIG, 2008). A partir de perguntas abertas em entrevista individual, o pesquisador incentiva o participante a falar sobre os assuntos relativos ao tema da pesquisa, deixando-o livre para explorar profundamente quaisquer ideias que lhe venham à mente (AUSTIN; SUTTON, 2014; JOHNSON; ADKINS; CHAUVIN, 2020). A entrevista pode tomar caminhos de raciocínio não esperados pelo pesquisador, que pode estimular o participante a explorar profundamente o assunto caso esteja dentro do escopo da pesquisa e pode reordenar a sequência das perguntas conforme o surgimento de assuntos interessantes. É necessário que a entrevista seja gravada para posterior transcrição literal e análise (WILLIG, 2008; AUSTIN; SUTTON, 2014).

Apesar de sua natureza aberta, é importante que a entrevista seja realizada de forma padronizada, pelo mesmo pesquisador ou pesquisadores treinados igualmente, para que não haja discrepâncias na condução e, assim, falta de coesão entre os assuntos (WILLIG, 2008). Para auxiliar nesse processo, o pesquisador é guiado por um roteiro, constituído por questões abertas (mais na forma de itens do que questões propriamente ditas) que conduzem o entrevistado dentro do assunto, mas não o limita em suas possibilidades de pensamento e fala. Esse roteiro deve ser desenvolvido e testado em fase piloto para avaliar sua aplicabilidade e conformidade com o objetivo da pesquisa (WILLIG, 2008; STAKE, 2011).

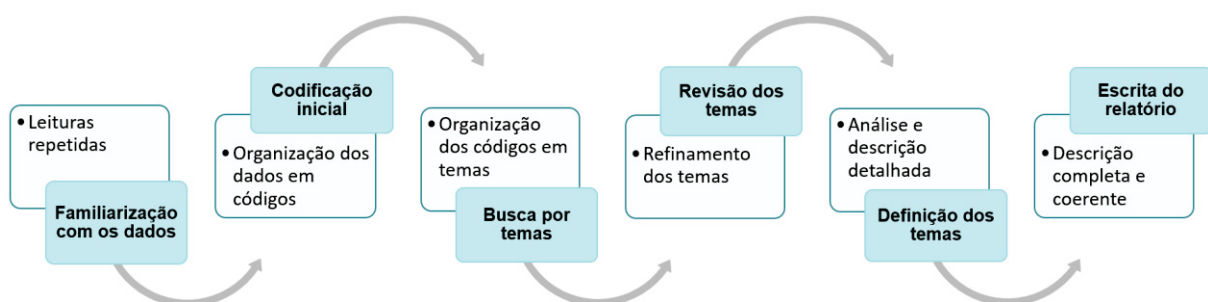
O tempo de duração da entrevista pode variar conforme as respostas dos entrevistados e compatibilidade entre entrevistador-entrevistado. Essa relação pode ser um fator de indução de respostas ou de constrangimento, gerando vieses. Fatores como idade, gênero, função social e linguagem utilizada devem ser levadas em consideração. O treinamento do entrevistador é fundamental para que esse e outros vieses sejam reduzidos e o entrevistado possa expressar suas percepções de forma livre e voluntária, sem ser induzido ou até mesmo coibido pela postura e opiniões do pesquisador (STAKE, 2011). Entretanto, é preciso assumir que, em qualquer pesquisa, pode existir a interferência consciente ou não do pesquisador, não sendo possível alcançar a neutralidade plena nas fases de coleta e análise de dados em qualquer tipo de desenho de estudo. Assumir essa possibilidade é fundamental para a redução máxima possível dos vieses que possam interferir diretamente nas inferências realizadas a partir dos resultados (WILLIG, 2008).

### 1.5.2 Análise Temática (AT)

Uma estratégia frequentemente utilizada para análise de dados em desenhos qualitativos é a AT. Esse método descritivo consiste na "identificação, análise e reporte de padrões (temas) dentro dos dados" (BRAUN; CLARKE, 2006). É um método de síntese de dados que pode responder uma grande variedade de perguntas de pesquisa (CASTLEBERRY; NOLEN, 2018). Conforme Braun e Clarke (2006), a AT é uma análise que se associa diretamente ao texto e não é pré-definida dentro de um referencial teórico rígido como em outras formas de análise, sendo os temas definidos a partir dos dados analisados ou pré-definidos pelo pesquisador. A AT é uma metodologia de análise flexível e considerada por alguns autores como o primeiro método qualitativo necessário para desenvolver habilidades para outras formas mais complexas de análise (ROSA; MACKEDANZ, 2021).

A partir da análise do texto, identificam-se temas ou padrões repetidos de significado por indução, quando códigos são gerados a partir do texto, ou por dedução, quando os códigos são pré-definidos pelo pesquisador. A análise é feita por um movimento constante de leituras repetidas dos dados, com múltiplas leituras do texto para a definição dos códigos e temas (BRAUN; CLARKE, 2006). De forma geral, a AT é resumida em seis etapas básicas, apresentadas na Figura 3 abaixo.

**FIGURA 3** - Resumo das principais etapas da realização da Análise Temática



Fonte: Adaptado de Braun; Clarke (2006).

Apesar das etapas estarem descritas de forma linear na Figura 3, é importante destacar que o processo de análise na pesquisa qualitativa é dinâmico, sendo possível que o pesquisador transite por diversas etapas simultaneamente, de forma sobreposta. A interpretação dos dados, por exemplo, é um processo que acontece

durante toda a análise, desde a familiarização com os dados até as conclusões. Além disso, é frequente a necessidade de refazer códigos ou reorganizar temas à medida em que os dados são analisados (BRAUN; CLARKE, 2006; VAISMORADI; TURUNEN; BONDAS, 2013).

Os dados precisam ser reunidos de maneira a proporcionar sentido e respostas que representem o que se está questionando. Esse processo inicia na transcrição das entrevistas, facilitando a visualização dos dados. Recomenda-se que o próprio pesquisador realize as transcrições para que haja familiarização proporcionada pela leitura repetida dos textos transcritos. Uma vez compilados e organizados, o pesquisador pode proceder o recorte e separação dos dados para análise de seus elementos (ROSA; MACKEDANZ, 2021).

A codificação é "o processo pelo qual os dados brutos são gradualmente convertidos em dados utilizáveis através da identificação de temas, conceitos ou ideias que têm alguma conexão entre si" (AUSTIN; SUTTON, 2014). Deve acontecer sistematicamente por todo conjunto de dados e pode ocorrer em múltiplos níveis. Os códigos podem ser anexados a unidades de texto que variam de tamanho, como palavras, frases, expressões, parágrafos, mas englobam uma ideia completa. De forma geral, a codificação consiste na identificação de semelhanças e diferenças entre os dados, criando grupos de significado com os similares e conferindo um título genérico ao grupo, como um rótulo (BARDIN, 2011; CASTLEBERRY; NOLEN, 2018). Essa etapa pode ser comparada aos critérios de inclusão e exclusão de pesquisas quantitativas, sendo que as definições dos códigos devem ser seguidas durante todo o processo para que os dados sejam agrupados de forma confiável. A codificação é uma etapa extensa, pois é frequentemente necessário que o pesquisador vá e volte nos dados e refaça os códigos para ter certeza de que desde o início os dados foram codificados da mesma maneira e dentro dos mesmos critérios e definições (CASTLEBERRY; NOLEN, 2018).

Os códigos, então, são mapeados e contextualizados para a identificação de possíveis temas. De forma simplificada, os temas são padrões nos códigos. Eles reúnem as peças numerosas de códigos relacionados para mostrar uma imagem maior do que está sendo retratado. Os temas podem ser subdivididos em subtemas, ou até mesmo descartados (ROSA; MACKEDANZ, 2021). A reunião dos dados nessa etapa pode ser facilitada pelo uso de *softwares* que auxiliam na sistematização e visualização dos dados (CASTLEBERRY; NOLEN, 2018).

Na etapa de revisão de temas, o pesquisador analisa os possíveis temas identificados e verifica se realmente representam o conjunto dos dados. Ocorre um processo de refinamento, identificando códigos que possam ter sido perdidos durante o processo de análise (ROSA; MACKEDANZ, 2021). Nesse processo, algumas perguntas podem ser feitas, como: “esse é realmente um tema ou somente um código?”; “se é um tema, qual a qualidade desse tema considerando sua relevância para a pesquisa?”; “quais são os limites desse tema?”; “há dados suficientes para suportar esse tema?” (CASTLEBERRY; NOLEN, 2018).

Os temas capturam a essência do fenômeno em investigação em relação com a pergunta de pesquisa ou propósito do estudo. Geralmente, os temas são abstratos e difíceis de identificar nas primeiras leituras dos dados brutos. Na AT a importância do tema não é dependente da sua frequência de aparição ou da quantidade de dados que contém, inclusive, a ausência de um tema considerado importante ao assunto também é um dado que pode ser levado em consideração (CASTLEBERRY; NOLEN, 2018). Ao invés disso, a importância está relacionada a se ele captura algo relevante em relação às questões gerais da pesquisa. Como parte desse nível de análise, os pesquisadores podem desenvolver um mapa temático que é uma representação visual dos temas, códigos e suas relações (VAISMORADI; TURUNEN; BONDAS, 2013; ROSA; MACKEDANZ, 2021).

A escrita do relatório é a oportunidade final para revisar os temas e produzir inferências e conclusões que respondam à pergunta de pesquisa. A sua elaboração deve ser coerente, lógica e concisa, respeitando as recomendações para a transparência de reporte de dados presentes na literatura (VAISMORADI; TURUNEN; BONDAS, 2013). Alguns jornais científicos requerem a aderência a certos guias para a publicação de pesquisas qualitativas (JOHNSON; ADKINS; CHAUVIN, 2020).

O rigor metodológico é um quesito amplamente observado e necessário em pesquisas qualitativas. A qualidade pode ser influenciada diretamente pela adequação da pergunta de pesquisa, pelo rigor do método de pesquisa empregado, pela pertinência das inferências e por um reporte claro e completo (O'BRIEN et al., 2014). Vários guias para o reporte de pesquisas qualitativas têm sido desenvolvidos. Alguns exemplos são o *Standards for Reporting Qualitative Research* (SRQR) (O'BRIEN et al., 2014), o *Checklist for Qualitative Research* do *Joanna Briggs Institute* (THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2017) e o *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007), entretanto a



avaliação dos benefícios observados na qualidade das pesquisas através do uso desses *checklists* ainda permanece escassa na literatura científica, não estando associados diretamente à qualidade da pesquisa qualitativa (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007; HADI; CLOSS, 2016; BUUS; PERRON, 2020).

Apesar disso, o uso de *checklists* para melhorar o reporte de pesquisas qualitativas tem sido recomendado e defendido por autores e revistas científicas internacionais (BUUS; PERRON, 2020) e alguns estão disponíveis no site *Equator Network* (<https://www.equator-network.org/>). Guirguis e Witry (2019) em seu editorial recomendam o uso de *checklists* não só para a preparação do manuscrito final, mas também durante o processo de elaboração da pesquisa. Os autores consideram que esses instrumentos auxiliam os pesquisadores no detalhamento dos processos de pesquisa, fornecendo aos revisores de revistas científicas e aos leitores uma maneira simples para a avaliação do rigor e do mérito de um estudo, além de diminuir pesquisas com reporte insuficiente dos dados – chamadas de ‘lixo’ na pesquisa biomédica (GLASZIOU et al., 2014).

O instrumento mais utilizado em pesquisas qualitativas atualmente é o COREQ (HADI; CLOSS, 2016; GUIRGUIS; WITRY, 2019; BUUS; PERRON, 2020). Essa ferramenta foi desenvolvida a partir da síntese de outros 22 guias, com a finalidade de auxiliar o reporte compreensivo e explícito de estudos qualitativos que utilizam entrevistas ou grupos focais para a coleta de dados (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007). É um instrumento que contém três domínios, com 32 itens relativos ao desenho do estudo, aspectos sobre a equipe de pesquisa, concepções teóricas, seleção de participantes, métodos, análises e interpretações dos resultados dentro do contexto empírico (GUIRGUIS; WITRY, 2019).

## **1.6 O PAPEL DA FARMÁCIA COMUNITÁRIA E DO FARMACÊUTICO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19**

Em dezembro de 2019 em Wuhan, na China, foi detectado um surto de pneumonia de etiologia desconhecida que levou a internamentos em hospitais da região. Não demorou para que o agente causador, um novo coronavírus com alta capacidade de transmissão denominado SARS-Cov-2 (*Severe acute respiratory syndrome coronavirus*), se disseminasse pela população do país e ultrapassasse suas fronteiras, se tornando uma emergência global de saúde (CARICO JR; SHEPPARD;



BORDEN THOMAS, 2020; PAUDYAL et al., 2021; VISACRI; FIGUEIREDO; LIMA, 2021). A doença causada pelo SARS-Cov-2, chamada de COVID-19 (*Coronavirus disease 2019*) possui um espectro clínico amplo, podendo variar de quadro clínico de um resfriado comum para uma pneumonia grave, dentre outras complicações (CCDC, 2020).

Com o crescimento acentuado e acelerado dos casos de COVID-19 no mundo e suas altas taxas de morbidade e mortalidade, a OMS reconheceu em março de 2020 a COVID-19 enquanto uma pandemia (OPAS, 2020). Até junho de 2022 foram registrados no mundo quase 534 milhões de casos, com mais de 6 milhões de óbitos, sendo 670 mil só no Brasil (BRASIL, 2022; WHO, 2022). Os sistemas de saúde ficaram sobrecarregados, com superlotação de hospitais e demais serviços de saúde destinados ao atendimento dos casos respiratórios. A crise generalizada fez com que medidas para contenção do vírus fossem adotadas mundialmente, como o distanciamento social, uso de máscaras e de outros Equipamentos de Proteção Individual (EPI), isolamento de pessoas infectadas e fechamento de serviços não essenciais através da estratégia de *lockdown* (MARTINS et al., 2020; WILDER-SMITH; FREEDMAN, 2020).

Enquanto muitos serviços de saúde interromperam ou restringiram o atendimento ao público devido ao *lockdown*, as FC permaneceram abertas, atendendo às diversas necessidades de saúde (ELBEDDINI et al., 2020; HAYDEN; PARKIN, 2020). Entretanto, para atenderem ao público nesse período, as FC precisaram se adaptar, implementando alterações na dinâmica de atendimento, como o distanciamento social, instalação de barreiras físicas para atendimento, restrição do acesso de pacientes e obrigatoriedade do uso de máscara, entrega de medicamentos para pacientes em isolamento e realização de consultas por telefone para revisão da farmacoterapia de pacientes com fatores de risco (ELBEDDINI et al., 2020; HAYDEN; PARKIN, 2020; ITANI et al., 2021). Outras medidas foram a realização de prescrições eletrônicas por e-mail, aumento do prazo de validade de prescrições, aumento da quantidade de medicamento dispensado e flexibilidade do pagamento (HAYDEN; PARKIN, 2020; ITANI et al., 2021).

Os farmacêuticos em FC são profissionais acessíveis à população, sendo em muitos casos a primeira opção para a obtenção de informações em saúde e na pandemia isso se intensificou com a interrupção do atendimento médico regular (CARICO JR; SHEPPARD; BORDEN THOMAS, 2020). Estudos internacionais, como

de Elbeddini e colaboradores (2020) e Paudyal e colaboradores (2021), relataram que os farmacêuticos nas FC contribuíram principalmente com o aconselhamento e triagem de pacientes com sintomas de COVID-19, realizando testes rápidos e encaminhamento de casos suspeitos para atendimento médico. Além disso, algumas regras sobre a validade das prescrições para medicamentos de uso contínuo foram alteradas, sendo o farmacêutico muitas vezes o principal profissional de contato com os pacientes crônicos durante a pandemia (HAYDEN; PARKIN, 2020; ITANI et al., 2021).

Entre os profissionais da linha de frente do enfrentamento da pandemia está o farmacêutico, que desempenha um papel fundamental através de seus serviços (MARTINS et al., 2020; PAUDYAL et al., 2021). Visacri, Figueiredo e Lima (2021) realizaram uma revisão de escopo para mapear as evidências sobre os serviços desenvolvidos por farmacêuticos durante a pandemia no mundo e encontraram diversas atividades, como informação para profissionais de saúde, aconselhamento de pacientes, sugestão de mudanças na terapia, monitoramento de resultados, gerenciamento do suprimento de medicamentos e aplicação de ferramentas para avaliar condições crônicas. Itani e colaboradores (2021) apontaram que o farmacêutico auxiliou na promoção da saúde da população durante a pandemia, através da prevenção e gerenciamento de diferentes condições, garantindo a continuidade do cuidado com a provisão de medicamentos, realizando a triagem de casos suspeitos por meio dos testes rápidos com encaminhamento a outros profissionais, e lutando pelo direito da vacinação.

Todavia, não é universal o entendimento sobre quem são os trabalhadores da linha de frente, o que culminou em diversas condutas na classificação e suporte aos profissionais no enfrentamento da COVID-19. Na Nova Zelândia, os farmacêuticos receberam remuneração extra pelos seus serviços durante a pandemia, enquanto no Canadá, o farmacêutico não fez parte da lista de trabalhadores de linha de frente. Portanto, mesmo trabalhando diretamente no enfrentamento da pandemia, os farmacêuticos não obtiveram reconhecimento universal (ELBEDDINI et al., 2020).

Em contraste com o reporte de pesquisas internacionais, no Brasil o papel desempenhado pelos farmacêuticos no enfrentamento à pandemia parece não ter sido homogêneo. Enquanto Martins e Reis (2020) descreveram a importância do profissional para apoio diagnóstico, orientação da população, planejamento da assistência farmacêutica na aquisição de produtos e realização de atividades clínicas

em serviços de saúde públicos e privados, o estudo de Lacerda, Silva-Sampaio e Dourado (2021), que aplicou um questionário *online* a 1748 pessoas, mostrou que somente cerca de 50% das pessoas que alegaram terem tido COVID-19 foram atendidas por um farmacêutico em FC, e que não houve dificuldades para aquisição dos medicamentos sem comprovação científica para prevenção ou tratamento da COVID-19 em FC privadas.

Sob este aspecto, uma pesquisa do CFF encontrou aumento de 180% nas vendas de vitamina C, 77,4% de paracetamol e 67,9% da hidroxicloroquina (HCQ) em FC privadas em 2020 em comparação com o mesmo período em 2019 (CFF, 2021a). Paralelo ao aumento nas vendas da HCQ, a ivermectina foi muito solicitada como profilaxia para a COVID-19. Um levantamento realizado pelo CFF e Datatox, que reúne dados de 32 Centros de Informação de Assistência Toxicológica no Brasil, contabilizou um aumento de 857% nas vendas de ivermectina no primeiro ano de pandemia em relação ao ano interior, totalizando 81 milhões de unidades vendidas (BALZA, 2021). Neste contexto, é de extrema importância ressaltar que a utilização da ivermectina no “kit Covid” para profilaxia de COVID-19 não foi aprovada pela *Food and Drug Administration* (FDA) (FDA, 2021). Além da falsa sensação de segurança na utilização desse medicamento para fins profiláticos à COVID-19, o seu uso indiscriminado pode provocar hepatite medicamentosa, condição grave de inflamação do fígado causada pelo uso prolongado de alguns tipos de medicamentos (CFF, 2021b; FDA, 2021).

Esses dados levantam dúvidas acerca das atitudes dos farmacêuticos na dispensação adequada de medicamentos durante a pandemia no Brasil, considerando que, no período descrito, não havia evidências científicas comprovando a eficácia de qualquer medicamento para prevenção ou tratamento da COVID-19. Martins e colaboradores (2020) destacam que as notícias falsas (*fake news*) foram sistematicamente disseminadas entre a população brasileira sobre medicamentos que supostamente seriam efetivos contra a COVID-19, proporcionando o aumento das vendas estimadas pelo CFF. O estímulo à prescrição *off label* de medicamentos como a HCQ para prevenir ou tratar a COVID-19 culminou em discussões sobre segurança e regulação da venda. Além disso, houve pânico generalizado em busca por produtos contendo álcool, máscaras faciais e outros EPI, o que levou à falta desses produtos no sistema de saúde.

A OMS descreveu um problema paralelo à pandemia de COVID-19: a infodemia, que é o excesso de informações, incluindo medidas de prevenção ou cura falsas, que dificultam a distinção entre fato e ficção, com adoção de condutas não baseadas em evidências (PRADO et al., 2021). A desinformação é um grande desafio no enfrentamento à COVID-19. Relatório que analisou padrões de desinformação durante a pandemia em diversos países apontou que o Brasil é o país que mais se destaca no que diz respeito à desinformação relacionada a medicamentos (SANTOS-PINTO; MIRANDA; OSORIO-DE-CASTRO, 2021).

No âmbito da saúde pública, medidas para prevenção e contenção do vírus poderiam ter sido aplicadas sistematicamente na Atenção Primária à Saúde (APS), conhecida no Brasil como Atenção Básica, que é caracterizada pelo

conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017b).

A atenção básica é a principal porta de entrada para o sistema de saúde brasileiro e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde do SUS, ofertando serviços integrais de saúde gratuitamente e universalmente todas as pessoas, conforme as necessidades e demandas do território. Pela sua capilaridade territorial e longitudinalidade do cuidado centrado na pessoa, mobilizações coordenadas pelo Ministério da Saúde em nível primário poderiam ter sido realizadas para implementação de ações preventivas durante a pandemia. Contudo, as iniciativas na APS foram quase sempre isoladas, oriundas principalmente das esferas municipais de governo e aplicadas através de estratégias como a Estratégia Saúde da Família (ESF) (LIMA et al., 2021; SANTOS-PINTO; MIRANDA; OSORIO-DE-CASTRO, 2021).

Organizada através de trabalhos interdisciplinares em equipe, a Atenção Básica é responsabilidade de equipes de saúde da família em um certo território ou área de abrangência de uma população limitada. Focada nas famílias, por intermédio de vínculos estabelecidos, desenvolve ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde. De acordo com a Portaria 648, de 28 de março de 2006 do Ministério da Saúde, a ESF visa a reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS (MAIA DA SILVA et al., 2020). A

priorização da APS, com a expansão da ESF e o fortalecimento de todos os seus atributos, com ênfase na competência cultural, orientação familiar e comunitária, tem sido essencial no combate à pandemia de COVID-19 nos municípios brasileiros. A APS tem papel fundamental para que se garanta o acesso a cuidados de saúde e ações sobre tais determinantes frente a essa nova doença emergente (MAIA DA SILVA et al., 2020).

Desta forma, a pandemia de COVID-19 evidenciou que os sistemas de saúde devem estar preparados para o enfrentamento de graves problemas de saúde pública, fazendo-se necessária uma profunda compreensão do impacto desta pandemia sobre os serviços de saúde, em particular aqueles da atenção básica. Uma das formas de explorar essa questão é por meio da investigação sistemática das experiências, opiniões e percepções dos profissionais de saúde.

As atividades dos farmacêuticos foram expandidas durante a pandemia, gerando sobrecarga dos profissionais (AUSTIN; GREGORY, 2020; LIU et al., 2020; ITANI et al., 2021). Trabalhos internacionais apontaram que, devido à tensão das condições impostas pela pandemia, os farmacêuticos apresentaram nível elevado de estresse e ansiedade (HAYDEN; PARKIN, 2020; ITANI et al., 2021). A pesquisa de Osório e colaboradores (2021) avaliou a saúde mental de profissionais de saúde brasileiros e encontrou porcentagens elevadas de transtornos mentais, como ansiedade, depressão e insônia entre os diversos profissionais de saúde que participaram da pesquisa. Esses problemas foram apontados como decorrentes da sobrecarga de trabalho e da demanda intensa imposta aos profissionais, independente da profissão.

Poucos estudos a respeito do impacto da pandemia sobre os serviços de saúde e, especificamente, sobre o trabalho de farmacêuticos foram publicados no Brasil até o momento. Dessa forma, o estudo apresentado no Capítulo 4 desta tese teve como objetivo investigar a percepção dos farmacêuticos atuantes na APS acerca do enfrentamento da pandemia do novo coronavírus, analisando assim os possíveis impactos da pandemia nos serviços primários de saúde. Por meio dos resultados obtidos, visa-se disponibilizar subsídios para o planejamento e organização de programas de atenção em saúde para períodos de intensas modificações no acesso e prestação de serviços de saúde da atenção primária.

**CAPÍTULO 2 – MAPEAMENTO DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS EM  
FARMÁCIAS COMUNITÁRIAS NO BRASIL: REVISÃO DE ESCOPO**

## 2.1 INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro compreende uma complexa rede de provedores de saúde que prestam serviços gratuitos à população através do SUS e pode ser complementado por serviços particulares pagos do Sistema de Saúde Suplementar (PAIM et al., 2011; SILVA; FEGADOLLI, 2020). O SUS é um sistema universal de saúde organizado de acordo com níveis de atendimento (primário, secundário e terciário), dependendo de quão especializado é um serviço (PAIM et al., 2011). A atenção primária é projetada para cobrir todo o país para a provisão de práticas de saúde geral de fácil acesso. Entretanto, à semelhança de outros países, o sistema é fragmentado, impedindo a continuidade de serviços eficazes e qualificados para a população (MENDES, 2010; SILVA; FEGADOLLI, 2020). Na tentativa de superar a fragmentação do sistema de saúde brasileiro, a organização das Redes de Atenção à Saúde foi estabelecida em 2010, sendo um conjunto de ações para integrar aspectos logísticos, técnicos e de gestão para fornecer saúde integral (BRASIL, 2010). Neste contexto, a assistência farmacêutica brasileira foi desenvolvida tanto para atividades logísticas de acesso a medicamentos quanto para a promoção do uso racional de medicamentos por meio de SCF (CFF, 2016b).

Os SCF são atividades de saúde desenvolvidas pelo farmacêutico diretamente ao paciente para otimizar o processo de uso de medicamentos e ajudar no gerenciamento de condições de saúde agudas e crônicas (CFF, 2016b; ROTTA et al., 2015b). Estes serviços são considerados "intervenções complexas" porque compreendem vários elementos interligados, interagindo dinamicamente uns com os outros, para alcançar os resultados de saúde desejáveis (CLAY et al., 2019; CRAIG et al., 2008). Todos os componentes da estrutura e processo de cada serviço clínico devem ser claramente definidos para garantir sua qualidade e reprodutibilidade (CLAY et al., 2019; ROTTA et al., 2015a).

No Brasil, a população pode receber SCF em FC, que são estabelecimentos não hospitalares, não ambulatoriais, de atendimento a pacientes, públicas ou privadas, destinadas a auxiliar a população no fornecimento e uso de medicamentos (CORRER; OTUKI, 2013). Como as FC estão espalhadas por todo o território brasileiro, a maioria dos pacientes tem fácil acesso a elas e, portanto, podem ser um lugar estratégico para o desenvolvimento do cuidado à saúde (CFF, 2016b; CORRER; OTUKI, 2013; LEITE et al., 2017).

Os SCF expandiram-se recentemente no Brasil (CFF, 2016b) devido a uma combinação de fatores. Em primeiro lugar, houve melhorias relevantes na política e legislação relacionadas às atividades profissionais dos farmacêuticos instituídas pelo CFF (CFF, 2013a, 2013b) e pela ANVISA (BRASIL, 2009, 2014). Em segundo lugar, houve programas governamentais de treinamento para farmacêuticos e implementação de SCF em farmácias comunitárias públicas (BRASIL, 2012). Por último, houve uma tendência de algumas cadeias de farmácias comunitárias privadas a aumentar a oferta de serviços prestados (ABRAFARMA, 2017).

A partir deste cenário de expansão da prestação de SCF, foram realizadas importantes pesquisas. Alguns estudos primários demonstraram que a administração de medicamentos é o serviço clínico mais comum nas farmácias comunitárias brasileiras, enquanto outros serviços clínicos, como o monitoramento e acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes sob medicação, parecem ainda não estar totalmente consolidados (CFF, 2015; LEITE et al., 2017; OLIVEIRA et al., 2017). Entretanto, ao contrário dos países da Europa e da América do Norte que concentram a maioria dos estudos sobre SCF, incluindo várias revisões de literatura (ALHUSEIN; WATSON, 2019; COSTA et al., 2019; ROTTA et al., 2017), pelo conhecimento dos autores, não há estudos secundários sistemáticos até o momento avaliando as pesquisas brasileiras sobre o tema. Portanto, é oportuno e de grande importância ter um registro abrangente do conhecimento na área para facilitar a pesquisa futura e dar suporte para a formulação de políticas e a inovação das práticas farmacêuticas no Brasil.

## **2.2 OBJETIVOS**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Caracterizar os estudos sobre SCF em farmácias comunitárias no Brasil.

### **2.2.2 Objetivos específicos**

- Investigar como os serviços foram estruturados e prestados;
- Verificar se a avaliação da fidelidade da intervenção foi mensurada;
- Analisar qual a terminologia empregada para designar os SCF;
- Determinar o risco de viés e a qualidade do reporte das intervenções farmacêuticas realizadas.



## 2.3 METODOLOGIA

Esta revisão de escopo foi realizada de acordo com as recomendações do Instituto Joanna Briggs (2015) para revisões de escopo. Um protocolo foi desenvolvido e disponibilizado na plataforma *online Open Science Framework* - OSF (disponível em: <https://osf.io/c49nj/>). O *checklist* PRISMA-ScR (TRICCO et al., 2018) foi usado para o reporte dos resultados, e está disponível no Anexo 2.

### 2.3.1 Critérios de elegibilidade

Foram incluídos artigos originais (estudos primários), sem restrições de data de publicação ou desenho do estudo, que avaliaram o efeito dos SCF em pacientes individuais no Brasil e que relataram resultados de saúde ou indicadores de processo. Todos os tipos de serviços prestados diretamente pelo farmacêutico ou sob sua supervisão direta foram incluídos, em FC públicas ou privadas, e sem restrição de características sociodemográficas ou condições de saúde dos participantes. Foram excluídas revisões, diretrizes, protocolos, estudos não publicados, anais de conferências e artigos escritos em caracteres não romanos. Estudos com intervenções dirigidas a um grupo de pacientes sem reporte de resultados individuais; intervenções realizadas junto com uma equipe multidisciplinar de saúde ou quando o papel do farmacêutico não foi especificamente descrito; e estudos não-brasileiros também foram excluídos. Como recomendado para revisões de escopo, nenhum estudo foi excluído com base na qualidade metodológica.

### 2.3.2 Fontes de dados e seleção dos estudos

As buscas foram feitas sem limite de tempo nas seguintes bases de dados: PubMed, Scopus, Web of Science, Scielo e Lilacs (última atualização: novembro de 2020). Além disso, foram realizadas buscas manuais no Google Scholar e no Portal de Periódicos CAPES/MEC. As estratégias de busca utilizaram uma combinação das seguintes palavras-chave: '*community pharmacy services*', '*pharmaceutical services*', '*clinical pharmacy*', '*pharmacist intervention*', '*pharmacist*' and '*Brazil*'. As estratégias completas de busca estão disponíveis no Apêndice 1. Todos os artigos recuperados foram importados para um gerenciador de referências, as duplicatas foram removidas e, em seguida, duas pesquisadoras (AAG e IM) selecionaram independentemente os títulos e resumos com base nos critérios de inclusão (triagem). Em uma segunda

etapa, os textos completos dos artigos incluídos na triagem foram lidos e avaliados independentemente pelas duas revisoras acima citadas, aplicando os mesmos critérios de inclusão e exclusão já descritos. As discrepâncias foram conciliadas em uma reunião de discussão utilizando um terceiro pesquisador como árbitro (AB).

### 2.3.3 Extração e tabulação dos dados

Os dados dos artigos incluídos foram extraídos independentemente em duplicata (AAG e IM) usando um formulário desenvolvido de acordo com os objetivos desta revisão de escopo. Os dados extraídos incluíram autores, ano de publicação, cidade/estado onde o estudo foi realizado, desenho do estudo, número de participantes, natureza da farmácia comunitária (privada ou pública), tipo SCF e suas características, termos usados para descrever o serviço, resultados ou processos avaliados e referência conceitual utilizada. O agrupamento dos serviços com características semelhantes foi feito com base nas descrições extraídas dos estudos em comparação com as recomendações do CFF (CFF, 2016b). Foi realizada uma síntese narrativa das informações extraídas. Quando possível, os dados foram resumidos usando estatísticas descritivas, incluindo porcentagens, conforme apropriado, e tabelas foram construídas.

### 2.3.4 Qualidade dos estudos

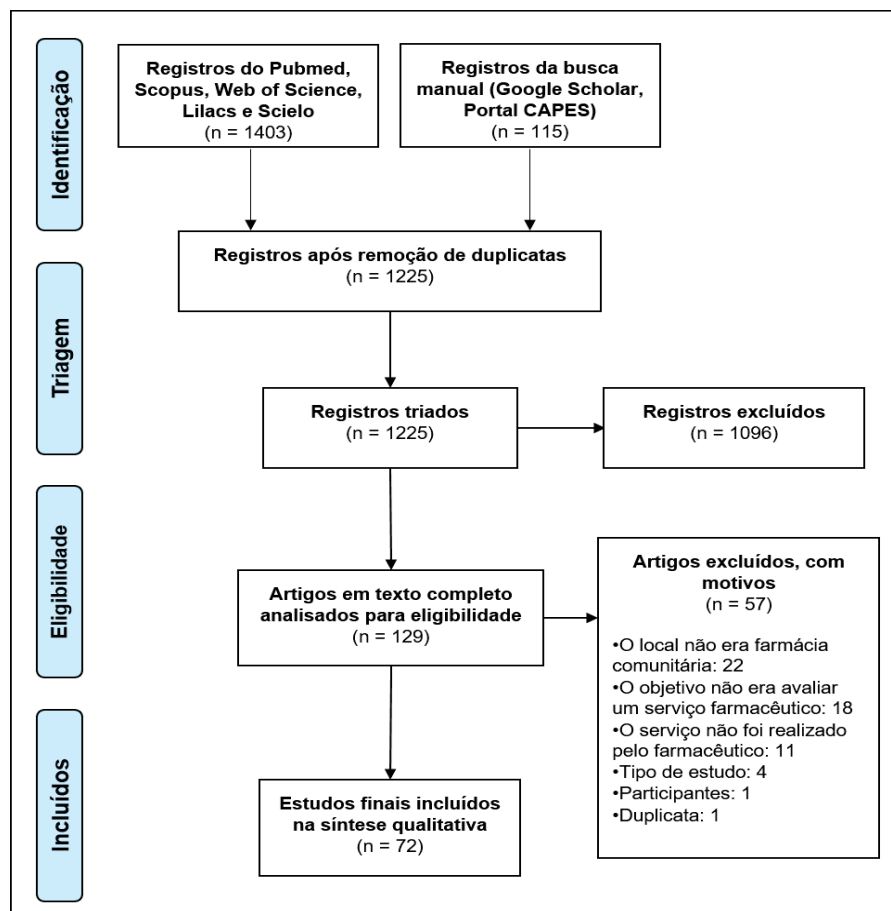
Como parte do mapeamento desta revisão de escopo, uma análise de qualidade dos estudos incluídos foi feita no software Review Manager (RevMan) para avaliar criticamente suas limitações, mas não para produzir evidências ou conclusões. Foram usadas as ferramentas da *Cochrane Collaboration: ROB – Risk of Bias* (THE COCHRANE COLLABORATION, 2008) para os ensaios clínicos randomizados (ECR), e o *ROBINS-I – Risk of Bias in Non-randomised Studies of Interventions* (STERNE et al., 2016) para os outros desenhos de estudo. Os instrumentos ROB e ROBINS-I foram escolhidos para manter um número mínimo de ferramentas a fim de evitar a heterogeneidade dos dados a partir da comparação entre os resultados de diferentes ferramentas, o que poderia impedir conclusões confiáveis. Devido à grande variabilidade dos desenhos de estudo, ambas as ferramentas foram adaptadas de acordo com a natureza da intervenção dos SCF e seus resultados de acordo com Tonin et al. (2019). Os ECR foram classificados como baixo risco de viés no domínio de cegamento quando os autores relataram esforços para garantir o cegamento de

todas as informações possíveis. Uma análise narrativa do reporte de intervenções foi feita considerando os conceitos e componentes essenciais do *checklist* DEPICT (ROTTA et al., 2015a).

## 2.4 RESULTADOS

Após a remoção das duplicatas, 1.225 registros foram encontrados na busca nas bases de dados. Após triagem de títulos e resumos, 1.096 artigos foram excluídos, permanecendo 129 para leitura na íntegra. Ao final, foram incluídos 72 para análise. Uma busca manual também foi realizada, recuperando 115 artigos. Porém, após a triagem, nenhum estudo foi incluído. A Figura 4 fornece um fluxograma desta revisão de escopo. Os dados extraídos estão resumidos no Quadro 2.

**FIGURA 4 – Fluxograma do processo de seleção dos artigos**



Fonte: A autora (2020).

**QUADRO 2 – Resumo dos dados dos estudos incluídos na revisão de escopo**

(continua)

Autores/ano de publicação	Cidade/UF	Natureza da FC <sup>a</sup>	Desenho do estudo	SCF <sup>b</sup> avaliado	Participantes (n grupo intervenção/ n grupo controle)	Condição de saúde	Desfechos (modelo ECHO#)	Outros elementos avaliados
Firmino <i>et al.</i> , 2015	Fortaleza, CE	Pública	ECR <sup>c</sup>	Acompanhamento farmacoterapêutico	Pacientes (26/30)	HAS <sup>d</sup> /DAC <sup>e</sup>	Clinicos	PRM <sup>f</sup>
Mourão <i>et al.</i> , 2013	Ouro Preto, MG	Pública	ECR	Acompanhamento farmacoterapêutico	Pacientes (50/50)	DM2 <sup>g</sup>	Clinicos	Perfil de uso de medicamentos
Obreli-Neto <i>et al.</i> , 2011a, 2011b, 2015	Salto Grande, SP	Pública	ECR	Acompanhamento farmacoterapêutico	Pacientes (97/97)	Idosos - DM2, HAS	Clinicos, econômicos	Adesão
Plaster <i>et al.</i> , 2012	Vila Velha, ES	Pública	ECR	Acompanhamento farmacoterapêutico	Pacientes (38/36)	Síndrome metabólica	Clinicos	Adesão
Aguiar <i>et al.</i> , 2012	Aracaju, SE	Pública	Quasi-experimental	Acompanhamento farmacoterapêutico	Pacientes (35) (estudo piloto)	Idosos, HAS	Clinicos	PRM, adesão
Aguiar, Balisa-Rocha, Lyra Junior, 2013	Aracaju, SE	Pública	Descritivo avaliativo	Acompanhamento farmacoterapêutico	Farmacêuticos (2) e pacientes (69) (estudo piloto)	Sem restrições	Humanísticos (satisfação, pacientes)	Infraestrutura, processo de acompanhamento, aconselhamento, uso da SBE <sup>h</sup> , habilidades de comunicação (farmacêuticos)
Andrade <i>et al.</i> , 2009	Vitória, ES	Privada	Transversal	Acompanhamento farmacoterapêutico	Pacientes (50/41)	Sem restrições	Humanísticos (satisfação)	NA*
Balisa-Rocha <i>et al.</i> , 2012	Aracaju, SE	Pública	Quasi-experimental	Acompanhamento farmacoterapêutico	Pacientes (34) (estudo piloto)	Idosos, DM2	Clinicos, Humanísticos (QV)	Perfil de uso de medicamentos, PRM
Brito <i>et al.</i> , 2009	Aracaju, SE	Pública	Quasi-experimental	Acompanhamento farmacoterapêutico	Pacientes (30)	Idosos	NA	Perfil de uso de medicamentos
Brune, Ferreira, Ferrari, 2014	Pontal do Araguaia, MT	Pública	Quasi-experimental	Acompanhamento farmacoterapêutico	Pacientes (25)	HAS	Clinicos	PRM
Cazarim <i>et al.</i> , 2016, 2017, 2018	Ribeirão Preto, SP	Pública	Quasi-experimental	Acompanhamento farmacoterapêutico	Pacientes (104)	HAS/DAC	Clinicos, humanísticos (QV), econômicos	Adesão
Correr <i>et al.</i> , 2009a, 2009b, 2011	Curitiba, Paranaguá, Colombo, Campo Largo, PR	Privada	Quasi-experimental	Acompanhamento farmacoterapêutico	Pacientes (50/46)	DM2	Clinicos, econômicos, humanísticos (satisfação, QV)	Perfil de uso de medicamentos

(continuação)

<b>Autores/ano de publicação</b>	<b>Cidade/UF</b>	<b>Natureza da FC<sup>a</sup></b>	<b>Desenho do estudo</b>	<b>SCF avaliado</b>	<b>Participantes (n grupo intervenção/ n grupo controle)</b>	<b>Condição de saúde</b>	<b>Desfechos (modelo ECHO)</b>	<b>Outros elementos avaliados</b>
Foppa <i>et al.</i> , 2016	Florianópolis, SC	Pública	Quasi-experimental	Acompanhamento farmacoterapêutico	Pacientes (51)	Parkinson	Clinicos, humanísticos (QV)	Adesão, PRM
Garabelli <i>et al.</i> , 2016	Ponta Grossa, PR	Pública	Transversal	Acompanhamento farmacoterapêutico	Pacientes (110)	DM1	Clinicos, humanísticos (QV)	NA
Loureiro <i>et al.</i> , 2012	Fortaleza, CE	Pública	Quasi-experimental	Acompanhamento farmacoterapêutico	Pacientes (45)	HIV/AIDS	Clinicos, humanísticos (QV)	PRM, perfil de uso de medicamentos
Lyra Junior <i>et al.</i> , 2007	Ribeirão Preto, SP	Pública	Quasi-experimental	Acompanhamento farmacoterapêutico	Pacientes (30)	Idosos	Humanísticos (QV)	PRM
Marques <i>et al.</i> , 2009	Alfenas, MG	Pública	Quasi-experimental	Acompanhamento farmacoterapêutico	Pacientes (74)	Sem restrições	NA	Perfil de uso de medicamentos, PRM
Melo, Castro, 2017a Melo <i>et al.</i> , 2017b;	São Paulo, SP	Pública	Transversal	Acompanhamento farmacoterapêutico , dispensação	Farmacêutico (1) e assistentes (4)	Sem restrições	NA	Aconselhamento, processo de acompanhamento, componentes da dispensação
Mendonça <i>et al.</i> , 2016	Divinópolis, MG	Pública	Descritivo ( <i>retrospectivo</i> )	Acompanhamento farmacoterapêutico	Pacientes (92)	Sem restrições	Clinicos	PRM, perfil de uso de medicamentos
Silva, Bazotte, 2011	Maringá, PR	Privada	Quasi-experimental	Acompanhamento farmacoterapêutico	Pacientes (51)	DM2	Clinicos	NA
Silva <i>et al.</i> , 2013	Recife, PE	Pública	Quasi-experimental	Acompanhamento farmacoterapêutico	Pacientes (14) ( <i>estudo piloto</i> )	Idosos, Dislipidemia	Clinicos	Perfil de uso de medicamentos, PRM, adesão
Souza <i>et al.</i> , 2009	Recife, PE	Pública	Quasi-experimental	Acompanhamento farmacoterapêutico	Pacientes (10) ( <i>estudo piloto</i> )	HAS	Clinicos	Perfil de uso de medicamentos; PRM
Detoni <i>et al.</i> , 2017	1 cidade, MG	Pública	Coorte	Acompanhamento farmacoterapêutico	Pacientes (83)	DPOC <sup>k</sup>	Clinicos	NA
Santos <i>et al.</i> , 2019	Lagoa Santa, MG	Pública	Transversal (fase I), quasi-experimental (fase II)	Acompanhamento farmacoterapêutico	Pacientes (1057)	Sem restrições	Clinicos	PRM, perfil de uso de medicamentos
Scarabelin <i>et al.</i> , 2019	São Paulo, SP	Pública	Qualitativo	Acompanhamento farmacoterapêutico	Pacientes (10)	Cancer de próstata	NA	Comunicação com o farmacêutico, perfil de uso de medicamentos

(continuação)

<b>Autores/ano de publicação</b>	<b>Cidade/UF</b>	<b>Natureza da FC<sup>a</sup></b>	<b>Desenho do estudo</b>	<b>SCF avaliado</b>	<b>Participantes (n grupo intervenção/ n grupo controle)</b>	<b>Condição de saúde</b>	<b>Desfechos (modelo ECHO)</b>	<b>Outros elementos avaliados</b>
Gomes <i>et al.</i> , 2020	Florianópolis, SC	Pública	Coorte	Acompanhamento farmacoterapêutico	Pacientes (240)	Hepatite C crônica (tratamento: sofosbuvir)	Clinicos, humanísticos (satisfação)	Perfil de uso de medicamentos (com identificação de reações adversas e taxa de cura)
Afonso <i>et al.</i> , 2017	Igaratinga, MG	Pública	Descritivo	Dispensação	Pacientes (198)	Sem restrições	Humanísticos (satisfação)	NA
Baldon <i>et al.</i> , 2006	Curitiba, PR	Privada	Transversal	Dispensação	Farmacêuticos (101)	Gestantes	NA	Conhecimento, escolha terapêutica, uso da SBE
Bastos, Caetano, 2010	4 cidades, RJ	Privada	Qualitativo	Dispensação	Farmacêuticos (15)	Sem restrições	Humanísticos (percepção, satisfação)	NA
Bonadiman <i>et al.</i> , 2018	8 cidades, ES	Pública	Descritivo (quantitativo)	Dispensação	Farmacêuticos (11) e pacientes (294)	Sem restrições	Humanísticos (satisfação, pacientes)	Conhecimento (farmacêuticos)
Cassaro <i>et al.</i> , 2016	9 cidades, ES	Pública	Transversal	Dispensação	Pacientes (408)	Sem restrições	Humanísticos (satisfação)	NA
Ferreira <i>et al.</i> , 2016, 2018	Goiânia, GO	Pública	Quasi-experimental	Dispensação	Pacientes (104) e farmacêuticos (2)	Sem restrições	Humanísticos (satisfação)	Conhecimento do tratamento e adesão (pacientes); uso da SBE, processo de dispensação e recursos humanos (farmacêuticos)
Lima <i>et al.</i> , 2017; Soeiro <i>et al.</i> , 2017; Araújo <i>et al.</i> , 2017	PNAUM <sup>1</sup> (todas as regiões)	Pública	Transversal	SCF (dispensação, educação em saúde, seguimento da farmacoterapia)	Farmacêuticos (285) e pacientes (8803)	Sem restrições	Humanísticos (satisfação)	Infraestrutura, recursos humanos, aconselhamento, conhecimento
Luz <i>et al.</i> , 2017	Divinópolis, MG	Pública	Misto (qualitativo/quantitativo)	Dispensação	Farmacêuticos (4) e pacientes (69)	Sem restrições	Humanísticos (satisfação)	Processo de dispensação, aconselhamento, conhecimento
Obreli-Neto <i>et al.</i> , 2013	Ourinhos, Assis, SP	Privada	Transversal	Dispensação	Farmacêuticos (41)	Uso de CO <sup>m</sup>	NA	Aconselhamento, habilidades de comunicação, processo de dispensação
Oliveira <i>et al.</i> , 2016	São Paulo, SP	Pública	Transversal	Dispensação	Farmacêuticos (4)	Sem restrições	NA	Processo de dispensação, aconselhamento

(continuação)

<b>Autores/ano de publicação</b>	<b>Cidade/UF</b>	<b>Natureza da FC<sup>a</sup></b>	<b>Desenho do estudo</b>	<b>SCF avaliado</b>	<b>Participantes (n grupo intervenção/ n grupo controle)</b>	<b>Condição de saúde</b>	<b>Desfechos (modelo ECHO)</b>	<b>Outros elementos avaliados</b>
Piccoli, Brito, Castilho, 2017	Niterói, RJ	Pública	Transversal	Dispensação	Farmacêuticos (6) e pacientes (154)	HIV/AIDS	NA	Conhecimento, processo de dispensação, aconselhamento
Volpato <i>et al.</i> , 2005	Joinville, SC	Privada	Transversal	Dispensação	Farmacêuticos (70) e assistentes (37)	Sinusite	NA	Aconselhamento, processo de dispensação, escolha terapêutica
Zanella, Aguiar, Storpirtis, 2015	São Paulo, SP	Pública	Transversal	Dispensação	Farmacêuticos (7), assistente(1)	Desordens mentais	NA	Processo de dispensação, aconselhamento
Ajalla, Castro, 2003	Campo Grande, MS	Privada	Quasi-experimental	Manejo de PSAL	Farmacêuticos e assistentes (185)	DST <sup>n</sup>	NA	Aconselhamento, escolha terapêutica
Cadore <i>et al.</i> , 1999	Porto Alegre, RS	Privada	Transversal	Manejo de PSAL	Farmacêuticos (20) e assistentes (94)	Tosse	NA	Aconselhamento, escolha terapêutica
Coulibaly <i>et al.</i> , 2017	Alto Solimões, AM	Privada	Qualitativo	Manejo de PSAL	Farmacêuticos e assistentes (11)	Uretrite	NA	Aconselhamento, escolha terapêutica
Galato <i>et al.</i> , 2011	SC	Privada	Transversal	Manejo de PSAL	Farmacêuticos (291)	Sem restrições	NA	Aconselhamento, escolha terapêutica, conhecimento
Halila <i>et al.</i> , 2015; Hipólito Júnior <i>et al.</i> , 2017	PR	Privada	Transversal	Manejo de PSAL, procedimentos farmacêuticos#	Farmacêuticos (533)	Sem restrições	NA	Aconselhamento, conhecimento, infraestrutura, uso de SBE, identificação de procedimentos farmacêuticos, remuneração de SCF
Lima <i>et al.</i> , 1989	Porto Alegre, RS	Privada	Transversal	Manejo de PSAL	Farmacêuticos (20) e assistentes (20)	Diarreia	NA	Conhecimento, aconselhamento, escolha terapêutica
Mesquita <i>et al.</i> , 2013	Aracaju, SE	Privada	Transversal	Manejo de PSAL	Farmacêuticos (25)	Dor de cabeça; diarreia	NA	Aconselhamento, escolha terapêutica, uso de SBE, habilidades de comunicação
Naves <i>et al.</i> , 2008	Brasília-DF, Taguatinga, GO	Privada	Quasi-experimental	Manejo de PSAL	Farmacêuticos e assistentes (78)	DST	NA	Aconselhamento, escolha terapêutica, conhecimento
Neto, Galato, 2011	Tubarão, SC	Privada	Qualitativo	Manejo de PSAL	Farmacêuticos e assistentes (20)	DST	NA	Conhecimento, aconselhamento, escolha terapêutica



(continuação)

<b>Autores/ano de publicação</b>	<b>Cidade/UF</b>	<b>Natureza da FC<sup>a</sup></b>	<b>Desenho do estudo</b>	<b>SCF avaliado</b>	<b>Participantes (n grupo intervenção/ n grupo controle)</b>	<b>Condição de saúde</b>	<b>Desfechos (modelo ECHO)</b>	<b>Outros elementos avaliados</b>
Rocha <i>et al.</i> , 2014	Aracaju, SE	Privada	Misto (qualitativo/ quantitativo)	Manejo de PSAL	Farmacêuticos (35) (estudo piloto)	Sem restrições	NA	Conhecimento, uso de SBE, aconselhamento
Rocha <i>et al.</i> , 2015	Aracaju, SE	Privada	Transversal	Manejo de PSAL	Farmacêuticos (40)	Sinusite; gestantes	NA	Aconselhamento, escolha terapêutica, uso de SBE, habilidades de comunicação
Santos <i>et al.</i> , 2013	Aracaju, SE	Privada	Transversal	Manejo de PSAL	Farmacêuticos (24)	Dor de cabeça	NA	Aconselhamento, escolha terapêutica
Gerenucci, Martinez, Bergamaschi, 2017	Socoraba, SP	Pública	Coorte	Revisão da farmacoterapia	Pacientes (130/229)	HIV/AIDS	Clínicos	Adesão
Rigoni <i>et al.</i> , 2015	Tubarão, SC	Pública	Quasi-experimental	Revisão da farmacoterapia	Pacientes (40)	HAS	Clínicos, humanísticos (satisfação)	Adesão, perfil de uso de medicamentos
Zatta, Perassolo, 2017	Novo Hamburgo, RS	Privada	Quasi-experimental	Revisão da farmacoterapia	Pacientes (18)	DM2	Clínicos	Adesão
Dosea <i>et al.</i> , 2017	3 cidades, SE	Pública	Qualitativo	SCF dispensação, revisão da farmacoterapia, acompanhamento farmacoterapêutico, procedimentos farmacêuticos)	Farmacêuticos (11)	Sem restrições	NA	Barreiras e facilitadores para implementação de serviços
Franceschet, Farias, 2005	Florianópolis, SC	Privada	Transversal	SCF (dispensação, aconselhamento)	Farmacêuticos (90)	Sem restrições	NA	Infraestrutura, recursos humanos, uso de SBE, aconselhamento, processo de dispensação
França Filho <i>et al.</i> , 2008	SC	Privada	Transversal	SCF procedimentos farmacêuticos	Farmacêuticos (228)	Sem restrições	Humanísticos (satisfação)	Infraestrutura, recursos humanos, conhecimento sobre SBE
Reis <i>et al.</i> , 2015	Aracaju, SE	Privada	Transversal	SCF aconselhamento, dispensação, acompanhamento farmacoterapêutico	Farmacêuticos (39)	Sem restrições	NA	Uso de SBE, aconselhamento, escolha terapêutica, conhecimento



(conclusão)

Autores/ano de publicação	Cidade/UF	Natureza da FC <sup>a</sup>	Desenho do estudo	SCF avaliado	Participantes (n grupo intervenção/ n grupo controle)	Condição de saúde	Desfechos (modelo ECHO)	Outros elementos avaliados
Santos Júnior <i>et al.</i> , 2020	Recife, PE	Pública	Quasi-experimental	SCF educação em saúde, dispensação, revisão da farmacoterapia, acompanhamento farmacoterapêutico	Farmacêuticos (23) e pacientes (842 – <i>acompanhamento farmacoterap.</i> )	Sem restrições	Clínicos ( <i>pacientes</i> )	Estrutura física e recursos, conhecimento (farmacêuticos) processo de trabalho (sistematização, aconselhamento, número e tipo de intervenções, colaboração com a equipe de saúde), PRM, perfil de uso de medicamentos
Aquino <i>et al.</i> , 2019	Divinópolis, MG	Pública	Quasi-experimental	SCF ( <i>intervenções para empoderamento farmacoterapêutico</i> )	Pacientes (47)	DM2	Clínicos	Adesão, autocuidado, PRM
Santos, Silva, Tavares, 2018	Itaim Paulista, SP	Pública	Descritivo ( <i>retrospectivo</i> )	SCF ( <i>consulta, educação em saúde</i> )	Pacientes (1080)	Sem restrições	Clínicos	PRM, número de intervenções

#ECHO: desfechos clínicos, humanísticos e econômicos; \*NA = não se aplica; <sup>a</sup> Farmácia comunitária; <sup>b</sup> Serviço Clínico provido por Farmacêutico; <sup>c</sup> Ensaio Clínico Randomizado; <sup>d</sup> Hipertensão; <sup>e</sup> Doença Arterial Coronariana; <sup>f</sup> Problemas relacionados aos medicamentos; <sup>g</sup> Diabetes mellitus tipo 2; <sup>h</sup> Saúde baseada em evidências; <sup>i</sup> Qualidade de vida; <sup>j</sup> Dislipidemia; <sup>k</sup> Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; <sup>l</sup> Pesquisa Nacional sobre Acesso, Uso e promoção do uso racional de Medicamentos; <sup>m</sup> Contraceptivos orais; <sup>n</sup> Doenças Sexualmente Transmissíveis; #Procedimentos farmacêuticos: monitoramento de parâmetros (pressão arterial, glicemia capilar), administração de medicamentos injetáveis.

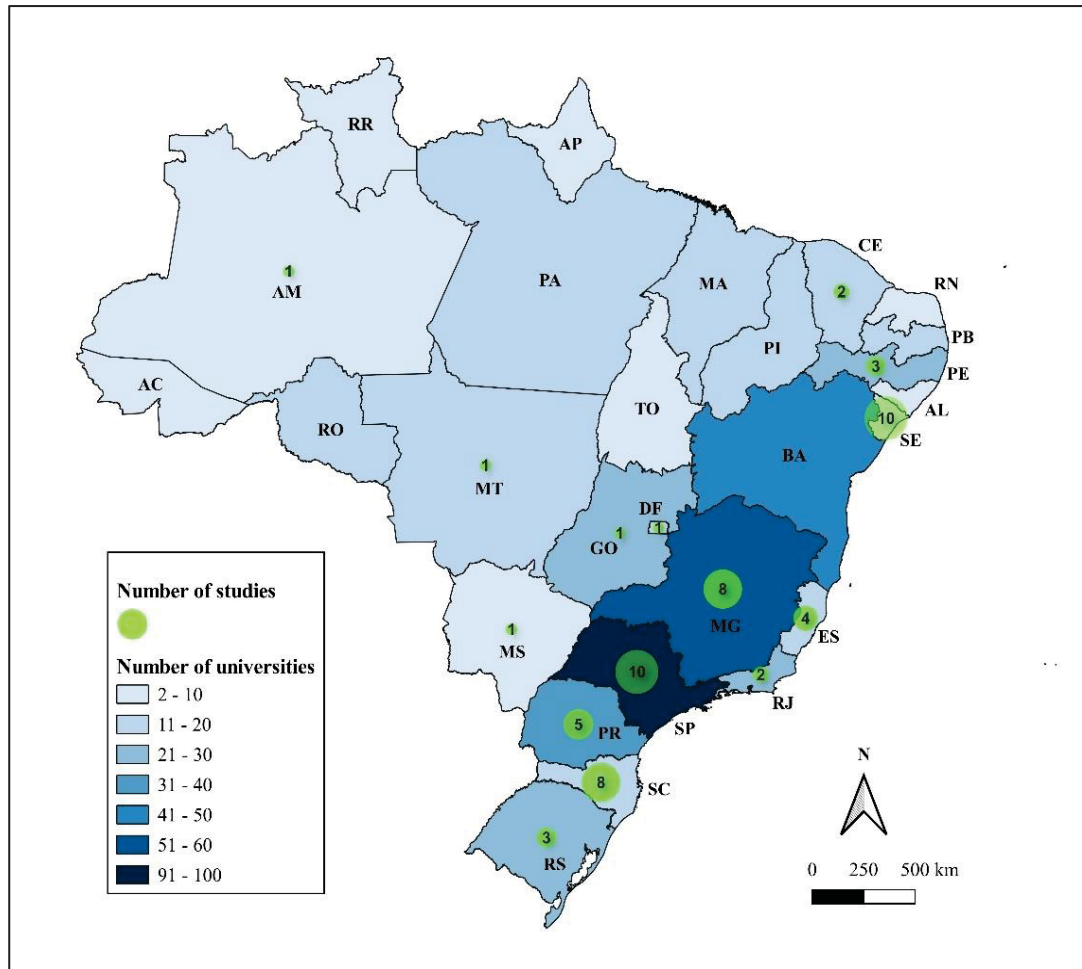
Os 72 artigos reportaram resultados de 61 estudos diferentes. Estes estudos empregaram uma grande variedade de desenhos: a maioria consistiu em estudos observacionais (29/61; 47,5%: 21 transversais, três coortes, cinco descritivos), seguidos por estudos intervencionais (24/61; 39,3%: quatro ensaios clínicos randomizados - ECR, 20 quasi-experimentais), pesquisa qualitativa (5/61; 8,2%), estudos com métodos mistos (2/61; 3,3%), e um estudo de duas fases (transversal e quasi-experimental) (1/61; 1,6%).

O número de participantes nos estudos variou de quatro a 8.803. Dos 61 estudos, 9,84% (6/61) se auto descreveram como estudos-piloto e incluíram de 10 a 69 participantes. A maioria dos estudos de intervenção (n=19/24; 79%) incluiu menos de 100 participantes nos grupos intervenção, variando de 10 a 842; os estudos de desenho transversal incluíram 4 a 8.803; os estudos descritivos tiveram uma variação de 69 a 1.080; os estudos de coorte de 83 a 240; os estudos mistos e qualitativos incluíram de 10 a 69; e o estudo em duas fases incluiu 1.057 participantes.

A maioria dos estudos foi realizada em FC públicas (38/61, 62,3%), e os outros foram realizados em FC privadas. Uma grande parte (51/61; 83,6%) foi realizada em uma única FC, ou em farmácias da mesma cidade. Apenas um grande estudo nacional denominado PNAUM (Pesquisa Nacional sobre Acesso, Uso e Promoção do Uso Racional de Medicamentos) foi realizado em 2015 em 120 grandes cidades em FC públicas (ARAÚJO et al., 2017; LIMA et al., 2017; SOEIRO et al., 2017). Neste estudo transversal, farmacêuticos e pacientes foram entrevistados com o objetivo de identificar as atividades clínicas desenvolvidas pelos farmacêuticos para avaliar a satisfação em relação à dispensação e aconselhamento, o acesso dos pacientes ao sistema de saúde e outras questões administrativas das farmácias.

Geograficamente, os estudos foram distribuídos de forma desigual entre as regiões do Brasil, com maior prevalência no Sudeste com 39,3% (n=24/61), seguido pelo Sul com 26,2% (n=16/61) e Nordeste com 24,6% (n=15/61). Apenas um estudo envolveu mais de um estado. Os estados mais produtivos foram Sergipe e São Paulo, ambos com 10 estudos, seguidos por Minas Gerais e Santa Catarina, ambos com oito estudos. A Figura 5 mostra a distribuição dos estudos pelo Brasil e o número de universidades com cursos de farmácia em cada estado.

**FIGURA 5 –** Distribuição geográfica dos estudos e número de universidades com cursos de farmácia em cada estado



Nota: o estudo PNAUM, conduzido nas maiores cidades de todos os estados do Brasil, não foi incluído no mapa.

Fonte: A autora (2020). Mapa elaborado com o software QGIS.

O objetivo da pesquisa dos estudos também foi diversificado. Quinze (62,5%) dos 24 estudos intervencionais avaliaram os resultados dos pacientes dos serviços de acompanhamento farmacoterapêutico, com um período de acompanhamento de seis a 36 meses. Estudos transversais avaliaram, na maioria dos casos (18/21; 85,7%), elementos dos processos de trabalho do farmacêutico (habilidades de comunicação, conhecimentos, informações fornecidas aos pacientes em aconselhamento e decisões terapêuticas) durante a dispensação e manejo de PSAL. Estudos qualitativos (n=5) e de metodologia mista (n=2) avaliaram as percepções dos farmacêuticos sobre sua satisfação, conhecimento e comportamento na prestação de SCF (dispensação e manejo de PSAL) e as barreiras enfrentadas para a implementação do serviço.

Dos 61 estudos, 36 (59%) relataram desfechos – isolados ou junto com outros elementos do processo de uso do medicamento. Dos 36 que reportaram desfechos, 25 relataram resultados clínicos, 19 humanísticos e três econômicos. Dois estudos relataram os três desfechos, e sete relataram dois deles. Seis estudos (DOSEA et al., 2017; FRANÇA FILHO et al., 2008; FRANCESCHET; FARIAS, 2005; HALILA et al., 2015; HIPÓLITO JÚNIOR et al., 2017; REIS et al., 2015) investigaram quais SCF os farmacêuticos prestavam aos pacientes, mas sem uma avaliação profunda de sua implementação ou procedimentos.

Embora alguns estudos tenham utilizado indicadores de desempenho para avaliar o comportamento do farmacêutico na prestação de serviços de farmácia clínica (AGUIAR et al., 2013; GALATO et al., 2011; MELO; CASTRO, 2017; MELO et al., 2017; SANTOS JÚNIOR et al., 2020), nenhum estudo avaliou sistematicamente a fidelidade das intervenções.

Os SCF foram reportados com alta heterogeneidade nos termos utilizados entre os estudos, mostrando uma compreensão diversa sobre sua definição. Foram utilizados vários termos para designar serviços de manejo de PSAL. Indicação de medicamentos (AJALLA; CASTRO, 2003), "automedicação" ou "automedicação responsável" (CADORE et al., 1999; ROCHA et al., 2014, 2015), "aconselhamento OTC" (HALILA et al., 2015), "recomendação de medicamentos sem prescrição médica" (Mesquita et al., 2013), e "recomendação de medicamentos OTC" (Santos et al., 2013) foram alguns termos da diversidade terminológica encontrada.

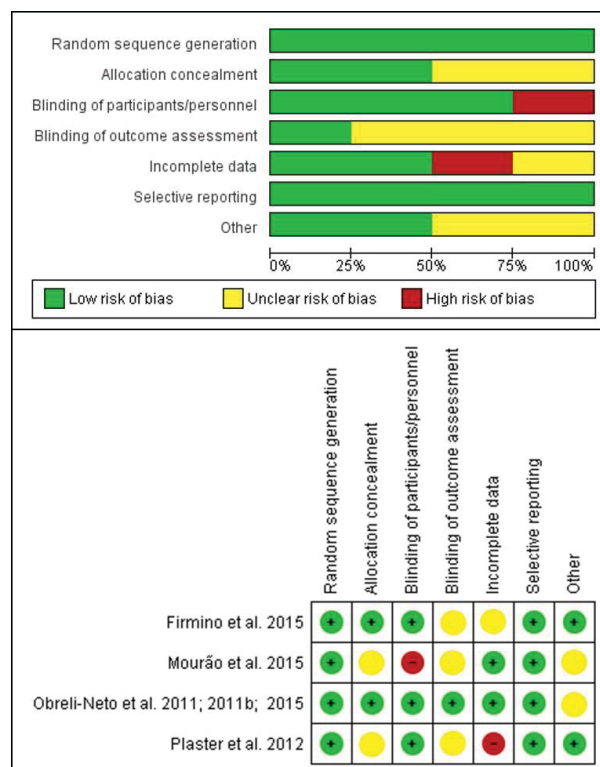
Os serviços de acompanhamento farmacoterapêutico foram descritos em alguns estudos (AGUIAR et al., 2012; AGUIAR; BALISA-ROCHA; LYRA JUNIOR, 2013; CAZARIM et al., 2016, 2017, 2018; LYRA JUNIOR et al., 2007) como "Atenção Farmacêutica", que é um termo genérico. Outros utilizaram "Programa de Atenção Farmacêutica" (ANDRADE et al., 2009; MOURÃO et al., 2013; OBRELI-NETO et al., 2011a, 2001b, 2015; SILVA; BAZOTTE, 2011) para descrever um conjunto de serviços oferecidos aos pacientes juntamente com o acompanhamento farmacoterapêutico, tais como atividades de educação em grupo ou consultas adicionais sobre questões de saúde. Além disso, o termo "Modelo de Atenção Farmacêutica" foi utilizado em um estudo para descrever um serviço composto por uma consulta com o farmacêutico para avaliação da prescrição médica, identificação de possíveis PRM (reações adversas e interações), e orientação sobre tratamento, sem acompanhamento (GERENUTTI; MARTINEZ; BERGAMASCHI, 2017). Algumas

das publicações mais recentes utilizaram o termo "gerenciamento compreensivo de medicamentos" (DETONI et al., 2017; SANTOS et al., 2019; SANTOS JÚNIOR et al., 2020) ou "revisão abrangente dos medicamentos" (SCARABELIN et al., 2019) para descrever serviços de gerenciamento de terapia medicamentosa.

#### 2.4.1 Qualidade dos estudos

Os resultados da avaliação do risco de viés para os ECR e não-ECR estão resumidos nas Figuras 6 e 7, respectivamente. Os ECR (n=4) apresentaram baixo risco de viés nos domínios de geração de sequências aleatórias e reporte seletivo. A ocultação da alocação não foi clara em 50% dos ECR. Um estudo (MOURÃO et al., 2013) apresentou um risco de viés elevado no cegamento dos participantes porque o grupo de controle teve acesso a todos os testes laboratoriais basais durante o estudo, o que pode ter interferido nos resultados da intervenção. Três estudos (FIRMINO et al., 2015; MOURÃO et al., 2013; PLASTER et al., 2012) não relataram cegamento na avaliação dos resultados (risco de viés não claro). Dados incompletos foram devidos à falta de reporte sobre a desistência dos participantes em dois estudos (FIRMINO et al., 2015; MOURÃO et al., 2012).

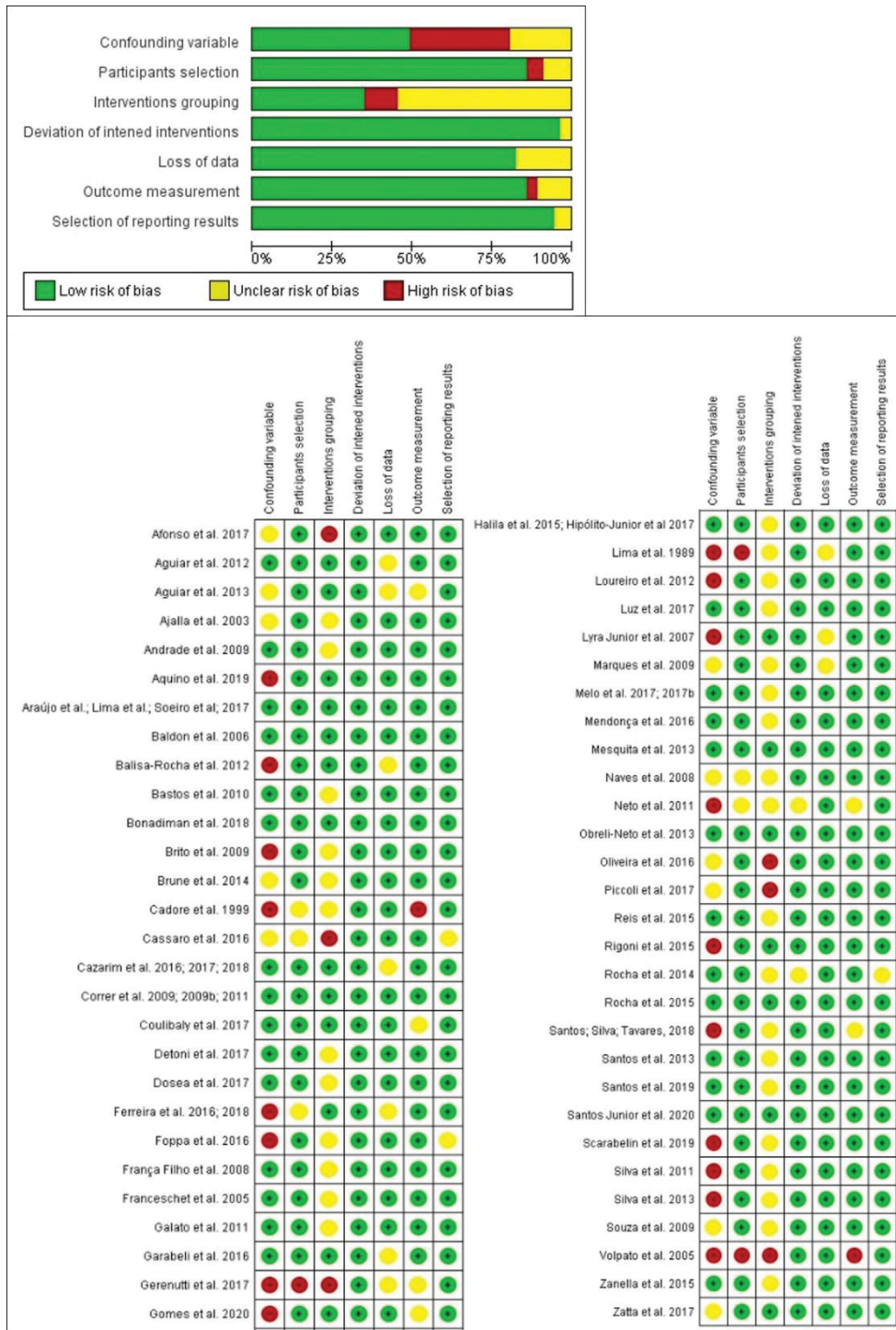
**FIGURA 6 –** Risco de viés para os ECR utilizando a ferramenta ROB



Fonte: A autora (2020)



FIGURA 7 - Risco de viés para os estudos não randomizados utilizando a ferramenta ROBINS-I



Fonte: A autora (2020)

Foi observada uma alta heterogeneidade na execução e reporte dos estudos não randomizados (n=57). As intervenções não foram completamente descritas na maioria deles (n=37; 65%). Foram encontrados relatórios incompletos ou pouco claros das fontes de dados clínicos (entrevistas de consulta, prescrição, bancos de dados

eletrônicos ou outros), frequência e duração da intervenção e detalhes sobre os processos do serviço. Consequentemente, a maioria dos estudos quasi-experimentais, observacionais e outros desenhos apresentaram alto risco de viés no domínio de agrupamento de intervenções do ROBINS-I quando o processo das intervenções do serviço não foi claramente relatado (STERNE et al., 2016). Além disso, 29 estudos (58,8%) mostraram um risco pouco claro ou alto devido ao não controle de confundidores. A desistência dos participantes não foi suficientemente reportada em 10 estudos, resultando em um risco pouco claro no domínio de perda de dados.

## 2.5 DISCUSSÃO

Esta revisão de escopo demonstrou pela primeira vez uma visão geral dos estudos sobre SCF em FC brasileiras. Foi encontrada uma grande diversidade de abordagens de pesquisa, de desfechos avaliados e de qualidade metodológica. A pesquisa sobre este tema foi concentrada em algumas universidades, distribuídas de forma desigual pelo país. Além disso, as características dos serviços não foram descritas de forma completa, prejudicando a compreensão da associação entre as intervenções realizadas e os resultados obtidos.

Como uma ampla variedade de metodologias e desenhos de estudo foi empregada na avaliação dos SCF, não foi possível fazer comparações. Essa variabilidade encontrada pode dificultar a produção de evidências sobre a eficácia dos serviços através de estudos secundários (revisões sistemáticas), pois a solidez das conclusões desses estudos depende da qualidade metodológica dos estudos primários e de sua homogeneidade (BONETTI et al., 2020).

É importante destacar que a maioria dos estudos (59%, n=36) teve um desenho não intervencional, foi conduzida em uma ou poucas FC regionais e teve uma amostra por conveniência e não representativa. Estas características podem dificultar o desenvolvimento de conclusões robustas (CLANCY, 2002). Os ECR são considerados o padrão ouro para a avaliação de intervenções de saúde (CLANCY, 2002), mas apenas quatro ECR brasileiros sobre SCF foram encontrados nesta revisão. Isto destaca a necessidade de mais estudos de intervenção bem delineados para preencher algumas lacunas na literatura nacional. No entanto, estudos observacionais, quando conduzidos adequadamente, podem fornecer evidências



significativas sobre os efeitos das intervenções e são especialmente úteis para avaliar os SCF de rotina em ambientes e contextos específicos (ELM et al., 2007). Além disso, os desenhos de pesquisa não intervencionais são mais simples, mais baratos e mais rápidos do que os estudos de intervenção (CLANCY, 2002; NEDEL; SILVEIRA, 2016). Essas particularidades podem levar os pesquisadores a escolher estes desenhos, considerando que a maior parte da pesquisa no Brasil é produzida em universidades públicas (ABC, 2019; WEB OF SCIENCE GROUP, 2019), onde o tempo e os recursos são frequentemente escassos (ABC, 2019).

A concentração da produção da pesquisa brasileira em universidades públicas (ABC, 2019; WEB OF SCIENCE GROUP, 2019) influenciou a distribuição geográfica dos estudos incluídos nesta revisão de escopo. Estados do Sudeste e Sul apresentaram uma maior concentração de estudos sobre SCF, o que coincide com o maior número de universidades e cursos de Farmácia nas regiões (INEP, 2018). Além disso, esses estados apresentam melhor infraestrutura física das FC e de recursos humanos em comparação com outras regiões brasileiras (IBGE, 2010; LEITE et al., 2017; SOUZA et al., 2017). No entanto, uma exceção foi observada em Sergipe (região Nordeste), que apresentou um dos maiores números de estudos por estado, mesmo não apresentando o maior número de universidades (INEP, 2018). No estado de Sergipe, existe um grupo de pesquisa em uma universidade federal focado no estudo dos SCF, o que poderia explicar o número considerável de publicações nesta região.

Outro fator que impediu comparações entre os estudos foi o uso de terminologias distintas relacionadas com os SCF. Da mesma forma que em outros países (IMFELD-ISENEGGER et al., 2019), a terminologia dos serviços parece ser confusa e não padronizada. Alguns estudos indicam que esta variação de terminologias pode estar relacionada às transições conceituais e de prática profissional que ocorreram nos últimos anos no Brasil (COSTA et al., 2017; FEGADOLLI; CAVACO; FONSECA, 2018). Com as mudanças curriculares nos cursos de farmácia (BRASIL, 2017a) e os incentivos governamentais para a formação de farmacêuticos em serviços de farmácia clínica (BRASIL, 2012), um modelo centrado no paciente (CFF, 2016b) substituiu gradativamente o modelo biomédico tradicional de atendimento focado em medicamentos (FEGADOLLI; CAVACO; FONSECA, 2018). Além disso, a maioria dos estudos incluídos nesta revisão de escopo (n=44; 72,1%) foram publicados antes de 2016, quando o arcabouço conceitual do CFF (CFF,

2016b) ainda não havia sido publicado. Este material compreende os termos e conceitos de cada serviço clínico; assim, a grande variabilidade encontrada entre os estudos incluídos também poderia ser devida à ausência de uma referência nacional naquele momento para sustentar a padronização terminológica dos serviços clínicos.

Diretrizes de diferentes práticas farmacêuticas estão disponíveis internacionalmente para ajudar os farmacêuticos a realizarem SCF, tais como as diretrizes para a dispensação de medicamentos do Conselho de Farmácia da Austrália (2015), as recomendações para o acompanhamento farmacoterapêutico da Associação Americana de Farmacêuticos dos Estados Unidos (2008), o modelo padrão de prática clínica para farmacêuticos do Canadá (NAPRA, 2009), e as diretrizes e regulamentações para serviços de farmácia comunitária dos países europeus (ABRAHAMSEN; BURGHLE; ROSSING, 2020; OMS, 2019). No Brasil não há diretrizes nacionais para a realização de todos os SCF descritos no arcabouço conceitual (CFF, 2016b), mas recentemente o CFF publicou diretrizes com recomendações para a prática clínica sobre o manejo de PSAL (CFF, 2016a, 2017, 2018, 2020). O desenvolvimento de diretrizes para os outros SCF ainda é necessário para dar suporte aos farmacêuticos em suas atividades profissionais e na padronização da prática.

Muitos estudos não apresentaram um reporte completo dos processos e ações dos farmacêuticos, dificultando a reprodução do serviço por outro profissional (CLAY et al., 2019; CRAIG et al., 2008). Como os SCF são considerados intervenções complexas, todos os processos devem ser bem definidos e padronizados, para possibilitar a avaliação dos resultados e garantir sua reprodutibilidade (CLAY et al., 2019; CRAIG et al., 2008; DE BARRA et al., 2019; ROTTA et al., 2015b). Portanto, múltiplos componentes devem ser considerados na prestação de SCF e no seu reporte, tais como o acesso do paciente aos serviços de saúde (nível educacional, capacidade de aquisição de medicamentos ou de agendar uma consulta), adesão, relacionamento com o médico, complexidade da farmacoterapia e as ações que os farmacêuticos devem planejar para que os pacientes alcancem os objetivos terapêuticos (CLAY et al., 2019; CRAIG et al., 2008).

Com a finalidade de auxiliar os farmacêuticos e pesquisadores a planejar, avaliar e relatar intervenções, foram desenvolvidos alguns *checklists* que estão disponíveis na literatura científica (CLAY et al., 2019; DE BARRA et al., 2019; ROTTA et al., 2015a). O *checklist* DEPICT (ROTTA et al., 2015a), por exemplo, reúne os

elementos essenciais para um reporte adequado de intervenções farmacêuticas. De acordo com esse *checklist*, informações sobre a qualificação do farmacêutico (treinamento), contato e comunicação com o paciente ou outro profissional (cara a cara ou telefone, contato individual ou contato com um grupo), foco da intervenção (condição médica específica ou sem restrições), frequência e duração das consultas, fontes de dados (entrevistas, diário do paciente, prontuários médicos), descrição do conteúdo do material educativo fornecido, do protocolo ou guia utilizado para tomar decisões terapêuticas, ações detalhadas do farmacêutico (intervenções, encaminhamento, aconselhamento) e outros processos são alguns elementos a serem considerados em um reporte de SCF (CRAIG et al., 2008; DE BARRA et al., 2019; ROTTA et al., 2015a).

A implementação de SCF é um desafio em muitos países, como descrito por Imfeld-Isenegger et al. (2019), que avaliaram as características e a implementação de serviços de revisão da farmacoterapia na Europa. Esta revisão de escopo demonstrou que o Brasil possui uma situação semelhante. Uma indicação desta dificuldade é o baixo número de estudos. Apenas dez estudos sobre acompanhamento farmacoterapêutico (ANDRADE et al., 2009; GARABELI et al., 2016; GOMES et al., 2020; MELO; CASTRO, 2017; MENDONÇA et al., 2016; OBRELI-NETO et al., 2011a, 2011b, 2015; SANTOS JÚNIOR et al., 2020; SCARABELIN et al., 2019) incluídos nesta revisão estavam relacionados à implementação de serviços. Outras publicações referem-se a serviços oferecidos para fins científicos, incluindo estudos-piloto desenvolvidos apenas durante o período de pesquisa e não como serviços contínuos oferecidos por uma farmácia comunitária.

Implementar serviços inovadores é um processo complexo e de longo prazo que requer uma abordagem abrangente em vários domínios (VARAS-DORVAL et al., 2020). Uma implementação bem-sucedida depende de uma fundamentação teórica sólida que pode ser apoiada pelo uso de modelos e *frameworks* (MOULLIN et al., 2015; VARAS-DORVAL et al., 2020). Nos últimos anos, alguns *frameworks* teóricos para a implementação de serviços inovadores foram desenvolvidos para orientar os profissionais de saúde (MOULLIN et al., 2015). O FISpH, *Framework* para a Implementação de Serviços em Farmácia, por exemplo, é um modelo criado para ser usado em SCF. Esse instrumento possui alguns conceitos centrais, como o processo para implementar um serviço inovador, os domínios contextuais que poderiam

influenciar o comportamento dos pacientes, as barreiras e facilitadores, e as estratégias e avaliação do programa de implementação (MOULLIN et al., 2016a).

Um elemento central dos *frameworks* de implementação que parece ser frequentemente negligenciado pelos pesquisadores é a avaliação (MOULLIN et al., 2016b; PATWARDHAN; AMIN; CHEWNING, 2014). A avaliação de serviços frequentemente parece estar focada nos desfechos dos pacientes e de custo-efetividade, sem uma avaliação aprofundada ou um reporte de indicadores de implementação, tais como medidas de fidelidade (MOULLIN et al., 2016b). A fidelidade de uma intervenção é a extensão em que uma intervenção é implementada como originalmente pretendida e planejada pelos seus idealizadores (CARROLL et al., 2007; CRAIG et al., 2008). A avaliação do comportamento do farmacêutico através de medidas sistemáticas de fidelidade na prestação do serviço permite determinar relações mais claras com os resultados alcançados e identificar as questões que poderiam dificultar ou facilitar a obtenção de resultados positivos (CARROLL et al., 2007; PATWARDHAN; AMIN; CHEWNING, 2014; VAN DER LAAN et al., 2019). Considerando a complexidade dos SCF, o papel dos componentes de cada intervenção e seu efeito nos resultados precisam ser melhor esclarecidos (VAN DER LAAN et al., 2019).

A literatura recomenda fortemente a mensuração da fidelidade das intervenções realizadas nos estudos sobre SCF para dar suporte aos pesquisadores e profissionais na avaliação das relações entre as intervenções propostas e os resultados esperados (CARROLL et al., 2007; DE BARRA et al., 2019; MOULLIN et al., 2016b). Estudos demonstraram que intervenções com alta fidelidade apresentam melhores desfechos clínicos, humanísticos e econômicos em comparação com aquelas de baixa fidelidade (DURLAK; DUPRE, 2008; VON THIELE; LINDFORS, 2015). Além disso, medir a fidelidade pode ajudar a identificar os elementos associados a um SCF ineficaz, tais como processos de implementação deficientes (MOULLIN et al., 2016b; PATWARDHAN; AMIN; CHEWNING, 2014; VAN DER LAAN et al., 2019). Finalmente, reportar consistentemente a fidelidade nos estudos pode esclarecer melhor o efeito real dos SCF sobre os resultados dos pacientes.

### 2.5.1 Limitações

Esta revisão de escopo apresenta algumas limitações. A estratégia de busca foi desenvolvida para ser a mais inclusiva possível, mas pode não ter incluído todos

os estudos sobre SCF devido à heterogeneidade dos termos utilizados pelos autores para descrever serviços similares. As comparações entre os resultados dos estudos não foram possíveis devido à grande variabilidade dos desenhos de pesquisa, desfechos e outros elementos avaliados. Embora uma revisão de escopo não exija formalmente uma avaliação de qualidade metodológica dos estudos incluídos, realizamos esta etapa para fornecer uma visão qualitativa das evidências disponíveis no Brasil. Os domínios das ferramentas foram adaptados e interpretados de acordo com a natureza das intervenções, a fim de evitar vieses.

### 2.5.2 Pontos fortes

Conforme o conhecimento dos autores, até o momento esta é a primeira revisão de escopo que avaliou estudos sobre SCF prestados em farmácias comunitárias no Brasil. Nenhuma revisão sistemática da literatura avaliou em profundidade as publicações brasileiras e sua qualidade metodológica. Considerando a recente expansão dos serviços no Brasil, este mapeamento mostra o cenário da pesquisa no país e pode ser útil para o desenvolvimento de futuros estudos sobre o tema.

## 2.6 CONCLUSÃO

Esta revisão de escopo sobre os SCF prestados nas farmácias comunitárias brasileiras mostrou que os estudos incluídos apresentaram diferenças em vários aspectos. Primeiro, os serviços foram avaliados através de um grande número de desenhos metodológicos, e os estudos apresentaram os resultados da análise a partir de diferentes desfechos ou outros elementos do processo do serviço. Em segundo lugar, eles foram distribuídos de forma desigual pelo território brasileiro. Terceiro, os estudos mostraram falta de padronização da terminologia utilizada para descrever os serviços, juntamente com um reporte pouco claro ou incompleto das intervenções realizadas em vários casos. Finalmente, a avaliação da qualidade dos estudos mostrou risco de viés pouco claro ou elevado em vários domínios dos instrumentos utilizados, dificultando a reprodutibilidade. Frente às descobertas, esta revisão de escopo sugere que estudos brasileiros bem delineados, com metodologias mais robustas e intervenções bem estruturadas e reportadas, são necessários para alcançar resultados mais confiáveis. Além disso, são necessárias medidas de

fidelidade para avaliação da implementação de SCF. Recomenda-se o uso de *frameworks*, diretrizes e *checklists* para o desenvolvimento das intervenções e a realização de futuros estudos sobre SCF em farmácias comunitárias brasileiras.

**CAPÍTULO 3 – PANORAMA DOS SERVIÇOS CLÍNICOS PROVIDOS POR  
FARMACÊUTICOS EM FARMÁCIAS COMUNITÁRIAS NO BRASIL E  
CARACTERÍSTICAS DA PESQUISA CIENTÍFICA NACIONAL: ESTUDO  
QUALITATIVO**



### 3.1 INTRODUÇÃO

A farmácia comunitária é considerada a porta de entrada do serviço de saúde para grande parte da população, que busca o alívio de seus sintomas através da aquisição de medicamentos. O farmacêutico na FC atende a grandes demandas de pacientes diariamente e é necessário que esteja capacitado para que ofereça um atendimento adequado que cumpra as expectativas do usuário e o auxilie com o uso correto de medicamentos (CORRER; OTUKI, 2013).

Nos últimos anos, houve crescimento da gama de atividades que podem ser desenvolvidas por farmacêuticos em FC brasileiras além da entrega do medicamento, chamados de Serviços Clínicos providos por Farmacêuticos (SCF). O CFF em seu arcabouço conceitual (CFF, 2016b) propõe nove tipos de SCF: rastreamento em saúde, educação em saúde, dispensação, manejo de problema de saúde autolimitado, monitorização terapêutica de medicamentos, conciliação de medicamentos, revisão da farmacoterapia, gestão da condição de saúde e acompanhamento farmacoterapêutico.

Muitos SCF têm encontrado cada vez mais espaço nas farmácias comunitárias brasileiras, principalmente devido à publicação de RDCs que regulamentam as práticas que têm demonstrado resultados satisfatórios em vários estudos (TSUYUKI et al., 2015; CSIKAR et al., 2016; YUAN et al., 2019; GOMES et al., 2020). Tanto na esfera privada (ABRAFARMA, 2017; OLIVEIRA et al., 2017) quanto na pública (BRASIL, 2014, 2015), observa-se a tentativa de incorporação dos SCF em FC a partir de programas institucionais.

Entretanto, no Brasil, ainda há poucos estudos avaliando como esses serviços têm sido realizados. Apesar do aumento das publicações sobre SCF nos últimos anos, os estudos ainda são escassos e a área demanda maior investigação científica (BARROS; SILVA; LEITE, 2020). A partir da revisão de escopo apresentada no Capítulo 2 desta tese e da revisão integrativa sobre SCF na atenção primária realizada por Barros, Silva e Leite (2020), é possível perceber que os estudos que avaliam os SCF em farmácias comunitárias demonstram que ainda há divergências na conceituação e entendimento do que são os SCF, sem evidência clara dos seus benefícios (ALHUSEIN; WATSON, 2019; LIVET et al., 2020). Somado a isso, ainda não há diretrizes ou protocolos nacionais suficientes para a realização padronizada dessas atividades.

Portanto, é necessário levantar as questões emergentes sobre o tema, com a finalidade de explorá-lo de forma mais aprofundada e investigar quais fatores poderiam influenciar com maior intensidade na qualidade dos serviços realizados no Brasil. Além disso, é preciso questionar quais estratégias podem ser delineadas e aplicadas para gerar melhorias na área. Portanto, o objetivo geral dessa pesquisa consistiu em explorar o panorama da oferta de SCF em farmácias comunitárias no Brasil. As questões e sub questões que guiaram essa investigação científica foram:

1. De que forma os serviços clínicos providos por farmacêuticos têm sido realizados em farmácias comunitárias brasileiras?
  - a. Quais são os elementos que influenciam na oferta desses serviços?
  - b. Como as pesquisas científicas destinadas a avaliação de SCF têm sido conduzidas no Brasil?

## 3.2 METODOLOGIA

### 3.2.1 Desenho do estudo

O estudo segue a abordagem qualitativa, descritiva, que foi escolhida considerando a necessidade de explorar o assunto de forma ampla e subjetiva. Dentre as diversas formas de metodologias qualitativas disponíveis na literatura científica (GREEN; THOROGOOD, 2004; TURATO, 2005; WILLIG, 2008; BARDIN, 2011), optou-se pela realização de entrevistas semiestruturadas, com a finalidade de deixar cada participante abordar o assunto e expor suas percepções da forma mais livre possível, sendo apenas guiado pela pesquisadora por meio de um roteiro base (Apêndice 2).

O roteiro das entrevistas foi desenvolvido com itens abertos pela doutoranda AAG, analisado por dois pesquisadores doutores experientes (AB e GCHP) e testado através de entrevistas piloto. Correções e adaptações foram realizadas para que todas as questões estivessem em concordância com a pesquisa, sem expor a opinião da pesquisadora a fim de não produzir respostas induzidas ou de não gerar respostas fechadas, do tipo 'sim' e 'não', prejudicando o aprofundamento do tema pelo entrevistado.

As entrevistas foram conduzidas por uma única pesquisadora (AAG, doutoranda), que foi treinada previamente por pesquisador experiente (AB) em entrevistas individuais semiestruturadas. O treinamento consistiu desde como recrutar os participantes, até sobre o comportamento da pesquisadora durante a entrevista (tom de voz, entonação, postura corporal) e procedimentos para a condução da entrevista usando o roteiro, mas deixando o participante livre para explorar o assunto e dentro do tempo que julgasse necessário em cada tópico abordado. Foi enfatizada a importância da não interferência da pesquisadora nas respostas dos participantes, tanto na realização das perguntas quanto da não interrupção do raciocínio. Entrevistas piloto foram realizadas com o acompanhamento do pesquisador responsável pelo treinamento e considerações foram realizadas para a melhoria da performance.

### 3.2.2 Seleção dos participantes

A seleção dos participantes se deu por amostra intencional, a fim de incluir pessoas com alto grau de conhecimento na área de serviços clínicos, considerados uma fonte adequada e rica para obtenção das informações pertinentes para os

objetivos do estudo (GREEN; THOROGOOD, 2004; ULLRICH; OLIVEIRA; BASSO, 2012; YIN, 2016). Dessa forma, participaram farmacêuticos com experiência na oferta e pesquisa de SCF clínicos no Brasil, que assinaram eletronicamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice 3) e o Termo de Solicitação de Uso de Som de Voz e Imagem para Pesquisa (Apêndice 4). Também foram coletados dados sociodemográficos por meio de um questionário de autopreenchimento (Apêndice 5).

Devido à pandemia de COVID-19, todas as etapas desse estudo foram realizadas de forma *online*.

A identificação dos participantes se deu através dos autores e coautores dos artigos científicos analisados na revisão de escopo apresentada no Capítulo 2 desta tese e por meio de indicação dos próprios participantes, conforme a estratégia 'bola de neve' (YIN, 2016; JOHNSON; ADKINS; CHAUVIN, 2020). Essa estratégia foi usada como complementar à seleção de participantes devido ao número limitado de pesquisadores brasileiros identificados na área e falta de disponibilidade de contatos nas publicações.

Dessa forma, as informações de contato foram obtidas de quatro maneiras:

- I) Coleta das informações de correspondência presentes nos artigos: instituição, e-mail ou telefone e posterior contato;
- II) Acesso aos currículos pela Plataforma Lattes para identificação de instituição de vínculo ou local de trabalho de autores sem informações atualizadas nos artigos;
- III) Identificação do e-mail para contato nos sites das instituições de vínculo dos autores e coautores;
- IV) Contato inicial via redes sociais (Facebook ou Instagram) para solicitação de e-mail de pesquisadores sem informações em sites oficiais e posterior detalhamento da pesquisa.

Por meio do e-mail convite foi feita a apresentação inicial da pesquisadora (formação, local de residência, programa de pós-graduação) e orientadores, bem como o detalhamento dos objetivos e metodologia da pesquisa, ressaltando que nenhum dos participantes tinha relação anterior com a entrevistadora. Adicionalmente, no corpo do texto foi disponibilizado um link com um formulário desenvolvido na plataforma Google contendo o TCLE, o termo de Solicitação de Uso de Som de Voz e Imagem para Pesquisa e o questionário para coleta de dados

sociodemográficos. O formulário descrito foi desenvolvido para facilitar o preenchimento e os processos burocráticos da pesquisa, sendo constituído por três etapas:

- I) TCLE, contendo a explicação da pesquisa e preenchimento do nome completo do participante, RG e assinatura, com dois botões de opções dicotômicas (sim/não) com obrigatoriedade de marcação para passar para a próxima etapa;
- II) Termo de Solicitação de Uso de Som de Voz e Imagem para Pesquisa com os botões sim/não também com obrigatoriedade de marcação;
- III) Questionário sociodemográfico, de preenchimento obrigatório, contendo as seguintes perguntas: data de nascimento, sexo, cidade/UF, formação acadêmica, pós-graduação, área de estudo, local de trabalho, função exercida, serviços farmacêuticos já realizados e se o participante realiza pesquisa ou já pesquisou sobre o tema.

Ao final, foi solicitada a indicação de possíveis nomes de pesquisadores que se enquadrariam no perfil da pesquisa para posterior contato e entrevista, seguindo o processo de amostragem por bola de neve.

Nos casos de aceite de participação, o agendamento da entrevista foi realizado conforme a disponibilidade e preferências do participante.

### 3.2.3 Fase piloto

Para avaliar a aplicabilidade e adequação dos itens do roteiro de entrevista com os objetivos da pesquisa, foi realizada uma fase piloto com farmacêuticos docentes do ensino superior, todos com experiência em SCF. As entrevistas foram conduzidas entre outubro de 2019 e maio de 2020. Os participantes foram entrevistados de acordo com a metodologia proposta e após o treinamento da pesquisadora (AAG). As entrevistas piloto foram supervisionadas por pesquisador experiente (AB) para observação e posterior orientação. Correções e adaptações do roteiro foram realizadas até estruturação final. As transcrições das entrevistas piloto não foram incluídas para análise nessa pesquisa, porque serviram como treinamento e aprimoramento dos itens do roteiro de entrevista.

#### 3.2.4. Entrevistas semiestruturadas

Entrevistas semiestruturadas *online* foram realizadas entre junho e agosto de 2020, através de vídeo chamadas utilizando as plataformas Google Meet® e Zoom®, com gravação de áudio e vídeo mediante a autorização do entrevistado. As entrevistas foram conduzidas a partir do roteiro testado na fase piloto por uma única entrevistadora treinada (AAG) e de forma individual com cada participante. As entrevistas foram encerradas quando se julgou que a amostra foi suficiente para alcançar o ponto de saturação (GREEN; THOROGOOD, 2004; WILLIG, 2008; JOHNSON; ADKINS; CHAUVIN, 2020). Anotações sobre as entrevistas e assuntos abordados foram mantidas em um diário de campo pela entrevistadora.

#### 3.2.5 Sistematização e análise dos dados

As entrevistas foram transcritas literalmente a partir da escuta repetida e sistemática dos áudios e vídeos. Os participantes foram informados que poderiam solicitar a qualquer momento a transcrição de sua entrevista para verificação e correções, entretanto não houve solicitações. Os textos então foram codificados para a geração de temas, obtendo um nível maior de abstração e estabelecendo relações entre os assuntos emergentes (GREEN; THOROGOOD, 2004; VAISMORADI; TURUNEN; BONDAS, 2013; CASTLEBERRY; NOLEN, 2018). Esse processo foi realizado pela pesquisadora AAG e revisado pelo pesquisador AB. A metodologia escolhida para análise de dados foi baseada nos fundamentos da Análise Temática, com a codificação dos textos e geração de temas e subtemas (BRAUN; CLARKE, 2006; ROSA; MACKEDANZ, 2021).

Todas as etapas de análise e sistematização dos dados foram procedidas no software MAXQDA® Analytics Pro, que é específico para abordagens qualitativas e adquirido para os fins dessa pesquisa. Também nesse software foram criados mapas, figuras e esquemas para melhor interpretação dos dados. Para a análise dos dados sociodemográficos apresentados foi utilizado o software Microsoft Excel® 2013.

#### 3.2.6 Transparência no reporte de dados

Ainda que não exista um padrão ouro para avaliação de pesquisas qualitativas além de muitas controvérsias na comunidade científica sobre a melhor forma de avaliação (HADI; CLOSS, 2016; BUUS; PERRON, 2020), vários pesquisadores e revistas recomendam o uso do COREQ para o reporte de dados (GLASZIOU et al.,

2014; GUIRGUIS; WITRY, 2019; BUUS; PERRON, 2020). Dessa forma, essa pesquisa seguiu as recomendações de rigor e transparência para pesquisas qualitativas (BRAUN; CLARKE, 2006; JOHNSON; ADKINS; CHAUVIN, 2020) e utilizou o *checklist* COREQ (Anexo 3) para o reporte dos dados (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

### 3.2.7 Aspectos éticos da pesquisa

Essa pesquisa seguiu as normas éticas para a condução de estudos envolvendo seres humanos estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. O projeto foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná, sob o CAAE nº 33621520.2.0000.0102, e foi aprovado sob o parecer nº 4.208.699/2020 (Anexo 4).



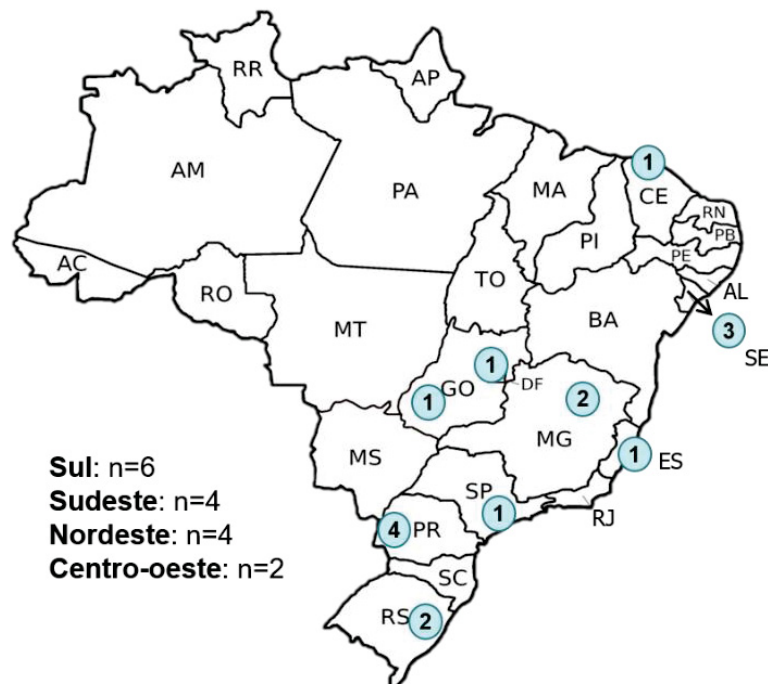
### 3.3 RESULTADOS

#### 3.3.1 Seleção e Recrutamento dos participantes

Foram identificados 172 autores e coautores de estudos sobre SCF nos 72 artigos incluídos na revisão de escopo. Destes, 42 tinham informações para contato no próprio artigo, como e-mail, telefone e instituição de vínculo. Alguns estavam com informações desatualizadas, sendo necessária a procura em redes sociais para estabelecer contato inicial e solicitação de e-mail em seis casos. A busca resultou em 26 potenciais participantes, aos quais foi enviado o e-mail convite. Dezoito pesquisadores retornaram o e-mail aceitando participar da pesquisa, com os termos assinados e formulários preenchidos. Entretanto, após o novo contato para agendamento da entrevista, dois pesquisadores não responderam os novos e-mails enviados, tendo sido, portanto, excluídos.

Participaram da pesquisa 16 farmacêuticos, com idade entre 32 e 66 anos (média de  $41,3 \pm 8,5$  anos), sendo 10 homens (62,5%) e seis mulheres (37,5%), residentes de quatro regiões brasileiras conforme mapa representado na Figura 8. Todos os participantes eram doutores, pesquisadores e tinham experiência atual ou pregressa em docência, pesquisa e na prestação de SCF.

**FIGURA 8** – Mapa da distribuição dos participantes da pesquisa conforme local de residência



Fonte: A autora (2021)

### 3.3.2 Entrevistas semiestruturadas

As entrevistas foram conduzidas de acordo com os itens do roteiro e aconteceram entre junho e agosto de 2020, com duração de 25 a 77 minutos (média de  $51,25 \pm 15,8$  minutos). A transcrição literal foi feita pela própria entrevistadora (AAG) a fim de iniciar a familiarização com os dados. O uso dos recursos digitais em todas as etapas desta pesquisa favoreceu o contato com participantes de diferentes regiões do Brasil, proporcionando experiências interessantes com os sujeitos de estudo. Poucas intercorrências aconteceram, como cortes nas falas devido a falhas de conexão com a rede de internet. Nesses casos, quando algum assunto importante era perdido, a pesquisadora solicitava ao entrevistado a gentileza de repetir o que havia sido dito para que fosse registrado em gravação. Esses casos foram eventuais e não prejudicaram a coleta de dados, e nenhuma entrevista precisou ser repetida.

Os participantes se apresentaram muito dispostos a falar sobre o tema, considerado por todos de extrema relevância para melhor compreensão do cenário atual da Farmácia brasileira. Todos estabeleceram uma relação amigável com a pesquisadora, facilitando a condução da entrevista. As falas produziram um extenso volume de dados, totalizando 182 laudas de texto corrido para sistematização e análise. A fase de transcrição das entrevistas iniciou logo após a primeira semana de coleta de dados e, simultaneamente, procedeu-se a pré-análise com discussão dos assuntos entre os pesquisadores (AAG e AB) para determinar o ponto de saturação da amostra (JOHNSON; ADKINS; CHAUVIN, 2020). Cada entrevista foi analisada de forma exaustiva pela pesquisadora AAG, com leituras repetidas para familiarização dos dados e codificação. Os processos de codificação e posterior geração de temas e subtemas foram discutidos por dois pesquisadores (AAG e AB).

### 3.3.3 Análise Temática

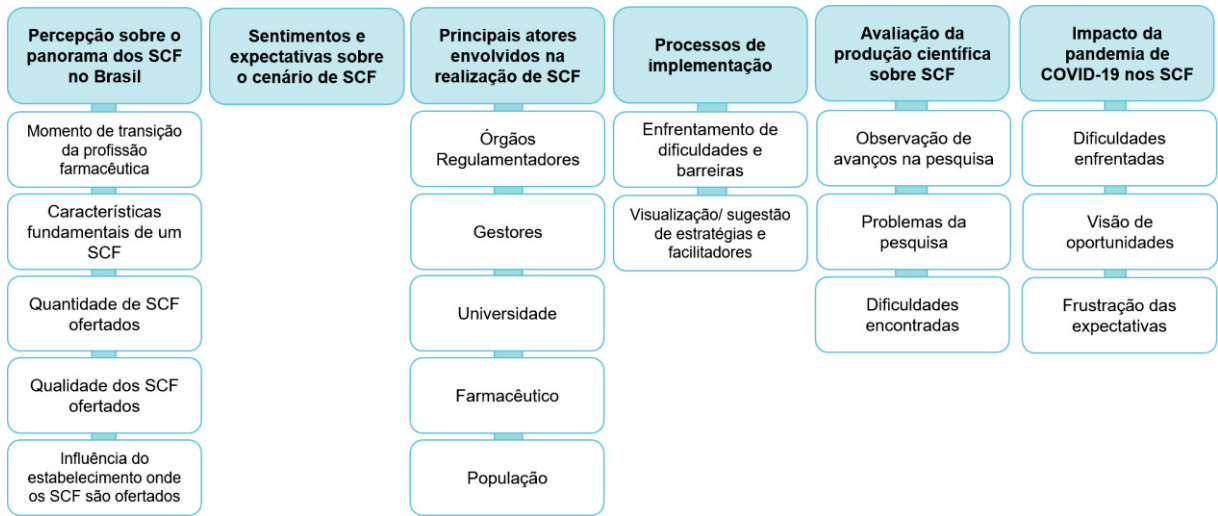
Os temas foram identificados a partir de códigos que, por sua vez, foram estabelecidos por meio de um processo de codificação aberta, ou seja, não foram utilizados códigos pré-estabelecidos, mas sim utilizados elementos dos próprios entrevistados para sua definição (CASTLEBERRY; NOLEN, 2018). A partir da análise e sistematização dos dados, foi possível identificar seis temas emergentes principais que perpassaram todas as entrevistas. A definição dos temas e subtemas está sintetizada no Quadro 3 abaixo e podem ser vistos em esquema na Figura 9.

**QUADRO 3** - Definições dos temas e subtemas identificados partir da análise da codificação dos dados coletados nas entrevistas.

<b>Temas e subtemas</b>	<b>Caracterização</b>
1. Percepção sobre o panorama dos SCF no Brasil	Menções sobre a caracterização geral dos serviços, como conceitos, qualidade, quantidade, momento histórico.
1.1 Momento de transição da profissão farmacêutica	Percepções sobre os avanços e desafios históricos, sociais e culturais para o desenvolvimento de SCF
1.2 Características fundamentais de um SCF	Elementos fundamentais que caracterizam os SCF de acordo com o conhecimento dos participantes
1.3 Quantidade de SCF ofertados	Qualquer referência à quantidade de SCF observados em cada realidade
1.4 Qualidade dos SCF ofertados	Qualificação dos SCF ofertados pelo olhar e vivência do entrevistado
1.5 Influência do estabelecimento onde os SCF são ofertados	Atributos sobre o tipo de estabelecimento (farmácia comercial, pública ou hospital) que têm influência no desenvolvimento de SCF
2. Sentimentos e expectativas sobre o cenário de SCF	Qualquer sentimento expressado vinculado à a prática dos SCF
3. Principais atores envolvidos na realização de SCF nas farmácias comunitárias	Indivíduos, personagens ou instituições que exercem papel fundamental na determinação dos SCF e que influenciam negativa ou positivamente em sua oferta
4. Processos de implementação de SCF	Fatores e ações que determinam a realização e/ou implementação de SCF
4.1 Enfrentamento de dificuldades e barreiras	Fatores que prejudicaram ou dificultaram o desenvolvimento de SCF pela experiência dos entrevistados
4.2 Visualização e sugestão de estratégias e facilitadores	Fatores que auxiliaram e facilitaram a implementação de SCF e sugestões de práticas/elementos que poderiam ser úteis
5. Avaliação da produção científica sobre SCF	Aspectos relativos à produção científica sobre SCF, como número de artigos, qualidade metodológica, problemas, dificuldades, avanços
5.1 Observação de avanços na pesquisa e publicação brasileiras	Aspectos positivos da evolução científica na área de cuidado farmacêutico no Brasil
5.2 Problemas da pesquisa e publicações brasileiras	Aspectos negativos que prejudicam ou dificultam a produção científica na área de cuidado farmacêutico no Brasil
5.3 Dificuldades enfrentadas na produção de pesquisa e publicações	Fatores dificultadores da pesquisa de SCF no Brasil
6. Impacto da pandemia de COVID-19 nos SCF	Qualquer menção relacionada à interferência da pandemia de COVID-19 aos SCF em FC, como na sua qualidade, quantidade e expectativas.

Fonte: A autora (2021).

**FIGURA 9** – Representação esquemática dos temas e subtemas identificados pela Análise Temática

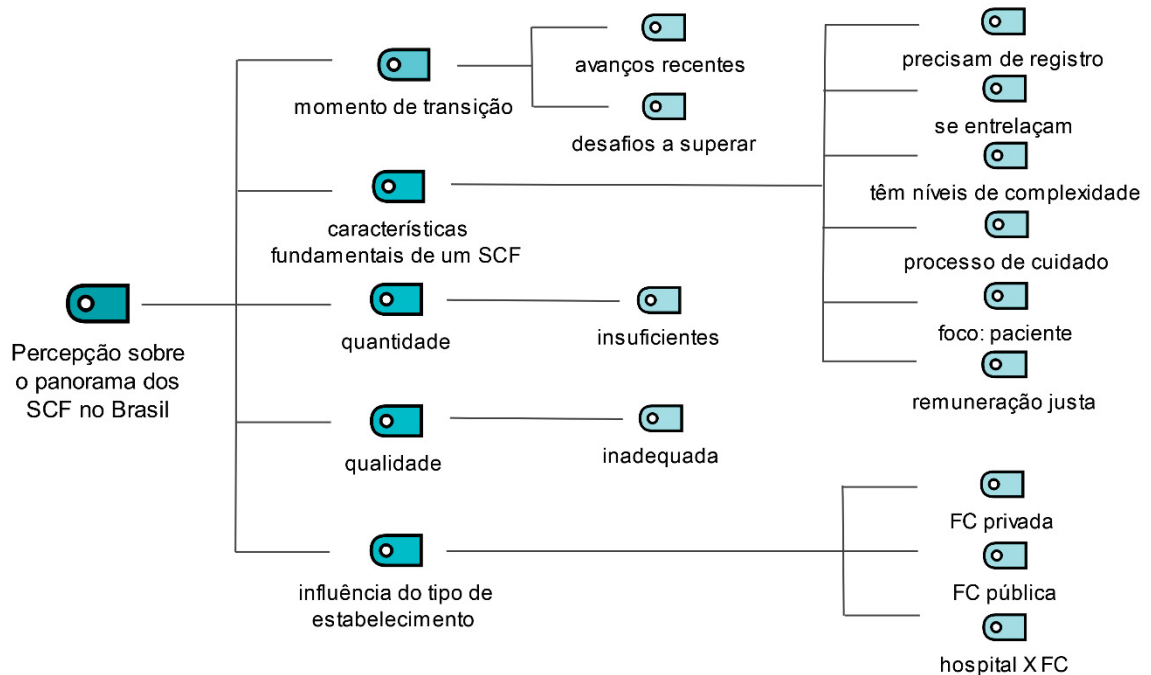


Fonte: A autora (2021)

### 3.3.4 Percepção sobre o panorama dos serviços clínicos no Brasil

Os participantes definiram sua concepção sobre o que são SCF e a dinâmica que envolve sua realização dentro do contexto atual brasileiro. A Figura 10 apresenta o mapa temático com subtemas e códigos.

**FIGURA 10** – Mapa temático: percepção sobre o panorama dos SCF no Brasil



Fonte: A autora (2021)

### 3.3.4.1 Características fundamentais dos serviços clínicos

Muitos participantes citaram como guia básico para definir e estruturar os serviços no Brasil o arcabouço teórico publicado pelo CFF em 2016 (CFF, 2016b), que separa os SCF destinados aos pacientes em nove tipos. Entretanto, alguns participantes destacaram que, mesmo que didaticamente seja interessante separar os serviços para entender melhor os processos, na prática muitos SCF acontecem simultaneamente e se entrelaçam, sendo realizados múltiplos serviços conforme a demanda do paciente e personalização do atendimento:

Trabalhando com outros profissionais eu observo que o nutricionista, por exemplo, ele (...) nos orienta, ele faz atividade de educação em saúde, ele faz o recordatório alimentar, ele propõe uma dieta para você, ele faz medidas antropométricas, mas ele te cobra uma consulta de nutricionista. E obviamente que se ele estivesse te atendendo ou me atendendo, as necessidades seriam diferentes, mas o serviço prestado foi a consulta. (...). Talvez nesse momento a gente esteja tão encantado com essa coisa de 'fazer clínica' que a gente quer fatiar tudo. Mas a minha crítica que eu faço para ti é a seguinte, será que realmente essas fatias fazem sentido quando a gente está no mundo real, trabalhando um paciente com a sua complexidade"? (Participante 5).

Eu não vou falar método, eu vou falar processo de trabalho, porque tem gente que bota um paciente para conversar e naquilo ali já faz um processo educativo. Então o processo de trabalho daquele paciente é nesse formato. Outros a gente sabe que vai precisar fazer, pegar folha, pintar, desenhar, então o processo que o farmacêutico que cada um vai, cada paciente vai necessitar (Participante 6).

Outra característica é que os SCF teriam níveis de complexidade e envolveriam um processo de cuidado, sendo a dispensação considerada um serviço menos complexo e o acompanhamento farmacoterapêutico o serviço de maior complexidade. Alguns participantes destacaram que, para que os serviços mais complexos funcionem, os serviços mais simples, de base, precisam estar primeiramente estruturados:

A dispensação é um serviço clínico muito menos elaborado que os demais. Porém, sou uma grande defensora da dispensação. Sem a dispensação não há como se ter os outros serviços. Porque a partir da dispensação é que eu vou ofertar os demais (Participante 4).

Eu acho que não adianta você dar o passo, como dizem os mais antigos, maior que a perna. Não adianta fazer intervenção se o processo inicial básico ele não acontece (Participante 8).

Para que alcancem o objetivo de promover o uso racional de medicamentos (URM), os SCF devem focar o paciente. Independentemente do lucro, o farmacêutico

deve compreender as diversas realidades dos pacientes e desenvolver um cuidado baseado nas suas especificidades:

Muitas vezes a abordagem de um serviço é para tomador de remédio. E nós não temos tomadores de remédio. Até pode ter, mas se tu queres atender e fazer um bom serviço, tu estás lidando com pessoas. E tu vai ter que entender de pessoas (Participante 13).

Foi ressaltado que o registro é necessário para que possa haver primeiro a comprovação do serviço; a sua continuidade por outros profissionais da equipe - outro farmacêutico ou equipe multiprofissional; e para que haja avaliação periódica, tanto do seu impacto aos pacientes, gestor e qualidade do próprio serviço:

A última coisa é ter o registro disso. A gente precisa tanto gerar indicador, quanto ter o registro do que foi feito para fins de relatório, para fins de comprovação, e até para gente aprimorar o nosso processo ou nosso método (Participante 6).

Outro ponto destacado foi que a remuneração por serviços se faz necessária em farmácias comerciais à medida que os mesmos avancem e façam parte da prática farmacêutica. Modelos de remuneração foram sugeridos, sendo que um entrevistado defendeu uma “*comissão por serviços*” associado ao salário fixo, sendo que quanto maior o número de SCF realizados, maior seria a comissão. Outro modelo defendido foi a criação de pisos salariais diferenciados, com maior valor para os farmacêuticos que desenvolvem serviços clínicos, comparando àqueles que só desenvolveriam atividades burocráticas ou serviços menos complexos, como a dispensação. Além disso, na iniciativa privada, foi apontada a necessidade de se estabelecer valores justos e acessíveis à população, para que não sejam serviços caros e inacessíveis, o que levaria ao desinteresse da população em utilizá-los.

#### 3.3.4.2 *Momento de transição da profissão*

Os entrevistados relataram percepções contrastantes sobre os SCF, apontando um cenário híbrido de avanços na ressignificação do papel do farmacêutico enquanto profissional da saúde. Ao mesmo tempo em que articularam os avanços surgidos nos últimos 10 anos principalmente na questão da evolução do pensamento farmacêutico, também pontuaram os muitos desafios que ainda precisam ser superados para que mudanças significativas ocorram:

De 2010 para cá já vem um movimento muito grande que é ressignificar esse papel do farmacêutico (...) para prestação de serviços clínicos. Isso é uma nova tendência, eles chamam que é a onda da farmácia clínica (...) e, eu acredito sim que já vem modificando um pouco o cenário atual da prestação de serviços. Claro que ainda temos muito o que avançar, muitos desafios a superar (...),

mas acredito que hoje está um cenário híbrido, ainda muito voltado para questão do gerenciamento logístico (Participante 9).

Nos últimos anos, percebeu-se que os SCF começaram a sair do ambiente acadêmico-universitário no qual eram desenvolvidos por meio de projetos e iniciou-se um processo de implementação em algumas redes de drogarias e iniciativas no serviço público. Foi relatado que atualmente existe um ambiente mais favorável para o desenvolvimento de SCF, uma vez que os profissionais de anos atrás enfrentaram desafios que foram superados individualmente para construir o que, hoje, entende-se por SCF:

Eu acho que avançou (...). Pela primeira vez, nos últimos cinco anos, a gente observa que aquilo que era um movimento que estava dentro da universidade, restrito a pequenos círculos acadêmicos, de pesquisadores ou a farmacêuticos que eram mais entusiastas, pioneiros, se tornou uma tendência de mercado (Participante 3).

Eu acho que foi criado um ambiente favorável que não existia na nossa geração, a geração minha, de algumas pessoas que são (...) de 15 anos atrás. Então eu acho que hoje a gente tem muito mais possibilidades de desenvolver esse tipo de atividade (Participante 7).

Como já comentado, muitos desafios ainda são postos para a prática de SCF. Implementar os SCF em um país em desenvolvimento é em si desafiador e, nesse mesmo sentido, um participante fez uma colocação bastante relevante para a compreensão dos desafios enfrentados dentro contexto brasileiro:

A gente ainda tem muito que avançar nesse aspecto devido a característica do Brasil mesmo. É um país de dimensões continentais, com uma população acometida com condições de saúde de país em desenvolvimento, condições de saúde de país rico, com questões de subnutrição e obesidade, então, país de contrastes educacionais, contrastes culturais, então os desafios ainda são muito grandes (Participante 9).

Além disso, foi destacado que o farmacêutico precisa lutar contra a desvalorização profissional devido ao afastamento histórico do seu papel clínico e migração para os aspectos relativos exclusivamente ao medicamento:

Ninguém vai deixar de ter um médico num serviço de saúde porque a lei para de exigir o médico. O médico é essencial. A gente tem que fazer nosso trabalho para mostrar para população que a gente é essencial e que independentemente de haver uma lei ou não, que nos exige ali dentro do serviço, existe uma demanda por parte da população. Hoje ainda não existe e isso só vai existir quando houver uma mudança de processo que mude a cultura da população em relação a importância desse profissional [farmacêutico] no cuidado da saúde, seja na iniciativa pública, mas principalmente na iniciativa privada (Participante 8).



### 3.3.4.3 Quantidade de serviços clínicos ofertados

Todos os entrevistados relataram que a oferta de SCF em farmácias comunitárias, tanto públicas quanto privadas, ainda é escassa, sendo que quando o serviço existe, frequentemente é uma iniciativa isolada, denotando uma acentuada falta de consolidação estrutural. As iniciativas existentes seriam fruto de programas específicos para doenças crônicas, através de projetos piloto em serviços públicos, como farmácias escola em universidades, e em redes privadas por meio de programas de perda de peso, cessação tabágica e manejo de doenças crônicas. Um dos participantes comentou sobre a necessidade de massificação dos SCF para que se tornem consolidados estruturalmente nos serviços de saúde e gerem impacto social relevante:

Quando você conhece alguém que faz, a pessoa faz na farmácia dele. Então é uma coisa muito individualizada. E aí eu acho que isso não tem impacto para sociedade porque é muito único (...) São andorinhas. Aí aquele ditado que uma [andorinha] só não faz verão, e eu acho que agora a gente já está na fase de fazer verão. Ou a gente massifica o negócio ou vai morrer (Participante 7).

As farmácias privadas foram apontadas como estabelecimentos que ofertam mais serviços, entretanto sua ênfase seria na realização de procedimentos. No serviço público também foi relatada a percepção de realização de alguns tipos de SCF. Entretanto, os serviços clínicos mais complexos, para além dos procedimentos, ainda são apontados como iniciativas pontuais de farmacêuticos, sem uma institucionalização como política pública ou política de empresas privadas consolidada. Alguns entrevistados relataram enfrentar embates políticos para conseguir implementar serviços como o acompanhamento farmacoterapêutico. Apesar disso, os SCF foram apontados como uma tendência para o futuro da profissão farmacêutica:

Eu acho que atualmente tivemos um grande avanço, se formos pegar aí os últimos 10 anos, mas considero que ainda são muitas iniciativas pontuais, e muito iniciativas relacionadas a perfil do profissional farmacêutico que quer iniciar a prestar esses serviços. Não vejo ainda como uma política pública (Participante 14).

Foram muitas brigas, muitos embates, foram muitas coisas que eu acabei tendo que ceder, me envolver em algumas questões políticas, para poder ir dentro desse gargalo, aumentando a equipe (Participante 14).

#### 3.3.4.4 Qualidade dos serviços clínicos ofertados

Somado à incipiência na oferta de SCF, os participantes têm a percepção de que a qualidade geral dos serviços ainda está aquém do ideal. A falta de desenvolvimento adequado de serviços foi apontada como resultado de diversas dificuldades, que serão apresentados com mais detalhes na subseção 3.4.7.1 dessa tese. Houve menção à falta de valorização dos SCF pelo sistema de saúde como um todo, incluindo gestores públicos, donos de farmácia e a própria população, sendo necessário superar diversas barreiras (como atendimentos improvisados em corredor de UBS) para conseguir implantar um SCF de consulta:

A gente atendia no corredor. Só que a gente foi conquistando. Depois de atender no corredor, a gente conseguiu uma sala que era para troca de sondas, que toda vez era terrível entrar na sala por conta do cheiro, mas a gente conseguiu um dado horário que aquela sala era nossa, e depois a gente conseguiu que a sala fosse de fato, nossa (Participante 9).

Alguns participantes mencionaram que a qualidade do serviço clínico ofertado pode estar vinculada ao pensamento farmacêutico ser, em muitos casos, ainda voltado mais para o gerenciamento logístico do medicamento do que focado no paciente e URM. Seguindo o mesmo raciocínio, alguns participantes relataram perceber serviços básicos como a dispensação sendo o serviço de base mais negligenciado. Na maioria dos casos a dispensação aconteceria na forma de simples entrega do medicamento, sem as orientações adequadas ao paciente além de que, muitas vezes, é o balconista que faz a entrega:

A dispensação é muito negligenciada nesse processo e para mim é o momento crucial para o farmacêutico poder identificar outras demandas e encaminhar para serviços mais complexos (Participante 10).

Infelizmente, em várias UBS o farmacêutico está ali nem dispensando, entregando medicamentos. E, muitas vezes, não é nem ele que está entregando, ele fica lançando as coisas no computador. É o atendente quem está entregando (Participante 1).

Outro exemplo de SCF apontado como de baixa qualidade é o manejo de problemas de saúde autolimitados, serviço referido pelos participantes como prescrição farmacêutica. A elaboração e entrega da prescrição como documento parece não ter sido incorporada na prática dos farmacêuticos, sendo sugerido pelos participantes que, a partir do momento que um documento como a prescrição é gerado, as responsabilidades pelas consequências da indicação aumentam:

A prescrição é um pouco relativista, porque ela normatiza um processo que já acontece que é a indicação, mas que, ao mesmo tempo, se a gente

observar no dia a dia, essa prescrição não pegou formalmente. São raras as farmácias que formalizaram o processo prescritivo ainda que continuem 'prescrevendo', ou indicando os medicamentos (Participante 8).

Quando a gente fala em prescrição farmacêutica para a maioria deles não tem problema nenhum orientar um medicamento, indicar um medicamento. Mas quando tem que escrever, daí já não quer fazer. Então o verbal funciona muito bem. Agora, vamos prescrever, então vamos escrever isso? 'Ah, não, mas daí vai estar no papel, estar registrado, tem meu CRF'. Aí as coisas mudam (Participante 11).

#### 3.3.4.5 Influência do estabelecimento onde os serviços clínicos são ofertados

A realização de SCF em FC foi, muitas vezes, comparada pelos entrevistados com SCF em hospitais. O ambiente hospitalar apresentaria algumas vantagens e facilitadores para a implementação de SCF na percepção dos entrevistados, principalmente com relação ao controle da qualidade dos serviços prestados por meio do processo de acreditação. O internamento do paciente proporcionaria maior controle do ambiente e das intervenções realizadas, o que produziria resultados mais rápidos, com avaliação do processo e seu impacto humanístico, clínico e econômico:

Compara com o hospital. O hospital passa por um processo de acreditação então você sabe qual é o hospital que está no nível 1, nível 2, nível 3 de qualidade. Farmácia você não tem isso (Participante 3).

No hospital você tem um viés muito importante que a gente tem que reconhecer, não necessariamente de farmacêuticos querendo fazer diferença, mas a gente tem hoje nos hospitais o viés do processo de acreditação" (Participante 5).

Pela sua capilaridade e abrangência, a farmácia comunitária foi descrita como um local de grande potencial para o desenvolvimento de SCF. No entanto, os entrevistados mencionaram importantes diferenças nas farmácias comunitárias públicas e privadas. O Quadro 4 elenca as principais diferenças mencionadas focando nas vantagens e desvantagens para realização de SCF.

**QUADRO 4** – Vantagens e desvantagens de farmácias públicas e privadas para o desenvolvimento de serviços clínicos providos por farmacêuticos.

Tipo de FC	Vantagens	Desvantagens
FC públicas	Presença da equipe multiprofissional (UBS*)	Falta de recursos humanos e infraestrutura
	Lógica de funcionamento: não busca o lucro (promoção do URM**)	Distribuição desigual da qualidade dos serviços entre as regiões brasileiras
	Estabilidade profissional e financeira do farmacêutico (maior autonomia de ações)	Volatilidade de cargos-político administrativos (instabilidade de programas e serviços)

	Possibilidade de construir redes de atenção entre os níveis de complexidade (atendimento integral ao paciente)	Falta de reconhecimento do farmacêutico como profissional clínico pelos gestores, equipe de saúde e pacientes
	Parcerias com universidades para o desenvolvimento de serviços inovadores	Morosidade dos processos (aquisição de materiais, equipamentos)
	Acesso facilitado aos dados clínicos dos pacientes (registro em prontuário)	Orçamento limitado e necessidade frequente de redução de custos
<b>FC privadas</b>	Aumento da oferta de procedimentos farmacêuticos e reconhecimento dos serviços clínicos	Ênfase na lógica comercial (busca o lucro)
	Maior disponibilidade de recursos financeiros	Indicação e dispensação não responsável de medicamentos (foco: venda, e não URM)
	Recursos humanos e infraestrutura suficientes	Ausência de equipe multiprofissional
	Maior agilidade dos processos (aquisição de equipamentos e materiais e implementação de SCF)	Depende do poder aquisitivo da população
	Possibilidade de remuneração por SCF	Acúmulo de funções logístico-administrativas do farmacêutico
	Fidelização do cliente: atendimento tende a ser melhor realizado e padronizado	Fidelização do cliente: serviço para o consumo e geração de lucro
	Facilidade de acesso da população (ampla distribuição geográfica e horários de funcionamento)	Dificuldade de mostrar retorno financeiro imediato com a implementação de um SCF

\*UBS: Unidade Básica de Saúde; \*\*URM: Uso Racional de Medicamentos

Fonte: A autora (2021)

### 3.3.5 Sentimentos e expectativas sobre o cenário de serviços clínicos

Foi possível identificar entre os entrevistados que havia uma grande expectativa sobre a evolução dos serviços no Brasil devido aos avanços observados nas atribuições definidas por legislações recentes, na redefinição da Farmácia enquanto um estabelecimento de saúde e pelas mudanças curriculares na formação acadêmica ocorridas a partir de 2017 (DCN, 2017): “A gente espera que com essa nova dinâmica curricular, (...) que talvez o farmacêutico tenha um preparo melhor para atuação nessas áreas” (Participante 12). No entanto, apesar dos avanços, os SCF não evoluíram conforme o esperado: “Eu achava há 5 anos que a gente estaria mais avançado [atualmente]”. (Participante 6).

Apesar de ainda existir esperança de mudanças que proporcionem o aumento do número e qualidade dos SCF, os sentimentos que se destacaram em meio à fala dos participantes foram de descontentamento e decepção, vinculados principalmente à falta de conhecimento do farmacêutico sobre suas atribuições clínicas e também dos gestores:

No estudo que realizamos nós observamos que 80% dos farmacêuticos não possuíam conhecimento satisfatório para realizar a dispensação, não

estavam preparados para esse serviço e quase metade deles nem sabia o que era atenção farmacêutica. Mas quando você perguntava: 'mas você faz atenção farmacêutica?', 'Sim, faço'. Mas como é que você faz uma coisa que você nem sabe o que é? (Participante 15).

Infelizmente, os tomadores de decisão ainda não são pessoas com perfil técnico (...). Falta-se muito conhecimento para secretários municipais, estaduais, ministério da saúde de que os serviços clínicos podem trazer benefícios clínicos, humanísticos e econômicos positivos (Participante 14).

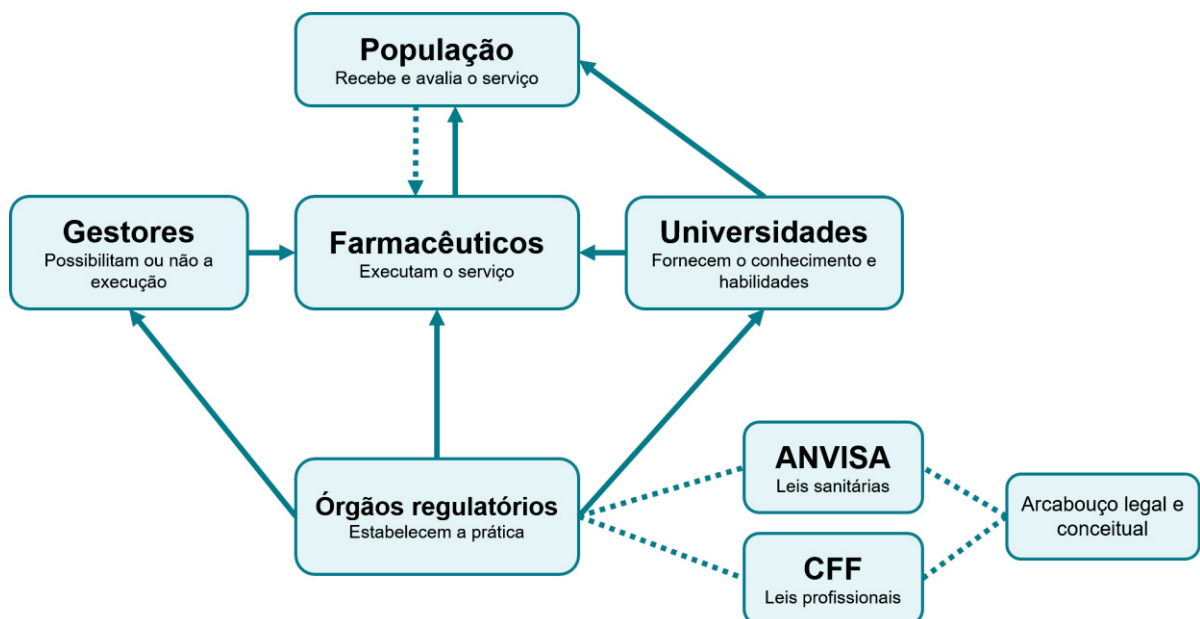
A natureza comercial que visa a geração de lucro acima do bem-estar do paciente também foi ressaltada enquanto um aspecto negativo em farmácias comerciais, gerando sentimentos de preocupação com a prática inadequada:

Mas aí tem a questão de que [na iniciativa privada] você tem que mostrar que o serviço traz algum tipo de benefício e isso é triste. O benefício principal é para o estabelecimento e depois para o paciente, porque, infelizmente, aquelas instituições plenamente privadas precisam ter lucro, ou elas desejam ter lucro. Então se você faz serviços que não vão garantir o mínimo de lucro é um pouco complicado (Participante 8).

### 3.3.6 Principais atores envolvidos na oferta de serviços clínicos em farmácias comunitárias

Cinco atores envolvidos diretamente com os serviços clínicos foram identificados na fala dos participantes: os órgãos regulatórios (CFF, Anvisa), os gestores, os farmacêuticos, as universidades e a população. A Figura 11 sintetiza o papel de cada ator envolvido, bem como esquematiza a relação existente entre eles:

**FIGURA 11** – Principais atores envolvidos com os serviços clínicos, seus papéis e relações

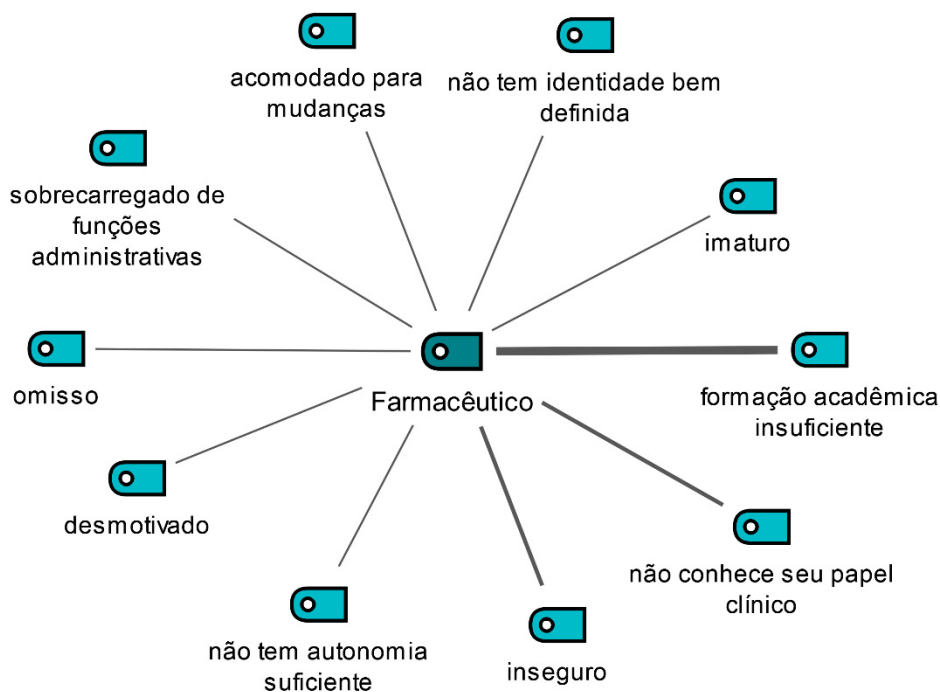


Fonte: A autora (2021)

### 3.3.6.1 Farmacêutico

O farmacêutico seria o principal ator na execução propriamente dita do serviço na percepção dos entrevistados. É ele, em última instância, quem faria acontecer ou não os serviços, e a qualidade estaria diretamente relacionada com a capacidade técnica e motivação do profissional. Contudo, o farmacêutico ainda não teria assimilado e incorporado os serviços clínicos de forma ideal. Vários elementos foram apontados como responsáveis por essa atuação profissional abaixo do esperado e estão representados na Figura 12.

**FIGURA 12** – Características gerais dos farmacêuticos que atuam em farmácias comunitárias no Brasil pela percepção dos participantes da pesquisa



Fonte: A autora (2021)

A formação universitária foi apontada como a principal responsável pela baixa atuação clínica do farmacêutico, destacando que os cursos de farmácia no Brasil ainda não oferecem modalidades de estágios suficientes para o desenvolvimento pleno de habilidades clínicas. Na prática, podem ser vistos farmacêuticos que não sabem desempenhar seu papel clínico, inseguros, omissos e sem motivação para o exercício de atividades clínicas:

Eu não estou dizendo que não tenha uma bagagem teórica, algo de qualidade. Pode ter tido, mas não teve o preparo realmente para lidar com pacientes, com a parte clínica. Então aí surge a insegurança, e não faz [o serviço clínico] por insegurança, porque não teve esse contato (Participante 12).

Eu vejo esse paradoxo, ao mesmo tempo um local onde você teria plena condição e necessidade de desenvolver um serviço diferenciado, eu vejo uma omissão por parte dos meus colegas em relação a isso (Participante 5).

A baixa autonomia profissional também foi enfatizada. O farmacêutico no Brasil depende de um profissional prescritor para tomar determinadas decisões em saúde além de estar subordinado aos critérios comerciais de farmácias privadas e a uma legislação ainda limitada:

Quando a gente estuda profissionalismo, entendemos que uma profissão não existe se ela precisa diretamente de outra. E como a gente está no Brasil a gente depende da medicina. A gente não consegue praticamente atuar sozinho (Participante 7).

A lógica comercial é muito forte, e isso influencia muito na autonomia que esse profissional vai ter num balcão de farmácia (Participante 9).

Tem a questão ética envolvida, que eu não posso deixar o paciente ter um dano, mas ao mesmo tempo legalmente eu não posso interferir numa prescrição médica (...). Esse tipo de coisa que envolve a autonomia, que envolve a legislação, eu acho que acaba tornando a nossa prática insegura (Participante 11).

Outras questões importantes que levam à reflexão sobre o exercício da profissão farmacêutica no Brasil incluíram a estagnação da evolução do pensamento crítico com ausência de uma identidade profissional bem definida. Os farmacêuticos ainda estão sobrecarregados com atividades burocrático-administrativas, delegando a maior parte do contato com o paciente aos auxiliares e balconistas:

Eu acredito que tem a questão do próprio farmacêutico de não se reconhecer como membro da equipe, de não se reconhecer como um profissional de saúde (Participante 9).

A gente ainda não tem uma identidade enquanto profissão. Eu acho que isso tem uma questão histórica envolvida (...). E hoje acho que a gente ainda não tem muito bem identificado qual é a nossa identidade (Participante 5).

Muitos não se sentem capazes de fazer [o serviço clínico] devido ao grau que eles têm de atividades burocráticas, administrativas e que não deixa ter tempo. E quando ele tem tempo, ele está esgotado, cansado, e quer parar um pouco (Participante 13)

### 3.3.6.2 Órgãos regulatórios

Anvisa e CFF, órgãos regulatórios sanitário e profissional, respectivamente, foram considerados como determinantes para o exercício das atribuições clínicas do



farmacêutico. Essa influência se dá em função desses órgãos proverem o arcabouço legal e conceitual para tais atividades. São instituições de grande prestígio e que são vistas como hierarquicamente superiores e determinam a realização, ou não, dos serviços através da atuação dos farmacêuticos, podendo impulsionar ou conter o desenvolvimento da prática profissional, dependendo de seus posicionamentos, deliberações e normativas.

Os entrevistados reconhecem que o CFF tem desempenhado um papel fundamental nesse momento de transição profissional, e destacaram as lutas e esforços para contribuir com o aumento das atividades clínicas do farmacêutico:

O CFF vem contribuindo muito para que isso seja implementado, falando sobre os serviços clínicos, o consultório farmacêutico. Então eu acho que isso está apoiando muito esse serviço ser implementado no Brasil de uma forma mais eficiente (Participante 1).

Mas, eu entendo perfeitamente que é uma luta. O Conselho Federal vai enfrentando questões políticas e são muitos aspectos de estratégia que se deve ter para conquistar esse espaço ao longo do tempo (Participante 16).

Por outro lado, ressalvas acerca da atuação do CFF no tocante aos serviços clínicos também foram feitas. Apesar dos grandes avanços nos últimos anos, o CFF ainda apresentaria um perfil conservador, resistente a algumas mudanças. Isso foi exemplificado por um participante como a falta de ousadia para criar canais de comunicação de massa para a popularização dos SCF. Além disso, existiria uma lacuna sobre os métodos para realização dos serviços, bem como de padrões de avaliação da qualidade para a fiscalização da execução do serviço e não apenas da presença do farmacêutico na farmácia, como acontece atualmente. De forma geral, foi destacado que os órgãos regulatórios precisariam ter um posicionamento mais ousado para fazer os serviços de fato serem implementados pelos farmacêuticos comunitários de forma massificada:

Eu não fiquei com esse pensamento para mim. Eu liguei para deus, o mundo e mais alguém, provoquei o diabo. A primeira semana eu estava louco. Mas aí as pessoas vão me enrolando, passa uma semana, duas, vamos fazer? E nunca fizeram nada. E aí você vê que literalmente as pessoas têm medo. É mais confortável fazer uma nota técnica, que tem seu valor, do que você colocar sua cara no meio de comunicação de massa (Participante 7).

A gente não tem padrões de qualidade definidos. (...) O Ministério da Saúde não publicou nada sobre isso, nem o Conselho Federal. Não existem documentos oficiais que estabeleçam padrões de qualidade que a farmácia precisa alcançar e que, se ela não alcançar, ela é pontuada mais baixo ou, se ela alcançar, ela se destaca (Participante 3).



Vamos imaginar o Conselho Regional, que vai fiscalizar a farmácia. Ela vai ser fiscalizada do ponto de vista de: tenho farmacêutico ou não tenho farmacêutico. Mas, não existe um tipo de visita em que eu investigue, por exemplo, a atuação desse farmacêutico. O Conselho ele entra e vai dizer assim: 'tem ou não tem o farmacêutico'. Mas o que esse farmacêutico está executando? Eu acredito que isso também é um problema (Participante 9).

Quanto à legislação profissional, as resoluções do CFF foram apontadas como sendo suficientes e bem estruturadas, conferindo um suporte legal adequado para a prática. Várias legislações foram consideradas fundamentais para o entendimento e aumento das atribuições clínicas profissionais vistas na última década: "As resoluções do Conselho Federal são excelentes, foi assim um passo à frente da história, isso dá um embasamento muito bom". (Participante 12).

Com relação às legislações sanitárias, os participantes perceberam avanços para a prática de serviços a partir de 2009. Entretanto, foi destacado que as transformações nas legislações sanitárias não têm acompanhado as transformações profissionais, considerando que a ampliação das atribuições do farmacêutico tem avançado com maior celeridade. Assim, as legislações sanitárias foram consideradas defasadas e insuficientes para dar embasamento legal às práticas clínicas conquistadas nos últimos anos pelos órgãos profissionais. Há contrastes e dúvidas acerca do que pode ou não ser realizado, gerando embates entre gestores e farmacêuticos sobre a permissão da realização de atividades clínicas em farmácias comunitárias.

### 3.3.6.3 Gestores

Outro grupo que impactaria diretamente a oferta de SCF é o dos gestores. A figura do gestor foi recorrente nas entrevistas e compreende aquele que exerce função administrativa e/ou gerencial sobre as atividades dos farmacêuticos. Dentro desse entendimento, encontram-se tanto os donos de farmácias privadas, gerentes e supervisores quanto os diversos níveis de cargos públicos, como chefes, secretários de saúde e prefeitos, por exemplo. Por terem uma posição hierarquicamente superior, acabam por ter um controle decisivo sobre a realização ou não dos SCF:

Além disso, é você saber se o dono da sua farmácia está interessado em implantar o serviço. Porque não adianta você querer se o dono da farmácia não tem interesse em ter o serviço implantado (Participante 4).

Primeiro eu preciso ter toda uma questão de gestão. O meu gestor ele precisa estar convencido ou querendo participar ou não atrapalhar. Ou seja, eu preciso ter o aval de quem manda. E quando eu falo mandar, não é questão técnica. Eu estou falando da questão gerencial (Participante 6).

Na maioria das entrevistas, os participantes relataram que os gestores são pessoas com pouco ou nenhum conhecimento da área do cuidado farmacêutico, colocados no cargo para exercer uma função administrativa focada em resultados financeiros imediatos, dificultando a implementação de SCF. Foi destacado que o gestor frequentemente não possui o entendimento e sensibilização necessários para permitir o desenvolvimento de atividades clínicas adequadas:

Pensando em política pública de saúde, os tomadores de decisão ainda não são pessoas com perfil técnico, ainda estamos muito nessa questão de perfil político, então falta-se muito conhecimento para secretários municipais, secretários estaduais, ministério da saúde (Participante 14).

Quando a gente participava de reunião, o representante da secretaria de saúde do município sempre dizia assim 'ah, mas quanto, por exemplo, que vai equivaler isso financeiramente'? Ele sempre perguntava, 'porque aqui o gestor vai querer saber'. E a gente ainda é um pouco tímido nessa parte (Participante 16).

Mas a gente vê que o gestor ainda não está sensível a isso. Ele libera o farmacêutico para fazer 'O projeto'. Ele não entende que aquilo é para sempre, que é um serviço, um embrião de um serviço (Participante 7).

#### 3.3.6.4 *Universidade*

A Universidade seria um ator intermediário da prática dos serviços. Além de formar os profissionais farmacêuticos, é capaz de promover a interação direta dos estudantes com a comunidade através de projetos de extensão. Os entrevistados relataram ter observado nos últimos anos avanços primordiais na formação clínica nos cursos de farmácia, com aumento da oferta de disciplinas de cuidado que estimulam o raciocínio clínico além de estágios e projetos que proporcionam o contato do aluno com os pacientes.

Entretanto, haveria ainda uma defasagem grande na formação, com valorização da pesquisa de bancada e atividades voltadas ao produto, o medicamento, e falta de experiências continuadas do estudante com o paciente. Os estágios ainda foram considerados insuficientes, e as disciplinas não proporcionariam o contato adequado. Em universidades públicas, foi destacado também que existem dificuldades para o desenvolvimento de projetos pela falta de recursos financeiros e humanos, que faz com que docentes precisem assumir responsabilidades e disciplinas ao invés de desenvolver projetos e pesquisas:

Os docentes estão cada vez em quantidade menor e conseqüentemente assumindo mais atividades e isso acaba limitando algumas ideias que porventura estavam embrionando (Participante 8).

Na tentativa de sensibilizar o aluno e despertar o interesse para a atuação voltada ao cuidado, os entrevistados apontaram que os docentes poderiam ter postura mais ativa para incentivar e promover a formação clínica. Os docentes poderiam auxiliar os estudantes a identificar seu perfil de atuação, para aprimorar suas potencialidades e desenvolver as habilidades necessárias. Dessa forma, o estudante poderia apresentar maior confiança sobre o papel que desempenhará depois de formado, fortalecendo os profissionais:

A universidade também tem um papel nisso (...). Eu acho que (...) as residências são boas disparadoras para o aluno entender se tem um perfil para serviços clínicos. É responsabilidade da universidade saber dizer isso para a pessoa (...). As habilidades podem ser potencializadas ou desenvolvidas (Participante 6).

Uma enfermeira, a enfermeira top de linha, estou falando de enfermeira padrão ouro, lá na USP eles formam padrão ouro. É uma das cinco melhores escolas do mundo de enfermagem. Aí tem uma coisa do empoderamento. As meninas [sic] do primeiro período já não pisam no chão, elas já sabem que vão ser 'As Enfermeiras'. Isso muda tudo (Participante 7).

Observou-se também que, mesmo ainda com certas deficiências, a universidade tem sido a chave para a implementação e desenvolvimento de serviços clínicos em farmácias principalmente através de projetos de extensão e pesquisa. Ainda, estabelecer parcerias para desenvolver projetos de pesquisa que se apliquem à realidade também foi citado como um papel fundamental da universidade.

### 3.3.6.5 População

A população seria o ator final na cadeia da oferta de serviços, e deveria ser o centro de todas as ações planejadas e realizadas por todos os demais atores, atuando enquanto o receptor final dos serviços.

Foram ressaltadas pelos participantes as dificuldades que a população brasileira enfrenta, levando em conta a sua diversidade e desigualdade social, econômica e cultural. De forma geral, foi colocado que a população desconhece os SCF e o papel clínico do farmacêutico, sendo atraída por procedimentos como verificação da pressão arterial ou glicemia, mas não por serviços mais complexos, o que dificulta a adesão imediata a um novo SCF. Apesar de todas essas características, os entrevistados não colocaram a população enquanto um dificultador

em si, mas enquanto um desafio que pode ser superado por meio da informação e explicação adequada:

Os pacientes eles são ávidos, eles gostam muito. Principalmente o serviço público eles gostam muito do contato, da explicação por um profissional, da escuta ativa. Para a maioria deles a aceitabilidade é praticamente 100%, uma estabilidade muito alta porque eles necessitam dessa orientação (Participante 2).

O que a gente percebe também de colegas que trabalham na rede [de farmácia privada] é que [a consulta] é bem procurada pela população. (...) A população no começo fica assim: 'por que isso existe?', e depois, de repente: 'ah, eu sempre precisei disso, mas eu não sabia' (Participante 16).

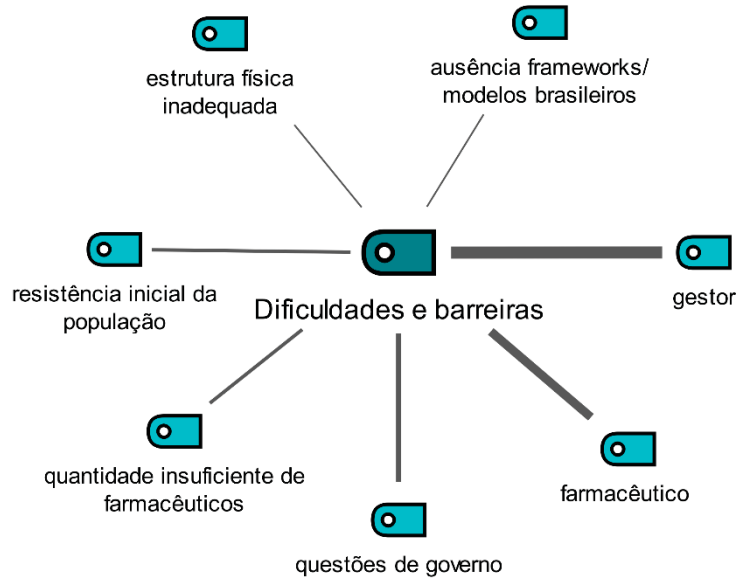
### 3.3.7 Implementação de serviços

Vários aspectos relativos à implementação de serviços foram mencionados. De forma geral, pontos negativos observados durante a implementação de serviços foram caracterizados como dificuldades e barreiras, e ações que poderiam auxiliar no processo, nomeadas de estratégias e facilitadores, foram destacadas.

#### 3.3.7.1 Dificuldades e barreiras

Sobre os processos de implementação, várias dificuldades e barreiras foram relatadas (Figura 13). Entretanto, apesar de terem sido colocadas questões como embates políticos, falta de estrutura física e recursos humanos, além do farmacêutico ser citado ainda como o principal limitante, o gestor foi apontado enquanto um fator que pode determinar o desenvolvimento de serviços. Os participantes destacaram uma grande falta de sensibilização dos gestores sobre o assunto. O desconhecimento sobre os serviços clínicos e o interesse em resultados financeiros imediatos tornam mais difícil a ação do farmacêutico para mostrar a relevância do SCF.

**FIGURA 13 –** Dificuldades e barreiras para a implementação de serviços clínicos em farmácias comunitárias

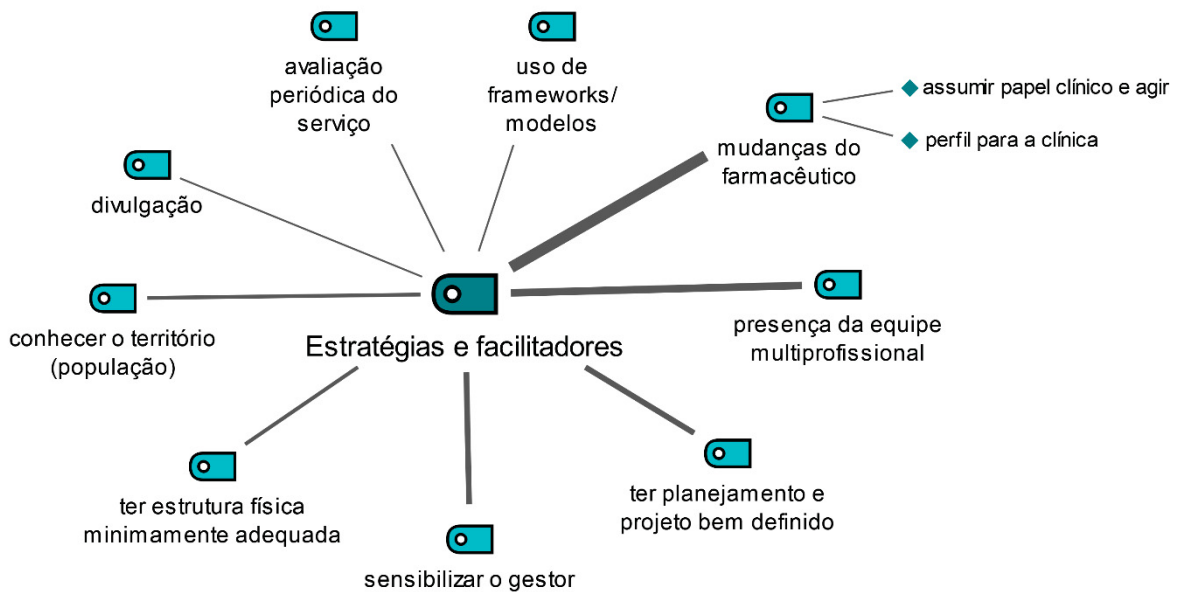


Fonte: A autora (2021)

**3.3.7.2 Estratégias e facilitadores**

Para superar as dificuldades de implementação de SCF, algumas estratégias e facilitadores foram colocados pelos entrevistados e são apresentadas na Figura 14 abaixo.

**FIGURA 14 –** Estratégias e facilitadores para a implementação de serviços clínicos em farmácias comunitárias



Fonte: A autora (2021)

O principal elemento destacado como estratégia foi a necessidade de mudança de comportamento do farmacêutico, que deveria assumir com mais confiança seu papel clínico e atuar para a transformação da realidade, considerando que nos últimos anos já houve algumas melhorias no ensino universitário na área do cuidado farmacêutico:

Contar [caixinha] qualquer um conta. Então o farmacêutico tem que sair mesmo de trás dessa farmácia, ele tem que treinar um técnico para fazer essa [função], contribuir com ele nessa gestão. E aí ele tem que fazer o serviço clínico, não pode ficar mais esperando que os outros façam por ele (Participante 2).

Alguns entrevistados defenderam a ideia de que, para atuar em SCF, o farmacêutico precisaria ter determinadas características identificadas na universidade ou no meio profissional para o seu direcionamento para a área clínica. Na percepção dos participantes, quando o profissional é direcionado conforme o seu perfil, suas atividades profissionais podem ter mais êxito e isso pode ser um ponto chave para o desenvolvimento de SCF com maior eficiência:

Eu acho que se o indivíduo tem um perfil pré-estabelecido, ele vai poder atender à necessidade proposta. Ao passo que outro indivíduo que tenha outro perfil ele pode atender outras necessidades em outra área de atuação do farmacêutico, isso não desmerece o indivíduo porque ele não tem esse perfil. No Brasil tem cento e tantas coisas para fazer, cento e tantas áreas, toda hora aparece uma área diferente. Em alguma ele se encaixa (Participante 7).

Tem que gostar de gente, tem que gostar de ouvir, isso é extremamente importante. E tem que entender a saúde na complexidade dela. Não é só a saúde do medicamento. Esse farmacêutico tem que saber, minimamente, ter traquejo social. Isso a gente pode aprender. (...) Então essas habilidades devem ser desenvolvidas ou potencializadas (Participante 6).

Ainda sobre as ações relativas ao farmacêutico, destacou-se a necessidade de capacitação e treinamento na área clínica para a personalização dos atendimentos, treinamento da equipe, desenvolvimento de algoritmos de atendimento, criação de lideranças e estabelecer canais de comunicação com a população:

Hoje em dia a gente vê um monte de farmacêutico blogueirinho que é blogueirinho para dentro da própria profissão. Inclusive, muita gente fica repetindo o conteúdo um do outro, como um cachorro correndo atrás do rabo. Mas, não tem um farmacêutico que tenha um canal de comunicação com o público, que refute aquelas coisas, que discuta (...). Então eu acho que o farmacêutico tem que se abrir para a população (Participante 7).

Além do farmacêutico, outros pontos foram sinalizados como estratégicos para o desenvolvimento de serviços. A presença da equipe multiprofissional na atenção primária foi citada enquanto um grande facilitador para a atuação clínica do

farmacêutico. Outro ponto bastante comentado foi a necessidade do planejamento prévio e bem estruturado do serviço, com a definição clara do serviço a ser ofertado, o uso de modelos e *frameworks* para padronização do processo e fluxo de trabalho, a estimativa prévia dos custos que o SCF irá envolver, a possibilidade de estabelecer parcerias com outros profissionais dentro da equipe de saúde (UBS) ou clínicas (FC privada) para referência e contra-referência de pacientes, além de instituições como laboratórios ou universidades e a maneira como o SCF será avaliado.

A sensibilização do gestor foi mais um ponto citado, sendo que ele pode ser um aliado na promoção dos SCF quando está sensibilizado. Outro grande facilitador identificado seria a presença de estrutura física minimamente adequada para os atendimentos, como sala privativa ou semiprivativa e equipamentos, na visão dos participantes:

Eu preciso ter uma estrutura minimamente, eu não digo adequada, mas eu preciso ter uma estrutura que me permita fazer esse atendimento. Então, pode ser uma salinha pequena. Pode ser o canto do balcão. Pode ser um lugar onde eu posso sentar frente a frente com o paciente (Participante 6).

A compreensão da população atendida na FC em seus aspectos sociodemográficos, clínicos e financeiros, bem como as características do lugar onde a FC está inserida foram destacadas como elementos fundamentais para o processo de planejamento dos serviços aplicados e coerentes com a demanda de saúde local:

O principal foi: vamos estudar o território. Qual é o território? Quem é que nós vamos atender? (...). Eu tenho que saber qual é a cultura dessa população. Ou as culturas. Quais são as comunidades que eu vou atender? Eu vou atender quem? É pobre? É rico? (Participante 13).

A divulgação foi citada como fundamental para que a população conheça o serviço, e alguns meios citados foram rádios comunitárias, explicação na própria farmácia, folder, teatro e por comunicação “boca a boca” entre os pacientes. Os entrevistados ressaltaram a importância de avaliar periodicamente o próprio serviço:

Você tem que pensar também como é que você vai avaliar o teu serviço. Se você não avaliar constantemente a qualidade do teu serviço você está correndo risco de ser um serviço medíocre, que não tende a evoluir e não vai se reciclar, que não vai melhorar nunca (Participante 16).

O uso de modelos e *frameworks* foi citado nas entrevistas como uma forma de auxiliar a implementação de serviços. Entretanto, alguns participantes pontuaram que os *frameworks* internacionais precisam ser amplamente adaptados para serem aplicáveis à realidade brasileira, considerando que são elaborados majoritariamente

em países desenvolvidos com grandes diferenças culturais, sociais e econômicas em comparação ao Brasil.

Outros facilitadores e estratégias que podem auxiliar no processo de implementação citados foram a inclusão dos serviços enquanto política organizacional da farmácia (ou plano de negócios) – seja pública ou privada; a sensibilização da equipe que faz parte do atendimento – desde a secretária até os enfermeiros e médicos que constituem a equipe local; o aumento do número de farmacêuticos nas farmácias; o estabelecimento de um registro sistemático dos serviços desenvolvidos, seja para fins de relatório ou avaliação dos resultados obtidos; e incentivo com investimento financeiro público ou privado

### 3.3.8 Avaliação da produção científica sobre SCF

A percepção dos entrevistados a respeito das pesquisas científicas brasileiras sobre serviços clínicos providos por farmacêuticos foi subdividida em três subtemas: avanços, problemas e dificuldades.

#### 3.3.8.1 *Observação de avanços na pesquisa e publicação brasileiras*

Assim como os SCF, a pesquisa e publicações brasileiras sobre o tema avançaram na última década de acordo com a percepção dos entrevistados. Foi destacado que as mudanças iniciaram a partir do desenvolvimento de SCF comunitários e pelo esforço de docentes que se esmeraram em produzir conhecimento mesmo sem ter um campo propício na época e nem formação adequada na área de cuidado. Muitos buscaram suporte em trabalhos internacionais para referenciar suas pesquisas e publicações, ganhando aos poucos, mais espaço científico na universidade. Houve a percepção de um aumento do número de publicações que estão relacionadas, em sua maioria a universidades públicas, além de que haveria o desenvolvimento de metodologias mais robustas, indicando amadurecimento da área e maior inserção internacional dos pesquisadores. Além disso, percebeu-se crescimento da formação de mestres e doutores na área de cuidado farmacêutico no Brasil.

#### 3.3.8.2 *Problemas da pesquisa e publicações brasileiras*

Vários problemas também foram identificados, iniciando pelo número de publicações que, apesar de ter aumentado, ainda permanece escasso. As



metodologias já são mais robustas, mas ainda apresentam fragilidades, com lacunas na estruturação dos serviços, além do reporte insuficiente ou inadequado tanto do serviço que foi estudado quanto dos resultados obtidos. Faltam também resultados consistentes, que envolvam desfechos econômicos, humanísticos e clínicos. A produção científica nacional seria também bastante regionalizada, sem estudos multicêntricos que possam gerar evidências mais robustas do impacto do serviço. São poucos os ensaios clínicos sobre serviços, e não existem redes que permitam a realização de estudos multicêntricos. Há a percepção de que, no Brasil, são feitos estudos pequenos, regionais, com relevância limitada.

Um dos entrevistados relatou que sente falta de relação entre pesquisa e prática, sendo que as pesquisas brasileiras geralmente são muito teóricas e não respondem a questões da vida real, fazendo um destaque para o mercado farmacêutico:

Quanto mais eu mergulhava na vida real e eu olhava para a produção científica eu ia no Medline tentar encontrar coisas, eu não encontrava as respostas. Eu não consigo encontrar na pesquisa científica respostas para problemas do mundo real que eu estava vivendo. E aí você percebe muitas vezes o quanto a pesquisa científica acaba sendo muito básica, muito teórica, por mais que ela tente ser aplicada, ela acaba sendo teórica, às vezes geral demais, às vezes específica demais, e ela não endereça problemas que pelo menos a gente estava vivendo. Porém, aí eu estou falando de Brasil (Participante 3).

Uma das preocupações dos entrevistados foi com a descontinuidade de serviços clínicos ofertados apenas durante períodos de pesquisa científica, deixando a comunidade desprovida do serviço após o término do estudo.

De forma geral, as pesquisas e produção científica no Brasil deveriam avançar muito ainda na percepção dos entrevistados, tanto na melhoria das metodologias, relatos, linguagem, uso de ferramentas como *frameworks* para implementação, financiamento e produção de resultados que gerem benefícios.

### 3.3.8.3 Dificuldades enfrentadas na produção de pesquisa e publicações

Além dos problemas e, também, como motivos de muitos problemas, os pesquisadores citaram várias dificuldades encontradas na produção da pesquisa. Foi relatada dificuldade em conseguir, primeiro, a abertura dos gestores, proprietários de farmácias, para a realização de projetos, além da dificuldade em implantar de fato o protocolo definido para a pesquisa, uma vez que os serviços muitas vezes não existem na prática e são delineados exclusivamente para um projeto.

Os pesquisadores também relataram dificuldades de acesso a publicações e revistas internacionais por parte de estudantes, profissionais da ponta e pesquisadores, que, muitas vezes também apresentam dificuldades de leitura em língua estrangeira, o que é ainda uma realidade em diversas regiões do país:

E essa questão da leitura em outra língua a gente encontrou (...) que também era uma barreira que é a dificuldade de ler em outra língua. Não é comum [ler em outra língua]. Pelo menos em algumas partes do país, não é comum (Participante 9).

O que eu sinto falta é de ter uma literatura em idioma português para eu poder utilizar no contexto da sala de aula (...). Não tem tanta coisa de qualidade em língua portuguesa para gente utilizar com pessoas que estão em início de formação e que às vezes não tem ainda o inglês, um domínio muito grande da língua. Eu vejo como um obstáculo, uma dificuldade (Participante 15).

De acordo com os entrevistados há dificuldade para o financiamento de projetos na área do cuidado farmacêutico, e muitos relataram ser necessário publicar em outras áreas para conseguir pontuações competitivas em editais de financiamento. Existe uma grande pressão por publicações com alto fator de impacto, mas a área clínica da Farmácia brasileira não tem revistas com a *expertise* do cuidado, e as revistas de áreas mais amplas, em sua maioria, possuem baixo fator de impacto e demora na publicação. Dessa forma, os pesquisadores seriam forçados a publicar em revistas internacionais, o que é outro passo difícil, pois essas revistas não têm interesse, geralmente, em pesquisas regionais:

Sinto uma dificuldade muito grande de publicar, porque se a gente pensar numa área, numa revista específica para essa área, nós não temos. Nós temos revistas que abrangem de uma forma geral a farmácia, mas a gente não tem uma revista especializada” (Participante 12).

O tempo de publicação de artigo é algo muito moroso [em revista brasileira]. Eu tenho um artigo aceito e demora um ano, ele faz aniversário para ser publicado. E a gente sabe, as fontes primárias de informação têm que ser rápidas. Se você esperar um ano para um artigo ser publicado, você pensa 10 mil vezes antes de submeter (Participante 14).

Já na pesquisa de serviços clínicos (...) algumas têm muita relevância nacional. Estudar algo sobre o SUS, algo que às vezes as revistas internacionais não têm interesse em saber, nacionalmente é muito importante para o avanço dessa área e avanço do SUS dentro da área de cuidado ao paciente (Participante 2).

Um ponto bastante discutido foi sobre as características das revistas. De forma geral os entrevistados apontaram que possuem dificuldades para publicar por causa da maneira como as revistas estão formuladas para aceitar ou não um artigo, ditando

o tema que é ou não interessante, a língua e assuntos que já estão esgotados internacionalmente, além de exigirem estudos grandes e multicêntricos:

Eu acho que também isso acaba influenciando nas nossas pesquisas, onde a gente vai publicar. Porque elas [as revistas] acabam ditando o que é importante e o que não é, sendo que entra naquele dilema: tem uma importância substancial para comunidade, para a região, mas a gente não vai conseguir publicar numa revista internacional (Participante 9).

### 3.3.9 Impacto da pandemia de COVID-19 na oferta de serviços clínicos em farmácias comunitárias

A pandemia interrompeu os atendimentos presenciais, o que influenciou diretamente a oferta dos SCF. A maioria dos entrevistados disse estar envolvida com SCF, mas que por causa da pandemia, os atendimentos precisaram ser interrompidos: “A gente começou com o projeto piloto em fevereiro e agora em março a gente ia expandir, mas aí... está tudo no mesmo lugar”. (Participante 6).

Alguns tentaram fazer adaptações, realizando o monitoramento dos pacientes à distância, mas isso estava trazendo alguns desafios:

A gente trabalha só com pacientes de difícil manejo (...). A gente leva muito tempo para conseguir fazer contato, fazer vínculo. E agora na pandemia a gente liga e adivinha? Estão todos ótimos, pressão está ótima, não tem problema, eu digo “meu deus do céu”. É uma confusão (Participante 6).

Apesar de todas as dificuldades, os entrevistados relataram ter a esperança de que a pandemia fosse um momento oportuno para mostrar à população o papel do farmacêutico no cuidado à saúde por meio da prestação de orientações farmacêuticas, detecção de sinais e sintomas da COVID-19 e realização de testes rápidos. Entretanto, a pandemia trouxe desafios e ressaltou alguns problemas recorrentes. Os entrevistados relataram grande preocupação com a automedicação irresponsável generalizada da população leiga que acreditou em propagandas sobre supostos tratamentos para a COVID-19. Foi relatado um desapontamento com as atitudes de farmacêuticos na dispensação irracional desses medicamentos, sendo citados casos de profissionais dispensando deliberadamente medicamentos sem comprovação científica:

As pessoas foram às farmácias para consumir [hidroxicloroquina] como preventivo e sumiu das farmácias. E meus colegas estavam dizendo que estavam vendendo porque chegavam lá e pediam, e eles entregavam (Participante 4).

Eu tenho colegas farmacêuticos que postaram em redes sociais pessoais promoções assim: “ivermectina chegou” (Participante 9).

Os entrevistados fizeram alguns questionamentos diante dessa postura profissional inadequada, como a subserviência dos farmacêuticos ao sistema comercial das farmácias, cedendo às pressões do mercado pela venda de produtos mesmo que de forma irracional e a falta de autonomia para decidir sobre a dispensação ou não de produtos: “Vide o que está acontecendo com as dispensações de ivermectina, hidroxiquina. O quanto esse profissional tem de fato autonomia para aguentar a pressão de mercado, a pressão de paciente? ” (Participante 9).

Apesar de terem tido esperança no início de que a pandemia traria maior valorização profissional, o sentimento maior é de frustração com o comportamento dos farmacêuticos e falta de postura profissional, sendo citado que a profissão está perdendo uma oportunidade histórica de mostrar sua importância e relevância no cenário nacional:

A gente vê matemático falando da pandemia, a gente vê economista falando da pandemia, mas praticamente a gente não vê farmacêuticos aparecendo. Você vê médicos, enfermeiros, mas, cadê o farmacêutico? Então eu acho que a gente está perdendo uma oportunidade histórica (Participante 7).

Foi destacado também que, no início da pandemia, houve dificuldades sobre as ações que deveriam ser tomadas, pela ausência de protocolos e falta de conhecimento sobre a nova doença:

Primeiro houve uma preocupação muito grande da questão de não conhecer e dos protocolos que a gente não tinha. A gente não sabia desse protocolo de atendimento. A gente não sabia se ia ter equipamentos de proteção individual para todo mundo (Participante 6).

Os entrevistados apontaram que, apesar de todas as dificuldades, a pandemia trouxe a discussão de assuntos novos, como a realização de teleatendimentos e trabalhos remotos virtuais e o desenvolvimento de habilidades tecnológicas generalizado pela necessidade do momento.

É a mesma coisa agora na pandemia, a gente vê pessoas que têm uma habilidade tecnológica muito boa, mas ninguém ficou para trás. A gente conseguiu ensinar um professor de 60 anos a fazer uma videoconferência, a ele gravar uma aula” (Participante 6).

### 3.4 DISCUSSÃO

A percepção de pesquisadores acerca dos SCF no Brasil, além de criticamente apresentar o atual estágio de transformação da profissão farmacêutica brasileira, também revelou importantes aspectos para sua compreensão holística e apontou possibilidades para consolidação e avanço dos SCF. Os principais temas oriundos da análise das entrevistas referem-se ao panorama geral dos serviços, sentimentos e expectativas relativos ao cenário atual, principais atores envolvidos na prestação de serviços, processos de implementação, avaliação da produção científica e o impacto da pandemia de COVID-19 na oferta de SCF. A discussão será apresentada em subseções, sempre que possível estabelecendo as relações entre os temas abordados.

#### 3.4.1 Panorama dos serviços clínicos providos por farmacêuticos em farmácias comunitárias

As características que definem os SCF descritas pelos participantes da pesquisa estão de acordo com autores internacionais, que sugerem uma classificação hierárquica dos serviços baseada no nível de raciocínio clínico e na extensão da mudança necessária para alcançar o objetivo terapêutico (BENRIMOJ et al., 2010). Dentro dessa perspectiva, serviços como a dispensação e rastreamento em saúde seriam serviços menos complexos enquanto o gerenciamento de condições crônicas e a prescrição seriam as atividades mais complexas. No entanto, independente da complexidade, os SCF precisam ser bem delineados e requerem uma série de fatores para serem implementados (MOULLIN; SABATER-HERNÁNDEZ; BENRIMOJ, 2016b).

A documentação é um dos pontos chave para a continuidade do serviço, entretanto não foi observada sua inserção na prática em farmácias comunitárias pelos participantes da pesquisa. Uma estratégia para otimizar a documentação dos SCF seria a utilização de prontuários eletrônicos integrados em um sistema de cuidado, que permitiria o registro adequado e a integração entre os farmacêuticos e demais profissionais de saúde, facilitando o encaminhamento e comunicação entre a equipe (GOODE et al., 2019). Softwares para o gerenciamento de SCF em farmácias comerciais já estão disponíveis no mercado brasileiro (CLINICARX, 2022; IFARMACÊUTICO, 2022), mas seu uso depende da capacidade financeira, de

recursos humanos e do interesse de cada estabelecimento. No sistema público, o prontuário eletrônico do SUS, desenvolvido para integrar as informações da Atenção Primária em nível nacional (BRASIL, 2022), foi utilizado pelos farmacêuticos durante a execução do projeto QUALIFAR-SUS em Curitiba para registro das consultas farmacêuticas em formato SOAP (informações Subjetivas, Objetivas, Avaliação e Plano) e obteve uma avaliação satisfatória da equipe de saúde (BRASIL, 2015).

Outro ponto ressaltado foi a necessidade de remunerar os SCF. Alguns modelos de remuneração em farmácias privadas relacionadas ao investimento do próprio estabelecimento foram sugeridos pelos participantes. No entanto, em países desenvolvidos, modelos híbridos com investimento de recursos públicos para o pagamento de farmacêuticos em farmácias privadas foram implementados (HOULE et al., 2014, 2019). O reembolso por serviços é pago a farmácias ou farmacêuticos em países como Austrália, Reino Unido, Canadá, Nova Zelândia e Estados Unidos, sendo 73% subsidiado pelos governos de cada país. Exemplos são o MedsCheck na Austrália (HOULE et al., 2014) e o *Pharmacy Services Compensation Program* de Alberta, Canadá (HOULE et al., 2014; GOVERNEMENT OF ALBERTA, 2018). Esses programas governamentais remuneram farmácias privadas por serviços prestados, com valor estabelecido por tipo de serviço e a depender do tempo e esforço dispendido.

Obter a remuneração é um fator essencial para dar suporte às atividades clínicas, sendo sua falta mencionada por diversos estudos como uma das grandes barreiras para a expansão de serviços clínicos (CHAN et al., 2008; GOODE et al., 2019; HAUA; HARRISON; ASPDEN, 2019). Na Espanha, foram definidos protocolos para os SCF, mas a sua efetivação na prática ainda estaria limitada aos farmacêuticos entusiastas e motivados a manter os serviços, devido provavelmente à falta de remuneração (GASTELURRUTIA; FAUS; MARTÍNEZ-MARTÍNEZ, 1999). Algumas pesquisas de opinião sugerem que os farmacêuticos que recebem remuneração frequentemente consideram o pagamento por serviços insuficiente, levando em conta que os esforços e tempo empenhados para o cuidado geralmente superam o esperado (HOULE et al., 2014).

Os SCF ainda são atividades relativamente novas no Brasil, portanto, a remuneração ainda não foi devidamente implementada nas esferas privada ou pública, o que contribui com o entendimento de que há, atualmente, um momento de transição para a atuação do farmacêutico voltada para a clínica. Além disso, foi

relatada a percepção de um ambiente mais favorável para a realização de SCF relacionado à mudança de pensamento entre os profissionais farmacêuticos, que estão mais abertos à clínica, bem como mudanças iniciais no sistema de saúde sobre o papel do farmacêutico, que têm levado ao aumento da disseminação de serviços nas esferas pública e privada (BRASIL, 2012; ABRAFARMA, 2017). Entretanto, o farmacêutico ainda exerce muitas atividades burocráticas, administrativas e de logística que o impedem de atuar no atendimento de pacientes, acentuando a atuação profissional híbrida. Mesmo quase 20 anos após o início da mudança de pensamento no Brasil para uma formação mais voltada para o cuidado (BRASIL., 2002; IVAMA et al., 2002), a quantidade de SCF realizados em FC ainda é limitada.

A baixa taxa de oferta e a qualidade aquém do ideal de SCF em FC brasileiras foram assuntos enfatizados. Assim como apontaram os participantes dessa pesquisa, Houle et al (2014) também descreveram que vários elementos podem prejudicar a oferta de serviços, como a falta de salas privativas ou semiprivativas nas farmácias, limitação de tempo, processos administrativos complexos para obtenção da remuneração, falta de interesse e conhecimento dos médicos e pacientes, além da baixa divulgação dos serviços. A ampla distribuição geográfica e a facilidade de acesso da população às farmácias comunitárias públicas e privadas são fatores estratégicos para maior cobertura do atendimento à saúde, mas percebe-se que, mesmo em outros países, o farmacêutico continua sendo um profissional da saúde subutilizado (GOODE et al., 2019).

Vantagens e desvantagens para a realização de SCF conforme a natureza do estabelecimento (público ou privada) foram apontadas. A natureza comercial das farmácias privadas foi destacada como a principal desvantagem. Por serem estabelecimentos que envolvem a venda de produtos e que precisam manter sua viabilidade econômica, Benrimoj e colaboradores (2010) sugerem que o modelo de negócios da farmácia privada precisaria sofrer modificações estruturais e gerenciais para desenvolver uma prática centrada no paciente. O retorno financeiro de SCF é menor do que aquele proveniente da venda de medicamentos, portanto, há resistência em ofertar SCF e disponibilizar tempo do farmacêutico para esta atividade. Por outro lado, determinados procedimentos farmacêuticos como a verificação da PA, glicemia capilar, realização de testes rápidos e vacinação têm se consolidado na farmácia comercial, provavelmente por terem custos e benefícios econômicos (venda dos



insumos associados ao procedimento) facilmente mensurados (PEREPELKIN; DOBSON, 2009; GOODE et al., 2019).

Por outro lado, as farmácias públicas dentro das unidades básicas de saúde foram citadas como sendo o local mais propício para o desenvolvimento e expansão de SCF. O grande facilitador de acordo com os participantes seria o fato de não haver envolvimento pecuniário (medicamentos são fornecidos gratuitamente) e ter uma equipe de saúde multiprofissional formada por profissionais como médico, enfermeiro, dentista e farmacêutico (MENDES, 2015). A interação direta com os demais profissionais de saúde possibilita a troca de informações e realização de intervenções de forma mais ágil, com o desenvolvimento de um plano de cuidado integral (SIMPSON et al., 2011; MOURÃO et al., 2013). O trabalho de cooperação entre os profissionais é essencial para a resolução de problemas, e o farmacêutico é capaz de contribuir para promover intervenções que beneficiem pacientes que utilizam terapia medicamentosa complexa (MOURÃO et al., 2013).

Ainda, alguns participantes fizeram comparações entre a FC com o ambiente hospitalar, enfatizando o processo de acreditação de hospitais, que exige a realização de serviços clínicos bem estruturados, podendo ser um caminho para otimizar a estruturação de SCF em FC. De acordo com vários estudos, os benefícios do processo de acreditação envolvem a melhoria da qualidade do serviço de uma instituição ao estabelecer padrões de qualidade e monitoramento da performance dos profissionais, identificando fraquezas, forças e oportunidades para elaboração de soluções aos problemas encontrados (VISWANATHAN; SALMON, 2000; BARATI et al., 2016; AL-JAZAIRI et al., 2021). Avaliações do impacto do processo de acreditação mostraram falta de farmacêuticos clínicos, falhas na documentação, no treinamento de profissionais e dificuldades de acesso a informações, sugerindo mudanças para melhorar a efetividade do serviço (BARATI et al., 2016; KATOUE et al., 2021).

A busca por maior qualidade nos serviços de saúde tem sido prioridade de governos de diversos países (KATOUE et al., 2021). Identificar as lacunas e problemas existentes nos sistemas de saúde é um dos processos necessários para o desenvolvimento de serviços que atendam às demandas da população. Nesse sentido, os participantes dessa pesquisa destacaram o papel que os principais atores envolvidos com os SCF têm desempenhado para desenvolvimento da prática clínica, e algumas relações entre os atores foram estabelecidas.

### 3.4.2 Principais atores envolvidos e sua relação na execução de serviços clínicos em farmácias comunitárias

O farmacêutico foi apontado como um dos principais responsáveis pela lentidão do avanço dos SCF. Os participantes expressaram decepção e indignação pois esperavam postura proativa dos profissionais a partir das mudanças curriculares voltadas à clínica na formação universitária dos últimos anos (BRASIL, 2017a). Essa visão pode ser resultado do viés de que todos os participantes eram professores pesquisadores e, por sua função docente, consideraram que os estudantes de farmácia teriam todas as ferramentas à mão para colocar em prática os serviços clínicos aprendidos no ambiente universitário. Entretanto, o contexto social no qual o farmacêutico está inserido deve ser levado em conta para compreender a dificuldade de uma transformação profissional tão significativa.

A falta de engajamento do farmacêutico com serviços clínicos não é exclusividade do Brasil. Estudos em vários países também encontraram alta taxa de desistência de farmacêuticos em programas de cuidado e práticas inadequadas (GASTELURRUTIA; FAUS; MARTÍNEZ-MARTÍNEZ, 1999; ROBERTS et al., 2006; PEREPELKIN; DOBSON, 2009; PATWARDHAN; AMIN; CHEWNING, 2014). Rosenthal, Austin e Tsuyuki (2010) discutem que esse problema pode ser fruto de uma cultura profissional não alinhada ao cuidado. No estudo, foram identificadas características de farmacêuticos no Canadá, sendo observadas falta de confiança, dificuldade em tomar decisões, medo de novas responsabilidades, necessidade de aprovação e aversão a riscos. Os autores relacionaram essas atitudes ao direcionamento profissional para o comércio de produtos, com uma educação voltada para formar cientistas e não profissionais do cuidado, tornando-os inseguros diante de cenários práticos reais de atuação (ROSENTHAL; AUSTIN; TSUYUKI, 2010). Alguns autores sugerem que a farmácia deveria possuir dois ramos de atuação: um voltado à dispensação comercial de medicamentos, com maior envolvimento de técnicos e uso de tecnologia para dispensação, e outro pertinente ao cuidado clínico relacionado aos medicamentos, sob responsabilidade do farmacêutico (PEREPELKIN; DOBSON, 2009). Essa prática aumentaria a disponibilidade do farmacêutico para atividades clínicas e ampliaria o acesso da população ao cuidado.

O farmacêutico foi descrito pelos participantes como um profissional inseguro para exercer atividades clínicas e a formação universitária foi apontada como a principal responsável pelo desenvolvimento insuficiente de habilidades e pensamento

clínicos. O currículo dos cursos de farmácias no Brasil prevê que 50% das disciplinas sejam direcionadas ao cuidado (BRASIL, 2017a), entretanto as mudanças parecem ainda não ter sido suficientes para gerar modificações na conduta dos farmacêuticos. A transição da universidade para a prática profissional foi relatada como desafiadora no estudo de Noble e colaboradores (2014) realizado na Austrália. Os alunos descreveram sua formação centrada em aulas teóricas, com poucas oportunidades para desenvolver habilidades clínicas em experiências com pacientes reais. No mesmo sentido, um estudo da Nigéria, que avaliou o treinamento clínico de farmacêuticos formados em países da Ásia, África e Europa, demonstrou falta de experiência clínica durante a graduação (ADIGWE; MOHAMMED; ONAVBAVBA, 2022).

A desmotivação dos farmacêuticos observada pelos participantes desse estudo foi discutida em outros trabalhos. Chien e colaboradores (2022) (CHIEN; AXON; COOLEY, 2022) comentaram que as discrepâncias encontradas entre a educação farmacêutica teórica e a prática profissional podem gerar sentimentos de desvalorização e subutilização. O estudante de farmácia espera atuar clinicamente resolvendo problemas relacionados aos medicamentos, contudo, a prática o conduz a atuar na maior parte do tempo vendendo medicamentos ou gerenciando processos burocráticos e administrativos (CHIEN; AXON; COOLEY, 2022). Ao invés de promover o uso racional de medicamentos, há pressão para aumentar a venda de produtos, gerando conflitos éticos sobre a atuação profissional que se divide entre servir à população e acatar aos interesses corporativos (KELLAR et al., 2020). Estudo que avaliou a desistência da profissão entre farmacêuticos da Nova Zelândia demonstrou que a falta de reconhecimento profissional, o viés comercial das farmácias, a remuneração inadequada e a subutilização do conhecimento e habilidades clínicas estavam entre as principais razões para o abandono da profissão (ASPDEN et al., 2021).

A atuação profissional que difere substancialmente dos conhecimentos teóricos apreendidos na universidade pode levar a confusões sobre a própria identidade do farmacêutico (KELLAR et al., 2020). A definição de uma identidade profissional é fundamental para que os profissionais se sintam mais motivados, confiantes e conectados dentro da profissão, e os educadores podem exercer um papel chave para o desenvolvimento da identidade profissional (CHIEN; AXON; COOLEY, 2022). Estudos têm associado a ausência de identidade profissional clara à menor satisfação

no trabalho e esgotamento de profissionais (MAK et al., 2013; NOBLE et al., 2014; KELLAR et al., 2020). Adicionalmente, quando o estudante se forma e inicia um trabalho em farmácia comunitária, a interação com outros profissionais farmacêuticos é muito baixa ou inexistente, dificultando a troca de conhecimentos e o suporte necessários para a sustentação de uma identidade profissional (JANKE et al., 2021).

A universidade é um ambiente essencial para o desenvolvimento da cultura e identidade profissionais (CHIEN; AXON; COOLEY, 2022). De acordo com alguns autores, os educadores têm o papel de incorporar mudanças curriculares orientadas para experiências clínicas práticas, demonstrar competências profissionais, identificar as preferências de prática dos alunos e estabelecer moral e valores dentro da profissão para auxiliar no processo de formação identitária (NOBLE et al., 2014; KELLAR et al., 2020; CHIEN; AXON; COOLEY, 2022; WAHAB et al., 2022). A realização de estágios geralmente é um bom elemento para que o estudante veja modelos de atuação e se identifique com a prática, linguagem, visão de mundo e conduta de vida. Dessa forma, se incorpora uma definição de si e uma projeção para o futuro (DUBAR, 2012).

No entanto, foi destacado que os cursos de farmácia brasileiros não oferecem modalidades de estágio suficientes para que o acadêmico tenha contato prolongado com pacientes e equipe de saúde para o desenvolvimento das habilidades necessárias e apreensão dos diversos aspectos culturais da profissão. Dessa forma, a identificação do farmacêutico enquanto profissional clínico e integrado ao cuidado é prejudicada e o farmacêutico pode tornar-se inseguro para o desenvolvimento de SCF, pois não possui suporte técnico de outros farmacêuticos para confirmar as ações deliberadas (DUBAR, 2012).

Modelos de ensino que estimulem o pensamento crítico, encorajem a resolução de problemas, promovam o trabalho em equipe e desenvolvam habilidades de liderança e comunicação são defendidos em vários estudos (AMARILES; OSORIO-BEDOYA; CARDONA, 2019; FOPPA et al., 2021; NASSER et al., 2021). A lacuna da formação tem sido identificada em pesquisas de diversos países e recursos didáticos para melhorar o treinamento clínico têm sido implementados. Resultados positivos têm sido alcançados com aumento do conhecimento e habilidades de estudantes a partir da inserção curricular de metodologias ativas de ensino com integração entre teoria e prática (KARIMI et al., 2010; CZEPULA et al., 2018), jogos educativos

(WAHAB et al., 2022), uso de recursos como pacientes virtuais (JABBUR-LOPES et al., 2012) e pacientes simulados (EUKEL et al., 2014).

Os participantes desse estudo destacaram o importante papel desempenhado pelas instituições de ensino no cenário brasileiro na implementação de projetos de cuidado farmacêutico. Entretanto, barreiras foram apontadas. A disponibilidade de recursos financeiros foi uma das maiores dificuldades, considerando que, no Brasil, os projetos ocorrem a partir principalmente de programas de pós-graduação de universidades públicas e a obtenção de financiamento depende do investimento público (VASCONCELOS, 2008). A redução do orçamento das instituições de ensino nos últimos anos tem impactado, além da pesquisa, a contratação de docentes, gerando sobrecarga e acúmulo de funções que prejudicam o desenvolvimento de projetos de extensão e pesquisa que promovam maior inserção do estudante na comunidade (ZANLORENSSI; SOUZA, 2021).

A baixa autonomia do farmacêutico foi outro ponto discutido pelos participantes desse estudo. A partir de 2013, novas leis profissionais foram publicadas expandindo as atribuições clínicas, entretanto o farmacêutico no Brasil ainda depende legalmente do profissional prescritor (médico) para tomar muitas decisões terapêuticas. Atualmente, o farmacêutico da FC no Brasil pode prescrever apenas medicamentos isentos de prescrição (MIPs) e não possui autoridade para alterar, substituir, iniciar ou interromper um tratamento, salvo em situações específicas de ambientes hospitalares ou clínicas em que se estabeleçam parcerias com prescritores (CFF, 2013). Em outros países, há modelos de prática que possibilitam maior autoridade do farmacêutico sobre o tratamento de pacientes. Em províncias do Canadá, o farmacêutico pode atuar enquanto prescritor independente e renovar, adaptar, substituir ou iniciar prescrições (CANADIAN PHARMACISTS ASSOCIATION, 2016). No Reino Unido, em 2003 o farmacêutico poderia atuar como prescritor suplementar, monitorando o tratamento e até mesmo prescrevendo mediante parceria com o médico e o paciente e, em 2006, o modelo de prescrição independente foi implementado (ZHOU et al., 2019).

A busca por maior autonomia profissional foi citada como central para o avanço da farmácia clínica brasileira. Muitos comentaram positivamente sobre o importante papel exercido pelos conselhos de farmácia nos últimos anos por meio da publicação das RDCs a partir de 2013 que expandiram as atribuições do farmacêutico. Contudo, cabe ressaltar que, de acordo com a Lei nº 3.820 de 1960, a principal função dos conselhos é regulamentar e fiscalizar o exercício profissional, através da deliberação

de resoluções para o cumprimento das leis e proteção da população. Nesse sentido, apesar de ser fundamental para a expansão das atividades profissionais no âmbito legal, seria função dos sindicatos e associações profissionais, órgãos de natureza corporativista que visam a representação dos interesses trabalhistas e sociais da profissão (FENAFAR, 2015; CRF-PR, 2022), a busca por maiores prerrogativas e fortalecimento da categoria farmacêutica.

Com o passar dos anos, a Farmácia se modificou e chegou aos dias atuais sem uma identidade profissional clara, em muitos casos com prestígio social aquém do esperado. O isolamento dos profissionais, sem organização em associações e sindicatos fortes, é um dos resultados dos processos históricos da profissão (ROSENTHAL; AUSTIN; TSUYUKI, 2010). No entanto, ressalta-se que nenhum participante mencionou a necessidade de maior envolvimento dos farmacêuticos com esses órgãos corporativistas. Sugere-se, portanto, que ainda há uma visão profissional bastante voltada para regulamentações, como se as mudanças devessem acontecer de forma hierarquizada, e não a partir da união profissional de forma coletiva para a luta por prerrogativas e maior reconhecimento da profissão. Além disso, é possível concordar em parte com os entrevistados, que responsabilizaram o farmacêutico como o principal impedidor do avanço dos serviços no Brasil por não ter consciência clara do lugar que deveria ocupar profissionalmente.

Outro fator que dificulta a atuação autônoma do farmacêutico é a posição que ocupa nas farmácias comunitárias enquanto subordinado a um gestor. A autonomia ou autoridade profissional é uma das características de profissionais liberais, que possuem a liberdade de regular a si mesmos dentro de sua área de competência sem estarem subordinados a um superior. Em contraponto, profissionais assalariados não desfrutam da liberdade de ações e exclusividade por seu trabalho, pois estão subordinados à autoridade de um patrão, muitas vezes, não profissional (WILENSKY, 1964). Observando o contexto da profissão farmacêutica discutida na revisão de literatura desta tese (subseção 1.1), pode-se dizer que o farmacêutico está posicionado enquanto um profissional assalariado, sob a autoridade do proprietário do estabelecimento ou do gestor público. Em contraste, percebe-se que o farmacêutico é cobrado enquanto um profissional liberal pelas responsabilidades assumidas no gerenciamento dos produtos vendidos em uma farmácia comercial, mesmo que o serviço seja delegado a um trabalhador leigo e precise cumprir as ordens ditadas pelo patrão. Assim, o farmacêutico estaria em uma posição mista, na

qual é responsabilizado enquanto profissional liberal ao mesmo tempo que possui liberdade limitada de atuação, pois trabalha subordinado a uma hierarquia superior (PEREIRA; NASCIMENTO, 2011).

Alguns entrevistados sugeriram que o farmacêutico precisa implementar serviços como um 'trabalho de formiguinha', dizendo que individualmente seria possível convencer os gestores e proprietários de farmácias da implementação de serviços pelo sucesso de um serviço arduamente implementado. Entretanto, a falta de autonomia do farmacêutico de decidir em que horário, dia da semana ou durante quanto tempo atenderá um paciente prejudica a ação do profissional, que depende diretamente da aprovação do gestor ao qual está subordinado. Apesar de responder sobre os medicamentos vendidos, o farmacêutico não é capaz de decidir sobre as atividades que desempenha dentro da farmácia. O profissional está sob a autoridade do gerente ou patrão que cobrará pelo lucro obtido ao final do mês e pelos serviços burocrático-administrativos que deve cumprir.

O farmacêutico está inserido num meio comercial, onde o produto-medicamento não é mais um objeto pelo qual o cliente-paciente irá recuperar sua saúde, mas sim a mercadoria a ser consumida pela venda de um funcionário. Em tradução livre, Denzin e Metlin (1968) destacam que

os farmacêuticos do varejo claramente representam o maior aspecto não profissional da profissão. É na farmácia comercial que o farmacêutico subordina os objetivos profissionais aos pessoais e se interessa pouco pelo fato de não se envolver em atividades profissionais". (Denzin; Metlin, 1968, p. 377, tradução livre).

O medicamento, idealmente, deveria ser um bem social, entretanto o acesso aos medicamentos na sociedade atual está atrelado à obtenção de lucro. A falta de autonomia do farmacêutico na farmácia comunitária privada deve ser entendida no contexto social atual (SANTOS et al., 2016). O uso racional de medicamentos, um dos objetivos dos SCF, pode estar em oposição ao princípio da lucratividade financeira. Não é surpreendente que atualmente as farmácias comunitárias, para maximizar lucros, atrelem a remuneração de empregados – incluindo farmacêuticos – ao volume de vendas de produtos, ocasionando cargas horárias exaustivas, sem horários coerentes com uma rotina equilibrada entre trabalho e descanso. A mudança do valor social do medicamento para um produto produzido em larga escala e comercializável trouxe as principais transformações para a profissão farmacêutica e suas



consequências são amplamente percebidas (TRAULSEN; BISSEL, 2004; CAPONI; BRZOZOWSKI, In SANTOS et al, 2016).

Apesar disso, a disseminação da ideia de serviços clínicos realizados à população através das drogarias pode ter um impacto positivo ao popularizar a farmácia comunitária como um local no qual se pode prestar cuidado à saúde (CORRER; OTUKI, 2013). Os participantes desse estudo destacaram que, apesar da população ainda não ter assimilado o papel clínico do farmacêutico, quando recebem um SCF relatam altos índices de satisfação. Portanto, mesmo com o viés comercial, a disseminação da ideia de que a farmácia é um estabelecimento de saúde pode ser capaz de estimular farmacêuticos a realizar serviços e comunicar a população que existe um profissional habilitado para o cuidado na farmácia comunitária.

A aprovação da comunidade é fundamental para a caracterização de uma profissão. Quando os serviços são essenciais para uma determinada população se estabelece a relação de dependência desses profissionais, que detêm conhecimentos e habilidades específicos (DENZIN; METTLIN, 1968; ANGELIN, 2010). Já foi discutido na revisão de literatura dessa tese (subseção 1.1) que o papel do farmacêutico como profissional da saúde foi sendo apagado aos poucos e esse não está em um lugar de destaque na sociedade. A busca pelo reconhecimento da profissão é inerente daquela que pretende manter sua importância social ao longo do tempo. Os serviços clínicos podem ser uma estratégia de disseminar o papel farmacêutico enquanto um profissional de saúde, com o intuito de mostrar o seu potencial na resolução de problemas relacionados com medicamentos por meio dos serviços que está capacitado a ofertar.

### 3.4.3 Características da implementação de serviços clínicos em farmácias comunitárias

Alguns dificultadores e barreiras para o desenvolvimento de SCF em FC foram citados pelos participantes. O gestor foi o principal elemento apontado, principalmente por não conhecer os SCF e por buscar resultados financeiros positivos imediatos, seja nas farmácias privadas ou públicas, onde a economia de recursos é sempre almejada. Tal resultado está em consonância com aqueles encontrados por Santos Jr et al (2018), que investigaram as barreiras para a implementação de SCF em unidades de saúde na região Nordeste e relataram, dentre outras barreiras, a falta de conhecimento sobre SCF e resistência de gestores para sua implementação. Há,

portanto necessidade de intervenções para sensibilização e capacitação dos gestores para que o escopo de atuação do farmacêutico em farmácias comunitárias seja ampliado e sustentado, de forma que o profissional tenha tempo e espaço para realizar SCF (GASTELURRUTIA; FAUS; MARTÍNEZ-MARTÍNEZ, 1999; BENRIMOJ et al., 2010;).

A implementação de serviços clínicos mais complexos, como o acompanhamento farmacoterapêutico, requer investimento financeiro em recursos humanos e infraestrutura. A Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (SOUZA et al., 2017), que fez um levantamento em todas as regiões brasileiras sobre a institucionalização da assistência farmacêutica na atenção básica, mostrou que apenas 40% das farmácias ou unidades dispensadoras de medicamentos possuem um responsável técnico farmacêutico. Assim, destaca-se a necessidade urgente de investimento para a contratação de profissionais suficientes para suprir as demandas logístico administrativas da FC e formação de equipes de saúde coesas nas UBS, considerando a grande falta de recursos humanos no sistema público de saúde brasileiro que compromete a qualidade do atendimento à saúde (COSTA et al., 2017; SANTOS JÚNIOR et al., 2020).

Em países como Estados Unidos (GALT; DEMERS; HERRIER, 1999; JACOBI, 2016), Canadá (DOLOVICH et al., 2008), Nova Zelândia (HAUA; HARRISON; ASPDEN, 2019), Austrália (FREEMAN et al., 2016) e Inglaterra (NHS, 2019), o farmacêutico atua na atenção primária em conjunto com equipes multidisciplinares em atendimento ambulatorial, farmácias comunitárias ou em clínicas privadas, desempenhando atividades como revisão da farmacoterapia, acompanhamento, conciliação de medicamentos, aconselhamento, requisição de exames laboratoriais e diferentes níveis de prescrição de medicamentos. Para a disseminação da prática clínica nesses países, houve um alto investimento do governo para massificação dos SCF como estratégia para ampliação do cuidado e redução de custos no sistema de saúde (DOLOVICH et al., 2008; JACOBI, 2016; HAUA; HARRISON; ASPDEN, 2019). Os governos podem exercer um papel importante no suporte intelectual e de outros recursos, subsidiando iniciativas de acreditação e desenvolvimento de modelos para a implementação de serviços. O reconhecimento da farmácia e do farmacêutico como parte do sistema de saúde é fundamental para a inclusão dos serviços como política pública, integrando o farmacêutico não só nas atividades logístico administrativas do

medicamento, mas também nas equipes multidisciplinares da atenção primária (BENRIMOJ et al., 2010).

Não foram apontadas apenas dificuldades e barreiras pelos participantes neste estudo; elementos facilitadores e estratégias também foram apresentadas para implementação e consolidação de SCF. A conscientização e sensibilização do gestor sobre a importância dos SCF foi uma das estratégias colocadas por vários participantes. Quando devidamente sensibilizado, o gestor pode ser um grande aliado do farmacêutico na implementação de SCF (RAMOS et al., 2018). No caso de iniciativas pontuais em que o farmacêutico deseja desenvolver SCF na farmácia onde trabalha, mostrar os benefícios clínicos, humanísticos e principalmente econômicos é uma estratégia para mostrar ao gestor as vantagens dos SCF e incentivar sua implementação. O uso de pesquisas que demonstrem o retorno financeiro a longo prazo, bem como pesquisas de satisfação da população, pode auxiliar nesse processo de sensibilização.

A presença da equipe multiprofissional foi colocada enquanto um elemento facilitador para a atuação clínica do farmacêutico nas farmácias públicas da atenção primária, assim como na pesquisa de Ramos et al (2018). A interação direta com os demais profissionais de saúde possibilita a troca de informações e realização de intervenções de forma mais ágil, com o desenvolvimento de um plano de cuidado integral (GASTELURRUTIA; FAUS; MARTÍNEZ-MARTÍNEZ, 1999; SIMPSON et al., 2011; MOURÃO et al., 2013; SCHINDEL et al., 2017). O trabalho de cooperação entre os profissionais de saúde é essencial para a resolução de problemas, e o farmacêutico é capaz de contribuir para promover intervenções que beneficiem pacientes que utilizam terapia medicamentosa complexa (MOURÃO et al., 2013; SCHINDEL et al., 2017). A estruturação de uma equipe de saúde integrada e sensibilizada para a atuação clínica do farmacêutico é uma estratégia fundamental para o cuidado holístico dos pacientes.

Outros pontos estratégicos para a implementação de SCF citados foram o planejamento adequado das ações a serem realizadas e a avaliação periódica do serviço. A implementação de inovações como os SCF é um processo complexo que envolve múltiplos elementos. Experiências internacionais (MOULLIN; SABATER-HERNÁNDEZ; BENRIMOJ, 2016b; VAN DER LAAN et al., 2019; VARAS-DOVAL et al., 2020) mostram que a oferta continuada de serviços bem qualificados é um desafio e requer um planejamento que considere todos os conhecimentos teóricos e sua

aplicação prática. Dentro desse contexto está a Ciência da Implementação, definida como 'o estudo científico de métodos que promovam a incorporação sistemática de resultados de pesquisas e outras práticas baseadas em evidências na rotina, com o objetivo de melhorar a qualidade e efetividade dos serviços de saúde' (ECCLES; MITTMAN, 2006).

A definição, estruturação prévia e documentação do serviço a ser desenvolvido por meio da elaboração de um planejamento estratégico que contemple todas as etapas de implementação é o passo inicial para aumentar as chances de sucesso e foi citado por muitos participantes como uma importante estratégia. Alguns entrevistados citaram que o uso de modelos e *frameworks* disponíveis na literatura científica pode contribuir com o sucesso e sustentação de um SCF. Esses materiais têm sido desenvolvidos com a finalidade de aumentar a fidelidade (DUSENBURY et al., 2003) e o sucesso da implementação de serviços. Vários autores (BAUER et al., 2015; MOULLIN; SABATER-HERNÁNDEZ; BENRIMOJ, 2016b; SABATER-HERNANDEZ et al., 2016; VARAS-DOVAL et al., 2020) sugerem o seu uso para o delineamento e realização do processo de implementação, como o FISpH - *Framework for the Implementation of Services in Pharmacy* (MOULLIN; SABATER-HERNÁNDEZ; BENRIMOJ, 2016a) e o CFIR - *Consolidated Framework for Implementation Research* (SHOEMAKER et al., 2017). Ainda, há instrumentos que auxiliam a reportar a intervenção realizada facilitando o registro, como o *checklist* DEPICT (ROTTA et al., 2015).

Apesar de citarem a importância de utilizar *frameworks* para a implementação de serviços, os participantes destacaram dificuldades para aplicar os modelos internacionais na realidade brasileira, sendo necessárias adaptações, considerando que modelos brasileiros não são encontrados de forma ampla na literatura. Um *framework* brasileiro foi desenvolvido recentemente pela Universidade Federal de Sergipe, o APOTECA, que possui quatro domínios: Atitudinal, Político, Técnico e Administrativo (ONOZATO, 2018). O uso desse *framework* poderia ser uma alternativa para auxiliar na identificação de fatores que influenciam na implementação de um serviço e na construção de estratégias baseadas na observação da realidade brasileira (SANTOS JÚNIOR et al., 2019; CERQUEIRA-SANTOS et al., 2022).

Outras estratégias ainda foram citadas, como a identificação das características socioeconômicas e demográficas da população a ser atendida e dos meios possíveis para a divulgação do SCF para a comunidade. Conhecer a população que utiliza o

serviço é fundamental para compreender suas necessidades e desenvolver SCF adaptados à realidade em questão. O cuidado farmacêutico deve ser desenvolvido de forma personalizada, atendendo as necessidades individuais de cada paciente (IVAMA et al., 2002; CFF, 2016b). Portanto, conhecer as pessoas que serão atendidas é uma estratégia para desenvolver SCF úteis à comunidade, aumentando as chances de adesão da população ao serviço.

#### 3.4.4 A pesquisa científica sobre SCF em FC no Brasil

De acordo com a percepção dos participantes desta pesquisa houve, nos últimos anos, avanços no número de publicações sobre SCF e na condução de estudos com metodologias mais criteriosas, em conjunto com o aumento de mestres e doutores na área do cuidado farmacêutico e da maior inserção internacional da pesquisa brasileira. Entretanto, ainda muitas dificuldades e problemas foram colocados, refletindo um momento híbrido e de transição da pesquisa brasileira sobre SCF que acompanha o panorama da transição da profissão farmacêutica discutido em seções anteriores.

Como todos os entrevistados eram docentes pesquisadores, foi possível identificar várias dificuldades enfrentadas tanto na execução de projetos quanto na publicação de estudos. A disponibilidade de recursos financeiros foi uma das maiores dificuldades, considerando que as pesquisas científicas ocorrem em sua maioria em programas de pós-graduação de universidades públicas e a obtenção de financiamento depende do orçamento público (VASCONCELOS, 2008).

A redução drástica do orçamento de instituições como o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) a partir de 2016 e, de forma mais intensa nos últimos dois anos, tem prejudicado a produção da pesquisa nacional (ANDRADE, 2021). Houve uma redução de 73,4% do orçamento em 2021 em comparação ao ano de 2015, com forte impacto na diminuição do financiamento de projetos de pesquisa e de bolsas para estudantes da pós-graduação (ZANLORENSSI; SOUZA, 2021). Dessa forma, o desenvolvimento de projetos multicêntricos, com metodologias robustas e que envolvam a implementação de serviços clínicos relevantes é dificultado pela falta de financiamento.

Além da redução geral do orçamento, alguns pesquisadores comentaram sobre a dificuldade de obtenção de recursos financeiros dentro da grande área de Farmácia,

uma vez que a linha do Cuidado Farmacêutico é relativamente recente e os pesquisadores precisam competir por bolsas com linhas de pesquisa já consolidadas, como a farmacologia ou áreas de tecnologia. Muitos citaram a necessidade de se envolver com projetos de outras áreas para conseguir publicar e obter pontuação capaz de concorrer com outros pesquisadores. Miglioli (2017) em seu artigo que analisa métricas de avaliação da ciência, aponta que há grande disputa pela concessão de bolsas pelo CNPq, com uma forte exigência por publicações com alto fator de impacto. A autora discute que essa pressão pode levar muitos pesquisadores a buscarem caminhos não éticos para inflar suas publicações, usando recursos como a autocitação e a publicação de artigos mutuamente referenciados entre um mesmo grupo de pesquisadores e dentro de um mesmo corpo de evidências, ou como o autoplágio, prática referente ao envio simultâneo de um mesmo artigo para diferentes periódicos, com pequenas alterações textuais.

A pressão por publicar em periódicos com alto fator de impacto foi um elemento apontado como dificuldade nas falas dos participantes. Vilaça (2018) encontrou em sua pesquisa que a maior preocupação de estudantes de pós-graduação e pesquisadores é publicar, além do fator de impacto do periódico no qual ocorrerá a publicação. A partir dos seus resultados, o autor discute, fazendo uma analogia com a lógica de mercado, que essa pressão generalizada sentida por pesquisadores brasileiros decorre da maneira como a ciência está estruturada, sendo que os artigos têm exercido função de moeda no meio acadêmico científico. Dessa forma, para se inserir, o pesquisador seria avaliado muito mais pela quantidade de artigos que produz do que pela qualidade do conteúdo gerado, dificultando a produção e publicação em áreas nas quais a obtenção de resultados é mais lenta, como o cuidado farmacêutico.

Outra questão apontada pelos participantes foi que, atualmente, não existem no Brasil revistas específicas da área do cuidado farmacêutico com alto fator de impacto. Portanto, os pesquisadores são pressionados a publicar os resultados de sua pesquisa em periódicos internacionais que geralmente são oriundos de países desenvolvidos. Esses periódicos determinam as pesquisas que são ou não interessantes e dificultam a publicação de temas que, apesar de relevantes para o cenário brasileiro, podem não o ser internacionalmente. É importante destacar que os periódicos não são imparciais, sendo definidos por Camargo Junior (2009) como campos de disputa de poder, em que verdades científicas são produzidas a partir de



jogos políticos, o que se distancia de questões epistêmicas<sup>3</sup>. A inserção internacional de pesquisas brasileiras é um desafio, assim como colocado pelos entrevistados, pois os autores nacionais estão em uma posição de dependência dos posicionamentos dos editores e avaliadores dos periódicos, que definem o que possui maior ou menor relevância de acordo com os princípios e valores vigentes (VILAÇA, 2018).

Dentro do mesmo contexto, alguns entrevistados comentaram sobre a dificuldade em publicar ou ter acesso a pesquisas em outros idiomas, especialmente o inglês. Apesar de ser considerada a língua franca da ciência atual (VASCONCELOS; SORENSON; LETA, 2007), ainda há no Brasil baixo domínio da língua inglesa, com estimativas de que apenas 5% da população sabe falar o idioma, sendo apenas 1% fluente (ANDRADE, 2022). Pesquisa de Vasconcelos; Sorenson e Leta (2007), que analisou o autorrelato sobre o domínio do inglês a partir do currículo Lattes de mais de 51 mil pesquisadores brasileiros, mostrou que ler e entender são habilidades mais desenvolvidas do que falar e escrever, sendo que cerca de 44% declararam possuir habilidades satisfatórias de escrita, e 13%, baixo domínio. Mesmo entre pesquisadores percebe-se que ainda há a lacuna do idioma a ser superada. São raros os programas de escrita acadêmica em inglês na pós-graduação brasileira, e o ensino de inglês nas escolas do país não é aprofundado para preparar o indivíduo para a comunicação científica (VASCONCELOS, 2008; MARQUES, 2009; ANDRADE, 2022).

O idioma de cerca 92% das publicações do Medline/Pubmed entre 1996 e 2011 (BALK et al., 2012) e de quase 95% das citações entre 2020 e 2021 foi em inglês (MEDLINE, 2021). A publicação em inglês em revistas científicas que possuem visibilidade internacional confere vantagem aos pesquisadores principalmente de países de língua anglófona<sup>4</sup>. Esses pesquisadores têm maior facilidade na escrita dos artigos e se inserem mais facilmente na comunidade científica internacional, uma vez que as definições das normas e políticas científicas são determinadas a partir da perspectiva cultural dos países anglófonos dominantes (VASCONCELOS, 2008; VILAÇA, 2018). Assim, países que não têm o inglês como primeiro ou segundo idioma permanecem em desvantagem nas publicações e inserção na ciência internacional, que é o caso do Brasil.

---

<sup>3</sup> Epistemologia: Estudo crítico das premissas, das conclusões e dos métodos dos diferentes ramos do conhecimento científico; teoria da ciência (Dicionário Michaelis - *online*, 2022).

<sup>4</sup> Regiões em que o inglês é língua oficial ou dominante (Dicionário Michaelis - *online*, 2022).



Outro ponto destacado foi a dificuldade de acesso a artigos em bases internacionais por conta de taxas, além da cobrança para a publicação de artigos sobre SCF em revistas tanto nacionais quanto internacionais. Os artigos de Vilaça (2018) e de Gomes; Bechimol e Barros (2018), destacam que grandes periódicos da área da saúde como Elsevier, Springer e Wiley cobram valores considerados altos no Brasil para se obter acesso a artigos. Essa realidade faz muitos pesquisadores desistirem de acessar os artigos ou, ainda, utilizam ferramentas alternativas e ilegais como o SciHub<sup>5</sup> para obter acesso à literatura desejada.

Além das dificuldades encontradas para realizar pesquisas e publicações, alguns problemas foram apontados na produção científica sobre serviços, sendo muitos deles explicados em parte pelas dificuldades expostas. Foi relatado que, apesar dos avanços, ainda há um número pequeno de estudos sobre SCF em FC no Brasil, sendo a maioria realizada em uma ou algumas FC regionais, com metodologias frágeis e sem resultados consistentes. Esse resultado também foi observado na revisão de escopo apresentada no segundo capítulo desta tese, que encontrou apenas quatro ensaios clínicos dentre os 61 estudos incluídos na revisão e apenas um estudo envolvendo várias regiões brasileiras. Essas fragilidades podem ser explicadas pela dificuldade de se obter recursos financeiros discutida anteriormente, o que leva os pesquisadores a elaborarem estudos com desenhos mais simples e metodologias menos robustas, além de estudos regionalizados e não multicêntricos.

Outro problema citado pelos entrevistados e também encontrado na revisão de escopo foi o reporte insuficiente de dados sobre os serviços desenvolvidos e desfechos, mas esses problemas não são exclusivos do Brasil. Revisões sistemáticas que avaliaram estudos sobre SCF ao redor do mundo demonstraram reporte insuficiente da intervenção realizada, falta de clareza metodológica ou dos desfechos avaliados nos estudos incluídos, reduzindo sua reprodutibilidade (ROTTA et al., 2017; DE BARRA et al., 2019; BONETTI et al., 2020). Serviços clínicos farmacêuticos são considerados intervenções complexas, pois envolvem a interação dinâmica de múltiplos componentes para que o resultado desejado seja obtido (CLAY et al., 2019). Para que seja reprodutível, é preciso planejamento com descrição detalhada de todas as intervenções (CRAIG et al., 2008; CLAY et al., 2019). Para auxiliar os autores, há

---

<sup>5</sup> Ferramenta paralela de buscas *online* que disponibiliza o *download* gratuito de artigos científicos de forma ilegal. Burla o sistema de cobrança de taxas de periódicos visando o acesso livre à produção científica mundial (GOMES; BENCHIMOL; BARROS, 2018).

na literatura alguns instrumentos que contêm uma lista com os elementos que constituem a intervenção, como o *checklist* DEPICT (ROTTA et al., 2015), por exemplo, além de modelos e *frameworks* para a elaboração e implementação de serviços (MOULLIN; SABATER-HERNÁNDEZ; BENRIMOJ, 2016a; SANTOS JÚNIOR et al., 2020; VARAS-DOVAL et al., 2020). Recomenda-se que os autores brasileiros utilizem essas ferramentas para o desenvolvimento e reporte dos serviços, com a finalidade de melhorar a clareza metodológica e desfechos encontrados para produzir resultados mais robustos.

A pesquisa sobre SCF tem acompanhado as transformações do contexto da oferta cotidiana de serviços no Brasil, passando por uma transição conjunta à prática farmacêutica. O aumento do número de estudos é reflexo dos avanços da prática profissional relacionada ao cuidado e do aumento de mestres e doutores pesquisadores da área (VASCONCELOS, 2008). Porém, muitos desafios para o desenvolvimento pleno da pesquisa ainda são enfrentados, o que reflete em problemas nas publicações. É possível perceber um amadurecimento das pesquisas brasileiras da área do cuidado nos últimos anos, mas a capacitação dos pesquisadores sobre a condução de estudos e delineamento de serviços qualificados ainda é necessária.

#### 3.4.5 Impacto da pandemia de COVID-19 sobre os SCF em farmácias comunitárias

O impacto da pandemia de COVID-19 nos SCF foi um assunto que surgiu espontaneamente na fala de vários participantes, considerando que as entrevistas foram realizadas em uma época em que a pandemia ainda estava se instalando no Brasil e havia muita incerteza sobre os procedimentos que deveriam ser adotados para o controle da crise de saúde.

Uma das principais preocupações citadas foi a interrupção imediata de SCF presenciais como o acompanhamento farmacoterapêutico, especialmente de pacientes com fatores de risco, como idosos, reduzindo drasticamente o monitoramento dos resultados e controle das condições crônicas. Levantamento da OMS revelou que em mais de 90% dos países houve interrupção contínua de serviços essenciais de saúde durante a pandemia e mesmo após dois anos do seu início vários sistemas de saúde ainda enfrentam desafios significativos (OPAS, 2022). Considerando que os SCF em FC ainda estão sendo aos poucos implementados e a Farmácia encontra-se em um momento de transição de prática, pode-se inferir que a

pandemia prejudicou a continuidade de SCF em desenvolvimento e aumentou ainda mais as barreiras para a sua implementação efetiva.

Apesar das dificuldades com a interrupção de serviços específicos, percebeu-se que os participantes criaram expectativas positivas no início da pandemia, como a possibilidade da farmácia comunitária se estabelecer como um ponto de atenção à saúde para atendimento de casos suspeitos de COVID-19, com maior valorização do farmacêutico como profissional essencial no suporte à saúde. Porém, os entrevistados mostraram grande frustração e desapontamento, principalmente com o comportamento de farmacêuticos na indicação de medicamentos sem comprovação científica para os supostos tratamentos da COVID-19. Portanto, ao invés de fortalecer o farmacêutico e a farmácia comunitária como centro de atendimento à saúde, as práticas incoerentes com o uso racional de medicamentos de muitos profissionais podem ter prejudicado ainda mais a imagem do farmacêutico enquanto profissional confiável.

Considerando a relevância da pandemia da COVID-19 nos SCF percebida na fala dos entrevistados, uma nova etapa de pesquisa foi estruturada, a fim de aprofundar o conhecimento sobre o tema. O objetivo estabelecido foi investigar a percepção de farmacêuticos atuantes na atenção primária à saúde (APS) sobre o enfrentamento da pandemia de COVID-19 e seus possíveis impactos nos serviços primários de saúde. A descrição metodológica, resultados e discussão estão apresentados no artigo descrito no Capítulo 4 desta tese.

### **3.5 CONCLUSÕES**

Esse estudo explorou diversos aspectos sobre o panorama da oferta de SCF em farmácias comunitárias no Brasil que podem auxiliar no desenvolvimento de estratégias que proporcionem a expansão e melhoria da qualidade da prática clínica. Avanços foram evidenciados, contudo ainda há muitas dificuldades, caracterizando um momento de transição de prática profissional no país. O farmacêutico seria o principal agente responsável pela lentidão do avanço dos SCF, sendo sua formação universitária um fator decisivo. Apesar das mudanças para um pensamento voltado ao cuidado e da inclusão de disciplinas teóricas sobre práticas clínicas no currículo dos cursos de Farmácia, o contato do estudante com pacientes ainda é limitado, formando profissionais inseguros. Foram apresentadas falhas na definição de uma

identidade profissional e da apreensão de uma cultura profissional que confira a segurança suficiente para a atuação clínica. Além disso, foi discutido que o farmacêutico não possui autonomia suficiente para desenvolver práticas de cuidado nas FC, principalmente por estar envolvido com atividades burocrático-administrativas e estar subordinado a um gestor, geralmente não profissional. O foco em resultados econômicos seria uma das principais desvantagens das FC comerciais. Os gestores, frequentemente não sensibilizados, não reconhecem o impacto positivo proveniente dos SCF, constituindo uma das principais barreiras para a expansão da prática. Em FC de UBS, a presença da equipe multiprofissional seria um grande facilitador pela integração do farmacêutico com os demais profissionais da saúde, mas dificuldades de recursos financeiros, infraestrutura e falta de profissionais são barreiras que prejudicam o envolvimento de farmacêuticos com atividades clínicas.

Para que haja a expansão dos SCF de forma massificada, sugere-se investimento público para remuneração adequada dos profissionais e para o desenvolvimento de métodos de avaliação periódica que certifiquem a qualidade dos SCF realizados. Também é necessário investimento em capacitação técnica de farmacêuticos e educação de gestores, para reduzir as discrepâncias de pensamento observadas entre a formação universitária e a prática profissional. Além disso, é fundamental o fortalecimento de entidades corporativistas, como associações e sindicatos, a fim de promover maior engajamento de farmacêuticos para a busca de prerrogativas que promovam maior autonomia profissional.

Apontamentos sobre a produção científica brasileira também foram feitos. Evidenciou-se que os estudos sobre SCF têm aumentado nos últimos anos, acompanhando as transformações profissionais decorrentes da prática clínica. Porém, a pesquisa brasileira apresenta lacunas, como desenhos metodológicos frágeis, ausência de estudos multicêntricos e reporte incompleto das intervenções realizadas, prejudicando a reprodutibilidade do SCF. A partir desses resultados, recomenda-se, para pesquisas futuras, o seguimento de modelos e *frameworks* para o delineamento de SCF e de *checklists* para o reporte adequado dos dados. Por outro lado, obstáculos enfrentados pelos pesquisadores na realização de estudos foram apresentados, como a falta de recursos humanos na universidade, redução do orçamento para subsídio de projetos, dificuldade para publicar na área de cuidado, ausência de revistas nacionais com alto fator de impacto e dificuldade com língua estrangeira. Dessa forma, enfatiza-se a necessidade de reconhecimento da ciência

pelas autoridades públicas brasileiras como uma prioridade para o desenvolvimento social e econômico do país, visando maior investimento financeiro para o fortalecimento da produção e aperfeiçoamento científico nacional.

Por fim, o impacto da pandemia nos serviços de saúde ressaltou e agravou problemas já existentes, considerando o consumo irracional de medicamentos ineficazes contra a COVID-19 que foi disseminado pelo país. Sentimentos de decepção e indignação com o setor farmacêutico, em particular as FC comerciais, na disponibilidade não racional de medicamentos sem comprovação científica, como a hidroxicloroquina e ivermectina, foram evidentes. O despreparo para situações emergenciais como a pandemia, aliada a falta de autonomia do farmacêutico na decisão sobre a dispensação ou não desses medicamentos foi enfatizada. Portanto, é necessário traçar estratégias para o enfrentamento de crises futuras na saúde, por meio de treinamento dos farmacêuticos, gestores e equipe de farmácia, com educação sobre a necessidade de se estabelecer uma prática baseada em evidências científicas.

**CAPÍTULO 4 – DESAFIOS ENFRENTADOS POR FARMACÊUTICOS  
COMUNITÁRIOS DO SETOR PÚBLICO NO BRASIL DURANTE A FASE INICIAL  
DA PANDEMIA DE COVID-19: ESTUDO QUALITATIVO**

## 4.1 INTRODUÇÃO

A doença do novo coronavírus (COVID-19), doença infecciosa de altíssima transmissibilidade e consequente grande morbidade e mortalidade, foi reconhecida como pandemia pela OMS. Com o número crescente de pessoas infectadas e mortes, muitos governos nacionais em todo o mundo adotaram intervenções drásticas, como uso obrigatório de máscaras faciais, distanciamento social, restrição de pessoas em locais públicos e bloqueios, como o *lockdown* (SARTI; ALMEIDA, 2020).

A COVID-19 é causada por um novo coronavírus (SARS-CoV-2), um vírus que atinge principalmente o sistema respiratório humano, com amplo espectro clínico, variando de ausência de sintomas a sintomas leves de resfriado até síndrome respiratória aguda grave e morte. Em dezembro de 2019, o vírus foi detectado pela primeira vez em um grupo de pessoas internadas em hospitais com diagnóstico inicial de pneumonia de etiologia desconhecida. Essas pessoas estavam epidemiologicamente ligadas a um mercado atacadista de frutos do mar onde eram vendidos animais vivos para consumo humano em Wuhan, província de Hubei, China (LU *et al*, 2013; BOGOSH *et al*, 2020).

A cepa inicial do SARS-CoV-2 apresentava um período de incubação de aproximadamente cinco a seis dias e os sintomas mais comuns no início da doença eram febre, tosse e fadiga, e poderiam incluir produção de escarro, dor de cabeça, hemoptise, diarreia, dispneia e linfopenia, dependendo da idade do paciente e do estado do sistema imunológico. Sua letalidade, a princípio, estava mais associada aos idosos ou naqueles com comorbidades como hipertensão, diabetes, distúrbios imunológicos e outras condições crônicas (HUANG *et al*, 2020; REN *et al*, 2020; WANG; TANG; WEI, 2020).

No Brasil, 80% das pessoas com casos leves ou moderados procuraram atendimento pela Atenção Primária à Saúde (APS) do SUS (SARTI; ALMEIDA, 2020). Embora o SUS tenha uma imensa capilaridade territorial (a APS está estruturada em Unidades Básicas de Saúde – UBS) com grande potencial para implementar ações preventivas, não houve mobilizações coordenadas pelo Ministério da Saúde em nível nacional no Brasil durante a pandemia. As iniciativas no setor da APS foram quase sempre das esferas de governo municipal, desarticuladas e isoladas (LIMA *et al*, 2021).



Estruturada por meio do trabalho em equipe interdisciplinar, a APS dispõe de equipes de saúde responsáveis pelo atendimento da população próxima à UBS, ou seja, cada equipe de saúde acompanha e atende uma determinada população em determinado território ou área. Com foco nas famílias, a equipe de saúde estabelece vínculos com os indivíduos e a comunidade para desenvolver estratégias de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação. Assim, a APS é organizada por meio de um programa nacional intitulado Estratégia Saúde da Família (ESF), que visa organizar a APS em todo o país seguindo os princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade. Apesar da falta de coordenação central, a APS tem sido essencial no combate à pandemia de COVID-19 no Brasil. A APS tem exercido papel fundamental na garantia do acesso aos cuidados de saúde e realizado importantes ações preventivas frente a essa nova doença emergente (SILVA *et al*, 2020).

Desta forma, a pandemia de COVID-19 mostrou que os sistemas de saúde devem estar preparados para enfrentar graves problemas de saúde pública, sendo necessário um conhecimento profundo do impacto desta pandemia nos serviços de saúde, nomeadamente no setor dos cuidados de saúde primários, que é o primeiro contato da maioria dos pacientes com o sistema de saúde. Uma forma de explorar essa questão é por meio da investigação sistemática das experiências, opiniões e percepções dos profissionais de saúde. Considerando que a investigação da carga pandêmica sobre os farmacêuticos que atuaram durante a pandemia havia sido preconizada (JOHNSTON *et al*, 2021), o presente estudo teve como objetivo investigar as experiências e percepções de farmacêuticos de cidades do interior do Brasil a respeito do impacto e das modificações na atenção primária à saúde impostas pela pandemia de COVID-19.

## **4.2 METODOLOGIA**

### **4.2.1 Entrevistas**

Entrevistas semiestruturadas foram usadas para explorar a experiência e as percepções de farmacêuticos que trabalham em farmácias comunitárias do setor de saúde pública em áreas do interior do estado do Paraná, Brasil. As entrevistas de pesquisa são importantes instrumentos de coleta de dados em estudos qualitativos e são comumente empregadas em estudos sobre a prática profissional (SMITH, 2010).

Estas permitem que os pesquisadores obtenham dados ricos e detalhados com um número relativamente pequeno de participantes. A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Ponta Grossa foi obtida antes do início do estudo (número de aprovação: 4.064.706, Anexo 5).

#### 4.2.2 Participantes e recrutamento

Farmacêuticos atuantes em farmácias comunitárias da atenção primária do SUS de cidades do interior do Paraná foram convidados a participar. Os primeiros participantes foram selecionados por conveniência, ou seja, foram propositalmente recrutados pelos pesquisadores líderes, seguido de uma abordagem “bola de neve”: os primeiros participantes indicaram outros potenciais participantes que foram então convidados a participar. Antes da entrevista, todos foram informados sobre os objetivos e a metodologia da pesquisa. Os participantes forneceram consentimento por escrito, assinando um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice 6).

#### 4.2.3 Coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais semiestruturadas, realizadas por meio de videochamadas no Google Meet®. O roteiro de entrevista (Apêndice 7), que poderia ser solicitado pelos participantes a qualquer momento da pesquisa, foi previamente elaborado e testado pelos pesquisadores em fase piloto. Os participantes foram convidados por um aluno de graduação (GF) e as entrevistas individuais, realizadas entre novembro de 2020 e maio de 2021, foram conduzidas por uma pesquisadora treinada e com experiência em entrevistas semiestruturadas (AAG, doutoranda), até que se observasse a saturação dos dados. Todas as perguntas foram abertas para permitir que tópicos e temas relevantes se desenvolvessem sem restrições. As entrevistas, que duraram de 30 a 50 minutos, foram realizadas e gravadas em áudio após o consentimento por escrito. Anotações de campo foram feitas pelos pesquisadores e as gravações das entrevistas foram desidentificadas e transcritas na íntegra. Nenhum participante precisou repetir a entrevista ou fazer complementações. Os dados sociodemográficos foram coletados por meio de formulário padronizado para autopreenchimento (idade, sexo, município de atuação, local de trabalho e função e tempo de serviço no setor público).

#### 4.2.4 Análise de dados

As respostas dos participantes foram analisadas tematicamente. A Análise Temática foi escolhida porque não está alinhada com uma determinada abordagem epistemológica, filosófica ou teórica e é uma ferramenta flexível para gerar temas na análise qualitativa (BRAUN; CLARKE, 2006). As entrevistas foram transcritas na íntegra usando o Microsoft Word. O processo de análise iniciou-se com a leitura repetida de cada transcrição, a fim de obter familiaridade com os dados e conhecimento do conteúdo de cada entrevista. Em seguida, cada transcrição foi codificada linha por linha. O processo de análise foi realizado de forma independente pelas pesquisadoras GF e AAG, depois discutido entre elas e posteriormente revisado pelos docentes pesquisadores AB (doutor), GHP (doutora) e RP (doutor). Os participantes foram informados de que poderiam, a qualquer momento, solicitar a transcrição de sua entrevista para comentários e correções, mas não houve solicitação. O reporte dos métodos e resultados seguiu o *checklist* COREQ (*Consolidated criteria for reporting qualitative research*) (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

### 4.3 RESULTADOS

Dezessete farmacêuticos foram convidados a participar deste projeto. Três deles não responderam. Assim, foram realizadas 14 entrevistas em diversos municípios do interior do estado do Paraná, Brasil (Ponta Grossa, n=6; Sarandi, n=1; Califórnia, n=1; Mandaguari, n=1; Piraquara, n=1, Iguaçu, n=1; Paranacity, n=1; Matelândia, n=1; Castro, n=1). Treze participantes eram mulheres, e a idade variou de 25 a 57 anos, com média de  $37 \pm 8,6$  anos. Todos trabalhavam há pelo menos dois anos no setor público como farmacêuticos comunitários (média de  $9,3 \pm 7,6$  anos). A Análise Temática das entrevistas identificou quatro grandes temas: 1) mudanças no ambiente de trabalho; 2) condições de trabalho; 3) consumo irracional de medicamentos contra a COVID-19 e 4) saúde mental.

#### 4.3.1 Mudanças no ambiente de trabalho

Segundo os participantes, para diminuir o risco de contaminação durante a pandemia foi necessário implementar uma série de mudanças na estrutura do ambiente de trabalho e nos serviços prestados. Cada local estabeleceu suas próprias atividades assistenciais, com base nas demandas e na estrutura física disponível. As principais mudanças observadas pelos participantes do estudo foram resumidas no Quadro 5:

**QUADRO 5** - Principais mudanças no fluxo e ambiente da UBS para redução do risco de contaminação pelo vírus SARS-Cov-2 relatadas pelos participantes.

<b>Estratégias implementadas para redução do fluxo e contato entre pessoas</b>
Realização de atendimento de um paciente por vez na unidade
Obrigatoriedade de uso de máscaras, distanciamento e álcool 70°
Atendimento com agendamento prévio
Flexibilização de documentos: prorrogação e renovação automática de prescrições de uso contínuo, sem necessidade de assinaturas
Flexibilização da retirada do medicamento por qualquer familiar ou conhecido
Entrega dos medicamentos via motoboy
Cancelamento de consultas eletivas
Interrupção de grupos de educação em saúde: tabagismo, HIPERDIA, atividades físicas, acompanhamento farmacoterapêutico
Atendimento presencial somente para pacientes críticos e de maior urgência: p. ex. pacientes novos insulino-dependentes

Direcionamento dos atendimentos para casos respiratórios e triagem de COVID-19, com reposicionamento de funções de profissionais
Monitoramento dos pacientes positivos para COVID-19 na própria casa
Instalação de barreiras físicas: protetores de vidro ou polipropileno entre farmacêutico e usuário
Isolamento da porta da unidade com restrição de entrada
Retirada dos papéis de senhas de atendimento
Organização de filas de espera para o ambiente externo da unidade
Retirada das cadeiras da recepção
Atendimento da farmácia pela janela
Restrição da entrada e circulação de funcionários e usuários na farmácia
Recepção e triagem foram transferidas para a porta da unidade
Instalação da 'tenda COVID' para triagem dos pacientes
Criação de "alas COVID" dentro da unidade
Criação de novos protocolos de higienização dos espaços físicos e profissionais

Fonte: A autora (2021).

Todas as mudanças descritas foram introduzidas repentinamente e alteraram a rotina de trabalho e o perfil de atendimento, deslocado quase que exclusivamente para pacientes com quadros respiratórios suspeitos de COVID-19. Além disso, a percepção de diminuição do número de atendimentos no início da pandemia foi quase unânime devido ao medo da contaminação e dos pacientes enfrentarem uma nova situação. Muitos idosos, a princípio, deixaram de ir à UBS, assim como as crianças deixaram de acompanhar seus responsáveis: "Foi uma queda pela metade. Percebemos também que no início os idosos evitavam ir" (PF01).

Devido à diminuição das consultas médicas, o contato entre o farmacêutico e o paciente foi menor, prejudicando o acompanhamento e gerando incertezas sobre o manejo de pacientes com condições crônicas. Percebeu-se maior dificuldade para orientar os pacientes que, ao se dirigirem à UBS para retirar a medicação após um tempo maior (às vezes meses), necessitavam de muitas orientações, prolongando o tempo de atendimento e dificultando a identificação das necessidades de uso de medicamentos.

Muitos entrevistados mostraram-se preocupados com a falta de regularidade no tratamento de doenças já existentes na população atendida, como diabetes mellitus e hipertensão arterial, com percepção de redução da adesão ao tratamento:

"Vários pacientes acharam que ficaram perdidos, e a gente sentiu também que eles começaram a se perder também no uso dos medicamentos deles.

E por não ter muitos [medicamentos], eles passaram a não vir na unidade para pegar o medicamento, ou mandavam alguma outra pessoa no lugar, então a parte da adesão e do entendimento da terapia, eu acho que diminuiu bastante” (PF06).

Outra consequência da diminuição de atendimentos durante os primeiros meses de pandemia foi a redução da dispensação de medicamentos utilizados principalmente por pacientes pediátricos, como antibióticos e xaropes que, conforme alguns farmacêuticos, chegaram a vencer por não ter a frequência de prescrições da rotina normal: “Até os nossos xaropes venceram, porque não tinha mais a demanda igual do ano passado” (PF08).

Entretanto, após alguns meses, o número de atendimentos normalizou, com a percepção do relaxamento da população com as medidas restritivas mesmo com o aumento de casos e pico da pandemia:

“Eu vejo na farmácia que deu diferença no começo. Não ia criança, ninguém (...). Agora não. Agora vai idoso, vai mãe com dois, três filhos. Por que levar três crianças? Se naquele período tinha alguém para buscar o medicamento, agora também deve ter, mas é que eles largaram mão” (PF05).

As unidades de saúde ficaram extremamente sobrecarregadas de trabalho à medida que a demanda, antes reduzida, começou a aumentar pelos novos atendimentos devido à COVID-19. Não houve contratação de pessoal para atender a esse aumento de demanda, obrigando muitos servidores a trabalharem em turnos extenuantes com muitas horas extras para cumprir todo o serviço.

#### 4.3.2 Condições de trabalho

Os farmacêuticos afirmaram sentir muitas dificuldades no trabalho durante a pandemia, tanto pelo aumento da carga de trabalho quanto pelas condições inadequadas de trabalho (falta de segurança contra contaminação e falta de apoio da gestão do sistema). Muitos farmacêuticos relataram mudanças significativas na equipe de saúde. Alguns foram designados para lidar exclusivamente com o atendimento à COVID-19, outros profissionais de saúde estavam afastados devido a comorbidades de alto risco para infecção pelo SARS-CoV-2. A equipe de saúde que estava operando em seus limites ficou ainda mais sobrecarregada durante esse período:

“Eu não tinha como deixar os estagiários sozinhos, então eu tive que, ao mesmo tempo, trabalhar com toda essa parte da questão de logística, de aquisição, de insumos, medicamentos, e tive que fazer a parte do

atendimento. Então foi bem puxado. E eu julgo ser bem complicado a gente estar trabalhando assim” (PF07).

A exposição diária a possíveis pacientes infectados durante a dispensação ou triagem para COVID-19 foi um grande fator de preocupação destacado: “Teve uma paciente que insulinizou e (...) eu acabei atendendo ela em um período de 10 dias, umas quatro vezes. Na última vez que eu atendi ela, ela me contou que estava COVID positiva” (PF01). Isso foi ainda pior porque alguns pacientes não estavam seguindo as recomendações de proteção, como o uso de máscaras faciais e desinfetantes para as mãos e muitas vezes tinham informações erradas sobre as vacinas, com resistência às seguintes medidas sanitárias para evitar a propagação do vírus:

“Da vacina teve bastante questionamento, tem muitos que não querem tomar, e paciente bem egoísta que falou que não vai tomar a da China (...). Eu acho que tem todo um negócio de mídia, das pessoas perderem o foco na saúde e deu nisso aí” (PF05).

Trabalhando nessas condições, ficou evidente para os participantes a necessidade de fornecer equipamentos de proteção individual (EPI) suficientes e estabelecer protocolos de higiene e segurança para reduzir os riscos de contaminação entre a equipe de saúde.

#### *4.3.2.1 Fornecimento e uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI)*

A maioria dos participantes descreveu o fornecimento de EPI pela gestão da saúde pública no início da pandemia como lento e inadequado, obrigando os profissionais de saúde a trabalharem durante as primeiras semanas, no início da pandemia, em condições muito precárias: “Teve um momento que faltou álcool [70°], faltou máscara [descartável](...), a gente usava máscara de casa” (PF01).

Houve uma confusão generalizada por parte da gestão sobre o que era necessário para a proteção dos profissionais de saúde. Não se sabia qual tipo de máscara facial era mais adequado, qual a vida útil do uso da máscara facial ou a necessidade de usar protetores faciais. Essa falta de preparação básica levou à escassez de EPI devido a compras desorganizadas. Além disso, houve um aumento abrupto no preço devido à alta demanda e escassez de oferta, o que provavelmente prejudicou o processo de aquisição. A maioria dos entrevistados relatou falta de EPI no período de pandemia:

“Antes da pandemia, a máscara [cirúrgica] a gente pagava R\$0,10 ou R\$0,09 a unidade. A gente chegou a pagar R\$5,50 uma máscara naqueles primeiros



quinze dias. E era isso ou não ia ter EPI para usar. A N95 (...) chegamos a pagar R\$25,00, tinha empresa que pedia R\$60,00 em uma máscara N95” (PF13).

A escassez de EPI foi corrigida apenas algumas semanas após a pandemia. A maioria estava ansiosa e decepcionada por receber máscaras faciais, aventais, protetores faciais, luvas e desinfetantes para as mãos com tanto atraso. Mesmo com o passar do tempo, não houve um abastecimento totalmente adequado, com constantes atrasos e falhas na entrega de EPIs.

Além da lentidão na aquisição, os EPIs adquiridos em muitos casos eram inadequados, como o fornecimento de máscaras faciais de pano ou TNT, que em alguns ambientes de trabalho mantiveram esse padrão por vários meses. Alguns entrevistados revelaram que tiveram que continuar usando a mesma máscara facial repetidamente e por longos períodos porque não receberam máscaras suficientes para trocá-las. Essa era uma política que eles deveriam obedecer, pois a administração os orientava a economizar recursos: “Até mesmo o secretário de saúde segurava bastante questão de EPI, mandava reutilizar, lavar máscara” (PF10). Diante da falta de materiais e equipamentos de segurança, os farmacêuticos tiveram que se adaptar e encontrar soluções próprias para gerenciar a crise, como a aquisição particular de máscaras faciais, desinfetantes para as mãos e outros EPIs.

Os farmacêuticos, juntamente com outros profissionais de saúde, desenvolveram protocolos de higiene individual e ambiental que foram implementados em seus locais de trabalho. As medidas consistiam principalmente em treinamento adequado de lavagem das mãos, uso de desinfetantes para as mãos, procedimentos de desinfecção de superfícies e assim por diante. É importante destacar que essas medidas e protocolos foram implementados em cada local de trabalho por meio de iniciativas de profissionais de saúde individuais sem orientação da gestão. O apoio e orientação assertiva da gestão municipal não aconteceu na maioria dos casos: “Tem que criar esses protocolos de dispensa, porque senão, entendeu? A gente nem se protegia” (PF10).

#### *4.3.2.2 O papel da gestão no enfrentamento da pandemia*

Houve insatisfação generalizada com as autoridades locais de saúde pública na gestão da pandemia de COVID-19. Os participantes relataram falta de apoio na formulação de políticas para atender as necessidades dos farmacêuticos para

enfrentar os desafios impostos. A nova situação expôs o despreparo da gestão para lidar com a crise sanitária e seu desconhecimento técnico sobre as medidas para minimizar as situações de risco, o que ficou evidente pela demora e confusão para padronizar recomendações e procedimentos.

Outra falha apontada foi a tomada de decisão precoce sem comprovação científica, baseada em estudos que dariam uma previsão sobre o curso da pandemia e quais ações preventivas deveriam ser implementadas. Além disso, um dos participantes relatou a falta de diálogo com a gestão da autoridade sanitária local ao apresentar suas dificuldades relacionadas à sobrecarga de trabalho nesse período:

“Nossa gestão é muito dificultosa para a gente lidar. Inclusive meu médico deu uma carta de recomendação de uma readequação do meu serviço, para eu tentar fazer um serviço mais sentado, mais humanizado, mas não, não levaram a sério. Então é bem complicado. A gente atende (...) seis horas em pé, então isso sobrecarrega muito o funcionário e nós somos em duas apenas, então a gente chega a atender em torno de 250 receitas/dia em coisa de seis horas. É muito atendimento” (PF04).

A vacinação generalizada foi mencionada como a maior esperança para reduzir a transmissão do novo coronavírus, mas os profissionais de saúde ficaram desapontados e frustrados com a abordagem de vacinação do governo federal contra a COVID-19:

“Como a vacina está demorando tanto, tão poucas pessoas vacinadas, até hoje parece que isso nunca vai ter fim, porque tem muita gente nova e cadê, cadê a vacinação? Aqui na minha cidade foram pouquíssimas pessoas vacinadas, sabe? E isso é muito assustador” (PF14).

Os participantes também revelaram a falta de apoio psicológico prestado pelas autoridades aos profissionais de saúde da linha de frente durante a pandemia. Foi uma situação excepcionalmente difícil que os profissionais enfrentaram sem qualquer tipo de apoio psicológico ou psiquiátrico para lidar com a pressão sofrida no trabalho. Lamentaram que não houve iniciativa de nenhuma esfera de governo para dar suporte à saúde mental dos trabalhadores da saúde. Apenas um entrevistado mencionou que a prefeitura prestava atendimento psicológico ao profissional que o solicitava. Alguns participantes procuraram algum tipo de terapia, mas tiveram que conseguir por seus próprios meios:

“Não teve nenhum [apoio psicológico], eu até falo que a gente precisava de um psicólogo, porque eu faço terapia por mim só, porque é tanta coisa na cabeça que de início (...) ninguém sabia realmente o que estava por vir. Então de chegar a enfermeira (...) chorando lá, em prantos, todo mundo ficava pior ainda”. (PF14)

#### 4.3.2.3 *Uso das mídias sociais e outros recursos para comunicação remota*

Embora o uso da tecnologia para comunicação relacionada ao trabalho fosse comum antes da pandemia, vários participantes relataram um aumento significativo no uso de aplicativos de mensagens em *smartphones* (WhatsApp®) para realizar reuniões, esclarecer dúvidas e repassar informações entre a equipe de saúde durante a pandemia.

A maior parte da comunicação remota foi entre a equipe de saúde; poucos participantes utilizaram a comunicação virtual para atendimento ao paciente. Uma exceção interessante foi um farmacêutico que criou um grupo de WhatsApp® para pacientes idosos, no qual divulgava vídeos informativos sobre saúde e esclarecia dúvidas sobre tratamentos. Outro participante mencionou que em seu local de trabalho havia um projeto com uma universidade para implementar consultas médicas *online* para pacientes com hipertensão leve. O entrevistado relatou achar o projeto interessante porque conseguiu fazer a triagem de pacientes que precisam de atendimento presencial e depois prestar um atendimento mais adequado nesse período de isolamento social, mas ressaltou que outros profissionais de saúde ainda não foram incluídos nesse projeto piloto de telessaúde.

Nesse período de isolamento, houve um aumento nas ligações telefônicas, o que indicou que era mais fácil para os pacientes da zona rural utilizarem ligações telefônicas regulares para comunicação para esclarecimento de dúvidas sobre tratamentos e formas de acesso aos medicamentos. Outros descreveram maior uso das redes sociais do governo municipal para divulgação de boletins oficiais e notícias com recomendações gerais. Mas algumas localidades eram tão pequenas que as autoridades sanitárias preferiram o uso de carros de som como meio de divulgação de informações de saúde pública para a comunidade.

Enquanto para a maioria dos participantes houve um aumento no uso de mídias digitais para comunicação relacionada ao trabalho, alguns participantes não relataram mudanças no uso dessas ferramentas devido ao atendimento presencial ter continuado durante a pandemia. Outros fatores que impediram um maior uso das formas virtuais de comunicação mencionadas foram as desigualdades de acesso a smartphones fáceis de usar, baixo acesso à internet e baixa cobertura de internet em alguns municípios pequenos, onde era mais fácil e comum passar a informação 'boca a boca'.

#### 4.3.3 Uso irracional de medicamentos contra a COVID-19

Notícias falsas sobre o uso de medicamentos para prevenir a infecção por SARS-CoV-2 e o tratamento da COVID-19 encontraram audiência no interior do Brasil. Todos os participantes tiveram que lidar com a questão das informações falsas sobre o uso da ivermectina na prevenção do contágio e da hidroxicloroquina e cloroquina para tratar a infecção pelo novo coronavírus, independentemente de sua gravidade. Essas notícias falsas encontraram nas redes sociais e aplicativos de mensagens, como o WhatsApp®, uma forma rápida de serem divulgadas. O que foi ainda pior, segundo os participantes, foram as ações do governo e das autoridades de saúde. Em vez de combater essa desinformação com evidências científicas sólidas e campanhas de saúde, notícias falsas foram veiculadas e endossaram o uso de tais medicamentos para essas indicações não aprovadas. Em muitas cidades, o setor da farmácia pública teve de adquirir o chamado “Kit-covid” para prevenir e tratar a COVID-19: “Eu tive que comprar, a pedido do prefeito, ivermectina e azitromicina (PF10)”, com seus ambientes de atenção primária estabelecendo protocolos “clínicos” para prescrição e dispensação de tais medicamentos.

A maioria dos participantes relatou uma grande procura por esses medicamentos. Não só os pacientes procuraram o 'kit-covid' (cloroquina, hidroxicloroquina e ivermectina, principalmente), mas também os profissionais de saúde. Os farmacêuticos eram frequentemente questionados sobre a eficácia desses medicamentos e estavam sob pressão para adquiri-los e disponibilizá-los para dispensação:

“Fora os que vinham: ‘aí tem ivermectina? E a cloroquina? Então tinha muitas perguntas relacionadas a isso, e eu vejo que não somente das pessoas leigas, mas pessoas com instrução, com mestrado, com uma formação superior que aderiram a esses medicamentos, inclusive farmacêuticos, com aquele pretexto de ‘mal não vai fazer’” (PF02).

O estímulo à automedicação, fortemente incentivada pelas autoridades por meio da grande mídia e das redes sociais, foi visto pelos farmacêuticos entrevistados como o principal motivo desse uso irracional de medicamentos para a COVID-9:

“É muito triste, acho que principalmente por essa propagação muito rápida de *fake news* e de pessoas influentes, (...) o presidente, as pessoas falando para utilizar o medicamento, até incentivando a automedicação, então isso acho que foi bem ruim” (PF03).

Conforme relatado pelos farmacêuticos, houve um frenesi pelo 'Kit-covid'. Muitas vezes, os pacientes perguntavam se havia medicamentos na farmácia com a

intenção de se automedicar. Além disso, os farmacêuticos tiveram que lidar com prescrições médicas contendo um ou mais medicamentos do 'Kit-covid' – ivermectina, azitromicina, zinco, vitamina D, hidroxicloroquina, cloroquina, dexametasona. Alegaram tentar aconselhar os pacientes a não usarem esses medicamentos, argumentando sobre a ineficácia e os riscos à saúde associados ao seu uso. No entanto, houve grande resistência dos pacientes em aceitar as orientações, pois havia prescrição médica que legitimava o uso de tais medicamentos:

“É complicado. A gente tem o viés da conduta médica, porque a gente chega, se depara com uma receita, que por mais que você seja contra, a pessoa fala assim, ‘mas o médico me deu, está aqui o meu papel’” (PF07).

Em muitos casos, o farmacêutico sentiu-se obrigado a atender a prescrição e dispensar, mesmo deixando claro seu posicionamento contrário ao uso do tratamento proposto:

“Eu acho que a gente não tinha muito o que fazer. O que a gente tentava era orientar da melhor maneira possível o uso. No caso, por exemplo, de ivermectina, orientar para não usar por mais tempo, usar só aquela dose que o médico deu para eles não se automedicarem sozinhos além daquilo. Mas, é pouca influência na questão de prescrição mesmo” (PF07).

Uma entrevistada relatou o caso de uma usuária que solicitou cloroquina por meio de um papel escrito por ela, informando a indicação deste medicamento pelo irmão para prevenção da COVID-19. Após a consulta farmacêutica, a usuária partiu insatisfeita por não obter a medicação solicitada sem prescrição: “Ela saiu bem insatisfeita porque eu acho que ela achou que eu estava de má vontade, deu para ver na cara dela que não era aquela resposta que ela queria ouvir” (PF01). Outra participante relatou o caso de uma colega que foi ameaçada ao recusar a dispensação de tais medicamentos para fins de “tratamento” para a COVID-19 a um usuário: “Mas minha colega do município quase foi agredida, porque ela não queria fornecer” (PF03).

Sobre os medicamentos ditos eficazes contra a COVID-19, os farmacêuticos atuaram como veículo de informação assertiva quanto à falta de comprovações científicas acerca da eficácia dos medicamentos e sobre não haver medicamentos profiláticos para a infecção pelo vírus. A maior parte dos entrevistados disponibilizou informações pertinentes aos usuários quanto ao uso racional desses medicamentos, com algumas exceções de usuários que exigiram o medicamento mesmo depois da orientação farmacêutica:

“A maioria das pessoas escutou a minha orientação e optou por levar só os medicamentos que estavam precisando ali no momento, porque estava com

dor, mas algumas pessoas, só diziam, me dá o remédio que eu vou levar mesmo assim, mas a maioria aceitou bem as orientações sim” (PF09).

Os participantes comentaram também que, além do ambiente de trabalho, sofreram forte pressão de familiares e amigos próximos que questionavam sobre o kit e não aceitavam as recomendações propostas:

“Foi bem difícil a parte da minha família na questão da ivermectina. Eles também queriam comprar cloroquina, deixar em casa estocada. Aí eu falei, ‘gente, vocês nem conseguem comprar isso’ (...) Mas o pior de tudo não foi nem os pacientes em si, foi a minha família o pior de tudo” (PF14).

A grande procura e consumo desenfreado de medicamentos contra a COVID gerou desabastecimento de medicamentos essenciais para o tratamento e controle de outras doenças, como a ivermectina – tradicionalmente utilizada para o controle de parasitoses – e da cloroquina e hidroxicloroquina – medicamentos centrais para o tratamento de lúpus e artrite reumatoide, por exemplo. Houve receio de pacientes sobre o risco da falta desses medicamentos para o tratamento em curso.

Vários farmacêuticos buscaram trabalhar com a instituição de protocolos terapêuticos elaborados localmente para a dispensação dos medicamentos do “Kit-covid” no sentido de dispensá-los apenas para indicações corroboradas por evidências científicas. Assim, foram disponibilizadas instruções para dispensação de hidroxicloroquina apenas para protocolos de lúpus eritematoso sistêmico e artrite reumatoide, e para a dispensação de ivermectina para protocolos de escabiose e pediculose:

“Inclusive um deles só tínhamos na farmácia, que era a ivermectina, tanto é que ficou instituído pela assistência farmacêutica que se viesse uma prescrição com ivermectina, que não fosse para tratamento de pediculose e escabiose, não era para dispensar” (PF02).

#### 4.3.4 Saúde mental

O impacto da pandemia na saúde mental dos farmacêuticos foi um tema recorrente nas entrevistas. Os participantes expressaram vários sentimentos associados ao enfrentamento da pandemia, refletindo altos níveis de estresse. Tal estado foi percebido como consequência das incertezas frente a uma doença desconhecida e altamente transmissível, isolamento social e desconexão com amigos e familiares, bem como pela falta de medidas efetivas na prevenção do contágio, inclusive falta de cuidado e comprometimento individual no seguimento às medidas preventivas:

“Eu ficava muito, muito brava. Porque eu via as pessoas não se cuidando, as pessoas fazendo pouco caso e eu estou aqui cinco meses sem ver ninguém da minha família e as pessoas estão meio como se não fosse nada, sabe?” (PF01).

Os participantes estavam cientes de que as questões individuais se deviam à falta de políticas públicas para conscientizar a população sobre a gravidade da doença e medidas efetivas para implementar o distanciamento social e o isolamento adequado dos infectados.

Além do estresse, medo, apreensão e esgotamento foram os principais sentimentos descritos pelos entrevistados. Particularmente o medo constante de se contaminar e contaminar familiares, principalmente aqueles com comorbidades (diabetes mellitus, hipertensão, obesidade, entre outros), foi proeminente entre os participantes.

Foi expressiva a indignação com pensamentos anti-vacina e com pessoas que não respeitam as recomendações para redução de contágios (uso de máscara, álcool, distanciamento). Os farmacêuticos relataram sentir-se impotentes por não conseguir convencer a população da necessidade do cuidado e frustração com a percepção da influência negativa das notícias falsas.

Vários entrevistados relataram cancelar ou adiar planos pessoais, como gravidez, festas e viagens em virtude da desesperança e insegurança geradas pela continuidade da pandemia:

“Quando eu decidi engravidar foi todo esse bum. Eu tive muitas colegas que estão gestantes, que estavam, que ganharam nenê, mas eu não tive coragem, foi um plano que eu adiei, porque não sei como que o meu emocional ia dar conta disso naquele momento” (PF05).

Além dessas frustrações pessoais, a experiência com prognósticos ruins, morte de pacientes e colegas auxiliaram a aprofundar o esgotamento mental dos participantes, com alguns relatos de dificuldades para dormir e aumento da ansiedade.

Apesar de toda a sobrecarga e do esgotamento mental e físico, os farmacêuticos desempenharam um papel essencial no combate à COVID-19, relatando que, para suportar toda a pressão, se apegaram a pensamentos positivos, e a motivações para continuar (p. ex., filhos), tentando de alguma forma assimilar tudo o que estavam passando. Alguns comentaram que interromperam o uso de redes sociais (Facebook®) para se preservar do bombardeamento de notícias negativas. Outros, iniciaram o uso de medicamentos ansiolíticos e para dormir:



“Tenho uma amiga que é farmacêutica de farmácia de manipulação: ‘pelo amor de deus, me dá alguma coisa natural, porque eu preciso’. Não estava conseguindo dormir. Eu acordava três horas da manhã, começava a pensar no que eu tinha que fazer, em como as coisas estavam indo, se eu me contaminei ou não, eu não dormia mais, então foi bem difícil” (PF07).

O nível de estresse dos trabalhadores da linha de frente diminuiu um pouco quando os testes regulares em seu ambiente de trabalho se tornaram mais comuns. Isso aliviou a dúvida constante de contaminação. Outro fator importante que amenizou o desespero foi o início da vacinação.

#### 4.4 DISCUSSÃO

Este estudo revelou que os farmacêuticos que trabalham na atenção primária pública de cidades do interior do Paraná, Brasil, durante a fase inicial da pandemia de COVID-19 experimentaram um despreparo generalizado do sistema de saúde para lidar com essa situação. Revelou-se que a falta de preparo levou a uma sensação de insegurança no local de trabalho, que foi fonte de grande parte do estresse, inquietação e ansiedade vivenciados pelos participantes. O medo de se contaminar ou contaminar seus familiares foi unânime. Um estudo sobre a evolução temporal da pandemia de COVID-19 no Brasil à época desta pesquisa revelou que os profissionais de saúde não estavam apenas contraindo COVID-19, mas também estavam morrendo em grande número em comparação com a população em geral (LISBOA *et al*, 2021). A deterioração da saúde mental vivenciada pelos farmacêuticos encontrada neste estudo também foi observada em estudos com enfermeiros brasileiros (SOUZA *et al*, 2021), médicos (MENDONÇA; STEIL; GÓIS, 2021) e profissionais de saúde geral internacionalmente (EFTEKHAR *et al*, 2021). Os participantes foram críticos sobre a falta de apoio psicológico para eles durante este período difícil.

A falta de preparo para lidar com a pandemia não foi exclusividade do Brasil. Outro estudo (CARPENTER *et al*, 2021) também relatou que as farmácias comunitárias rurais nos Estados Unidos, apesar de a maioria ter um plano de preparação para desastres, não eram percebidas como bem preparadas para lidar com essa situação, com apenas 10% afirmando ter participado de treinamento em desastres de saúde pública nos últimos cinco anos. No entanto, não é possível fazer uma comparação completa, pois as farmácias de saúde pública brasileiras são parte e totalmente integradas aos demais serviços de saúde da UBS.

A sobrecarga associada às mudanças abruptas na rotina de trabalho resultou em exaustão, fadiga e inquietação dos participantes. Houve uma mudança completa das atividades preventivas para as assistenciais e dos sujeitos que deveriam ser atendidos. A UBS passou a ser um ponto de primeiro contato para quem apresentava sintomas de síndromes respiratórias e COVID-19, deixando para trás as consultas eletivas e condições crônicas, como diabetes mellitus e hipertensão. Essa drástica jornada de trabalho que causou interrupção do cuidado para pacientes com doenças crônicas despertou grande preocupação, pois os farmacêuticos sabiam que as condições dos pacientes poderiam se deteriorar no futuro sem acompanhamento próximo. De acordo com um estudo sobre o impacto do *lockdown* durante a pandemia de COVID-19 no controle glicêmico do diabetes tipo 1, 36,5% dos pacientes apresentaram eventos de hiperglicemia e 15,3% hipoglicemia, demonstrando falta de controle glicêmico, às vezes devido às dificuldades de acesso à insulina do sistema de atenção primária (VERMA *et al*, 2020).

Outra mudança na rotina de trabalho foi a necessidade de lidar com um aumento acentuado de problemas de saúde mental na população em geral, principalmente a ansiedade, devido à situação de pandemia. Foi proposto que o número de pessoas com problemas de saúde mental causados pela pandemia de COVID-19 pode ser maior do que o número de indivíduos com a infecção em si (ORNELL *et al*, 2020). Os farmacêuticos relataram uma maior demanda por benzodiazepínicos e outros ansiolíticos. Assim, os farmacêuticos devem ser capacitados para prestar primeiros atendimentos em saúde mental e para acompanhar tratamentos iniciados ou intensificados pela pandemia. Essa necessidade de posicionar melhor os farmacêuticos no cuidado de pacientes encontrada nesse estudo atendeu à previsão feita, no início da pandemia, por Hayden e Parkin (2020). A falta de triagem adequada de casos leves e falta de prestação de serviços psicológicos direcionados, poderiam ter sido os motivos do aumento do uso de medicamentos controlados. Os farmacêuticos preocuparam-se com o possível uso irracional dos medicamentos, uma vez que ficou mais fácil obter a prescrição desse tipo de medicamento.

Um relatório que analisou padrões de desinformação entre países durante a pandemia mostrou, por meio de análises hipergeométricas e qualitativas, que o Brasil foi o país que mais se destacou em termos de desinformação relacionada a drogas (SANTOS-PINTO; MIRANDA; OSORIO-DE-CASTRO, 2021). Uma ilustração desse

cenário pode ser vista nessa pesquisa. Os farmacêuticos relataram vários casos de pacientes solicitando medicamentos para o tratamento precoce da COVID-19, justificados por informações recebidas em grupos de redes sociais ou informações de familiares próximos, muitos deles recusando o conselho do farmacêutico de que não haveria evidência científica para tal uso. Esse cenário assustador foi agravado ainda mais devido ao envolvimento direto do governo brasileiro que não apenas recebeu uma doação maciça do governo dos Estados Unidos por meio dos laboratórios farmacêuticos militares, mas também promoveu a aquisição e distribuição em todo o país com um flagrante desrespeito à segurança e eficácia desses tratamentos (SANTOS-PINTO; MIRANDA; OSORIO-DE-CASTRO, 2021).

Seguindo sua tradição profissional de especialista no uso de medicamentos, os farmacêuticos têm desempenhado um papel ativo no combate à desinformação sobre medicamentos contra a COVID-19 (MARWITZ, 2021). Esta afirmação foi corroborada por este estudo. Contra todas as probabilidades, os farmacêuticos brasileiros de UBS em áreas regionais foram éticos e corajosos e tentaram ao máximo promover o uso racional de medicamentos durante a pandemia, principalmente tentando evitar o uso do altamente promovido, mas não cientificamente embasado “Kit-covid”. Infelizmente, os principais políticos brasileiros aderiram e espalharam essa mentira tornando comum o uso de medicamentos sem qualquer evidência para prevenir a infecção por coronavírus. Medicamentos como a hidroxicloroquina e a ivermectina foram promovidos pelos governos e amplamente divulgados pela mídia, e posteriormente divulgados nas redes sociais, como importante alternativa preventiva às medidas reais para conter a propagação da pandemia (por exemplo, distanciamento social, uso de máscaras faciais, desinfetantes para as mãos, etc.).

A abordagem ética declarada pelos participantes deste estudo difere do que provavelmente vinha acontecendo nas farmácias privadas de todo o país. Levantamento do CFF comparou as vendas de janeiro a março de 2019 com as do mesmo período de 2020, de medicamentos e suplementos alimentares, mostrando um aumento de 68% nas vendas de hidroxicloroquina (CFF, 2021b). A hidroxicloroquina é um medicamento importante no tratamento de condições reumatológicas, como lúpus e artrite. O uso irracional para a prevenção da COVID-19 trouxe ansiedade naqueles que realmente precisavam desse medicamento de que uma escassez generalizada pudesse acontecer. Paralelamente ao aumento das vendas de hidroxicloroquina, a ivermectina estava em alta demanda como profilaxia

para a COVID-19. Pesquisa realizada pela FCF e Datatox, que reuniu dados de 32 Centros de Informações de Assistência Toxicológica do Brasil, registrou aumento de 857% nas vendas de ivermectina no primeiro ano da pandemia em relação ao ano anterior, totalizando 81 milhões de unidades vendidas (CFF, 2021a). A ivermectina é aprovada para o tratamento de infecções causadas por alguns vermes e piolhos parasitas, bem como doenças de pele (rosácea) (FDA, 2022). Além da falsa sensação de segurança no uso desse medicamento para fins profiláticos contra a COVID-19, seu uso indiscriminado pode causar hepatite medicamentosa, uma grave condição de inflamação hepática causada pelo uso prolongado de alguns tipos de medicamentos (FDA, 2022).

Apesar das dificuldades e pressões, os farmacêuticos que atuam na atenção primária à saúde pública demonstraram seu papel crucial na orientação correta em saúde nos momentos críticos e principalmente na promoção do uso racional de medicamentos. Além de orientar e aconselhar a população, os farmacêuticos também auxiliaram no atendimento inicial e encaminhamento de casos suspeitos de COVID-19. É importante notar que, embora os farmacêuticos tenham demonstrado sua relevância, muitas vezes eles não estão acostumados com todo o seu potencial. Além de auxiliar em outras áreas diferentes da orientação sobre o uso de medicamentos, os farmacêuticos devem ser incluídos nos estágios iniciais do planejamento de atividades pandêmicas (PAUDYAL *et al*, 2021).

É importante ressaltar que o Brasil não aproveitou as vantagens do SUS, um sistema de saúde centralizado e amplamente difundido, na fase inicial da pandemia. A experiência de atuação do farmacêutico em áreas regionais e rurais mostrou que é necessário ter diretrizes baseadas em evidências para proporcionar padronização e clareza nos procedimentos de rotina em todos os níveis de atenção à saúde, principalmente o nível primário, reduzindo assim o viés dos casos de experimentação de condutas em um momento inusitado e desconhecido. A necessidade de preparar a formulação e implementação de políticas para lidar com situações imprevisíveis e fornecer melhor suporte aos profissionais de saúde ficou evidente, pois a maioria dos farmacêuticos relatou uma profunda falta de liderança e organização para lidar com uma situação tão incomum e rara.

#### 4.4.1 LIMITAÇÕES

Este estudo forneceu evidências importantes sobre o papel dos farmacêuticos na atenção primária durante a pandemia de COVID-19. No entanto, existem algumas limitações. Primeiro, não foi possível realizar mais entrevistas, pois os farmacêuticos ficaram progressivamente sobrecarregados com o desenvolvimento da pandemia e menos dispostos a participar desta pesquisa. Apesar deste estudo ser composto por apenas quatorze entrevistas, houve saturação, devido à repetição de resultados de diferentes entrevistados. Em segundo lugar, a amostra deste estudo foi majoritariamente do sexo feminino, incluindo apenas um farmacêutico do sexo masculino. Isso provavelmente pode ter causado um viés nos dados coletados, pois não incluíram as experiências, opiniões e ideias de um número maior de participantes do sexo masculino. Por fim, as entrevistas foram realizadas via Google Meet®. A realização de entrevistas virtuais facilitou a coleta segura de dados sob risco zero de contágio pelo novo coronavírus. No entanto, devido à baixa qualidade da internet disponível nas áreas do interior do Paraná, ocorreram várias interrupções e cortes que dificultaram a realização da entrevista e a obtenção de informações de forma mais consistente do que seria obtida com a realização de entrevistas presenciais.

#### **4.5 CONCLUSÕES**

As mudanças trazidas pela pandemia de COVID-19 tiveram forte impacto no trabalho e na saúde dos profissionais da atenção básica de cidades do interior do Paraná. Os farmacêuticos atuantes na atenção básica perceberam que a falta de preparo em um momento de crise sanitária (por exemplo, falta de EPI, sobrecarga de trabalho e falta de apoio psicológico), centralização e coordenação para lidar com a pandemia foram deletérios tanto para pacientes quanto para profissionais de saúde. Isso foi ainda pior devido à promoção do governo e da mídia da desinformação sobre tratamentos que careciam de evidências científicas. Os farmacêuticos estavam sobrecarregados e estressados durante a fase inicial da pandemia, e sentiram falta de apoio para lidar com os desafios do trabalho em virtude de problemas de saúde mental. Apesar disso, demonstraram resiliência e força para proporcionar o uso racional de medicamentos nesse período. Os farmacêuticos também forneceram *insights* importantes sobre como lidar com situações incomuns a partir de suas perspectivas. É urgente um melhor planejamento dos serviços de saúde para situações inusitadas, como facilitar a contratação de mais trabalhadores, bem como a

criação de protocolos e planos de contingência para pandemias e endemias e mais investimentos em atividades e campanhas de educação em saúde visando a maior conscientização das comunidades atendidas pelos serviços de atenção básica do SUS. Espera-se que este estudo possa fomentar discussões para uma melhor formulação de políticas para suprir a necessidade de melhor planejamento e organização da saúde em períodos de intensas mudanças no acesso e oferta de serviços de saúde da atenção primária.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prestação de serviços clínicos farmacêuticos é uma realidade no Brasil. O avanço se deu por meio de esforços de órgãos de classe e iniciativas pontuais no serviço público e na iniciativa privada. Entretanto, há necessidade de mais estudos e maior participação governamental para fomentar a implementação em massa desses serviços. Essa tese evidenciou questões fundamentais para auxiliar na compreensão da dinâmica da prestação de SCF em FC brasileiras, dos elementos que dificultam ou facilitam sua implementação, dos aspectos relativos à produção científica nacional sobre o tema e do impacto da pandemia de COVID-19 sobre os SCF.

O Capítulo 2 apresentou uma revisão de escopo que mapeou e caracterizou os estudos brasileiros sobre SCF. Encontrou-se grande diversidade de desenhos de estudo, número de participantes, termos usados e resultados, prejudicando comparações. As intervenções dos farmacêuticos não foram totalmente relatadas em 65% dos estudos, e a maioria apresentou um risco incerto de viés. Portanto, para pesquisas futuras, sugere-se que sejam utilizados *frameworks* e *checklists* para estruturar as intervenções e para o reporte adequado dos resultados, além de medidas de fidelidade.

No Capítulo 3 foi descrita a pesquisa qualitativa realizada com farmacêuticos experientes na oferta e pesquisa de serviços farmacêuticos. Esse estudo investigou como os serviços clínicos têm sido realizados em farmácias comunitárias em diferentes regiões brasileiras a partir da percepção dos participantes mediante entrevistas semiestruturadas. Por meio da Análise Temática dos dados, seis temas foram identificados: a) percepção do panorama dos SCF no Brasil; b) sentimentos e expectativas; c) principais atores envolvidos na oferta de SCF; d) processos de implementação de SCF; e) avaliação da produção científica sobre SCF; e f) impacto da pandemia de COVID-19 sobre os SCF. Avanços na oferta de SCF foram percebidos, porém, a prática não foi implementada de forma massiva no país, ficando restrita a iniciativas isoladas governamentais ou de profissionais entusiastas em FC comerciais, indicando um cenário híbrido de transição de prática. Vários fatores foram identificados como responsáveis pela lentidão no avanço dos SCF. O farmacêutico foi apontado como o principal limitante, por defasagens na formação universitária na área de cuidado, falta de autonomia profissional e por barreiras encontradas em FC, como o gestor. Foram apontadas estratégias para impulsionar a implementação de SCF. A



partir das análises, sugere-se que seja feito investimento em políticas públicas para capacitação de farmacêuticos e gestores e financiamento de melhorias de infraestrutura, visando massificar a oferta de SCF bem delineados que apresentem resultados clínicos, humanísticos e econômicos consistentes.

Ainda, no Capítulo 3, foi enfatizado que a pesquisa nacional sobre SCF apresentou avanços nos últimos anos, mas apresenta lacunas, como desenhos metodológicos frágeis, ausência de estudos multicêntricos e reporte incompleto das intervenções realizadas, prejudicando a reprodutibilidade dos SCF, corroborando os resultados obtidos na revisão de escopo apresentada no Capítulo 2. Sob outra perspectiva, obstáculos enfrentados pelos pesquisadores na realização de estudos foram apresentados, como a falta de recursos humanos na universidade, redução do orçamento para subsídio de projetos, dificuldade para publicar na área de cuidado, ausência de revistas nacionais com alto fator de impacto e dificuldade com língua estrangeira. Portanto, ressalta-se a necessidade de reconhecimento da ciência pelas autoridades públicas brasileiras como uma prioridade para o desenvolvimento social e econômico do país, visando maior investimento financeiro para o aperfeiçoamento e fortalecimento da produção científica nacional.

Por fim, foi apresentado no Capítulo 4 o estudo qualitativo sobre o impacto da pandemia de COVID-19 nos SCF na atenção básica à saúde do Brasil. Foram entrevistados farmacêuticos atuantes no enfrentamento à pandemia na atenção primária do serviço público. Por meio da Análise Temática, quatro temas foram identificados: a) mudanças no ambiente de trabalho; b) condições de trabalho; c) consumo irracional de medicamentos contra a COVID-19 e d) saúde mental. As mudanças trazidas pela pandemia de COVID-19 tiveram forte impacto no trabalho e na saúde dos profissionais da atenção básica. Foi identificado que a falta de preparo, centralização e coordenação para lidar com a pandemia prejudicaram os SCF. Os farmacêuticos relataram sobrecarga, alto nível de estresse e impacto na saúde mental. Porém, demonstraram resiliência na promoção do uso racional de medicamentos nesse período considerando a grande demanda por medicamentos não efetivos para tratamento ou cura da COVID-19. Os resultados desse estudo forneceram importantes reflexões sobre como lidar com situações incomuns a partir da perspectiva dos participantes. Um melhor planejamento dos serviços de saúde para enfrentamento de situações inusitadas é urgente. Elaboração de protocolos e planos de contingência para pandemias e investimento em campanhas de educação

em saúde para conscientização das comunidades atendidas pela atenção básica do SUS são necessários. Espera-se que esse estudo possa impulsionar debates para criação de políticas que visem a organização e planejamento dos serviços da atenção primária do SUS diante de futuras crises de saúde.

## REFERÊNCIAS

ABRAFARMA. Associação Brasileira de Redes de Farmácias e Drogarias. Uma nova era da saúde no país. **Excelência**, v. 7, n. 7, p. 12-18, 2017.

ABRAHAMSEN, B.; BURGHLE, A.H.; ROSSING, C. Pharmaceutical care services available in Danish community pharmacies. **Int J Clin Pharm**, v. 42, n. 2, p. 315-20, 2020. DOI. 10.1007/s11096-020-00985-7.

ACADEMIA BRASILEIRA DE CIÊNCIAS (ABC). **Universidades públicas respondem por mais de 95% da produção científica do Brasil**. Disponível em: <http://www.abc.org.br/2019/04/15/universidades-publicas-respondem-por-mais-de-95-da-producao-cientifica-do-brasil/>. Acesso em: 10 mai. 2019.

ADIGWE, O. P.; MOHAMMED, E. N. A.; ONAVBAVBA, G. International training of pharmacists and fitness to practice in Nigeria: Emergent issues and novel insights. **Curr Pharm Teach Learn**. v. 14, n. 5, p. 618–625, 2022. DOI. 10.1016/j.cptl.2022.04.006.

AFONSO T.; MORAES, A. V. S. M.; AFONSO, B. P. D.; LARA, J. E. Avaliando um conceito inovador de assistência à saúde: o programa “Rede Farmácia de Minas”. **Rev Gestão em Sist Saúde**, v. 6, n. 1, p. 9-22, 2017.

AGUIAR, P.M.; BALISA-ROCHA, B.J.; BRITO, G.C.; LYRA, D.P. Pharmaceutical care program for elderly patients with uncontrolled hypertension. **J Am Pharm Assoc**, v. 52, n. 4, p. 515–8, 2012. DOI. 10.1331/JAPhA.2012.11015.

AGUIAR, P.M.; BALISA-ROCHA, B.J.; LYRA-JÚNIOR, D.P. Avaliação de indicadores de estrutura e processo de um serviço de Atenção Farmacêutica na Farmácia Popular do Brasil: um estudo piloto. **Rev Ciências Farm Básica Apl**, v. 34, n. 3, p. 401-410, 2013. Disponível em: <https://rcfba.fcfar.unesp.br/index.php/ojs/article/view/203>. Acesso em: 20 nov. 2018

AJALLA, M.; CASTRO, L. Contribuição para melhoria da prática farmacêutica no atendimento de pacientes com queixas referentes a doenças sexualmente transmissíveis, em Campo Grande-MS. **Rev Ciências Farm**, v. 24, n. 2, p. 121–30, 2003.

ALHUSEIN, N.; WATSON, M.C. Quality indicators and community pharmacy services: a scoping review. **Int J Pharm Pract**, v. 27, n. 6, p. 490-500, 2019. DOI. 10.1111/ijpp.12561.

AL-JAZAIRI, A.; BALHARETH, S.; ALKORTAS, D.; MUAWAD, H.; AL-GAIN, ROA’A; MAUGHAN, M. et al. Pharmacy service accreditation: raising the bar of practice standards. **J Am Pharm Assoc**, v. 61, n. 6, p. e6–e9, 2021. DOI. doi.org/10.1016/j.japh.2021.06.007.

AMARILES, P.; OSORIO-BEDOYA, E. J.; CARDONA, D. Teaching of pharmaceutical care in Latin America: a structured review. *Farm Hosp*, v. 43, n. 2, p. 66-73, 2019. DOI. 10.7399/fh.11193.

AMERICAN PHARMACISTS ASSOCIATION. **Medication therapy management in community pharmacy practice: core elements of an MTM service model.** Disponível em [https://aphanet.pharmacist.com/sites/default/files/files/core\\_elements\\_of\\_an\\_mtm\\_practice.pdf](https://aphanet.pharmacist.com/sites/default/files/files/core_elements_of_an_mtm_practice.pdf). Acesso em: 15 abr. 2018.

ANDERSON, S.; ALLEN, P.; PECKHAM, S.; GOODWIN, N. Asking the right questions: scoping studies in the commissioning of research on the organisation and delivery of health services. *Health Res Policy Syst*, v. 6, n. 7, p. 1–12, 2008. DOI. 10.1186/1478-4505-6-7.

ANDRADE, M. **Brasil figura no grupo de países com baixo domínio da língua inglesa.** Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/euestudante/educacao-basica/2022/04/5003937-brasil-figura-no-grupo-de-paises-com-baixo-dominio-da-lingua-inglesa.html>. Acesso em: 27 mai. 2022.

ANDRADE, R. O. Sucessivos cortes no orçamento fragilizam a capacidade de financiamento à pesquisa no Brasil. *Pesquisa FAPESP*, v. 304, p. 34–40, 2021. Disponível em: [https://revistapesquisa.fapesp.br/wp-content/uploads/2021/06/034-040\\_capa-financiamento\\_304.pdf](https://revistapesquisa.fapesp.br/wp-content/uploads/2021/06/034-040_capa-financiamento_304.pdf). Acesso em 14 fev. 2022.

ANDRADE, T.U.; BURINI, D.M.; MELLO, M.O.; BERSÁCULA, N.S.; SALIBA, R.A.D.; BRAVIM F.T.; et al. Evaluation of the satisfaction level of patients attended by a pharmaceutical care program in a private communitarian pharmacy in Vitória (ES, Brazil). *Brazilian J Pharm Sci*, v. 45, n. 2, p.349-355, 2009. DOI. 10.1590/S1984-82502009000200021.

ANGELIN, P. E. Profissionalismo e profissão: teorias sociológicas e o processo de profissionalização no Brasil. *Revista Espaço de Diálogo e Desconexão*, v. 3, n. 1, p. 16, 2010. Disponível em: <http://seer.fclar.unesp.br/redd/article/download/4390/3895>. Acesso em: 23 fev. 2022.

AQUINO, J. A.; BALDONI, A. O.; OLIVEIRA, C. D. L.; CARDOSO, C. S.; FIGUEIREDO, R. C.; SANCHES, C. Pharmacotherapeutic empowerment and its effectiveness in glycemic control in patients with diabetes mellitus. *Diabetes Metab Syndr*, v. 13, p. 137-142, 2019. DOI. 10.1016/j.dsx.2018.08.002.

ARAÚJO, P.; COSTA, E.; GUERRA JUNIOR, A.; ACURCIO, F.; GUIBU, I.; ÁLVARES, J.; et al. Pharmaceutical care in Brazil's primary health care. *Rev Saude Publica*, v. 51, n. 2, p. 1s-11s, 2017. DOI. 10.11606/S1518-8787.201705100710911s.

ARKSEY, H.; O'MALLEY, L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*, v. 8, n. 1, p. 19–32, 2005. DOI. 10.1080/1364557032000119616.

ASPDEN, T. J.; SILWAL, P. R.; MAROWA, M.; PONTON, R. Why do pharmacists leave the profession? A mixed-method exploratory study. **Pharm Pract**, v. 19, n. 2, p. 2332, 2021. DOI. 10.18549/PharmPract.2021.2.2332.

AUSTIN, Z.; GREGORY, P. Resilience in the time of pandemic: The experience of community pharmacists during COVID-19. **Res Social Adm Pharm**, v.17, n. 1, p. 1867-1875, 2021. DOI. 10.1016/j.sapharm.2020.05.027.

AUSTIN, Z.; SUTTON, J. Qualitative research: getting started. **Can J Hosp Pharm**, v. 67, n. 6, p. 436–440, 2014. DOI. 10.4212/cjhp.v67i6.1406.

BALDON J. P.; CORRER, C. J.; MELCHORS, A. C.; ROSSIGNOLI, P.; FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F.; PONTAROLO, R. Actitudes y conocimientos de los farmacéuticos comunitarios al dispensar medicamentos a embarazadas. **Pharm Pract (Granada)**, v. 4, n. 1, p. 38-43, 2006. Disponível em [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1885-642X2006000100007&script=sci\\_abstract&lng=pt](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1885-642X2006000100007&script=sci_abstract&lng=pt). Acesso em 15 out. 2018.

BALISA-ROCHA, B. J.; GUIMARÃES, V. G.; MESQUITA, A. R.; AGUIAR, P. M.; KRASS, I.; LYRA JR, D. P. Enhancing health care for type 2 diabetes in Northern Brazil: A pilot study of pharmaceutical care in community pharmacy. **African J Pharm Pharmacol**, v. 6, n. 35, p. 2584-2591, 2012. DOI. 10.5897/AJPP12.514.

BALK, E. M.; CHUNG, M.; HADAR, N.; PATEL, K.; WINIFRED, W. Y.; TRIKALINOS, T. A. et al. **Accuracy of Data Extraction of Non-English Language Trials with Google Translate**. NCBI Bookshelf. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK95233/table/introduction.t1/>. Acesso em: 27 mai 2022.

BALZA, G. **Venda de remédios do “kit Covid” dispara até 857% na pandemia**. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2021/05/06/venda-de-remedios-do-kit-covid-dispara-ate-857percent-na-pandemia.ghtml>. Acesso em: 14 jun 2022.

BARATI, O.; DOROSTI, H.; TALEBZADEH, A.; BASTANI, P. Accreditation status of hospital pharmacies and their challenges of medication management: A case of south Iranian largest university. **J Adv Pharm Technol Res**, v. 7, n. 3, p. 70–74, 2016. DOI. 10.4103/2231-4040.184590.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, D. S. L.; SILVA, D. L. M.; LEITE, S. N. Serviços farmacêuticos clínicos na atenção primária à saúde do Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 1, p. e0024071, 2020. DOI. 10.1590/1981-7746-sol00240.

BASSETT, C. **Qualitative research in Health Care**. 1. ed. London and Philadelphia: Whurr Publishers Ltd, 2004.

BASTOS, C. R. G.; CAETANO, R. The pharmacist's perceptions about their job at

communitarian pharmacies of the state of Rio de Janeiro. **Cien Saude Colet**, v. 15, n. 3, p. 3541–3550, 2010. DOI. 10.1590/S1413-81232010000900029.

BAUER, M. S.; DAMSCHRODER, L.; HAGEDORN, H.; SMITH, J.; KILBOURNE, A. M. An introduction to implementation science for the non-specialist. **BMC Psychol**, v. 3, n. 32, p. 1-12, 2015. DOI. 10.1186/s40359-015-0089-9.

BENRIMOJ, S. I.; FELETTO, E.; GASTELURRUTIA, M.A.; MARTINEZ MARTINEZ, F.; FAUS, M. J. A holistic and integrated approach to implementing cognitive pharmaceutical services. **Ars Pharm**, v. 51, n. 2, p. 69–88, 2010. Disponível em: <https://digibug.ugr.es/handle/10481/27414>. Acesso em: 16 set 2020.

BOGOCH, I. I.; WATTS, A.; THOMAS-BACHLI, A.; HUBER, C.; KRAEMER, M. U. G.; KHAN, K. Pneumonia of unknown aetiology in Wuhan, China: Potential for international spread via commercial air travel. **J Travel Med**, v. 27, n. 2, p. 1-3, 2020. DOI. 10.1093/jtm/taaa008..

BONADIMAN, R. L.; SANTANNA, A. F.; BRASIL, G. A.; MIRANDA DE LIMA, E.; LENZ, D.; ENDRINGER, D. C.; et al. Satisfaction levels of users and verification of the knowledge of pharmacists in public pharmacies in the State of Espírito Santo, Brazil. **Cien Saude Colet**, v. 23, n. 2, p. 627-638, 2018. DOI. 10.1590/1413-81232018232.03462016.

BONETTI, A. F.; DELLA ROCCA, A. M.; LUCCHETA, R. M.; TONIN, F. S.; FERNANDEZ-LLIMOS, F.; PONTAROLO, R. Mapping the characteristics of meta-analyses of pharmacy services: a systematic review. **Int J Clin Pharm**, v.42, n.5, p.1252-1260, 2020. DOI. 10.1007/s11096-020-01058-5.

BRANDT, J.; LÊ, M-L.; JANTSCHER, S.; BRICELJ, A.; LOUIZOS, C.; NG, S. et al. Medication review service implementation in community pharmacy settings: scoping review with focus on implementation studies. **Res Social Adm Pharm**, v. 16, n. 7, p. 875-885, 2019. DOI. 10.1016/j.sapharm.2019.10.005.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 de março de 2004.

BRASIL. Lei nº 13.021, de 08 de agosto de 2014. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 de agosto de 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 6 de 19 de outubro de 2017. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 de outubro de 2017a.

BRASIL. Ministério da Educação. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 de fevereiro de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 de agosto de 2009.

BRASIL. Ministério da saúde. **Estratégia e-SUS Atenção Primária**: em busca de um SUS eletrônico. Disponível em <https://sisaps.saude.gov.br/esus/>. Acesso em: 12 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel Coronavírus**. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 14 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.214, de 13 de junho de 2012. Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR- SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 de junho de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2017b

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 de dezembro de 2010.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de ciência tecnologia e insumos estratégicos. Departamento de ciência e tecnologia. **Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica**: Caderno 1 – Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de ciência e tecnologia. **Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica**: Caderno 4 – Resultados do projeto de implantação do cuidado farmacêutico no Município de Curitiba. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qual Res Psychol**, v. 3, n. 2, p. 77–101, 2006. DOI. 10.1191/1478088706qp063oa.

BRITO, G. D. C.; MENEZES, M.; MESQUITA, A.; LYRA JR; D. P. Efeito de um programa de manejo farmacoterapêutico em um grupo de idosos com hipertensão em Aracaju-Sergipe. **Rev Ciencias Farm Basica e Apl**, v. 30, n. 1, p. 83-89, 2009. Disponível em <https://rcfba.fcfar.unesp.br/index.php/ojs/article/view/459>. Acesso em 15 out 2018.

BRODIE, D. C. Drug-use control: keystone to pharmaceutical service. **Drug Intell Clin Pharm**, v. 20, n. 2, p. 116–117, 1986. DOI. 10.1177/106002808602000203.



BRUNE, M. F. S. S.; FERREIRA, E. E.; FERRARI, C. K. B. O Método Dáder na atenção farmacêutica em pacientes hipertensos no município de Pontal do Araguaia-MT, Brasil. **O Mundo da Saúde**, v. 38, n. 4, p. 402-409, 2014. DOI. 10.15343/0104-7809.20143804402409.

BUUS, N.; PERRON, A. The quality of quality criteria: Replicating the development of the Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ). **Int J Nurs Stud**, v. 102, p. 103452, 2020. DOI. 10.1016/j.ijnurstu.2019.103452.

CADORE, L.; MARC, C.; BERTI, C.; PEUKERT, C.; MACHADO, A. Pharmacy distribution of advice, symptomatic treatment and antimicrobial drugs to patients with cough. **Braz J Infect Dis**, v. 3, n. 5, p. 180-183, 1999. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11084665/>. Acesso em: 03 mai. 2019.

CAMARGO JUNIOR, K. R. Public health and the knowledge industry. **Rev Saúde Públ**, v. 43, n. 6, p. 1078–1283, 2009. DOI. 10.1590/S0034-89102009005000076.

CANADIAN PHARMACISTS ASSOCIATION. **A Review of Pharmacy Services in Canada and the Health and Economic Evidence Canadian Pharmacists Association**. 2016. Disponível em: <https://www.pharmacists.ca/cpha-ca/assets/File/cpha-on-the-issues/Pharmacy%20Services%20Report%201.pdf>. Acesso em 27 mai. 2022.

CAPONI, S. N. C. de; BRZOZOWSKI, F. S. Ética e Medicalização. In: SANTOS, R. I. et al. (Ed.). **Assistência Farmacêutica no Brasil: política, gestão e clínica**. 1. ed. Florianópolis: EdUFSC, 2016.

CARICO JR, R.; SHEPPARD, J.; BORDEN THOMAS, C. Community pharmacists and communication in the time of COVID-19: applying the health belief model. **Res Soc Adm Pharm**, v. 17, p. 1984-1987, 2021. DOI. 10.1016/j.sapharm.2020.03.017.

CARPENTER, D. M.; HASTINGS, T.; WESTRICK, S.; ROSENTHAL, M.; MASHBURN, P.; KISER, S. et al. Rural community pharmacies' preparedness for and responses to COVID-19. **Res Soc Adm Pharm**, v. 17, n. 7, p. 1327–31, 2021. DOI. 10.1016/j.sapharm.2020.10.008.

CARROLL, C.; PATTERSON, M.; WOOD, S.; BOOTH, A.; RICK, J.; BALAIN, S. A conceptual framework for implementation fidelity. **Implement Sci**, v. 2, n. 40, 2007. DOI. 10.1186/1748-5908-2-40.

CARTER, B. L.; ROGERS, M.; DALY, J.; ZHENG, S.; JAMES, P. A. The potency of team-based care interventions for hypertension: A meta-analysis. **Arch Intern Med**, v. 169, n. 19, p. 1748–1755, 2009. DOI. 10.1001/archinternmed.2009.316.

CASSARO, K.; HERINGER, O. A.; FRONZA, M.; LENZ, D.; ENDRINGER, D. C.; ANDRADE, T. U. Level of satisfaction of clients of public pharmacies dispensing high-cost drugs in Espírito Santo, Brazil. **Brazilian J Pharm Sci**, v. 52, n. 1, p. 95-103, 2016. DOI. 10.1590/S1984-82502016000100011.

CASTLEBERRY, A.; NOLEN, A. Thematic analysis of qualitative research data: Is it

as easy as it sounds? **Curr Pharm Teach Learn**, v. 10, n. 6, p. 807–815, 2018. DOI. 10.1016/j.cptl.2018.03.019.

CAZARIM, M.; FREITAS, O.; PENAFORTE, T.; ACHCAR, A.; PEREIRA, L. Impact assessment of pharmaceutical care in the management of hypertension and coronary risk factors after discharge. **PLoS One**, v. 11, n. 6, p. 2006-2008, 2016. DOI. 10.1371/journal.pone.0155204.

CAZARIM, M.; NUNES, A.A.; PEREIRA, L.R.L. Cost-consequence analysis of Pharmaceutical Care program for systemic arterial hypertension in the public health system in Brazil. **Braz J Pharm Sci**, v. 53, n. 3, p. 1-10, 2017. DOI. 10.1590/s2175-97902017000300217.

CAZARIM, M.; PEREIRA, L. Cost-effectiveness analysis of pharmaceutical care for hypertensive patients from the perspective of the public health system in Brazil. **PLoS One**, v. 13, n. 3, p. 1-16, 2018. DOI. 10.1371/journal.pone.0193567.

CECY, C. Diretrizes curriculares: dez anos. **Pharmacia Brasileira**, v. 60, p. 53–60, 2011.

CERQUEIRA-SANTOS, S.; ROCHA, K. S. S.; ARAÚJO, D. C. S. A.; SANTOS JÚNIOR, G. A.; MENEZES, P. W. S.; SANCHEZ, J. M.; et al. Which factors may influence the implementation of drug dispensing in community pharmacies? A qualitative study. **J Eval Clin Pract**, v. 4, p. 1-11, 2022. DOI. 10.1111/jep.13731.

CHEN, G. et al. Measuring agreement of administrative data with chart data using prevalence unadjusted and adjusted kappa. **BMC Med Res Methodol**, v. 9, n. 5, p. 1–8, 2009. DOI. 10.1186/1471-2288-9-5.

CHIEN, J.; AXON, D. R.; COOLEY, J. Student pharmacists' perceptions of their professional identity. **Curr Pharm Teach Learn**, v. 14, n. 6, p. 712–719, 2022. DOI. 10.1016/j.cptl.2022.06.001.

CHINESE CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CCDC). The epidemiological characteristics of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) in Jingmen, Hubei, China. **China CDC Weekly**, v. 2, n. 8, p. 113–122, 2020. DOI. 10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2020.02.003.

CLANCY, M.J. Overview of research designs. **Emerg Med J**, v. 19, n. 6, p. 546-549, 2002. DOI. 10.1136/emj.19.6.546.

CLAY, P. G.; BURNS, A. L.; ISETTS, B. J.; HIRSCH, J. D.; KLIETHERMES, M. A.; PLANAS, L. G. PaCIR: A tool to enhance pharmacist patient care intervention reporting. **J Am Pharm Assoc**, v. 59, n. 5, p. 615–623, 2019. DOI. 10.1016/j.japh.2019.07.008.

CLINICARX. **Plataforma de serviços clínicos**. Disponível em: <https://clinicarx.com.br/>. Acesso em: 12 ago. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). **De diarreia a hepatite: médicos**

**alertam sobre uso indiscriminado de ivermectina contra Covid-19.** 2021a

Disponível em:

<https://www.cff.org.br/noticia.php?id=6242&titulo=De+diarreia+a+hepatite%3A+médicos+alertam+sobre+uso+indiscriminado+de+ivermectina+contra+Covid-19>. Acesso em: 14 jun. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). **Guia de prática clínica:** sinais e sintomas respiratórios. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016a.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). **Guia de prática clínica:** sinais e sintomas do aparelho genital feminino. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). **Guia de prática clínica:** sinais e sintomas não específicos. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). **Guia de prática clínica:** sinais e sintomas do trato gastrointestinal. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). **Levantamento mostra como o medo da Covid-19 impactou venda de medicamentos.** Disponível em: <https://www.cff.org.br/noticia.php?id=5747>. Acesso em 12 jun. 2021b.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). Resolução nº. 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013a.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). Resolução nº. 586, de 29 de agosto de 2013. Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013b.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). SERAFIN C, CORREIA JÚNIOR D, VARGAS M. **Perfil do farmacêutico no Brasil:** relatório. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2015. Disponível em [https://www.cff.org.br/userfiles/file/Perfil%20do%20farmac%C3%AAutico%20no%20Brasil%20\\_web.pdf](https://www.cff.org.br/userfiles/file/Perfil%20do%20farmac%C3%AAutico%20no%20Brasil%20_web.pdf). Acesso em 18 jun. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). **Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade:** contextualização e arcabouço conceitual. 1. ed. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016b.

COOK, D. J.; MULROW, C. D.; HAYNES, R. B. Systematic reviews: Synthesis of best evidence for clinical decisions. **Ann Intern Med**, v. 126, n. 5, p. 376–380, 1997. DOI. 10.7326/0003-4819-126-5-199703010-00006.

CORDEIRO, A. M.; OLIVEIRA, G. M.; RENTERÍA, J. M.; GUIMARÃES, C. A.; GRUPO DE REVISÃO SISTEMÁTICA DO RIO DE JANEIRO. Systematic review: A narrative review. **Rev Col Bras Cir**, v. 34, n. 6, p. 428–431, 2007. DOI. 10.1590/s0100-69912007000600012.

CORRER, C. J.; MELCHIORS, A. C.; FERNANDEZ-LLIMOS, F.; PONTAROLO, R. Effects of a pharmacotherapy follow-up in community pharmacies on type 2 diabetes patients in Brazil. **Int J Clin Pharm**, v. 33, n. 2, p. 273-280, 2011. DOI. 10.1007/s11096-011-9493-2.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. **A prática farmacêutica na farmácia comunitária**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

CORRER, C. J.; PONTAROLO, R.; SOUZA, R. A. P.; VENSON, R.; MELCHIORS, A. C.; WIENS, A. Effect of a Pharmaceutical Care Program on quality of life and satisfaction with pharmacy services in patients with type 2 diabetes mellitus. **Brazilian J Pharm Sci**, v. 45, n. 4, p. 809-817, 2009b. DOI. 10.1590/S1984-82502009000400027.

CORRER, C. J.; PONTAROLO, R.; WIENS, A.; ROSSIGNOLI, P.; MELCHIORS, A. C.; RADOMINSKI, R.; et al. Avaliação econômica do seguimento farmacoterapêutico em pacientes com diabetes melito tipo 2 em farmácias comunitárias. **Arq Bras Endocrinol Metabol**, v. 53, n. 7, p. 825-833, 2009a. DOI. 10.1590/S0004-27302009000700006.

COSTA, E. A.; ARAÚJO, P. S.; PENAFORTE, T. R.; BARRETO, J. L.; GUERRA JUNIOR, A. A.; ACURCIO, F. A. et al. Conceptions on pharmaceutical services in Brazilian primary health care. **Rev Saúde Públ**, v. 51, n. 2-5s, p. 1s-11s, 2017. DOI. 10.11606/S1518-8787.2017051007107.

COSTA, K. S.; TAVARES, N. U. L.; JUNIOR, J. M. N., MENGUE, S. S.; ÁLVARES, J.; GUERRA-JUNIOR, A. et al. Pharmaceutical services in the primary health care of the Brazilian Unified Health System: Advances and challenges. **Rev Saude Publica**, v. 51, n.2-3s, p. 1s-5s, 2017. DOI: 10.11606/S1518-8787.2017051007146.

COSTA, S.; CARY, M.; HELLING, D.K.; PEREIRA, J.; MATEUS, C. An overview of systematic reviews of economic evaluations of pharmacy-based public health interventions: addressing methodological challenges. **Syst Rev**. v. 8, n. 272, p. 1-20, 2019. DOI. 10.1186/s13643-019-1177-3.

COULIBALY, I. G. S.; MORAIS, J. C.; MARSIGLIA, R. M. G.; MONTANARI, P.M. Doenças sexualmente transmissíveis e a vulnerabilidade da população do alto solimões, Amazonas, Brasil. **Saude e Soc**, v. 26, n. 1, p. 51-60, 2017. DOI. 10.1590/S0104-12902017162948.

CRAIG, P.; DIEPPE, P.; MACINTYRE, S.; MICHIE, S.; NAZARETH, I.; PETTICREW, M. Developing and evaluating complex interventions: The new Medical Research Council guidance. **BMJ**. v. 337, n. 7676, p. 979–983, 2008. DOI. 10.1136/bmj.a1655.

CRF-PR. Conselho Regional de Farmácia do Paraná. Distinções necessárias entre as entidades de interesse dos farmacêuticos. 2022. Disponível em: [https://www.crf-pr.org.br/uploads/pagina/31071/HGzXc\\_VKFBT53AI-VmJQE8ZCLk1xQIXI.pdf](https://www.crf-pr.org.br/uploads/pagina/31071/HGzXc_VKFBT53AI-VmJQE8ZCLk1xQIXI.pdf). Acesso em: 14 jun. 2022.

CSIKAR, J. I.; DOUGLAS, G. V.; PAVITT, S.; HULME, C. The cost-effectiveness of

smoking cessation services provided by general dental practice, general medical practice, pharmacy and NHS stop smoking services in the North of England. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 44, n. 2, p. 119–127, 2016. DOI. 10.1111/cdoe.12195.

CZEPULA, A. I. S.; BOTTACIN, W. E.; HIPÓLITO JÚNIOR, E.; PONTAROLO, R.; CORRER, C. J. Active methodology and blended learning: An experience in pharmaceutical care. **Curr Pharm Teach Learn**, v. 10, n. 1, p. 106–111, 2018. DOI. 10.1016/j.cptl.2017.09.013.

DE BARRA, M.; SCOTT, C.; JOHNSTON, M.; DE BRUIN, M.; SCOTT, N. MATHESON, C, et al. Do pharmacy intervention reports adequately describe their interventions? A template for intervention description and replication analysis of reports included in a systematic review. **BMJ Open**. v. 9, n. 12, p. 1-8, 2019. DOI. 10.1136/bmjopen-2018-025511.

DE CASTRO, Á. V.; DE JESUS, E. M. S.; BARROS, I. M. C. B.; SANTANA, R. S.; SANTOS, A. C. O.; SILVA, W. B. S. et al. Avaliação do processo de reestruturação da assistência farmacêutica no município de Aracaju-SE. **Rev Ciênc Farm Básica Apl**, v. 35, n. 3, p. 379–383, 2014. Disponível em: <https://rcfba.fcfar.unesp.br/index.php/ojs/article/view/111>. Acesso em: 05 fev. 2019.

DE LUCA CANTO, G. **Revisões sistemáticas da literatura: guia prático**. 1.ed. Curitiba: Brazil Publishing, 2020.

DE VERA, M. A.; CAMPBELL, N. K. J.; CHHINA, H.; GALO, J. S.; MARRA, C. Practical strategies and perceptions from community pharmacists following their experiences with conducting pharmacy practice research: a qualitative content analysis. **Int J Pharm Pract**, v. 26, n. 4, p. 302–309, 2018. DOI. 10.1111/ijpp.12409.

DENZIN, N. K.; METTLIN, C. J. Incomplete professionalization: the case of pharmacy. **Soc Forces**, v. 46, n. 3, p. 375–381, 1968. DOI. 10.2307/2574885.

DETONI, K.B.; OLIVEIRA, I.V.; NASCIMENTO, M.M.G.; CAUX, T.R.; ALVES, M.R.; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D. Impact of a medication therapy management service on the clinical status of patients with chronic obstructive pulmonary disease. **Int J Clin Pharm**, v. 39, n. 1, p; 95-103, 2017. DOI. 10.1007/s11096-016-0402-6.

DIEHL, E. E.; LANGDON, E. J. Contexto sociocultural do uso de medicamentos. In: SOARES, L. et al. (Ed.). **Assistência farmacêutica no Brasil: política, gestão e clínica. Atuação clínica do farmacêutico**. Florianópolis: EdUFSC, p. 115–152, 2016.

DOLOVICH, L.; POTTIE, K.; KACZOROWSKI, J.; FARRELL, B.; AUSTIN, Z.; RODRIGUEZ, C. et al. Integrating family medicine and pharmacy to advance primary care therapeutics. **Clin Pharmacol Ther**, v. 83, n. 6, p. 913–917, 2008. DOI. 10.1038/clpt.2008.29.

DOSEA, A.S.; BRITO, G.C.; SANTOS, L.M.; MARQUES, T.C.; BALISA-ROCHA, B.; PIMENTEL, D.; et al. Establishment, implementation, and consolidation of clinical

pharmacy services in community pharmacies: perceptions of a group of pharmacists. **Qual Health Res**, v. 27, n. 3, p. 363-373, 2017.

DUBAR, C.; MACHADO (TRADUTORA), F. A construção de si pela atividade de trabalho: a socialização profissional. **Cadernos de Pesquisa**, v. 42, n. 146, p. 351–367, 2012. DOI. 10.1590/S0100-15742012000200003.

DURLAK, J.A.; DUPRE, E.P. Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. **Am J Community Psychol**, v. 41, n. 3, p. 327-350, 2008. DOI. 10.1007/s10464-008-9165-0.

DUSENBURY, L.; BRANNIGAN, R.; FALCO, M.; HANSEN, W. B. A review of research on fidelity of implementation: Implications for drug abuse prevention in school settings. **Health Educ Res**, v. 18, n. 2, p. 237–256, 2003. DOI. 10.1093/her/18.2.237.

ECCLES, M. P.; MITTMAN, B. S. Welcome to Implementation Science. **Implement Sci**, v. 1, n. 1, p. 1–3, 2006. DOI. 10.1186/1748-5908-1-1.

EFTEKHAR, A. M.; NASERBAKHT, M.; BERNSTEIN, C.; ALAZMANI-NOODEH, F.; HAKIMI, H.; RANJBAR, H. Healthcare providers experience of working during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. **Am J Infect Control**, v. 49, n. 5, p. 547–54, 2021. DOI. 10.1016/j.ajic.2020.10.001.

ELBEDDINI, A.; PRABAHARAN, T.; ALMASALKHI, S.; TRAN, C. Pharmacists and COVID-19. **J Pharm Policy Pract**, v. 13, n. 1, 2020. DOI. 10.1186/S40545-020-00241-3.

ELM, E.VON; ALTMAN, D.G.; EGGER, M.; POCOCK, S.J.; GØTZSCHE, P.C.; VANDENBROUCKE, J.P. Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. **BMJ**, v. 335, n. 7624, p. 806-808, 2007. DOI. 10.1136/bmj.39335.541782.AD.

EUKEL, H. N.; FRENZEL, J. E.; SKOY, E. T.; FOCKEN, R. L.; FITZ, A. L. An introductory pharmacy practice experience using simulated patient care activities in a pharmaceutical care laboratory environment. **Curr Pharm Teach Learn**, v. 6, n. 5, p. 682–691, 2014. DOI. 10.1016/j.cptl.2014.05.007.

FEGADOLLI, C.; CAVACO, A.M.; FONSECA, D.C. Revisiting concepts, attitudes and expectations of Brazilian pharmacists to the practice of pharmaceutical care: a qualitative perspective. **Indian J Pharm Educ Res**, v. 52, n. 1, p. 1-9, 2018. DOI. 10.5530/ijper.52.1.1.

FEINSTEIN, A. R.; CICCHETTI, D. V. High agreement but low Kappa: I. the problems of two paradoxes. **J Clin Epidemiol**, v. 43, n. 6, p. 543–549, 1990. DOI. 10.1016/0895-4356(90)90158-L.

FENAFAR. **Estatuto da Federação Nacional dos Farmacêuticos**. Disponível em <https://fenafar.org.br/nosso-estatuto/>. Acesso em: 14 abr. 2022.



FERREIRA, T. X. A. M.; PRUDENTE, L. R.; DEWULF, N. L. S.; PROVIN, M. P.; MASTROIANNI, P. C.; SILVEIRA, E. A.; et al. Medication dispensing as an opportunity for patient counseling and approach to drug-related problems. **Brazilian J Pharm Sci**, v. 52, n. 1, p. 151-162, 2016. DOI. 10.1590/S1984-82502016000100017.

FERREIRA, T. X. A. M.; PRUDENTE, L. R.; DEWULF, N. L. S.; PROVIN, M. P.; CARDOSO, T. C.; SILVEIRA, E. A.; et al. Impact of a drug dispensing model at a community pharmacy in Goiânia, Goiás, Brazil. **Brazilian J Pharm Sci**, v. 54, n. 4, p. 1-10, 2018. DOI. 10.1590/s2175-97902018000400143.

FIOCRUZ. **Escola Superior de Farmácia - Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)**. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/escsupfar.htm>. Acesso em 16 mar. 2022.

FIRMINO, P.Y.M.; VASCONCELOS, T.O.; FERREIRA, C.C.; MOREIRA, L.M.; ROMERO, N.R.; DIAS, L.A. et al. Cardiovascular risk rate in hypertensive patients attended in primary health care units: the influence of pharmaceutical care. **Braz J Pharm Sci**, v. 51, n. 3, p. 617-628, 2015. DOI. 10.1590/S1984-82502015000300013.

FOOD AND DRUG ADMINISTRATION (FDA). U.S. **Por que você não deve usar Ivermectina para tratar ou prevenir a COVID-19**. Disponível em: <https://www.fda.gov/consumers/consumer-updates/por-que-voce-nao-deve-usar-ivermectina-para-tratar-ou-prevenir-covid-19>. Acesso em 14 jun. 2022.

FOPPA, A. A.; CHEMELLO, C.; VARGAS-PELÁEZ, C. M.; FARIAS, M. R. Medication therapy management service for patients with Parkinson's disease: a before-and-after study. **Neurol Ther**, v. 5, n. 1, p. 85-99, 2016. DOI. 10.1007/s40120-016-0046-4.

FOPPA, A. A.; GOMES, L. G.; ROVER, M. R. M.; SANTOS, R. I.; FARIAS, M. R.; LEITE, S. N. Teaching and learning pharmacy services: a teaching method for developing competencies for patient-centered care through experiential learning in a real workplace. **J Pharm Pract**, v. 34, n. 1, p. 89-96, 2021. DOI. 10.1177/0897190019854573.

FRANÇA FILHO, J.B.; CORRER, C.J.; ROSSIGNOLI, P.; MELCHIORS, A.C.; FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F.; PONTAROLO, R. Perfil dos farmacêuticos e farmácias em Santa Catarina: indicadores de estrutura e processo. **Rev Bras Ciências Farm**, v. 44, n. 1, p. 105-113, 2008. DOI. 10.1590/S1516-93322008000100012.

FRANCESCHET, I.; FARIAS, M.R. Investigação do perfil dos farmacêuticos e das atividades desenvolvidas em farmácias do setor privado no município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Acta Farm Bonaer**, v. 24, n. 4, p. 590-597, 2005. Disponível em: [http://www.latamjpharm.org/trabajos/24/4/LAJOP\\_24\\_4\\_6\\_2\\_15427GEU00.pdf](http://www.latamjpharm.org/trabajos/24/4/LAJOP_24_4_6_2_15427GEU00.pdf). Acesso em: 13 fev. 2019.



FREEMAN, C.; RIGBY, D.; ALOIZOS, J.; WILLIAMS, I. The practice pharmacist: a natural fit in the general practice team. **Aust Prescr**, v. 39, n. 6, p. 211, 2016. DOI. 10.18773/AUSTPRESCR.2016.067.

GALATO, D.; ALANO, G.M.; TRAUTHMAN, S.C.; FRANÇA, T.F. Pharmacy practice simulations: performance of senior pharmacy students at a University in southern Brazil. **Pharm Pract**, v. 9, n. 3, p. 136-140, 2011. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24367467/>. Acesso em: 13 fev. 2019.

GALT, K. A.; DEMERS, R. F.; HERRIER, R. N. ASHP statement on the pharmacist's role in primary care. **Am J Health Syst Pharm**, v. 56, n. 16, p. 1665–1667, 1999. DOI. 10.1093/ajhp/56.16.1665.

GARABELI, A. A.; DAHER, J.B.; WIENS, A.; LENZI, L.; PONTAROLO R. Quality of life perception of type 1 diabetic patients treated with insulin analogs and receiving medication review with follow-up in a public health care service from ponta Grossa-PR, Brazil. **Braz J Pharm Sci**, v. 52, n. 4, p. 669–78, 2016. DOI. 10.1590/S1984-82502016000400010.

GARABELI, A. A. Methods and tools for evidence gathering. In: TONIN, F. S.; FERNANDEZ-LIMOS, F. (ed). **Evidence-based practice and health technology assessment: an introductory guideline**. 1ª ed. Redondela: CIPF, 2021.

GASTELURRUTIA, M. A.; FAUS, M. J.; MARTÍNEZ-MARTÍNEZ, F. Primary health care policy and vision for community pharmacy and pharmacists in Spain. **Pharm Pract**, v. 18, n. 2, p. 1-7, 1999. DOI. 10.18549/PharmPract.2020.2.1999.

GERENUTTI, M.; MARTINEZ, A.M.V.; BERGAMASCHI, CC. The effectiveness of a pharmaceutical care model on adherence to antiretroviral therapy: A same-based cohort study in Brazil. **Adv Pharm Bull**, v. 7, n. 3, p. 469–472, 2017. DOI. 10.15171/apb.2017.056.

GLASZIOU, P.; ALTMAN, D. G.; BOSSUYT, P.; BOUTRON, I.; CLARKE, M.; JULIOUS, S.; et al. Reducing waste from incomplete or unusable reports of biomedical research. **Lancet**, v. 383, p. 267–276, 2014. DOI. 10.1016/S0140-6736(13)62228-X.

GODOY, R. R. **Análise Qualitativa da interação farmacêutico-paciente em consultas ambulatoriais e desenvolvimento de serviços de cuidado farmacêutico na rede de atenção à saúde de Curitiba**. 2017. 564 f. (Doutorado em Ciências Farmacêuticas) - Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas, Curitiba, 2017.

GOMES, D. L.; BECHIMOL, A. C.; BARROS BRAGATO, T. H. O uso de ferramentas de busca e acesso a artigos acadêmicos pelos pesquisadores brasileiros. **Informação & sociedade: estudos**, v. 28, n. 1, p. 141–154, 2018. DOI. 10.22478/ufpb.1809-4783.2018v28n1.38113.

GOMES, L. O.; TEIXEIRA, M. R.; ROSA, J. A.; FOPPA, A. A.; ROVER, M. R. M.; FARIAS, M. R. The benefits of a public pharmacist service in chronic hepatitis C

treatment: the real-life results of sofosbuvir-based therapy. **Res Social Adm Pharm**, v. 16, n. 1, p. 48–53, 2020. DOI. 10.1016/j.sapharm.2019.02.008.

GOODE, J-V.; OWEN, J.; PAGE, A.; GATEWOOD, S. community-based pharmacy practice innovation and the role of the community-based pharmacist practitioner in the United States. **Pharmacy (Basel)**, v. 7, n. 4, p. 106, 2019. DOI. 10.3390/pharmacy7030106.

GOVERNMENT OF ALBERTA. **Compensation plan for pharmacy services**. Disponível em: <https://open.alberta.ca/publications/compensation-plan-for-pharmacy-services-mo-600-2018>. Acesso em 10 mai. 2022.

GRANT, M. J.; BOOTH, A. A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. **Health Info Libr J**, v. 26, n. 2, p. 91–108, 2009. DOI. 10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x.

GREEN, B. N.; JOHNSON, C. D.; ADAMS, A. Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. **J Chiropr Med**, v. 5, n. 3, p. 101–117, 2006. DOI. 10.1016/S0899-3467(07)60142-6.

GREEN, J.; THOROGOOD, N. **Qualitative methods for health research**, 1ed. London: SAGE Publications, 2004.

GREENWOOD, E. Attributes of a profession. **Soc Work**, v. 2, n. 3, p. 45–55, 1957. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/23707630>. Acesso em: 07 mar. 2022.

GRIMSHAW, J. **A guide to knowledge synthesis: a knowledge synthesis chapter**. Disponível em: <https://cihr-irsc.gc.ca/e/41382.html>. Acesso em 25 fev. 2021.

GUIRGUIS, L. M.; WITRY, M. J. Promoting meaningful qualitative research in social pharmacy: moving beyond reporting guidelines. **Int J Pharm Pract**, v. 27, n. 4, p. 333–335, 2019. DOI. 10.1111/ijpp.12540.

HADI, M. A.; CLOSS, S. J. Ensuring rigour and trustworthiness of qualitative research in clinical pharmacy. **Int J Clin Pharm**, v. 38, n. 3, p. 641–646, 2016. DOI. 10.1007/s11096-015-0237-6.

HALILA, G.C.; JUNIOR, E.H.; OTUKI, M.F.; CORRER, C.J. The practice of OTC counseling by community pharmacists in Parana, Brazil. **Pharm Pract**, v. 13, n. 4, p. 1-8, 2015. DOI. 10.18549/PharmPract.2015.04.597.

HAUA, R.; HARRISON, J.; ASPDEN, T. Pharmacist integration into general practice in New Zealand. **J Prim Health Care**, v. 11, n. 2, p. 159–169, 2019. DOI. 10.1071/HC18103.

HAYDEN, J. C.; PARKIN, R. The challenges of COVID-19 for community pharmacists and opportunities for the future. **Ir J Psychol Med**, v. 37, n. 3, p.1-6, 2020. DOI. 10.1017/IPM.2020.52.

HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical

care. **Am J Hosp Pharm**, v. 47, n. 3, p. 5363–43, 1990.

HIPÓLITO JÚNIOR, E.; HALILA, G.C.; CHRISTINI, W.; REIS, T.; GUIMARÃES, M.M.; GUANAES, L.D.; et al. Quality indicators of pharmacists' services in community pharmacies in Paraná State, Brazil. **Braz J Pharm Sci**, v. 53, n. 1, p. 1-9, 2017. DOI. 10.1590/s2175-97902017000116021.

HOULE, S. K. D.; GRINDROD, K. A.; CHATTERLEY, T.; TSUYUKI, R. Paying pharmacists for patient care: a systematic review of remunerated pharmacy clinical care services. **Can Pharm J (Ott)**, v. 147, n. 4, p. 209-232, 2014. DOI. 10.1177/1715163514536678.

HUANG, X.; WEI, F.; HU, L.; WEN, L.; CHEN, K. Epidemiology and clinical characteristics of COVID-19. **Arch Iran Med**, v. 23, n. 4, p. 268-271, 2020. DOI. 10.34172/aim.2020.09.

IBGE – Centro Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Disponível em <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=10&uf=00>. Acesso em 15 mai 2020.

IFARMACÊUTICO. **Gestão Inteligente da Atividade Clínica Farmacêutica**. Disponível em: <https://www.ifarmaceutico.com.br/>. Acesso em: 12 ago. 2022.

IMFELD-ISENEGGER TL, SOARES IB, MAKOVEC UN, HORVAT N, KOS M, VAN MIL F, et al. Community pharmacist-led medication review procedures across Europe: Characterization, implementation and remuneration. **Res Soc Adm Pharm**, v. 16, n. 8, p. 1057–1066, 2019. DOI. 10.1016/j.sapharm.2019.11.002.

INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Censo da Educação Superior**: sinopse estatística da educação superior, 2018. Disponível em <http://portal.inep.gov.br/web/guest/sinopses-estatisticas-da-educacao-superior>. Acesso em 17 mai 2020.

ITANI, R.; KAROUT, S.; KHOJAH, H. M. J.; JAFFAL, F.; ABBAS, F.; AWAD, R. Community pharmacists' preparedness and responses to COVID-19 pandemic: A multinational study. **Int J Clin Pract**, v. 75, n. e14421, p. 1–10, 2021. DOI. 10.1111/ijcp.14421.

IVAMA, A. M.; NOBLAT, L.; CASTRO, M. S.; OLIVEIRA, N. V. B. V.; JARAMILLO, N. M.; RECH, N. **Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/PropostaConsensoAtenfar.pdf>. Acesso em 07 mar. 2019.

JABBUR-LOPES, M. O.; MESQUITA, A. R.; SILVA, L. M. A.; NETO, A. A. N.; LYRA JR, D. P. et al. Virtual patients in pharmacy education. **Am J Pharm Educ**, v. 76, n. 5, 2012. DOI. 10.5688/ajpe76592.

JACOBI, J. Clinical Pharmacists: Practitioners Who Are Essential Members of Your

Clinical Care Team. **Rev Méd Clín Las Condes**, v. 27, n. 5, p. 571–577, 2016. DOI. 10.1016/j.rmclc.2016.09.002.

JANKE, K. K.; BLOOM, T. J.; BOYCE, E. G.; JOHNSON, J. L.; KOPACEK, K.; O'SULIVAN, T. A., et al. A pathway to professional identity formation: report of the 2020-2021 AACP Student Affairs Standing Committee. **Am J Pharm Educ**, v. 85, n. 10, p. 8714. DOI. 10.5688/ajpe8714.

JOHNSON, J. L.; ADKINS, D.; CHAUVIN, S. A review of the quality indicators of rigor in qualitative research. **Am J Pharm Educ**, v. 84, n. 1, p. 138–146, 2020. DOI. 10.5688/ajpe7120.

JOHNSTON, K.; O'REILLY, C. L.; COOPER G.; MITCHELL, I. The burden of COVID-19 on pharmacists. **J Am Pharm Assoc**, v. 61, n. 2, p. e61–e4, 2021. DOI. 10.1016/j.japh.2020.10.013.

KARIMI, R.; ARENDT, C. S.; CAWLEY, P.; BUHLER, A. V.; ELBARBRY, F.; ROBERTS, S. C. Learning bridge: Curricular integration of didactic and experiential education. **Am J Pharm Educ**, v. 74, n. 3, p. 1–8, 2010. DOI. 10.5688/aj740348.

KATOUE, M. G.; SOMERVILLE, S. G.; BARAKE, R.; SCOTT, M. The perceptions of healthcare professionals about accreditation and its impact on quality of healthcare in Kuwait: a qualitative study. **J. Eval Clin Pract**, v. 27, n. 6, p. 1310–1320, 2021. DOI. 10.1111/jep.13557.

KELLAR, J.; PARADIS, E.; van der VLEUTEN, C. P. M.; oude EGBRINK, M. G. A.; AUSTIN, Z. A historical discourse analysis of pharmacist identity in pharmacy education. **Am J Pharm Educ**, v. 84, n. 9, p. 1251–1258, 2020. DOI. 10.5688/ajpe7864.

LACERDA, M. G. C.; SILVA-SAMPAIO, J. P.; DOURADO, C. S. M. E. Percepção da população sobre o papel do farmacêutico no contexto da pandemia do novo coronavírus. **Res, Soc Dev**, v. 10, n. 9, p. e54310918304, 2021. DOI. 10.33448/rsd-v10i9.18304.

LEITE, S. N.; BERNARDO, N. L. M. C.; ÁLVARES, J.; GUERRA JUNIOR, A. A.; COSTA, E. A.; ACURCIO, F. A. et al. Medicine dispensing service in primary health care of SUS. **Rev Saude Publica**, v. 51, n. 2-11s, p. 1s-10s, 2017. DOI. 10.11606/S1518-8787.2017051007121.

LEONARDI, E. **Um case de sucesso da farmácia clínica no Brasil**. Disponível em: <https://ictq.com.br/index.php/varejo-farmaceutico/597-um-case-de-sucesso-da-farmacia-clinica-no-brasil>. Acesso em 8 jun 2022.

LIMA V.; GUTERRES, S.; CAMPOS, V.; DALLA COSTA, T.; CHAVES, C. Dispensação de medicamentos nas farmácias e drogarias de Porta Alegre. **Cad Farmácia**, v. 5, n.1/2, p. 9-23, 1989. Disponível em <http://www.ufrgs.br/farmacia/cadfar>. Acesso em 15 out. 2018.

LIMA, C. R. M.; GOMES, E. A.; BARBOSA, M. C.; SIMÕES, K. O. Contribuição para

uma agenda de atenção básica de saúde em tempos de pandemia de Covid-19. **P2P e Inovação**, v.7, n. 2, p.140–163, 2021. Disponível em: <https://brapci.inf.br/index.php/res/v/157857>. Acesso em 17 mar. 2022.

LIMA, M.G.; ÁLVARES, J.; GUERRA JUNIOR, A.A.; COSTA, E.A.; GUIBU, I.A.; SOEIRO, O.M.; et al. Indicators related to the rational use of medicines and its associated factors. **Rev Saude Publica**, v. 51, n. 2-23s, p. 1-8s, 2017. DOI. 10.11606/S1518-8787.2017051007137.

LISBOA, C. S.; ALMEIDA, L. M. R.; SANTOS, P. S.; SANTANA, J. M. Evolução temporal da pandemia do COVID-19 e letalidade em profissionais de saúde no Brasil. **Saúde Coletiva**, v. 11, n. 64, p. 5758–5764, 2021. DOI. 10.36489/saudecoletiva.2021v11i64p5758-5771.

LIU, S.; LUO, P.; TANG, M.; HU, Q.; POLIDORO, J. P.; SUN, S. et al. Providing pharmacy services during the coronavirus pandemic. **Int J Clin Pharm**, v. 42, n. 2, p. 299-304, 2020. DOI. 10.1007/s11096-020-01017-0.

LIVET, M.; BLANCHARD, C.; FRAIL, C.; SORENSEN, T.; McCLURG, M. R. Ensuring effective implementation: A fidelity assessment system for comprehensive medication management. **J Am Coll Clin Pharm**, v. 3, n. 1, p. 57–67, 2020. DOI. 10.1002/jac5.1155.

LOUREIRO, C. V.; REIS, H. P. L. C.; MAGALHÃES, K. N.; CARMO, C. P.; LEITE, F. A. M.; PASSOS, A. C. B.; et al. Quality of life of HIV+ patients undergoing pharmacotherapeutic follow-up. **Brazilian J Pharm Sci**, v. 48, n. 4, p. 711-718, 2012. DOI. doi.org/10.1590/S1984-82502012000400015.

LU, Y.; ZHANG, P.; LIU, J.; LI, J.; DENG, S. Health-Related hot topic detection in online communities using Text clustering. **PLoS One**, v. 8, n. 2, p. e56221, 2013. DOI. 10.1371/journal.pone.0056221.

LUZ, T. C. B.; COSTA, M. E. S. S.; PORTES, D. S.; COSTA E SANTOS, L. B.; ALMEIDA E SOUSA, S. R.; LUIZA, V. L. Pharmaceutical services in primary health care: are pharmacists and users on the same page? **Cien Saude Colet**, v. 22, n. 8, p. 2463–2474, 2017. DOI. 10.1590/1413-81232017228.29642016.

LYRA JR, D.P.; KHEIR, N.; ABRIATA, J.P.; ROCHA, C.E.; SANTOS, C.B.; PELÁ, I.R. Impact of pharmaceutical care interventions in the identification and resolution of drug-related problems and on quality of life in a group of elderly outpatients in Ribeirão Preto (SP), Brazil. **The Clin Risk Manag**, v. 3, n. 6, p. 989-998, 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18516258/>. Acesso em 07 mar. 2019.

MACHADO, V.; MENGATTO, A. P. F.; UEZU, D.; STROPARO, E. M.; ASSUMPÇÃO, F. S.; GONÇALVES, L. et al. **Manual de normalização de documentos científicos de acordo com as normas da ABNT**. Curitiba: Ed. UFPR, 2022.

MAIA DA SILVA, N.; BASTOS, R.M.; CONCEIÇÃO, V.R.C.; BASTOS, A.S.C.;

SALES, G.S.; NOGUEIRA SILVA, T. Promoção da saúde no Brasil na pandemia por COVID-19: concepções e práticas em atenção básica. **Saúde Coletiva**, v. 10, n. 58, p. 4021–4030, 2020. DOI. 10.36489/saudecoletiva.2020v10i58p4021-4030.

MAK, V. S. L.; CLARK, A.; MARCH, G.; ANDREW, G. L. The Australian pharmacist workforce: employment status, practice profile and job satisfaction. **Aust Health Rev**, v. 37, p. 127–130, 2013. DOI. 10.1071/AH12180.

MARQUES, F. **A barreira do idioma**. Disponível em: <https://revistapesquisa.fapesp.br/a-barreira-do-idioma/>. Acesso em: 27 mai 2022.

MARQUES, L. A.; RASCADO, R. R.; NEVES, F. M.; SANTOS, F. T.; CARVALHO, F. A.; BORGES, T. E.; et al. Acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes na farmácia-escola da Universidade Federal de Alfenas. **Lat Am J Pharm**, v. 28, n. 5, p. 688-694, 2009.

MARTINS, M. A. P.; MEDEIROS, A. F.; ALMEIDA, C. D. C.; REIS, A. M. M. Preparedness of pharmacists to respond to the emergency of the COVID-19 pandemic in Brazil: a comprehensive overview. **Drugs Ther Perspect**, v. 36, p. 455-462, 2020. DOI. 10.1007/s40267-020-00761-7.

MARTINS, M. A.; REIS, A. M. O farmacêutico no enfrentamento da COVID-19 no Brasil: onde estamos? (Editorial). **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, v. 11, n. 3, p. 1–2, 2020. DOI. 10.30968/rbfhss.2020.113.0517.

MARWITZ, K. K. The pharmacist's active role in combating COVID-19 medication misinformation. **J Am Pharm Assoc**, v. 61, p. e71-74, 2021. DOI. 10.1016/j.japh.2020.10.022.

MEDLINE. **MEDLINE®**: Number of Citations to English Language Articles; Number of Citations Containing Abstracts (as of January 2021)\*. Disponível em: [https://www.nlm.nih.gov/bsd/medline\\_lang\\_distr.html](https://www.nlm.nih.gov/bsd/medline_lang_distr.html). Acesso em: 27 mai 2022.

MELO, D.O.; CASTRO, L.L.C. Pharmacist's contribution to the promotion of access and rational use of essential medicines in SUS. **Cienc Saude Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 235-244, 2017a. DOI. 10.1590/1413-81232017221.16202015.

MELO, D.O.; MOLINO, C.G.C.; RIBEIRO, E.; ROMANO-LIEBER, N.S. Capacitação e intervenções de técnicos de farmácia na dispensação de medicamentos em atenção primária à saúde. **Cienc Saude Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 261-268, 2017b. DOI. 10.1590/1413-81232017221.16122015.

MENDES, E. V. Health care networks. **Cienc Saude Colet**. 2010;15(5):2297-305. DOI. 10.1590/s1413-81232010000500005.

MENDONÇA, S. M.; MELO, A.C.; PEREIRA, G.C.; SANTOS, D.; GROSSI, E.B.; SOUSA, M.; et al. Clinical outcomes of medication therapy management services in primary health care. **Braz J Pharm Sci**, v. 52, n. 3, p. 365–73, 2016. DOI. 10.1590/S1984-82502016000300002.



MENDONCA, V. S.; STEIL, A.; GÓIS, A. F.T. Mental health and the COVID-19 pandemic: a study of medical residency training over the years. **Clinics**, v. 76, e2907, 2021. DOI. 10.6061/clinics/2021/e2907.

MESQUITA, A.R.; SÁ, D.A.B.O.; SANTOS, A.P.A.L.; NETO, A.A.; LYRA-JÚNIOR, D.P. Assessment of pharmacist's recommendation of non-prescription medicines in Brazil: a simulated patient study. **Int J Clin Pharm**, v. 35, n. 4, p. 647–55, 2013. DOI. 10.1007/s11096-013-9787-7.

MIGLIOLI, S. Influência e limites do fator de impacto como métrica de avaliação na ciência. **Ponto de Acesso**, v. 11, n. 3, p. 17–33, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revistaici/article/view/17263>. Acesso em: 21 jun. 2022.

MILLER-ROSALES, C.; RODRIGUEZ, H. P. Interdisciplinary primary care team expertise and diabetes care management. **J Am Board Fam Med**, v. 34, n. 1, p. 151–161, 2021. DOI. 10.3122/jabfm.2021.01.200187.

MOULLIN, J. C.; SABATER-HERNÁNDEZ, D.; BENRIMOJ, S. I. Model for the evaluation of implementation programs and professional pharmacy services. **Res Social Adm Pharm**, v.12, n.3, p. 515-522. 2016a. DOI. 10.1016/j.sapharm.2015.08.003.

MOULLIN, J. C.; SABATER-HERNÁNDEZ, D.; BENRIMOJ, S. I. Qualitative study on the implementation of professional pharmacy services in Australian community pharmacies using framework analysis. **BMC Health Serv Res**, v. 16, n. 1, p. 1–13, 2016b. DOI. 10.1186/s12913-016-1689-7.

MOULLIN, J. C.; SABATER-HERNÁNDEZ, D.; FERNANDEZ-LLIMOS, F.; BENRIMOJ, S. I. A systematic review of implementation frameworks of innovations in healthcare and resulting generic implementation framework. **Health Res Policy Syst**, v. 13, n. 16, p. 1-11, 2015. DOI. 10.1186/s12961-015-0005-z.

MOURÃO, A. O. M.; FERREIRA, W. R.; MARTINS, M. A. P.; REIS, A. M. M.; CARRILLO, M. R. G.; GUIMARÃES, A. G. et al. Pharmaceutical care program for type 2 diabetes patients in Brazil: a randomised controlled trial. **Int J Clin Pharm**, v. 35, n. 1, p. 79–86, 2013. DOI. 10.1007/s11096-012-9710-7.

MUNN, Z.; PETERS, M. D. J.; STERN, C.; TUFANARU, C.; McARTHUR, A.; AROMATARIS, E. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. **BMC Med Res Methodol**, v. 18, n. 143, p.1-7, 2018. DOI. 10.1186/s12874-018-0611-x.

NAKAMURA, C. A.; LEITE, S. N. A construção do processo de trabalho no núcleo de apoio à saúde da família: a experiência dos farmacêuticos em um município do sul do Brasil. **Cien Saude Colet**, v. 21, n. 5, p. 1565–1572, 2016. DOI. 10.1590/1413-81232015215.17412014.



NASSER, S. C.; CHAMOUN, N.; KUYUMJIAN, Y. M.; DIMASSI, H. Curricular integration of the pharmacists' patient care process. **Curr Pharm Teach Learn**, v. 13, n. 9, p. 1153-1159, 2021. DOI. 10.1016/j.cptl.2021.06.035.

NATIONAL ASSOCIATION OF PHARMACY REGULATORY AUTHORITIES (NAPRA). **Model standards for practice for Canadian pharmacists**. Ottawa: The National Association of Pharmacy Regulatory Authorities; 2009. Disponível em <https://www.ocpinform.com/wp-content/uploads/2022/03/NAPRA-Model-Standards-of-Practice-for-Pharmacists.pdf>. Acesso em 17 mai 2020.

NAVES, J. O. S.; CASTRO, L. L. C.; MELO, G. F.; GIAVONI, A.; MERCHÁN-HAMANN, E. Assistance for costumers with sexually transmitted diseases at pharmacies in the Federal District, Brazil: an intervention study. **Cad Saude Publica**, v. 24, n. 3, p. 577-586, 2008. DOI. 10.1590/S0102-311X2008000300011.

NEDEL, W.L.; SILVEIRA, F. Different research designs and their characteristics in intensive care. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 28, n. 3, p. 256-260, 2016. DOI. 10.5935/0103-507X.20160050.

NETO, C. R.; 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**, v. 23, n. 3, p. 120-125, 2011. Disponível em <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-613340>. Acesso em: 15 nov. 2018.

NHS. **The NHS Long Term Plan 2019**. Disponível em: [www.longtermplan.nhs.uk](http://www.longtermplan.nhs.uk). Acesso em 10 mai 2022.

NOBLE, C.; COOMBES, I.; NISSEN, L.; SHAW, P. N.; CLAVARINO, A. Making the transition from pharmacy student to pharmacist: Australian interns' perceptions of professional identity formation. **Int J Pharm Pract**, v. 23, n. 4, p. 292-304, 2014. DOI. 10.1111/ijpp.12155.

O'BRIEN, B. C.; HARRIS, I. B.; BECKMAN, T.; REED, D. A. COOK, D. A. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. **Acad Med**, v. 89, n. 9, p. 1245–1251, 2014. DOI. 10.1097/ACM.0000000000000388.

OBRELI-NETO, P.R.; GUIDONI, C.M.; BALDONI, A.O.; PILGER, D.; CRUCIOL-SOUZA, J.M.; GAETI-FRANCO, W.P. et al. Effect of a 36-month pharmaceutical care program on coronary heart disease risk in elderly diabetic and hypertensive patients. **J Pharm Pharmaceut Sci**, v. 14, n. 2, p. 249-263, 2011a. DOI. 10.1007/s11096-011-9518-x.

OBRELI-NETO, P.R.; GUIDONI, C.M.; BALDONI, A.O.; PILGER, D.; CRUCIOL-SOUZA, J.; GAETI-FRANCO, W.P.; et al. Effect of a 36-month pharmaceutical care program on pharmacotherapy adherence in elderly diabetic and hypertensive patients. **Int J Clin Pharm**, v. 33, n. 4, p. 642-649, 2011b. DOI. 10.1007/s11096-011-9518-x.

OBRELI-NETO, P.R.; MARUSIC, S.; GUIDONI, C.M.; BALDONI, A.O.; RENOVATO, R.D.; PILGER, D.; et al. Economic evaluation of a pharmaceutical care program for elderly diabetic and hypertensive patients in primary health care: a 36-month randomized controlled clinical trial. **J Manag Care Spec Pharm**, v. 21, n. 1, p. 66–75, 2015. DOI. 10.18553/jmcp.2015.21.1.66.

OLIVEIRA, N. V. B. V.; SZABO, I.; BASTOS, L. L.; PAIVA, S. P. Atuação profissional dos farmacêuticos no Brasil: perfil sociodemográfico e dinâmica de trabalho em farmácias e drogarias privadas. **Saúde Soc**, v. 26, n. 4, p. 1105–1121, 2016. DOI. 10.1590/S0104-12902017000002.

ONozato, T. **Fatores que influenciam a implementação de serviços clínicos farmacêuticos em hospitais: identificação e análise pelo framework APOTECA**. 2018. 197p. (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Sergipe, Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, São Cristóvão, 2018.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. **OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic>. Acesso em 14 jun 2022.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. **Serviços essenciais de saúde enfrentam interrupções contínuas durante pandemia de COVID-19**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/7-2-2022-servicos-essenciais-saude-enfrentam-interrupcoes-continuas-durante-pandemia-covid>. Acesso em 30 mai 2022.

ORNELL, F.; SCHUCH, J. B.; SORDI, A. O.; KESSLER, F.H.P. Pandemia de medo e Covid-19: impacto na saúde mental e possíveis estratégias. **Debates em psiquiatria**, v. 42, p. 232–235, 2020. DOI. 10.25118/2236-918X-10-2-2.

OSÓRIO, F. L.; SILVEIRA, I. L. M.; PEREIRA-LIMA, K.; CRIPPA, J. A. S.; HALLAK, J. E. C.; ZUARDI, A. W. et al. Risk and protective factors for the mental health of Brazilian healthcare workers in the frontline of COVID-19 pandemic. **Front psychiatry**, v. 12, 2021. DOI. 10.3389/fpsy.2021.662742.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**, v 2011;377(9779):1778–97. DOI. 10.1016/S0140-6736(11)60054-8.

PARSONS, T. The professions and social structure. **Soc Forces**, v. 17, n. 4, p. 457–467, 1939. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/2570695>. Acesso em: 21 jun. 2022.

PATWARDHAN, P. D.; AMIN, M. E.; CHEWNING, B. A. Intervention research to enhance community pharmacists' cognitive services: A systematic review. **Res Soc Adm Pharm**, v. 10, n. 3, p. 475–493, 2014. DOI. 10.1016/j.sapharm.2013.07.005.

PAUDYAL, V.; CADOGAN, C.; FIALOVÁ, D.; HENMAN, M. C.; HAZEN, A.; OKUYAN, B. et al. Provision of clinical pharmacy services during the COVID-19 pandemic: Experiences of pharmacists from 16 European countries. **Res Soc Adm**

**Pharm**, v. 17, n. 8, p. 1507-1517, 2021. DOI. 10.1016/j.sapharm.2020.11.017

PEREIRA, L. R. L. Da botica à clínica farmacêutica. In: SOARES, L. et al. (Ed.). **Assistência Farmacêutica no Brasil**. Florianópolis: EdUFSC, 2016.

PEREIRA, M. L.; NASCIMENTO, M. M. G. Das boticas aos cuidados farmacêuticos: perspectivas do profissional farmacêutico. **Revista Brasileira de Farmácia**, v. 92, n. 4, p. 245–52, 2011. Disponível em: [file:///C:/Users/Gomes/Desktop/Das\\_boticas\\_ao\\_cuidadofarmaceutico.pdf](file:///C:/Users/Gomes/Desktop/Das_boticas_ao_cuidadofarmaceutico.pdf). Acesso em 21 jun. 2022.

PERPELKIN, J.; DOBSON, R. T. A qualitative inquiry into the practice experiences of community pharmacy managers. **Can Pharm J**, v. 142, n. 2, p. 89-95, 2009. DOI. 10.3821/1913-701X-142.2.89.

PETERS, M. D. J.; MARNIE, C.; TRICCO, A.; POLLOCK, D.; MUNN, Z.; ALEXANDER, L. et al. Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. **JBI Evid Synth**, v. 18, n. 10, p. 2119–2126, 2020. DOI. 10.11124/JBIES-20-00167.

PETERSON, J.; PEARCE, P. F.; FERGUSON, L. A.; LANGFORD, C. A. Understanding scoping reviews: definition, purpose, and process. **J Am Assoc Nurse Pract**, v. 29, n. 1, p. 12–16, 2017. DOI. 10.1002/2327-6924.

PHARMACY BOARD OF AUSTRALIA. **Guidelines for dispensing of medicines**; 2015. p. 1–16. Disponível em <https://documents.parliament.qld.gov.au/tp/2017/5517T968.pdf>. Acesso em 17 mai 2020.

PICCOLI, N. J.; BRITO, M. A.; CASTILHO, S. R. Assessment of pharmaceutical services in HIV/AIDS health units in the city of Niterói, Brazil. **Braz J Pharm Sci**, v. 53, n. 2, p. 1-10, 2017. DOI. 10.1590/s2175-97902017000216113.

PLASTER, C.P.; MELO, D.T.; BOLDT, V.; CASSARO, K.O.S.; LESSA, F.C.R.; BOËCHAT, G.A.P.; et al. Reduction of cardiovascular risk in patients with metabolic syndrome in a community health center after a pharmaceutical care program of pharmacotherapy follow-up. **Braz J Pharm Sci**, v. 48, n. 3, p. 435–46, 2012. DOI. 10.1590/S1984-82502012000300010.

POPE, C.; MAYS, N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. **BMJ**, v. 311, n. 6996, p. 42-45, 1995. DOI. 10.1136/bmj.311.6996.42.

PRADO, N. M. B. L.; CARVALHO, V. N.; NUNES, F. G.; DE JESUS, N. N.; SANTOS, H. L. P. C.; SANTOS, A. M. Análise da produção científica sobre os serviços farmacêuticos comunitários no enfrentamento da pandemia pelo coronavírus. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 129, p. 533–547, 2021. DOI. 10.1590/0103-1104202112921.

PREFEITURA LAGOA SANTA. **Assistência farmacêutica de Lagoa Santa é reconhecida pelo Ministério da Saúde pela excelência dos serviços prestados**

à população. Disponível em:

<https://www.lagoasanta.mg.gov.br/index.php/prefeitura/noticias/saude/4268-assistencia-farmaceutica-de-lagoa-santa-e-reconhecida-pelo-ministerio-da-saude-pela-excelencia-dos-servicos-prestados-a-populacao>. Acesso em 8 jun 2022.

RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D. Overview and prospect of autoethnography in pharmacy education and practice. **Am J Pharm Educ**, v. 84, n. 1, p. 156–165, 2020. DOI. 10.5688/ajpe7127.

RAMOS, S. F.; SANTOS JUNIOR, G. A.; PEREIRA, A. M.; DOSEA, A. S.; ROCHA, K. S. S.; PIMENTEL, D. M. M.; LYRA-JR, D. P. Facilitators and strategies to implement clinical pharmacy services in a metropolis in Northeast Brazil: A qualitative approach. **BMC Health Serv Res**, v. 18, n. 1, p. 1-12, 2018. DOI. 10.1186/s12913-018-3403-4.

REIS, T.M.; ROCHA, K.S.S.; BARROS, I.M.C.; SANTOS, L.M.C.; PAIXÃO, F.P.; ALMEIDA, F.H.O.; et al. Pharmacists' skills in conducting clinical services in community pharmacies in urban areas of Northeast Brazil. **Lat Am J Pharm**, v. 34, n. 4, p. 725-731, 2015.

REN, L-L.; WANG, Y-M.; WU, Z-Q.; XIANG, Z-C.; GUO, L.; XU, T.; et al. Identification of a novel coronavirus causing severe pneumonia in human: a descriptive study. **Chin Med J**, v.133, n. 9, p. 1015-1024, 2020. DOI. 10.1097/CM9.0000000000000722.

RIGONI, C. C.; BRITO, E. S.; ALANO, G. M.; GALATO, D. Pharmacotherapy review: A proposal to improve medication adherence among hypertensive patients. **Brazilian J Pharm Sci**, v. 51, n. 4, p. 763-773, 2015. DOI. 10.1590/S1984-82502015000400002.

ROBERTS, A. S.; BENRIMOJ, S. I.; CHEN, T. F.; WILLIAMS, K. A.; ASLANI, P. Implementing cognitive services in community pharmacy: a review of models and frameworks for change. **Int J Pharm Pract**, v. 14, p. 105-113, 2006. DOI. 10.1211/ijpp.14.2.0004

ROCHA, C.; BISPO, M.; ALCANTARA, T.; BRITO, G.; VIEIRA, M.; LYRA JR, D.P. What do Brazilian community pharmacists know about self-medication for minor illnesses? A pilot study in the northeast of Brazil. **J Appl Pharm Sci**, v. 4, n. 5, p. 12-20, 2014. DOI. 10.7324/JAPS.2014.40503.

ROCHA, C.; BISPO, M.; SANTOS, A.; MESQUITA, A.; BRITO, G.; LYRA JR, D.P. Assessment of community pharmacists' counseling practices with simulated patients who have minor illness. **Simul Healthc**, v. 10, n. 4, p. 227–238, 2015. DOI. 10.1097/SIH.000000000000100.

ROSA, L. S.; MACKEDANZ, L. F. A Análise temática como metodologia na pesquisa qualitativa em educação em ciências. **Atos de Pesquisa em Educação**, v. 16, p. 8574, 2021. DOI. 10.7867/1809-0354202116e8574.

ROSENTHAL, M.; AUSTIN, Z.; TSUYUKI, R. T. Are pharmacists the ultimate barrier

to pharmacy practice change? **Can Pharm J**, v. 143, n. 1, p. 37–42, 2010. DOI. 10.3821/1913-701X-143.1.37.

ROTTA, I.; SALGADO, T. M.; FELIX, D. C.; SOUZA, T. T.; CORRER, C. J.; FERNANDEZ-LLIMOS, F. Ensuring consistent reporting of clinical pharmacy services to enhance reproducibility in practice: An improved version of DEPICT. **J Eval Clin Pract**, v. 21, n. 4, p. 584–590, 2015a. DOI. 10.1111/jep.12339.

ROTTA, I.; SALGADO, T.M.; SILVA, M.L.; CORRER, C.J.; FERNANDEZ-LLIMOS, F. Effectiveness of clinical pharmacy services: an overview of systematic reviews (2000–2010). **Int J Clin Pharm**, v. 37, n. 5, p. 687-697, 2015b. DOI. 10.1007/s11096-015-0137-9.

ROTTA, I.; SOUZA, T. T.; SALGADO, T. M.; CORRER, C. J.; FERNANDEZ-LLIMOS, F. Characterization of published randomized controlled trials assessing clinical pharmacy services around the world. **Res Social Adm Pharm**, v. 13, p. 201–208, 2017. DOI. 10.1016/j.sapharm.2016.01.003.

SABATER-HERNANDEZ, D.; MOULLIN, J. C.; HOSSAIN, L. N.; DURKS, D.; FRANCO-TRIGO, L.; FERNANDEZ-LLIMOS, F. et al. Intervention mapping for developing pharmacy-based services and health programs: A theoretical approach. **Am J Health Syst Pharm**, v. 73, n. 3, p. 156–164, 2016. DOI. 10.2146/ajhp150245..

SACKETT, D. L.; ROSENBERG, W. M. C.; GRAY, J. A. M.; HAYNES, R. B.; RICHARDSON, W. S. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. 1996. **BMJ**, v. 312(7023), n. 71, p. 1–3, 1996. DOI. 10.1136/bmj.312.7023.71.

S

AGE PUBLICATIONS, E. The significance of saturation. **Qualitative Health Research**, v. 5, n. 2, p. 147–149, 1995. DOI. 10.1177/104973239500500201.

SANTOS JÚNIOR, G. A.; RAMOS, S. F.; PEREIRA, A. M.; DOSEA, A, S.; ARAÚJO, E. M.; ONOZATTO, T. et al. Perceived barriers to the implementation of clinical pharmacy services in a metropolis in Northeast Brazil. **PLoS ONE**, v. 13, n. 10, p. 1–14, 2018. DOI. 10.1371/journal.pone.0206115.

SANTOS JÚNIOR, G. A.; SILVA, R. O. S.; ONOZATTO, T.; SILVESTRE, C. C.; ROCHA, K. S. S.; ARAÚJO, E. M. et al. Implementation of clinical pharmacy services using problematization with Maguerez Arc: a quasi-experimental before-after study. **J Eval Clin Pract**, v. 27, n. 2, p. 391-403, 2020. DOI: 10.1111/jep.13448.

SANTOS, A.; MESQUITA, A.; OLIVEIRA, K.; LYRA JR, D.P. Assessment of community pharmacists' counselling skills on headache management by using the simulated patient approach: a pilot study. **Pharm Pract**, v. 11, n. 1, p. 3-7, 2013. DOI. 10.4321/s1886-36552013000100002.

SANTOS, B.D.; NASCIMENTO, M.M.G.; OLIVEIRA, G.C.B.; NASCIMENTO, Y.A.; MAMBRINI, J.V.M.; CID, A.S.; et al. Clinical impact of a comprehensive medication management service in primary health care. **J Pharm Pract**, v. 34, n. 2, p. 265-271, 2021. DOI. 10.1177/0897190019866309.

SANTOS, F. T. C.; SILVA, D. L. M.; TAVARES, N. U. L. Pharmaceutical clinical services in basic care in a region of the municipality of São Paulo. **Braz J Pharm Sci**, v. 54, n. 3, p. 1-11, 2018. DOI. 10.1590/s2175-97902018000317033.

SANTOS, M. S.; LIMA, L. T.; VIEIRA, M. R. S. Por que o farmacêutico se afastou das drogarias? Análise do interesse dos farmacêuticos da cidade de Santos (SP) em trabalhar com dispensação de medicamentos. **Infarma**, v. 17, n. 5/6, p. 78–82, 2005. Disponível em: <https://revistas.cff.org.br/infarma/article/view/275>. Acesso em 07 mar. 2022.

SANTOS, R. I [org]. **Assistência farmacêutica no Brasil: política, gestão e clínica.** Políticas de saúde e acesso a medicamentos. Florianópolis: Ed UFSC, 2016.

SANTOS-PINTO, C. D. B.; MIRANDA, E. S.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. O “kit-covid” e o programa Farmácia Popular do Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 37, n. 2, p. e00348020, 2021. DOI. 10.1590/0102-311X00348020.

SARTI, T. D; LAZARINI, W.S.; FONTENELLE, L. F.; ALMEIDA, A. P. S. C. Qual o papel da atenção primária à saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiol Serv Saude**, v. 29, n. 2, p.e2020166, 2020. DOI. 10.5123/S1679-49742020000200024.

SCARABELIN, A.; DOSEA, A.S.; AGUIAR, P.M.; STORPIRTIS, S. Pharmacist–patient communication in prostate cancer as a strategy to humanize health care: a qualitative study. **J Patient Exp**, v. 6, n. 2, p. 150-156, 2019. DOI. 10.1177/2374373518786508.

SCHINDEL, T. J.; HUGHES, C. A.; MAKHINOVA, T.; DANIELS, J. S. Drawing out experience: Arts-informed qualitative research exploring public perceptions of community pharmacy services. **Res Soc Adm Pharm**, v. 18, n. 1, p. 2200–2212, 2022. DOI. 10.1016/j.sapharm.2021.03.006..

SHOEMAKER, S. J.; CURRAN, G. M.; SWAN, H.; TEETER, B. S.; THOMAS, J. Application of the Consolidated Framework for Implementation Research to community pharmacy: a framework for implementation research on pharmacy services. **Res Social Adm Pharm**, v.13, n. 5, 905-913, 2017. DOI. 10.1016/j.sapharm.2017.06.001.

SILVA A. S.; ROCHA FILHO, J. A.; BASTOS, L. L.; SANTANA, D. P.; WANDERLEY, A. G. Acompanhamento farmacoterapêutico em pacientes com dislipidemia em uso de sinvastatina no Componente Especializado de Assistência Farmacêutica: um estudo piloto. **Rev Ciências Farm Básica e Apl**, V. 34, N. 1, P. 51-57, 2013. Disponível em: <https://rcfba.fcfar.unesp.br/index.php/ojs/article/view/236>. Acesso em 15 out. 2018.

SILVA, B.B.; FEGADOLLI, C. Implementation of pharmaceutical care for older adults in the brazilian public health system: a case study and realistic evaluation. **BMC Health Serv Res**, v. 20, n. 37, p. 2-14, 2020. DOI. doi.org/10.1186/s12913-020-4898-z.



SILVA, G.; BAZOTTE, R.B. Development and evaluation of a pharmaceutical care program to reduce modifiable risk of chronic complications in Brazilian type 2 diabetic patients. **Lat Am J Pharm**, v. 30, n. 1, p. 154-160, 2011.

SILVA, N. M.; BASTOS, R. M.; CONCEIÇÃO, V. R. C.; BASTOS, A. S. C.; SALES, G. S.; SILVA, T. N. Promoção da saúde no Brasil na pandemia por COVID-19: concepções e práticas em atenção básica. **Saúde Coletiva**, v. 10, n. 58, p. 4021–4030, 2020. DOI. 10.36489/saudecoletiva.2020v10i58p4021-4030.

SILVA, W. B. **A emergência da atenção farmacêutica: um olhar epistemológico e contribuições para o seu ensino**. 2009. 305p. (Doutorado em Educação científica e tecnológica) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Educação, Programa de Pós-graduação em educação científica e tecnológica, Florianópolis, 2009.

SIMPSON, S. H.; MAJUMDAR, S. R.; TSUYUKI, R. T.; LEWANCZUK, R. Z.; SPOONER, R.; JOHNSON, J. A. Effect of Adding Pharmacists to Primary Care Teams on Blood Pressure Control in Patients With Type 2 Diabetes: A randomized controlled trial. **Diabetes Care**, v. 34, n.1, p. 20-26, 2011. DOI. 10.2337/dc10-1294.

SMITH, F. J. **Conducting Your Pharmacy Practice Research Project** : A step-by-step guide. 2nd ed. London and Chicago: Pharmaceutical Press; 2010.

SOARES, L. S. S.; BRITO, E. S.; GALATO, D. Percepções de atores sociais sobre Assistência Farmacêutica na atenção primária: a lacuna do cuidado farmacêutico. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 125, p. 411–426, 2020. DOI. 10.1590/0103-1104202012510.

SOEIRO, O.M.; TAVARES, N.U.L.; NASCIMENTO, J.M.; GUERRA, A.A.; COSTA, E.A.; ACURCIO F.A.; et al. Patient satisfaction with pharmaceutical services in Brazilian primary health care. **Rev Saude Publica**, v. 51, n. 2, p. 21s, 2017. DOI. 10.11606/S1518-8787.2017051007145.

SOUZA, G. S.; COSTA, E. A.; BARROS, R. D.; PEREIRA, M. T.; BARRETO, J. L.; GUERRA JUNIOR, A. A. et al. Caracterização da institucionalização da assistência farmacêutica na atenção básica no Brasil. **Rev Saúde Públ**, v. 51, p. 1s-12s, 2017. DOI. 10.11606/S1518-8787.2017051007135.

SOUZA, N. V. D. O.; CARVALHO, E. C.; SOARES, S. S. S.; VARELLA, T. C. M. Y. M. L.; PEREIRA, S. R. M.; ANDRADE, K. B. S. Nursing work in the COVID-19 pandemic and repercussions for workers' mental health. **Rev Gaúcha Enferm**, v.42, n. especial, p. e20200225, 2021. DOI. 10.1590/1983-1447.2021.20200225

STAKE, R. E. **Pesquisa qualitativa: estudando como as coisas funcionam**. Porto Alegre: Penso, 2011.

STERNE, J.; HERNÁN, M.; REEVES, B.; SAVOVIĆ, J.; BERKMAN, N.; VISWANATHAN, M.; et al. Risk of bias in non-randomized studies of interventions (ROBINS-I): detailed guidance. **BMJ**, v. 355, p. i4919, 2016. DOI. 10.1136/bmj.i4919.



THE COCHRANE COLLABORATION. **Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions**. Chichester, West Sussex, England: Wiley-Blackwell; 2008. Disponível em: <https://training.cochrane.org/handbook>. Acesso em: 10 abr. 2018.

THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE. Checklist for Qualitative Research. **The Joanna Briggs Institute**. Disponível em: [https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI Critical Appraisal-Checklist for Qualitative Research2017 0.pdf](https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI%20Critical%20Appraisal-Checklist%20for%20Qualitative%20Research2017%200.pdf). Acesso em 13 ago. 2018.

THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE. **The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015**. Adelaide, SA Australia: The Joanna Briggs Institute, 2015. Disponível em: <https://nursing.lsuhs.edu/jbi/docs/reviewersmanuals/scoping-.pdf>. Acesso em 15 set. 2019.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. **Int J Qual Health Care**, v. 19, n. 6, p. 349–357, 2007. DOI. 10.1093/intqhc/mzm042.

TONIN, F.S.; LOPES, L.A.; ROTTA, I.; BONETTI, A.F.; PONTAROLO, R.; CORRER, C.J.; et al. Usability and sensitivity of the risk of bias assessment tool for randomized controlled trials of pharmacist interventions. **Int J Clin Pharm**, v. 41, n. 3, p. 785-792, 2019. DOI. 10.1007/s11096-019-00818-2.

TORRES, N. F.; SOLOMON, V. P.; MIDDLETON, L. E. Pharmacists' practices for non-prescribed antibiotic dispensing in Mozambique. **Pharm Pract**, v. 18, n. 3, p. 1–13, 2020. DOI. 10.18549/PharmPract.2020.3.1965.

TRAULSEN, J. M.; BISSEL, P. (9) Theories of professions and the pharmacist. **Int J Pharm Pract**, v. 12, n. 2, p. 107–114, 2004. DOI. 10.1211/0022357023727.

TRICCO, A. C.; LILLIE, E.; ZARIN, W.; O'BRIEN, K.; COLQUHOUN, H.; KASTNER, M. et al. A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. **BMC Med Res Methodol**, v. 16, n. 15, p.1-10, 2016. DOI. doi.org/10.1186/s12874-016-0116-4.

TRICCO, A. C.; LILLIE, E.; ZARIN, W.; O'BRIEN, K.; COLQUHOUN, H.; LEVAC, D. et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. **Ann Intern Med.**, v. 169, n. 7, p. 467–473, 2018. DOI. 10.7326/M18-0850.

TSUYUKI, R. T.; HOULE, S. K. D.; CHARROIS, T. L.; KOLBER, M. R.; ROSENTHAL, M. M.; LEWANCZUK, R. et al. Randomized Trial of the Effect of Pharmacist prescribing on improving blood pressure in the community: The Alberta Clinical Trial in Optimizing Hypertension (RxACTION). **Circulation**, v. 132, n. 2, p. 93–100, 14 jul. 2015. DOI. 10.1161/CIRCULATIONAHA.115.015464.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev Saúde Públ**, v. 39, n. 3, p. 507–514, 2005. DOI. 10.1590/S0034-89102005000300025.

ULLRICH, D. R.; OLIVEIRA, J. S.; BASSO, K; VISENTINI, M. S. Reflexões teóricas sobre confiabilidade e validade em pesquisas qualitativas : em direção à reflexividade analítica. **Revista de Administração da PUCRS**, v. 23, n. 1, p. 19–30, 2012. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/face/article/view/11329>. Acesso em: 20 jul. 2020.

VAISMORADI, M.; TURUNEN, H.; BONDAS, T. Content analysis and thematic analysis: implications for conducting a qualitative descriptive study. **Nurs Health Sci**, v. 15, n. 3, p. 398–405, 2013. DOI. 0.1111/nhs.12048.

VAN DER LAAN, D. M.; LANGENDOEN-GORT, M.; NIJPELS, G.; BOONS, C. C. L. M.; ELDERS, P. J. M.; HUGTENBURG, J. G. Implementation fidelity of an intervention programme to enhance adherence to antihypertensive medication in Dutch community pharmacies. **Int J Clin Pharm**, v. 41, n. 4, p. 1031–1046, 2019. DOI. 10.1007/s11096-019-00845-z.

VARAS-DOVAL, R.; GASTELURRUTIA, M. A.; BENRIMOJ, S. I.; ZARZUELO, M. J.; GARCIA-CARDENAS, V.; PEREZ-ESCAMILLA, B. et al. Evaluating an implementation programme for medication review with follow-up in community pharmacy using a hybrid effectiveness study design: Translating evidence into practice. **BMJ Open**, v. 10, n. 9, p. e036669, 2020. DOI. 10.1136/bmjopen-2019-036669.

VASCONCELOS, S. M. R. **Ciência no Brasil: uma abordagem cientométrica e linguística**. 2008. 193p. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Bioquímica Médica, Programa de Pós-graduação em química biológica, Rio de Janeiro, 2008.

VASCONCELOS, S. M. R.; SORENSON, M. M.; LETA, J. Scientist-friendly policies for non-native English-speaking authors: timely and welcome. **Braz J Med Biol Res**, v. 40, n. 6, p. 743–747, 2007. DOI. 10.1590/S0100-879X2007000600001.

VELLOSO, V. P. **Farmácia na Corte Imperial (1851-1887): práticas e saberes**. 2007. 345p. (Doutorado em História das Ciências da Saúde) - Casa de Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2007.

VERMA, A.; RAJPUT, R.; VERMA, S.; BALANIA, V. K. B.; JANGRA, B. Impact of lockdown in COVID 19 on glycemic control in patients with type 1 Diabetes Mellitus. **Diabetes Metab Syndr**, v. 14, n. 5, p.1213, 2020. DOI. 10.1016/j.dsx.2020.07.016.

VILAÇA, M. M. A publicação como obsessão, a pressão como efeito e a integridade como discurso/desafio: uma análise crítico-provocativa da cientometria vigente. **Motrivivência**, v. 30, n. 54, p. 51–73, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta/portal/resource/pt/biblio-908768>. Acesso em: 18 jun. 2022.

VISACRI, M. B.; FIGUEIREDO, I. V.; LIMA, T. M. Role of pharmacist during the COVID-19 pandemic: A scoping review. **Res Soc Adm Pharm**, v. 17, n. 1, p. 1799-1806, 2021. DOI. 10.1016/j.sapharm.2020.07.003.

VISWANATHAN, H. N.; SALMON, J. W. Accrediting organizations and quality improvement. **Am J Manag Care**, v. 6, n. 10, p. 1117–1130, 2000.

VOLPATO, D. E.; SOUZA, B. V.; DALLA ROSA, L. G.; MELO, L. H.; DAUDT, C. A. S.; DEBONI, L. Use of antibiotics without medical prescription. **Brazilian J Infect Dis**, v. 9, n. 4, p. 288-291, 2005. DOI. 10.1590/S1413-86702005000400004.

VON THIELE, U.S.; HASSON, H.; LINDFORS, P. Applying a fidelity framework to understand adaptations in an occupational health intervention. **Work**, v. 51, n. 2, p. 195-203, 2015. DOI. 10.3233/WOR-141840.

WAHAB, M. S. A.; RASHID, A.; ALI, A. A.; ZAKI, I. A. H.; ALIAS, R.; MUSTAFFA, M. F. et al. Development of a board game to assist pharmacists learning the potentially inappropriate medications in older people. **Curr Pharm Teach Learn**, v. 14, n. 5, p. 635–646, 2022. DOI. 10.1016/j.cptl.2022.04.013.

WANG, W.; TANG, J.; WEI, F. Updated understanding of the outbreak of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in Wuhan, China. **J Med Virol**, v. 92, n. 4, p. 441-447, 2020. DOI. 10.1002/jmv.25689.

WEB OF SCIENCE GROUP. **Research in Brazil**: Funding excellence. Analysis prepared on behalf of CAPES by the Web of Science Group. Clarivate Analytics company. 2019. Disponível em: [https://jornal.usp.br/wp-content/uploads/2019/09/ClarivateReport\\_2013-2018.pdf](https://jornal.usp.br/wp-content/uploads/2019/09/ClarivateReport_2013-2018.pdf). Acesso em 17 mai. 2020.

WILDER-SMITH, A.; FREEDMAN, D. O. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. **J Travel Med**, v. 27, n. 2, p. 1–4, 2020. DOI. 10.1093/jtm/taaa020.

WILENSKY, H. L. The Professionalization of Everyone? **Am J Sociol**, v. 70, n. 2, p. 137–158, 1964.

WILLIG, C. **Introducing Qualitative Research in Psychology**. 2nd. ed. New York: McGraw Hill, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The legal and regulatory framework for community pharmacies in the WHO European Region**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326394/9789289054249-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso: em 18 mai. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard**. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em 14 jun 2022.

WUYTS, J.; MAESSCHALCK, J.; DE WULF, I.; DE LEPELEIRE, J.; FOULON, F. Studying the impact of a medication use evaluation by the community pharmacist (Simenon): Patient-reported outcome measures. **Res Soc Adm Pharm**, v. 16, n. 12, p. 1760–1767, 2020. DOI. 10.1016/j.sapharm.2020.01.017.

YIN, R. K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. 1. ed. Porto Alegre: Penso, 2016.

YUAN, C.; DING, Y.; ZHOU, K.; HUANG, Y.; XI, X. Clinical outcomes of community pharmacy services: A systematic review and meta-analysis. **Health Soc Care Community**, v. 27, n. 5, p. e567–e587, 2019. DOI. 10.1111/hsc.12794.

ZANELLA, C. G.; AGUIAR, P. M.; STORPIRTIS, S. Atuação do farmacêutico na dispensação de medicamentos em Centros de Atenção Psicossocial Adulto no município de São Paulo, SP, Brasil. **Cienc e Saude Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 325-332, 2015. DOI. 10.1590/1413-81232015202.17872013.

ZANLORENSSI, G.; SOUZA, C. **Orçamentos da Capes e do CNPq caíram 73,4% desde 2015**. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/grafico/2021/10/20/Orçamentos-da-Capes-e-do-CNPq-caíram-734-desde-2015>. Acesso em 27 mai. 2022.

ZATTA, D.; PERASSOLO, M. S. Adherence promotion to pharmacological treatment in patients with type 2 diabetes mellitus in a pharmacy in Southern Brazil. **Lat Am J Pharm**, v. 36, n. 11, p. 2315-2323, 2017.

ZHOU, M.; DESBOROUGH, J.; PARKINSON, A.; DOUGLAS, K.; McDONALD, D.; BOOM, K. Barriers to pharmacist prescribing: a scoping review comparing the UK, New Zealand, Canadian and Australian experiences. **Int J Pharm Pract**, v. 27, n. 6, p. 479–489, 1 dez. 2019. DOI. 10.1111/ijpp.12557.

## APÊNDICES

### APÊNDICE 1

#### ESTRATÉGIAS DE BUSCA

Revisão de escopo (Capítulo 2)

##### PUBMED

(Brasil\*[all fields] OR Brazil\*[all fields] OR Brazil[MeSH Terms]) AND ("Community Pharmacy Services"[MeSH Terms] OR Pharmacists[MeSH Terms] OR pharmacist\*[TIAB] OR "pharmacy services"[TIAB] OR "pharmaceutic services"[TIAB] OR ("pharmaceutical services"[MH] AND community[TIAB]) OR "pharmaceutical services"[TIAB] OR "community pharmacy"[TIAB] OR "community pharmacies"[TIAB] OR "pharmacy practice"[TIAB] OR "clinical pharmacy"[TIAB] OR "pharmacist interventions"[TIAB] OR "pharmaceutical interventions"[TIAB])

##### SCIELO

(farmacia OR farmacêutico OR "atenção farmacêutica" OR pharmacy OR pharmacist OR "pharmaceutical care") AND (serviço OR intervenção OR service OR intervention) AND (Brasil OR Brazil)

##### SCOPUS

(farmacia OR farmacêutico OR "atenção farmacêutica" OR pharmacy OR pharmacist OR "pharmaceutical care") AND (serviço OR intervenção OR service OR intervention) AND (Brasil OR Brazil)

##### LILACS

(farmacia OR farmacêutico OR "atenção farmacêutica" OR pharmacy OR pharmacist OR "pharmaceutical care") AND (serviço OR intervenção OR service OR intervention) AND (Brasil OR Brazil) AND (community OR comunitária OR rede OR drogaria)

##### WoS

(farmacia OR farmacêutico OR "atenção farmacêutica" OR pharmacy OR pharmacist OR "pharmaceutical care") AND (serviço OR intervenção OR service OR intervention) AND (Brasil OR Brazil)

**APÊNDICE 2**  
(Capítulo 3)

**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

Pesquisa: Caracterização dos Serviços Farmacêuticos em Farmácias Comunitárias Brasileiras

Lista de tópicos

1. Qual sua percepção sobre os serviços clínicos providos por farmacêuticos (SCF) que são realizados em farmácias comunitárias no Brasil?
2. Você poderia descrever as atividades que considera SCF?
3. Quais as dificuldades e problemas encontrados para realizar SCF atualmente?
4. Como você avalia o conhecimento geral de farmacêuticos para realizar SCF?
5. Qual sua percepção sobre a Legislação de SCF?
6. A partir da sua compreensão, quais diferenças existem entre a oferta de serviços em estabelecimentos públicos e privados?
7. Quais pontos essenciais para se estruturar um serviço?
8. O que poderia ser adotado como estratégia para facilitar a implantação de SCF nas farmácias comunitárias?
9. Qual sua percepção sobre as produções e publicações científicas sobre SCF?

## APÊNDICE 3 (Capítulo 3)

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Roberto Pontarolo, pesquisador responsável pela pesquisa, e os demais integrantes da equipe Aline Ansbach Garabeli, Gerusa Halila Possagno e Arcelio Benetoli, estamos convidando você, pesquisador(a) ou farmacêutico que realiza serviços farmacêuticos, a participar de um estudo qualitativo intitulado “**Caracterização dos serviços farmacêuticos em farmácias comunitárias brasileiras**”. Esse estudo tem em vista o crescente o número de serviços farmacêuticos ofertados em farmácias no Brasil e a lacuna que existe de pesquisas que caracterizem e explorem o entendimento dos farmacêuticos sobre o tema e a maneira como esses serviços tem sido realizados aos pacientes.

- a) O objetivo desta pesquisa é explorar os serviços farmacêuticos realizados no Brasil, sua execução, definições e conceitos, levantando estratégias para a sua padronização e implantação.
- b) Caso participe da pesquisa, você dará uma entrevista com o seu ponto de vista e conhecimento sobre diversos aspectos dos serviços farmacêuticos desempenhados no país e sobre as publicações científicas relacionadas à área. De acordo com essa metodologia de coleta e análise de dados, o áudio das entrevistas precisa ser gravado. Além disso, como dados complementares, informações demográficas (idade, sexo, local de residência, tempo de atuação profissional, entre outras) serão coletadas por meio de formulário para preenchimento individual ou por meio de entrevista, conforme sua preferência pessoal.
- c) A entrevista terá duração média de 40 a 60 minutos e será realizada por vídeo-chamada através de meios para comunicação à distância da sua preferência (Google Meet, Skype, ou similar), via ligação telefônica ou presencialmente, dependendo da sua localização geográfica. Eu, pesquisadora, farei o deslocamento em caso de entrevista presencial e, caso seja necessário seu deslocamento, os gastos serão ressarcidos.
- d) Essa pesquisa não oferece riscos diretos à sua saúde, mas, se você sentir-se constrangido durante a entrevista, sua desistência é garantida sem qualquer prejuízo.
- e) O estudo não oferece benefícios diretos a você, mas poderá colaborar com o desenvolvimento de estratégias que propiciem a oferta de serviços farmacêuticos mais adequados à comunidade.
- f) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.
- g) Os pesquisadores responsáveis por este estudo, abaixo listados, poderão ser localizados para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

- Dr. Roberto Pontarolo (orientador). Universidade Federal do Paraná. Av. Prefeito Lothário Meissner, 632 - Jardim Botânico, Curitiba - PR, 80210-170. Laboratório de Controle de Qualidade e Química Farmacêutica. Departamento de Farmácia. Telefone: (41) 3360-4076. Horário: 08:30 às 12:00 e 13:30 às 17:30 horas. E-mail: pontarolo@ufpr.br
- Me. Aline Ansbach Garabeli (doutoranda). Universidade Federal do Paraná. Av. Prefeito Lothário Meissner, 632 - Jardim Botânico, Curitiba - PR, 80210-170. GEATS - Grupo de Estudos e Avaliação em Tecnologias da Saúde. Programa de Pós Graduação em Ciências Farmacêuticas. Departamento de Farmácia. Telefone: (41) 3360-4076 / (42) 99978-1312. Horário: 08:30 às 12:00 e 13:30 às 17:30 horas. E-mail: agarabeli@gmail.com



- Dra. Gerusa Halila Possagno (co-orientadora). Universidade Estadual de Ponta Grossa. Av. General Carlos Cavalcanti, 4748 - Uvaranas, Ponta Grossa - PR, 84030-900. Bloco M. Departamento de Ciências Farmacêuticas. Telefone: (42) 3220-3120 ou (42) 99131-7751. Horário 08:30 às 12:00 e 13:30 às 17:30 horas. E-mail: gerusach@hotmail.com
  - Dr. Arcelio Benetoli (co-orientador). Universidade Estadual de Ponta Grossa. Av. General Carlos Cavalcanti, 4748 - Uvaranas, Ponta Grossa - PR, 84030-900. Bloco M. Departamento de Ciências Farmacêuticas. Telefone: (42) 3220-3120 ou (42) 99873-1050. Horário 08:30 às 12:00 e 13:30 às 17:30 horas. E-mail: arceliobenetoli@hotmail.com
- h) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas pela equipe de pesquisa descrita a cima. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.**
- i) As gravações e formulários obtidos serão utilizados unicamente para essa pesquisa e serão apagados ao término do estudo, previsto para abril de 2022.
- j) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.
- k) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.
- l) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Eu, \_\_\_\_\_ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**Local** **Data**

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do Participante de Pesquisa

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE

**APÊNDICE 4**  
(Capítulo 3)

**TERMO DE SOLICITAÇÃO DE USO DE SOM DE VOZ E IMAGEM PARA PESQUISA**

Título do Projeto: **Caracterização dos Serviços Farmacêuticos em Farmácias Comunitárias Brasileiras**

O(a) pesquisador(a) responsável Roberto Pontarolo do presente projeto solicita a utilização de imagem ou som de voz para gravação das entrevistas semiestruturadas da pesquisa.

**Esta autorização refere-se única e exclusivamente para fins desta pesquisa, portanto não autorizo a utilização de minha imagem e/ou voz e/ou prontuários para outros fins.**

Tenho ciência que a guarda e demais procedimentos de segurança são de inteira responsabilidade dos pesquisadores. Os pesquisadores comprometem-se, igualmente, a fazer divulgação dessas informações coletadas somente de forma anônima.

Este documento foi elaborado em duas (2) vias, uma ficará com o(s) pesquisador(a/es) e outra com o(a) participante da pesquisa.

Curitiba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Roberto Pontarolo  
Pesquisador responsável

\_\_\_\_\_  
Nome por extenso – Participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura – Participante da pesquisa

**APÊNDICE 5**  
(Capítulo 3)

**FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**

Projeto: Caracterização dos serviços farmacêuticos em farmácias comunitárias  
brasileiras

Informações base utilizadas para a coleta de dados sócio demográficos em formulário  
*online*

<b>Itens</b>
Nome completo
Data de nascimento
Sexo
Cidade/UF
Formação acadêmica
Possui pós-graduação?
Qual foi a área de estudo da pós-graduação?
Local de trabalho
Função exercida
Você já realizou serviços farmacêuticos diretamente ao paciente? Se sim, quais?
Você faz ou já fez pesquisas sobre serviços farmacêuticos?
Você conhece outros pesquisadores/pesquisadoras de serviços farmacêuticos no Brasil que participariam dessa pesquisa? Se sim, poderia indicar seus nomes para entrarmos em contato?

## APÊNDICE 6 (Capítulo 4)



### **Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação**

COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS  
Av.: Gen. Carlos Cavalcanti, 4748 CEP: 84030-900 Bloco M  
Campus Uvaranas Ponta Grossa Fone: (42) 3220.3108; e-mail: seccoep@uegp.br

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

Você está sendo convidado(a) a participar do estudo PERCEPÇÃO DOS FARMACÊUTICOS QUE ATUAM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ACERCA DO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS. A pesquisa tem como principal abordagem a metodologia qualitativa e serão realizadas entrevistas semiestruturadas com **farmacêuticos** antes, durante e após a pandemia do novo coronavírus. Se aceitar participar da pesquisa, você dará uma entrevista com o seu ponto de vista sobre o impacto da pandemia nos serviços de saúde. De acordo com essa metodologia de coleta e análise de dados, o áudio das entrevistas precisa ser gravado.

Além disso, para como dados complementares, informações sociodemográficas (idade, sexo, entre outras) serão coletadas por meio de questionário estruturado a ser preenchido no momento da entrevista.

Os riscos aos participantes deste estudo podem ser considerados mínimos, uma vez que serão realizadas apenas entrevistas sobre seus pontos de vista acerca do tema da pesquisa e todas as informações relacionadas ao estudo serão publicadas sem qualquer identificação pessoal, respeitando os critérios de sigilo.

Em caso de qualquer dúvida sobre sua participação na pesquisa, você pode entrar em contato com os pesquisadores a qualquer momento. Estão garantidas todas as informações que você queira, antes, durante e depois do estudo.

A sua participação neste estudo é voluntária. Mas, se você não quiser mais fazer parte da pesquisa, pode solicitar de volta esse termo de consentimento livre e esclarecido assinado. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro. Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são da sua responsabilidade. Este termo de consentimento é um documento que será preenchido em duas vias, sendo que uma ficará com você participante e a outra ficará com a equipe de pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado(a) a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do participante da pesquisa)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do orientador)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do entrevistador)

#### **Equipe de pesquisa**

- Pesquisadoras entrevistadoras: Aline Ansbach Garabeli (42) 99978-1312. agarabeli@gmail.com / Giovana Foggiatto. (42) 99955-3036. g\_foggiatto@outlook.com
- Pesquisador orientador: Dr. Arcelio Benetoli. (42) 99873-1050. arceliobenetoli@hotmail.com
- Pesquisadora orientadora: Dr<sup>a</sup> Gerusa Clazer Halila Possagno (42) 99131-7751. gerusach@hotmail.com

## **APÊNDICE 7**

### **(Capítulo 4)**

#### **ROTEIRO DE ENTREVISTA**

**Pesquisa:** Desafios enfrentados por farmacêuticos comunitários do setor público no Brasil durante a fase inicial da pandemia de Covid-19: um estudo qualitativo.

#### **AMBIENTE DE TRABALHO**

1. Quais foram as principais mudanças que aconteceram nas suas atividades profissionais por conta da Pandemia do novo coronavírus?
2. Dentro do seu ambiente de trabalho, quais foram as mudanças na interação e comunicação com os membros da equipe de saúde?
3. Pela sua experiência, como as mídias sociais (WhatsApp, Facebook e outros) foram utilizadas para o seu trabalho durante a pandemia?
4. Na sua percepção, como o seu local de trabalho atuou para minimizar a sobrecarga de atividades dos profissionais?
5. No seu entendimento, de que forma as medidas e procedimentos e equipamentos necessários para reduzir os riscos ocupacionais foram executados?
6. Quais foram os maiores desafios que você enfrentou ou tem enfrentado no seu ambiente de trabalho durante a pandemia?

#### **MEDICAMENTOS**

7. De acordo com a sua percepção, como você avalia o comportamento dos pacientes com relação aos medicamentos propagados pela mídia para prevenção ou tratamento da COVID-19?

#### **SAÚDE FÍSICA E MENTAL**

8. Enquanto farmacêutico, qual é o seu nível de preocupação quanto a ser contaminado ou a contaminar outra pessoa?
9. Como você avalia sua saúde física e emocional diante dos desafios e dificuldades gerados pela pandemia?

#### **PANDEMIA**

10. No seu entendimento, qual foi o impacto da pandemia do novo coronavírus nos serviços de saúde?
11. Qual foi o impacto das mudanças trazidas pela pandemia na qualidade dos serviços de saúde prestados aos usuários?

## ANEXOS

## ANEXO 1



## ACCEPTANCE CERTIFICATE – BJPS

The BRAZILIAN JOURNAL OF PHARMACEUTICAL SCIENCES (BJPS) certifies that your manuscript BJPS-2020-0851.R2 entitled "Mapping community pharmacy services in Brazil: a scoping review" authors: Aline Ansbach Garabeli, Arcelio Benetoli, Geresa Clazer Halila, Isadora Machinski, Fernanda Stumpf Tonin, Fernando Fernandez-Llimos, Roberto Pontarolo; was accepted for publication. Thank you for your fine contribution. On behalf of the Editors of the Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences, we look

April 1<sup>st</sup>, 2022.

Best regards,

A handwritten signature in blue ink, which appears to read 'Silvy Stuchi Maria-Engler'.

Silvy Stuchi Maria-Engler, Full Professor  
Editor-in-Chief  
editorchiefbjps@usp.br

## ANEXO 2 (Capítulo 2)

### Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) Checklist

SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
<b>TITLE</b>			
Title	1	Identify the report as a scoping review.	
<b>ABSTRACT</b>			
Structured summary	2	Provide a structured summary that includes (as applicable): background, objectives, eligibility criteria, sources of evidence, charting methods, results, and conclusions that relate to the review questions and objectives.	
<b>INTRODUCTION</b>			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known. Explain why the review questions/objectives lend themselves to a scoping review approach.	
Objectives	4	Provide an explicit statement of the questions and objectives being addressed with reference to their key elements (e.g., population or participants, concepts, and context) or other relevant key elements used to conceptualize the review questions and/or objectives.	
<b>METHODS</b>			
Protocol and registration	5	Indicate whether a review protocol exists; state if and where it can be accessed (e.g., a Web address); and if available, provide registration information, including the registration number.	
Eligibility criteria	6	Specify characteristics of the sources of evidence used as eligibility criteria (e.g., years considered, language, and publication status), and provide a rationale.	
Information sources*	7	Describe all information sources in the search (e.g., databases with dates of coverage and contact with authors to identify additional sources), as well as the date the most recent search was executed.	
Search	8	Present the full electronic search strategy for at least 1 database, including any limits used, such that it could be repeated.	
Selection of sources of evidence†	9	State the process for selecting sources of evidence (i.e., screening and eligibility) included in the scoping review.	
Data charting process‡	10	Describe the methods of charting data from the included sources of evidence (e.g., calibrated forms or forms that have been tested by the team before their use, and whether data charting was done independently or in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	
Data items	11	List and define all variables for which data were sought and any assumptions and simplifications made.	
Critical appraisal of individual	12	If done, provide a rationale for conducting a critical appraisal of included sources of evidence; describe	



SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
sources of evidence§		the methods used and how this information was used in any data synthesis (if appropriate).	
Synthesis of results	13	Describe the methods of handling and summarizing the data that were charted.	
<b>RESULTS</b>			
Selection of sources of evidence	14	Give numbers of sources of evidence screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally using a flow diagram.	
Characteristics of sources of evidence	15	For each source of evidence, present characteristics for which data were charted and provide the citations.	
Critical appraisal within sources of evidence	16	If done, present data on critical appraisal of included sources of evidence (see item 12).	
Results of individual sources of evidence	17	For each included source of evidence, present the relevant data that were charted that relate to the review questions and objectives.	
Synthesis of results	18	Summarize and/or present the charting results as they relate to the review questions and objectives.	
<b>DISCUSSION</b>			
Summary of evidence	19	Summarize the main results (including an overview of concepts, themes, and types of evidence available), link to the review questions and objectives, and consider the relevance to key groups.	
Limitations	20	Discuss the limitations of the scoping review process.	
Conclusions	21	Provide a general interpretation of the results with respect to the review questions and objectives, as well as potential implications and/or next steps.	
<b>FUNDING</b>			
Funding	22	Describe sources of funding for the included sources of evidence, as well as sources of funding for the scoping review. Describe the role of the funders of the scoping review.	

JB1 = Joanna Briggs Institute; PRISMA-ScR = Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews.

\* Where *sources of evidence* (see second footnote) are compiled from, such as bibliographic databases, social media platforms, and Web sites.

† A more inclusive/heterogeneous term used to account for the different types of evidence or data sources (e.g., quantitative and/or qualitative research, expert opinion, and policy documents) that may be eligible in a scoping review as opposed to only studies. This is not to be confused with *information sources* (see first footnote).

‡ The frameworks by Arksey and O'Malley (6) and Levac and colleagues (7) and the JB1 guidance (4, 5) refer to the process of data extraction in a scoping review as data charting.

§ The process of systematically examining research evidence to assess its validity, results, and relevance before using it to inform a decision. This term is used for items 12 and 19 instead of "risk of bias" (which is more applicable to systematic reviews of interventions) to include and acknowledge the various sources of evidence that may be used in a scoping review (e.g., quantitative and/or qualitative research, expert opinion, and policy document).

### ANEXO 3 (Capítulo 3)

#### COREQ (CONsolidated criteria for Reporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
<b>Domain 1: Research team and reflexivity</b>			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	
Gender	4	Was the researcher male or female?	
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	
<i>Relationship with Participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	
<b>Domain 2: Study design</b>			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	
Sample size	12	How many participants were in the study?	
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	

Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	
Repeat interviews	18	Were repeat inter views carried out? If yes, how many?	
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the inter view or focus group?	
Duration	21	What was the duration of the inter views or focus group?	
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?	
<b>Domain 3: analysis and findings</b>			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	--
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357



Continuação do Parecer: 4.208.699

**ANEXO 4**  
(Capítulo 3)

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Caracterização de Serviços Farmacêuticos em Farmácias Comunitárias Brasileiras

**Pesquisador:** Roberto Pontarolo

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 33621520.2.0000.0102

**Instituição Proponente:** Programa de Pós Graduação em Ciências Farmacêuticas

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.208.699

**Apresentação do Projeto:**

Parecer do projeto intitulado "Caracterização de Serviços Farmacêuticos em Farmácias Comunitárias Brasileiras" sob a responsabilidade do Prof. Dr. Roberto Pontarolo do Programa de Pós Graduação em Ciências Farmacêuticas.

Projeto a ser desenvolvido de agosto de 2020 a abril de 2022.

Como membros da equipe foram incluídos: Gerusa Clazer Halila Possagno, Arcelio Benetoli e Aline Ansbach Garabeli.

Serão realizadas entrevistas semiestruturadas com farmacêuticos (n=30) para realização dessa pesquisa com abordagem qualitativa, descritiva.

Segundo o pesquisador, "o estudo será composto por quatro etapas principais:

- I) Identificação dos pesquisadores de SF no Brasil: através da localização e contato com os autores dos artigos incluídos em uma Scoping Review já realizada previamente;
- II) Coleta de dados: realização de entrevistas semiestruturadas com farmacêuticos pesquisadores do tema

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**CEP:** 80.060-240

**Telefone:** (41)3360-7259

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.208.699

que realizem SF;

III) Transcrição e análise do conteúdo das entrevistas, identificação e categorização de termos; e IV) Mapeamento e caracterização dos SF.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

O pesquisador destaca os seguintes objetivos:

##### Objetivo Primário:

Compreender como os serviços farmacêuticos são ofertados em farmácias comunitárias brasileiras e propor novas estratégias para sua implementação.

##### Objetivo Secundário:

- Mapear e caracterizar os SF realizados em farmácias comunitárias no Brasil;
- Verificar a aplicabilidade prática dos conceitos pré-estabelecidos e legislação sobre SF em farmácias comunitárias no país;
- Identificar barreiras e levantar estratégias para a padronização e implantação adequada de SF;
- Identificar as características e lacunas das pesquisas brasileiras sobre SF.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

De acordo com o pesquisador são riscos e benefícios da pesquisa:

##### "Riscos:

Os riscos aos participantes estão relacionados com constrangimento, desconforto emocional, dúvidas ou algum mal estar que possa surgir com os questionamentos durante as entrevistas semiestruturadas, mas espera-se que sua ocorrência seja baixa."

##### "Benefícios:

A caracterização e conceituação dos SF no Brasil permitirá compreensão ampla sobre o tema e, assim, o desenvolvimento de planos e estratégias para melhorar sua qualidade e padronização para novos estudos e impactar positivamente na oferta destes serviços aos pacientes em farmácias comunitárias. Espera-se produzir protocolos para a realização de serviços farmacêuticos padronizados e obter resultados positivos na saúde dos pacientes."

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**CEP:** 80.060-240

**Telefone:** (41)3360-7259

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.208.699

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Como estratégia de recrutamento, o pesquisador argumenta que:

"Os participantes serão, inicialmente, os autores dos artigos sobre serviços farmacêuticos, identificados através de levantamento bibliográfico prévio (Scoping Review). Se necessário, serão solicitadas aos participantes indicações de outros profissionais farmacêuticos que atuem diretamente com serviços farmacêuticos ou sejam pesquisadores do tema até haver amostra suficiente. O recrutamento será feito através do contato remoto (telefone, e-mail ou outro meio digital) com os autores dos estudos e outras informações disponíveis nos artigos científicos encontrados."

O contato com esses autores será por meio de endereço eletrônico disponibilizado nos artigos publicados.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos foram apresentados.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Tendo em vista a relevância do tema e a expertise do pesquisador na temática devido à sua formação e profissão, do ponto de vista ético, o projeto tem a aprovação por este comitê de ética em pesquisa envolvendo humanos.

Favor inserir em seu TCLE e TALE o número do CAAE e o número do Parecer de aprovação, para que possa aplicar aos participantes de sua pesquisa, conforme decisão da Coordenação do CEP/SD de 13 de julho de 2020.

Após o isolamento, retornaremos à obrigatoriedade do carimbo e assinatura nos termos.

Qualquer dúvida, retornar e-mail ou pelo WhatsApp 41-3360-7259.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

**UF:** PR **Município:** CURITIBA

**Telefone:** 41 3360 7259

**CEP:** 80.060-240

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.208.699

da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: [www.cometica.ufpr.br](http://www.cometica.ufpr.br) (obrigatório envio)

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1523025.pdf	06/06/2020 19:06:03		Aceito
Outros	checklist.pdf	06/06/2020 19:03:57	Roberto Pontarolo	Aceito
Outros	usoimagemevoz.pdf	06/06/2020 19:03:12	Roberto Pontarolo	Aceito
Outros	ataaprovacao.pdf	06/06/2020 19:02:52	Roberto Pontarolo	Aceito
Outros	merito.pdf	06/06/2020 19:02:28	Roberto Pontarolo	Aceito
Outros	cartaencaminhamento.pdf	06/06/2020 19:02:10	Roberto Pontarolo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	compromissopesquisadores.pdf	06/06/2020 19:01:31	Roberto Pontarolo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	06/06/2020 19:00:43	Roberto Pontarolo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoalinegarabeli.docx	06/06/2020 19:00:23	Roberto Pontarolo	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	10/03/2020 14:09:43	Roberto Pontarolo	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

**Bairro:** Alto da Glória

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**CEP:** 80.060-240

**E-mail:** [cometica.saude@ufpr.br](mailto:cometica.saude@ufpr.br)

**Telefone:** (41)3360-7259





UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -  
SCS/UFPR



Continuação do Parecer: 4.208.699

Não

CURITIBA, 12 de Agosto de 2020

---

**Assinado por:**  
**IDA CRISTINA GUBERT**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

**Bairro:** Alto da Glória

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**CEP:** 80.060-240

**E-mail:** [cometica.saude@ufpr.br](mailto:cometica.saude@ufpr.br)

**Telefone:** (41)3360-7259

**ANEXO 5**  
(Capítulo 4)

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE E DOS USUÁRIOS ACERCA DO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

**Pesquisador:** Gerusa Clazer Halila Possagno

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 31874920.9.0000.0105

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual de Ponta Grossa

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.064.706

**Apresentação do Projeto:**

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE E DOS USUÁRIOS ACERCA DO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS NOS SERVIÇOS

DE SAÚDE. No final de dezembro de 2019 surgiu um surto por um novo coronavírus (SARS CoV-2) causador de uma

nova doença denominada de COVID-19, que se tornou uma pandemia de acordo com a Organização Mundial da Saúde. Este projeto visa explorar a percepção trabalhadores e usuários dos serviços de saúde acerca do enfrentamento da pandemia do novo coronavírus. Como o enfrentamento a esta pandemia foi algo inusitado, tanto aqueles que prestam serviços quanto aqueles que os recebem experimentaram fortes diferenças. Portanto este estudo visa elucidar quais foram as principais barreiras ao acesso ao serviço de saúde neste período, quais foram as ações inovadoras desenvolvidas a fim de atender a população assistida, bem como quais são as lições que deveriam ser implementadas a fim de preparar o sistema de

**Endereço:** Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 116-B

**Bairro:** Uvaranas

**CEP:** 84.030-900

**Município:** PONTA GROSSA

**UF:** PR

**Telefone:** (42)3220-3108

**E-mail:** coep@uepg.br

Continuação do Parecer: 4.064.706

saúde para um enfrentamento de evento similar no futuro. Este estudo será desenvolvido em duas etapas. Uma com profissionais da saúde na qual serão feitas entrevistas individuais de forma presencial ou por vídeo ou áudio chamadas telefônicas. Na outra etapa serão abordados usuários dos serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, acerca de sua percepção dos serviços de saúde durante a pandemia. Preferencialmente serão realizadas entrevistas coletivas (grupos focais), ou entrevistas individuais, presenciais ou virtuais (áudio/vídeo chamadas telefônicas)

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Verificar a percepção do impacto da pandemia do novo coronavírus nos serviços de saúde.

Objetivo Secundário:

- Verificar a percepção geral sobre o serviço de saúde durante a pandemia do novo coronavírus;- Verificar quanto preparados estavam os trabalhadores da saúde para o enfrentamento desta nova situação;- Identificar quais foram as barreiras para continuar a prestar serviços de saúde regulares, bem como novos serviços exigidos pela pandemia de COVID-19;- Detectar quais foram as ações implementadas que auxiliaram no enfrentamento desta pandemia;- Elucidar quais foram as principais barreiras ao acesso ao serviço de saúde neste período.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Os riscos aos participantes do estudo podem ser considerados mínimos, uma vez que serão realizadas apenas entrevistas sobre seus pontos de vista acerca do tema da pesquisa e todas as informações pertinentes ao estudo serão publicadas sem qualquer identificação pessoal, respeitando os critérios de

**Endereço:** Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 116-B

**Bairro:** Uvaranas

**CEP:** 84.030-900

**Município:** PONTA GROSSA

**UF: PR**  
**Telefone:** (42)3220-3108

**E-mail:** coep@uepg.br

Continuação do Parecer: 4.064.706

sigilo.

**Benefícios:**

Com este projeto espera-se conhecer como profissionais da saúde e usuários perceberam e experimentaram os fatores negativos e positivos do sistema de saúde durante a pandemia do novo coronavírus e, por conseguinte, fornecer subsídios teórico-práticos para elaboração de políticas e ações que visem aprimorar o sistema de saúde para o enfrentamento de problemas similares no futuro.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa exequível e relevante. A pesquisa apresenta abordagem qualitativa, descritiva e serão realizadas entrevistas semiestruturadas, individuais e/ou coletivas. Participarão do estudo profissionais da saúde e usuários do sistema de saúde, sendo o processo de amostragem intencional até a saturação de temas.).

Com este projeto espera-se conhecer como

profissionais da saúde e pacientes perceberam os pontos negativos e positivos do sistema de saúde durante a pandemia e, por conseguinte,

fornecer subsídios teórico-práticos para elaboração de políticas e ações que visem aprimorar o sistema de saúde para o enfrentamento de problemas similares no futuro.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Em anexo e de acordo com as resoluções 466/2012 e 510/2016

**Recomendações:**

Enviar o relatório final ao término do projeto de pesquisa por Notificação via Plataforma Brasil para evitar pendências.

Projeto foi aprovado sem restrições. O projeto se encontra dentro dos princípios éticos e metodológicos, de acordo com o Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466/2012 e 510/2016. O termo de consentimento livre esclarecido deve ser elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo participante da pesquisa, ou por seu representante legal, e uma arquivada pelo pesquisador.

**Endereço:** Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 116-B

**Bairro:** Uvaranas

**CEP:** 84.030-900

**Município:** PONTA GROSSA

**Telefone:** (42)3220-3108

**E-mail:** coep@uepg.br

Continuação do Parecer: 4.064.706

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Enviar o relatório final ao término do projeto de pesquisa por Notificação via Plataforma Brasil para evitar pendências.

Projeto foi aprovado sem restrições. O projeto se encontra dentro dos princípios éticos e metodológicos, de acordo com o Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466/2012 e 510/2016. O termo de consentimento livre esclarecido deve ser elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo participante da pesquisa, ou por seu representante legal, e uma arquivada pelo pesquisador.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1557128.pdf	01/06/2020 19:58:14		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_usuarios_novo.pdf	01/06/2020 19:57:52	Gerusa Clazer Halila Possagno	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissionais_novo.pdf	01/06/2020 19:57:39	Gerusa Clazer Halila Possagno	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_de_pesquisa.pdf	15/05/2020 09:26:32	Gerusa Clazer Halila Possagno	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	15/05/2020 09:25:52	Gerusa Clazer Halila Possagno	Aceito
Outros	roteiro_entrevista.pdf	14/05/2020 14:58:42	Gerusa Clazer Halila Possagno	Aceito
Outros	dados_usuarios.pdf	14/05/2020 14:58:16	Gerusa Clazer Halila Possagno	Aceito
Outros	dados_profissionais.pdf	14/05/2020 14:56:57	Gerusa Clazer Halila Possagno	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_prefeitura.pdf	14/05/2020 14:56:18	Gerusa Clazer Halila Possagno	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Endereço:** Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 116-B

**Bairro:** Uvaranas

**CEP:** 84.030-900

**Município:** PONTA GROSSA

**Telefone:** (42)3220-3108

**E-mail:** coep@uepg.br



**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PONTA GROSSA, 02 de Junho de 2020

---

**Assinado por: ULISSES COELHO**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvararanas, Bloco M, Sala 116-B

**Bairro:** Uvaranas

**CEP:** 84.030-900

**Município:** PONTA GROSSA

**Telefone:** (42)3220-3108

**E-mail:** coep@uepg.br