

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

EDSON HIPÓLITO JÚNIOR

COMPORTAMENTO DOS FARMACÊUTICOS, INDICADORES DE
ESTRUTURA E PROCESSOS DAS FARMÁCIAS COMUNITÁRIAS PRIVADAS
DO ESTADO DO PARANÁ.



CURITIBA

2015

EDSON HIPÓLITO JÚNIOR

COMPORTAMENTO DOS FARMACÊUTICOS, INDICADORES DE
ESTRUTURA E PROCESSOS DAS FARMÁCIAS COMUNITÁRIAS PRIVADAS
DO ESTADO DO PARANÁ.

Dissertação de mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas, Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Cassyano Januário Corrêa

CURITIBA

2015

Hipólito Júnior, Edson

Comportamento dos farmacêuticos, indicadores de estrutura e processos das farmácias comunitárias privadas do Estado do Paraná / Edson Hipólito Júnior – Curitiba, 2015.

109 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm.

Orientador: Professor Dr. Cassyano Januário Correr

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. 2015.

Inclui bibliografia

1. Farmácias comunitárias. 2. Serviços farmacêuticos. 3. Teoria do comportamento planejado. 4. Farmacêutico. 5. Validação. I. Correr, Cassyano Januário. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 615

TERMO DE APROVAÇÃO

EDSON HIPÓLITO JÚNIOR

Título: "Comportamento dos farmacêuticos, indicadores de estrutura e processos das farmácias comunitárias privadas do Estado do Paraná"

Dissertação aprovada como requisito parcial para a obtenção de grau de Mestre, no Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, da Universidade Federal do Paraná, área de concentração: Insumos, medicamentos e correlatos.


Prof. Dr. Cassyano Januário Correr
Orientador


Prof.ª Dra. Ana Carolina Melchior
Universidade Federal do Espírito Santo


Prof. Dr. Michel Fleith Otuki
Universidade Estadual de Ponta Grossa

Curitiba, 13 de fevereiro de 2015.

À minha família

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus.

A toda minha família pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

Ao Professor Dr. Cassyano Januário Correr pelos preciosos ensinamentos e auxílio para a realização deste trabalho.

A todos meus colegas que direta ou indiretamente me auxiliaram para a realização deste trabalho.

Aos farmacêuticos do Estado do Paraná que se disponibilizaram a participar desta pesquisa.

A CAPES pelo auxílio financeiro durante todo o curso.

*Há um ponto elevado em que a arte,
a natureza e a moral se confundem
e são simplesmente uma só coisa.*

Charles Saint-Beuve

RESUMO

Atualmente o profissional farmacêutico passa por um período onde há pouca valorização profissional, muito se deve ao próprio profissional, mas também pelas políticas sociais e legislações vigentes que regem a profissão. As farmácias comunitárias estão em uma posição estratégica para que o profissional farmacêutico exerça e mostre como este pode ser extremamente útil para a qualidade de vida da população e para consumir os resultados positivos relacionados ao uso de suas medicações. Assim, o objetivo geral desse trabalho foi realizar uma análise do perfil, intenções e práticas, além da estrutura para a prestação de serviços, dos farmacêuticos comunitários atuantes em farmácias privadas. Para a realização deste trabalho, foram obtidos os e-mails de todos os farmacêuticos do Estado do Paraná, cedidos pelo Conselho Regional de Farmácia do Estado do Paraná – CRF-PR, assim, através da plataforma online SurveyMonkey® realizou-se o contato com esses farmacêuticos, onde estes responderam a um questionário estruturado contendo no total 57 questões. Nesta pesquisa também foram analisadas a intenção e o comportamento dos profissionais, através da Teoria do comportamento planejado (TCP), e sua validação também foi realizada. A análise estatística foi realizada com auxílio do software estatístico SPSS v20.0. Quinhentos e trinta e três farmacêuticos, provenientes de 158 cidades do Paraná, responderam o formulário de maneira completa. Os participantes eram em sua maioria do sexo feminino, 69,4% e possuíam em média $35,2 \pm 9,2$ anos. Destes, 60% trabalham em algum tipo de rede de farmácias. O presente estudo evidenciou que as farmácias apresentavam boa estrutura geral em relação a estudos anteriores e diferentes lugares do país. Muitos serviços farmacêuticos são pobremente adotados pelos farmacêuticos e apenas 37% dos farmacêuticos emitem declaração de serviços farmacêuticos. No que tange a teoria do comportamento planejado, evidenciou-se que os farmacêuticos paranaenses possuem forte intenção de prestar os serviços farmacêuticos, mas com algumas barreiras importantes, como ausência de autonomia, equipe de apoio e tempo. O tipo de farmácia exerce influência na realização de serviços farmacêuticos e na estrutura para a realização, onde as farmácias independentes prestam mais serviços e possuem melhor estrutura geral. Na validação da teoria do comportamento planejado, denominada ECP-SF, houve boa consistência interna e a ferramenta mostrou que possui tanto relação com a intenção como com o comportamento propriamente dito.

Palavras chaves: Farmácias comunitárias. Serviços Farmacêuticos. Teoria do comportamento planejado. Farmacêutico. Farmácias. Validação

ABSTRACT

Pharmacists is currently in a period where there is little professional valorization, much is due to the professionals themselves, but also for social policies and current legislation governing the profession. Community pharmacies are in a strategic position for the pharmacist to exercise and show how this can be extremely useful for the quality of life of the population and to consummate the positive results related to the use of their medications. Thus, the aim of this study was to analyze the profile, intentions, practices and structure for the provision of pharmaceutical services of community pharmacists who work in private pharmacies. For this inquiry, we work with the emails of all the State of Paraná pharmaceutical, assigned by the Regional Pharmacy Council of Paraná - CRF-PR, and through SurveyMonkey® online platform performed the contact with these pharmacists, where they answered a structured questionnaire containing 57 questions in total. Only consider on data analysis completely answered questionnaires. In this study we also analyzed the intention and the pharmacist behavior through the theory of planned behavior, and the validation was also performed. Statistical analysis was performed using the statistical software SPSS v20.0. We obtained in total 533 pharmaceutical respondents, from 158 different cities of Paraná. Most pharmacists were women (69.4%) and the overall sample had an average of 35.2 ± 9.2 years, 60% of these formed part of some kind of chain pharmacies. In comparison with other studies, these pharmacy had good overall structure. Many pharmaceutical services are poorly adopted by pharmaceutical and only 37% of pharmacists perform declaration of pharmaceutical services. The theory of planned behavior showed that community pharmacists have strong intention to provide pharmaceutical services, but with some barriers such as autonomy, support team and time. The type of pharmacy has an influence on performance of pharmaceutical services, and also in the structure for holding, where independent pharmacies provide more services and have better overall structure. The validation of the theory of planned behavior, now named ECP-SF showed good internal consistency and that the tool has relation with the intention and behavior.

Keywords: Community Pharmacies. Pharmaceutical Services. Theory of planned behavior. Pharmacist. Pharmacies. Validation.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – TEORIA DO COMPORTAMENTO PLANEJADO	32
FIGURA 2 - FLUXOGRAMA DA COLETA DE DADOS	41
FIGURA 3 - MAPA DOS RESPONDENTES.....	42
FIGURA 4 – ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL (IDHM) DAS CIDADES RESPONDENTES	43
FIGURA 5 - FUNÇÕES OCUPADAS NA EMPRESA PELOS FARMACÊUTICOS	43
FIGURA 6 - GRAU ACADÊMICO DOS FARMACÊUTICOS	44
FIGURA 7 - TIPO DE FARMÁCIA EM QUE OS FARMACÊUTICOS TRABALHAVAM	44
FIGURA 8 - NÚMERO DE BALCONISTAS NO TURNO DE TRABALHO DO FARMACÊUTICO.....	45
FIGURA 9 - ÁREAS DE INTERESSE DOS FARMACÊUTICOS RESPONDENTES	45
FIGURA 10 - INDICADORES DE ESTRUTURA DAS FARMÁCIAS NAS QUAIS OS FARMACÊUTICOS TRABALHAM	47
FIGURA 11 - PORCENTAGEM DE SERVIÇOS FARMACÊUTICOS PRESTADOS	47
FIGURA 12 - COBRANÇA PELOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS REALIZADOS	49
FIGURA 13 - GRAU ACADÊMICO 2V X ESCORE DE SERVIÇOS 8	56
FIGURA 14 - GRAU ACADÊMICO X ESCORE DE ESTRUTURA.....	57
FIGURA 15- GÊNERO X ESCORE DE SERVIÇOS 8.....	58
FIGURA 16 - GÊNERO X ESCORE DE ESTRUTURA	59
FIGURA 17 - TIPO DE FARMÁCIA 2V X ESCORE DE SERVIÇOS 8.....	60
FIGURA 18 - TIPO DE FARMÁCIA 2V X ESCORE DE ESTRUTURA	61
FIGURA 19 - TEMPO DE FORMADO X ÁREA DE INTERESSE.....	62
FIGURA 20 - ESCORE DE SERVIÇOS 8 X ÁREAS DE INTERESSE	63
FIGURA 21 - PERCENTIL 75 X ESCORE DE ESTRUTURA	64
FIGURA 22 - PERCENTIL 75 X ESCORE DE SERVIÇOS 8	65
FIGURA 23 - ESCORE GERAL DA TCP X TIPOS DE FARMÁCIA	66
FIGURA 24 - ESCORE GERAL DA TCP X IDHM 2V.....	67
FIGURA 25 - IDHM 2V X ESCORE DE ESTRUTURA	68
FIGURA 26 - IDHM 2V X ESCORE DE SERVIÇOS 8	68

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- PERFIL GERAL DOS PARTICIPANTES.....	42
TABELA 2 - CARACTERIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS/SNGPC	46
TABELA 3 - NÚMERO DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS POR SEMANA..	48
TABELA 4 - PREÇO COBRADO PELOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS PRESTADOS	49
TABELA 5- ANÁLISE DESCRITIVA DA TEORIA DO COMPORTAMENTO PLANEJADO POR DOMÍNIOS SEPARADAMENTE	51
TABELA 6 - EXPERIÊNCIA E TEMPO DE FORMADO DOS FARMACÊUTICOS VERSUS GÊNEROS	57
TABELA 7 - TIPO DE FARMÁCIA 2V VERSUS (IDADE E ROTATIVIDADE)..	61
TABELA 8 - CORRELAÇÕES DE SPEARMAN	69
TABELA 9 - CONSISTÊNCIA INTERNA TOTAL E DOS DOMÍNIOS DE ATITUDES, NORMA SUBJETIVA, CONTROLE COMPORTAMENTAL PERCEBIDO E INTENÇÃO.....	70
TABELA 10 - CORRELAÇÕES DOS DOMÍNIOS ENTRE SI E COM O ESCORE TOTAL.....	71
TABELA 11 - REGRESSÃO LINEAR MÚLTIPLA.....	71
TABELA 12 - CORRELAÇÃO DOS DOMÍNIOS COM O COMPORTAMENTO PROPRIAMENTE DITO.....	72
TABELA 13 - REGRESSÃO LOGÍSTICA BINÁRIA.....	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CBAF - Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica

CFE - Conselho Federal de Educação

COFAR - Conselho Federal de Farmácia

CNE - Conselho Nacional de Educação

EUA - Estados Unidos da América

FIP - Federação internacional de Farmácia

MS - Ministério da Saúde

MTM - Gestão da Terapia Medicamentosa

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PNM - Política Nacional de Medicamentos

SCF - Serviços Cognitivos Farmacêutico

SUS - Sistema Único de Saúde

TCP - Teoria do comportamento planejado

WHO - Organização Mundial da Saúde

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.1 OBJETIVOS	16
1.1.1 OBJETIVO GERAL	16
1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
2. REVISÃO.....	17
2.1 HISTÓRICO PROFISSIONAL	17
2.2 PERFIL DE FORMAÇÃO	18
2.3 LEGISLAÇÃO E CRISE DE IDENTIDADE.....	19
2.4 CUIDADO FARMACÊUTICO.....	20
2.5 A FARMÁCIA COMUNITÁRIA	23
2.6 DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS.....	23
2.7 O USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS.....	25
2.8 CENÁRIO BRASILEIRO DAS FARMÁCIAS	27
2.9 CENÁRIO INTERNACIONAL DAS FARMÁCIAS.....	29
2.10 TEORIA DO COMPORTAMENTO PLANEJADO.....	30
2.11 QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE	32
3. MÉTODOS.....	34
3.1 ESTRUTURA DO QUESTIONÁRIO.....	34
3.2 ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL.....	36
3.3 ANÁLISE DOS DADOS.....	37
3.4 PRECEITOS ÉTICOS	40
4. RESULTADOS	41
4.1 ANÁLISES DESCRITIVAS GERAIS	41
4.2 ANÁLISES DESCRITIVAS: TEORIA DO COMPORTAMENTO PLANEJADO.....	50
4.3 ANÁLISES INFERENCIAIS	56
4.4 VALIDAÇÃO DA TEORIA DO COMPORTAMENTO PLANEJADO.....	69
5. DISCUSSÃO	74
5.1 ANÁLISES DESCRITIVAS GERAIS	74
5.2 ANÁLISES DESCRITIVAS: TEORIA DO COMPORTAMENTO PLANEJADO.....	77

5.3 ANÁLISES INFERENCIAIS	78
5.4 VALIDAÇÃO DA TEORIA DO COMPORTAMENTO PLANEJADO	79
6. CONCLUSÃO.....	82
REFERÊNCIAS	84
APÊNDICES	90
ANEXOS.....	107

1. INTRODUÇÃO

As transformações tecnológicas, ocorridas no século XX, tiveram um impacto decisivo na profissão farmacêutica, tornando a farmácia um local de venda das especialidades farmacêuticas que aos poucos mudou o perfil do profissional farmacêutico (SILVA, 2002).

Neste contexto, a farmácia, ao longo dos anos acabou perdendo sua identidade (HEPLER; STRAND, 1999).

No Brasil a Lei 5.991/73 defini a farmácia como um estabelecimento comercial, trazendo o farmacêutico como um simples comerciante, fazendo menção ao “comércio farmacêutico”, definindo “drugstore” como loja de conveniência, permitindo que qualquer pessoa possa vender medicamentos, autorizando a venda de produtos de limpeza e apetrechos domésticos além de permitir o fornecimento de medicamentos anódinos por estabelecimentos hoteleiros e similares (BRASIL, 1973).

Segundo Vieira (VIEIRA, 2007), a Lei 5.991/73, é o marco da perda do papel social desenvolvido pela farmácia tornando o estabelecimento farmacêutico em um local voltado ao lucro. Neste contexto, o profissional se viu sem autonomia para o desempenho de suas atividades, sendo um mero funcionário da farmácia ou drogaria, perdendo o respeito da sociedade, assim fugindo para atividades afins, e se distanciando do seu papel de agente de saúde.

Por esta “desprofissionalização” do profissional farmacêutico (SANTOS, 1993), este vem enfrentando uma crise de identidade profissional ao passar dos anos (SILVA, 2003; VIEIRA, 2007; CORRER, 2008).

Em paralelo a essa crise de identidade do profissional, o farmacêutico passou a ocupar novas lacunas, e a partir da década de 60 surgiu o movimento denominado farmácia clínica, com foco na atuação hospitalar, e integração desse profissional com a equipe de saúde e com o paciente (VIEIRA, 2007).

No final da década de 80, a prática do profissional farmacêutico nas farmácias comunitárias, ganha uma nova filosofia que é então denominada “*pharmaceutical care*” adaptada para o Brasil como “atenção farmacêutica”, voltada para a

farmacoterapia, mas também a promoção e prevenção da saúde do paciente (BARETA, 2003).

Desde então a Atenção farmacêutica tem contribuído significativamente para a evolução da profissão farmacêutica, atuando na dignificação, e oferecendo uma oportunidade de resgate da relação farmacêutico-paciente há muito tempo perdida nas farmácias comunitárias (ANGONESI; RENNÓ, 2011).

Em um contexto atual, houve a publicação da lei nº 13.021/14, o qual tem por objetivo resgatar o papel das farmácias como estabelecimento de saúde, transformando as farmácias e drogarias em unidades de prestação de serviços no âmbito geral da assistência farmacêutica, o que contribui significativamente também para o resgate da identidade profissional (BRASIL, 2014a).

Em sua definição o termo “farmácia comunitária” refere-se aos estabelecimentos farmacêuticos não hospitalares e não ambulatoriais que atendem à comunidade, sendo no Brasil a maioria de propriedade privada, mas existem também farmácias públicas (CORRER; OTUKI, 2013).

No cenário da farmácia comunitária, entre os principais órgãos que regulamentam a profissão estão a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, criada em 1999, que está vinculada ao Ministério da Saúde e temos também o Conselho Federal de Farmácia – CFF, além dos órgãos supranacionais como a Organização Mundial da Saúde e a Federação Internacional Farmacêutica, que elaboram normas para os profissionais farmacêuticos, dentre elas estão às normas de qualidade dos serviços farmacêuticos que tem seu importante papel em definir parâmetros de qualidade (CORRER; OTUKI, 2013).

Um dos modelos de qualidade em saúde mais discutido é o proposto por Donabedian, onde este divide os métodos de avaliação da qualidade em saúde em três eixos: estrutura, processos e resultados. O eixo estrutura envolve as características estáveis dos serviços de saúde, como instalações, equipamentos, recursos humanos, materiais e financeiros. O eixo processos diz respeito às interações e aos procedimentos envolvendo profissionais de saúde e pacientes, e o eixo resultados engloba a realização do objetivo de curar, conter a progressão, restaurar a capacidade

funcional, aliviar a dor, entre outros (DONABEDIAN, 2005; CORRER; OTUKI, 2013).

Assim, considerando o exposto e a escassez de trabalhos representativos da realidade da profissão farmacêutica no Paraná, o presente trabalho apresenta importância ímpar para o conhecimento científico, sendo algo inédito no Estado do Paraná.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o perfil, intenções e práticas, além da estrutura para a prestação de serviços, dos farmacêuticos comunitários atuantes em farmácias privadas.

1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar as características e o perfil das farmácias comunitárias privadas e de seus farmacêuticos.

Analisar os indicadores de estrutura das farmácias comunitárias privadas.

Analisar os indicadores de processos das farmácias comunitárias privadas.

Analisar a intenção, em relação à prestação de serviços farmacêuticos, dos farmacêuticos comunitários de farmácias privadas.

Realizar a validação da Teoria do Comportamento Planejado para prestação de serviços farmacêuticos no Brasil.

2. REVISÃO

2.1 HISTÓRICO PROFISSIONAL

No Brasil, em meados do século XVIII, os estabelecimentos farmacêuticos eram chamados de botica e o farmacêutico de boticário, sendo esta uma das mais antigas profissões que se desenvolveu como parte integrante da sociedade (PADUAN, 2005).

Segundo Laporte, Tognoni e Rosenfeld (1989) “No começo do século XIX a maioria dos medicamentos eram remédios de origem natural, e de estrutura química e natureza desconhecidas”.

Ainda no século XIX, os boticários criavam suas formulações, prescreviam e vendiam em sua própria farmácia. O boticário era como a indústria de hoje em dia além de um prestador de cuidados primários. Deste modo, naquela época havia um valor social claramente definido para a farmácia (HOLLAND; NIMMO, 1999).

Já no século XX, com o surgimento da indústria, o farmacêutico passou a ter um maior foco para a venda de medicamentos já fabricados, deste modo, os pacientes vinham ao farmacêutico para procurar medicações, fabricados nas indústrias, e orientações para o autocuidado (HOLLAND; NIMMO, 1999).

Segundo Silva (2002), as transformações tecnológicas ocorridas no século XX tiveram um impacto decisivo na profissão farmacêutica, tornando a farmácia um local de venda das especialidades farmacêuticas que aos poucos mudou o perfil do profissional farmacêutico.

Esta expansão da indústria farmacêutica e a diversificação do campo de atuação do farmacêutico levaram o profissional a se distanciar da área de medicamentos, ocorrendo um processo de “desprofissionalização” com conseqüente desvalorização, perda de confiança e de prestígio, que os boticários haviam conquistado (SANTOS, 1993; HOLLAND; NIMMO, 1999).

2.2 PERFIL DE FORMAÇÃO

Neste cenário de expansão da indústria, o campo que abre destaque ao farmacêutico tanto por remuneração como por aplicação de conhecimento técnico passar a ser a indústria farmacêutica, promovendo assim variações no tipo de ensino e nas tendências profissionais (SILVA, 2002).

Em 1962 o Conselho Federal de Educação (CFE) fixou o primeiro currículo mínimo do profissional farmacêutico, que trazia as habilitações de farmacêutico e farmacêutico-bioquímico. Já em 1969 abriu-se o leque para a formação de farmacêutico com duração de três anos, sendo este o currículo básico, com a possibilidade de escolher o ramo industrial ou bioquímico com a adição de um ano na duração do curso. (SILVA, 2002)

Segundo Paduan (PADUAN, 2005), a realidade vivida pelos farmacêuticos nas décadas de 70 e 80 foi marcada pelo seu despreparo e insegurança em relação ao mercado de trabalho, ocorrendo um grande choque entre a formação profissional e a realidade do mercado de trabalho.

Apesar das expectativas, a indústria não se concretizou na tendência esperada pelos profissionais, além de que, a maioria das indústrias farmacêuticas no Brasil eram multinacionais, assim, os estágios em pesquisa de novos fármacos e cargos desejados eram destinados a matriz estrangeira, e para as filiais destinavam-se os estágios de produção e vendas, o conhecido “marketing” (SILVA, 2002).

Atualmente o farmacêutico tem uma formação curricular intitulada “Farmacêutico Generalista” atendendo as exigências da Resolução do Conselho Nacional de Educação (CNE) (CNE, 2002). Resolução que pretende dar um sentido mais amplo e flexível à formação do farmacêutico (SOUSA; BASTOS; BOGO, 2013).

Esta formação curricular do CNE apresenta uma grande diversidade de interpretações, o que implica em formações distintas dos acadêmicos de farmácia, além de conter deficiências importantes, sendo excessivamente tecnista e incipiente na área clínica (CORRER, 2008; SOUSA; BASTOS; BOGO, 2013).

2.3 LEGISLAÇÃO E CRISE DE IDENTIDADE

Um dos principais órgãos reguladores relacionado à profissão farmacêutica é a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA que foi criada em 1999 e está vinculada ao Ministério da Saúde do Brasil, é uma agência que trabalha sob o ponto de vista sanitário, sendo então responsável pelo controle sanitário de todos os produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária (CORRER; OTUKI, 2013).

Além da ANVISA, o Conselho Federal de Farmácia – CFF e os órgãos supranacionais como a Organização Mundial da Saúde - OMS e a Federação Internacional Farmacêutica (FIP) normatizam como deve ser a prática dos profissionais farmacêuticos (CORRER; OTUKI, 2013).

Em relação às legislações, a Lei 5.991/73, que define a farmácia como um estabelecimento comercial, traz o farmacêutico como um simples comerciante, fazendo menção ao “comércio farmacêutico”, definindo “drugstore” como loja de conveniência, permitindo que qualquer pessoa possa vender medicamentos, autorizando a venda de produtos de limpeza e apetrechos domésticos além de permitir o fornecimento de medicamentos anódinos por estabelecimentos hoteleiros e similares (BRASIL, 1973).

Segundo Vieira (2007) a Lei 5.991/73 foi o marco da perda do papel social desenvolvido pela farmácia, tornando o estabelecimento farmacêutico em um local voltado ao lucro. Neste cenário, o profissional se viu sem autonomia para o desempenho de suas atividades, sendo um mero funcionário da farmácia ou drogaria, perdendo o respeito da sociedade, assim fugindo para atividades afins, e se distanciando do seu papel de agente de saúde.

Além da lei federal nº 5.991/73, a lei 6.360/76 e seus Decretos-lei correspondentes, 74.170/74 e 79.094/77, que são as mais importantes na regulação do setor farmacêutico, também contribuíram para que a prática farmacêutica se configurasse como uma prática de comércio de medicamentos, descaracterizando o

papel de unidade sanitária que a farmácia poderia ocupar no Brasil (CORRER; OTUKI, 2013).

Em meio a essa “desprofissionalização” do profissional farmacêutico (SANTOS, 1993), este vem enfrentando uma dura crise de identidade profissional (SILVA, 2003; CORRER, 2008; VIEIRA, 2007).

Os farmacêuticos podem contribuir positivamente para a saúde na comunidade, mas a identidade do profissional nos estabelecimentos farmacêuticos encontra-se associada à venda de medicamentos e é confundida com o papel dos balconistas (RIBEIRO, 2011).

A crise de identidade profissional encontra-se principalmente no exercício da farmácia comunitária no Brasil e engloba como principais motivos: dificuldade da prática farmacêutica, deficiências de formação, dissociação entre os interesses econômicos e da saúde coletiva e uma prática desconectada das políticas de saúde e de medicamentos (CORRER, 2008).

Segundo Mourão (2011) a crise de identidade do profissional farmacêutico foi em consequência da falta de reconhecimento social e da baixa inserção deste profissional na equipe multiprofissional de saúde, sendo que esta crise fez nascer à atenção farmacêutica no Brasil.

Atualmente, a lei nº 13.021/14 objetiva mudar o conceito de farmácia no Brasil, transformando as farmácias e drogarias em unidades de prestação de serviços no âmbito geral da assistência farmacêutica, deixando de ser meramente um estabelecimento comercial (BRASIL, 2014a).

2.4 CUIDADO FARMACÊUTICO

Em meio à crise de identidade do profissional, o farmacêutico iniciou a sua reação e assim fez nascer nos anos 60 à prática da farmácia clínica (VIEIRA, 2007).

Os questionamentos por parte dos farmacêuticos sobre a real função social da farmácia acabaram por iniciar um movimento que impactou na prática farmacêutica, que era aplicada especialmente em hospitais, com a denominação de Farmácia Clínica (ANGONESI; SERVALHO, 2010).

Entretanto apenas no final década de 80 a prática do profissional farmacêutico nas farmácias comunitárias ganha uma nova filosofia, esta então denominada de “*pharmaceutical care*” ou “atenção farmacêutica” no Brasil, esta estando voltada para a farmacoterapia, promoção e prevenção de problemas relacionados a saúde do paciente (BARETA, 2003).

Assim Hepler e Strand (1990) definiram pela primeira vez a atenção farmacêutica como sendo:

A provisão responsável da terapia medicamentosa, com o propósito de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do paciente. Estes resultados são: 1) cura da doença, 2) a eliminação ou a redução da sintomatologia do paciente, 3) o deter ou diminuir de um processo de doença, ou 4) a prevenção de uma doença ou sintomatologia.

Após a divulgação do trabalho de Hepler & Strand (HEPLER; STRAND, 1990) sobre a Atenção Farmacêutica, a Organização Mundial da Saúde (OMS) promoveu um encontro em 1993 para rever o papel do farmacêutico, gerando um documento conhecido como “Declaração de Tóquio”, reforçando o paciente como foco principal das ações do farmacêutico e definindo a Atenção Farmacêutica como “um conceito de prática profissional em que o paciente é o principal beneficiário das ações do farmacêutico” (OPAS/OMS, 1993).

A Farmácia Clínica chegou ao Brasil timidamente, sendo que o primeiro serviço relacionado foi implantado em Natal, no Rio Grande do Norte, em 1979. E a Atenção Farmacêutica iniciou-se tardiamente, e com uma grande confusão conceitual proporcionada pela dificuldade de tradução de termos correlatos pelos próprios órgãos reguladores, que confundiam o conceito de Atenção Farmacêutica e Assistência Farmacêutica (ANGONESI; SEVALHO, 2010).

Contudo a promoção da Atenção farmacêutica tem contribuído significativamente para a evolução da profissão, atuando na dignificação, e oferecendo uma oportunidade de resgate da relação farmacêutico-paciente há muito tempo perdida das farmácias comunitárias (ANGONESI; RENNÓ, 2011).

No ano de 2001, um grupo de entidades e instituições que estavam preocupadas com o desenvolvimento da Atenção Farmacêutica no Brasil, elaboraram um Grupo Gestor em Atenção Farmacêutica que por fim resultou na proposta do Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica - CBAF (CASTRO, 2004).

No Brasil, a Atenção Farmacêutica segue o conceito dado na proposta do CBAF, sendo esta uma publicação conjunta do Ministério da Saúde (MS) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), realizada utilizando-se referenciais nacionais e internacionais, aliada à experiência dos participantes, com a utilização da técnica de grupo nominal. Este define a Atenção Farmacêutica como:

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

Em uma contextualização atual, o termo atenção farmacêutica vem sendo utilizado tanto para se referir a vários serviços prestados como para se referir a apenas um serviço ou um conjunto restrito de serviços. Assim o termo “cuidado farmacêutico” vem sendo apresentado como “um modelo de prática que orienta a provisão de diferentes serviços farmacêuticos direcionados ao paciente, à família e à comunidade”, com a intenção de se conseguir um termo que melhor define a filosofia da prática (BRASIL, 2014b).

2.5 A FARMÁCIA COMUNITÁRIA

Em sua definição o termo “farmácia comunitária” refere-se aos estabelecimentos farmacêuticos não hospitalares e não ambulatoriais que atendem à comunidade, sendo no Brasil a maioria de propriedade privada, mas existem também farmácias públicas (CORRER; OTUKI, 2013).

Segundo Souza (SOUZA, 2012), o termo “comunitárias” esta ligado ao sentido de atendimento aos locais próximos a estas farmácias, caracterizando uma relação com a comunidade.

O foco dos serviços prestados pelo farmacêutico, principalmente dos que trabalham em farmácias comunitárias, é o paciente, sendo que suas ações e responsabilidades trazem benefícios diretos para os pacientes e para o sistema de saúde (ANGONESI; RENNÓ, 2011).

A farmácia comunitária está em uma posição estratégica para avaliar a efetividade e a segurança da farmacoterapia, podendo detectar desvios, falhas e erros, garantindo um resultado positivo relacionado ao uso de medicamentos (CORRER; OTUKI, 2013).

Assim a farmácia comunitária ao se destacar nesta posição estratégica evoluiu, internacionalmente, em seu papel e agora inclui serviços cognitivos. Sendo estes definidos como “*Serviços prestados pelo profissional farmacêutico, usando suas habilidades e conhecimentos e tomando um papel ativo para a contribuição da saúde do paciente, através de uma interação efetiva com os pacientes e outros profissionais da saúde*” (FELETTTO *et al.*, 2013).

2.6 DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS

No Brasil, uma das principais definições para o termo dispensação é dada pelo Conselho Federal de Farmácia – CFF (Resolução nº 357, de 20 de abril de 2001),

definindo como o “ato do farmacêutico de orientação e fornecimento ao usuário de medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, a título remunerado ou não” (BRASIL, 2001).

Outra definição mais ampla é disponibilizada pelo Ministério da Saúde – Política Nacional de Medicamentos (PNM), como sendo:

O ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Nesse ato, o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento. São elementos importantes da orientação, entre outros, a ênfase no cumprimento da dosagem, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação dos produtos (BRASIL, 1998).

A dispensação possui como foco a interpretação, avaliação, identificação e resolução de possíveis problemas da receita do profissional habilitado, além da orientação do paciente sobre a melhor forma de usar o que foi prescrito, visando maximizar o sucesso da terapia medicamentosa. Além de que, para muitos pacientes está é a única oportunidade de ser atendido por um profissional da saúde (CORRER; OTUKI, 2013).

Vale ressaltar as diferenças entre dispensação e atenção farmacêutica, sendo que a dispensação possui foco no medicamento e a atenção farmacêutica possui foco no paciente. Assim, na dispensação o cenário é o de um paciente que é atendido em pé, de forma rápida e sem privacidade para dividir mais a fundo seus problemas. Já na atenção farmacêutica os pacientes são atendidos individualmente, geralmente sentados e em espaços privados/semiprivados (FURTADO, 2008).

A dispensação só alcança seu objetivo quando o paciente recebe adequadamente o seu medicamento, e isto inclui, receber as devidas orientações de como utiliza-lo, esclarecer seus efeitos e possíveis reações adversas, isto é claro, associado a um bom estado de conservação da medicação. Para diminuir os riscos dos medicamentos, nesta orientação o paciente deve absorver o conhecimento necessário sobre os objetivos do

tratamento, como realizá-lo e quais os cuidados envolvem o uso do medicamento dispensado (CORRER; OTUKI, 2013).

2.7 O USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

Os constantes avanços nas pesquisas de novos fármacos, em conjunto com sua promoção comercial, criaram uma excessiva crença da sociedade em relação ao poder dos medicamentos, fazendo com que sua prescrição seja quase que obrigatória nas consultas médicas, tornando-se sinônimo de boa prática médica (MELO; RIBEIRO; STORPIRTIS, 2006).

Assim, o medicamento passou a ser visto como “mágico” pela população, tornando-se um bem de consumo (VIEIRA, 2007).

Com um descontrole nos atos de prescrever e dispensar, o que ocorre muitas vezes sem a presença de um profissional da saúde habilitado para tal, a eficácia, segurança e adesão ao tratamento tornam-se sem qualidade e insuficientes. (CID, 2008)

De acordo com os dados da Organização Mundial da Saúde mais de 50% de todos os medicamentos prescritos, dispensados ou vendidos ocorrem de forma inadequada, e a metade de todos os pacientes não tomam seus medicamentos de forma correta, além de que 50% de todos os países não implementam políticas básicas para promover o uso racional dos medicamentos. Este órgão ainda faz um apelo ao uso racional dos medicamentos, alertando que o uso racional requer que os pacientes recebam o medicamento apropriado, na dose adequada, por um período de tempo adequado e com o melhor custo/efetividade para si e para a comunidade (WHO, 2010).

De acordo com Naves *et al.* (2008), desde a década de 70, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda aos seus países membros a formulação de políticas de saúde que racionalizem e estendam os serviços de atenção à saúde e das políticas de medicamentos, orientando para a garantia de acesso a medicamentos essenciais, sendo estes seguros e eficazes com a orientação das práticas profissionais

sempre visando o uso racional dos medicamentos. Além da implementação de medidas de regulamentação da produção, comercialização e utilização dos medicamentos.

De acordo com Angonesi e Servalho (2010) o Sistema Único de Saúde (SUS) ainda é jovem, e dizem que no campo dos medicamentos e da assistência farmacêutica os principais avanços ocorreram após a aprovação da Política Nacional de Medicamentos (PNM) em outubro de 1998.

Segundo o próprio Ministério da Saúde, o uso irracional de medicamentos está presente na sociedade brasileira, acarretando em gastos desnecessários para a população e para o serviço público de saúde.

O processo indutor do uso irracional e desnecessário de medicamentos e o estímulo à automedicação, presentes na sociedade brasileira, são fatores que promovem um aumento na demanda por medicamentos, requerendo, necessariamente, a promoção do seu uso racional mediante a reorientação destas práticas e o desenvolvimento de um processo educativo, tanto para a equipe de saúde quanto para o usuário (BRASIL, 1998).

Para Naves *et al.* (2008) entre as várias causas do uso irracional de medicamentos estão “a falta de conhecimento e de informação independente dos profissionais de saúde; regulamentação permissiva da promoção e publicidade de medicamentos; disponibilidade sem restrição dos medicamentos no mercado e vendas de medicamentos baseadas no lucro”.

Esse perfil extremamente mercadológico dos medicamentos fez com que os farmacêuticos se afastassem demasiadamente da sua função de promover o uso racional de medicamentos. Neste contexto, as relações de trabalho do farmacêutico muitas vezes lhes fazem escolher entre manter seu emprego ou infringir as leis sanitárias e o código de ética (RODRIGUES; MELONI, 2004).

2.8 CENÁRIO BRASILEIRO DAS FARMÁCIAS

Segundo dados do Conselho Federal de Farmácia – CFF, em 2011, havia cerca de 142.841 mil farmacêuticos inscritos nos 27 Conselhos Regionais de Farmácia (CFF, 2011).

No período de 2004 a 2009 dados mostram que o número de estabelecimentos farmacêuticos passou de 62.454 para 79.010, sendo um crescimento de quase 20% em cinco anos (CORRER; OTUKI, 2013).

Considerando a população brasileira, há aproximadamente uma farmácia para cada 2.400 habitantes, sendo mais que o dobro de farmácias que a OMS recomenda por país. Existem também farmácias com proporção de um farmacêutico para cada 14 auxiliares, evidenciando o foco na venda de medicamentos e não na saúde do paciente (CORRER; OTUKI, 2013).

Em um estudo realizado em Fortaleza (CE), os pacientes relataram a presença do profissional farmacêutico no ato da dispensação somente em 22,3 a 33%, nos setores privados e públicos respectivamente, sendo que as demais dispensações foram realizadas por balconistas (ARRAIS; BARRETO; COELHO, 2007).

Em outro estudo, realizado no estado de Santa Catarina, a ausência do farmacêutico em farmácias independentes foi de 17% (BENEDITO *et al.*, 2008).

No Brasil a automedicação e a indicação de medicamentos, cuja venda exige a apresentação de uma receita é uma prática comum, mesmo no caso de doenças que necessitam de exames clínicos e laboratoriais (NAVES *et al.*, 2008).

Além disso, o cenário apresentado pelas drogarias é a ausência ou inércia do farmacêutico, permitindo que balconistas e os donos das drogarias atuem como prescritores, orientadores e conselheiros terapêuticos da população, sendo que estes pensam somente na venda do medicamento, não na saúde do usuário de medicamento (ANGONESI; SEVALHO, 2010).

Contudo, de acordo com Souza (2012) as drogarias e farmácias com um perfil meramente mercantilista vêm sendo combatidas pelos farmacêuticos que estão realmente comprometidos com a sua profissão e com a saúde como um todo.

Segundo comunicado do relatório anual de 2012 da indústria de medicamentos Aché, “O mercado farmacêutico brasileiro já é o sexto maior do mundo. Em 2012, alcançou R\$ 49,6 bilhões em demanda, valor 15,7% maior que no ano anterior. Em unidades, o MFT (Mercado Farmacêutico Total) alcançou 2,6 bilhões, volume 10,6% superior a 2011” (ACHÉ, 2012).

Há também no Brasil algumas características na comercialização de medicamentos que se diferenciam da maioria dos países desenvolvidos, como a possibilidade de abertura de farmácias por qualquer pessoa, ausência de critérios demográficos, e a falta de exigência de qualificação para exercer a função de atendente em farmácia (NAVES *et al.*, 2008).

No estudo de Benedito *et al.* (2008), em relação às atividades realizadas pelos farmacêuticos em suas farmácias no estado de Santa Catarina, 84,2% relataram que realizavam atendimento de clientes no caixa, 70,2% compra/aquisição de medicamentos e 58,8% atividades do setor financeiro, evidenciando assim o consumo de grande parte do tempo do profissional em atividades administrativas.

Com relação à atenção farmacêutica em farmácias comunitárias, esta se encontra em fase de implementação, sendo que atualmente são reportados diversos obstáculos. Segundo Silveira (2009) os obstáculos relatado pelos farmacêuticos são o “vínculo empregatício, a rejeição da Atenção Farmacêutica por gerentes e proprietários das farmácias, a insegurança e desmotivação por parte dos farmacêuticos, a falta de tempo, além da concorrência dos balconistas em busca de comissões sobre vendas”.

2.9 CENÁRIO INTERNACIONAL DAS FARMÁCIAS

Nos Estados Unidos da América (EUA), existe hoje o Medicare, um programa de saúde pública que paga por certos serviços e produtos para pessoas idosas. Este sistema disponibiliza o Medication Therapy Management (MTM) para os beneficiários do Medicare, desde que os pacientes sejam polimedicados e com problemas crônicos de saúde (KUCUKARSLAN *et al.*, 2012).

O MTM inclui uma revisão abrangente dos medicamentos em uso pelo paciente e um serviço de educação e recomendações para otimizar a terapia medicamentosa (KUCUKARSLAN *et al.*, 2012).

Farmacêuticos comunitários têm prestado serviços semelhantes ao MTMS há vários anos, conhecidos como Atenção farmacêutica. Entretanto, diferentemente da Atenção farmacêutica que não garante pagamento, o MTM proporciona aos farmacêuticos a estrutura para a prestação do serviço e pagamento (DODSON, *et al.*, 2012).

Um estudo realizado em Pittsburgh, nos EUA, analisou a capacidade dos farmacêuticos em detectar e fazer recomendações apropriadas através de quatro cenários feitos por pacientes simulados relatando Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRMs) em farmácias comunitárias. Este estudo demonstrou que somente 32% das recomendações feitas pelos farmacêuticos foram consideradas apropriadas (WILLIAMS *et al.*, 2012).

Em um estudo que incluía países de toda a Europa, os dados relatados incluíam ao menos um farmacêutico em tempo integral no Reino Unido, Islândia, Irlanda e Malta e em países como Dinamarca, Alemanha, Suíça e Portugal possuíam ao menos em metade de suas farmácias dois ou mais farmacêuticos em período integral (HUGHES *et al.*, 2010).

Segundo o estudo de Roberts e colegas (ROBERTS *et al.*, 2008) a farmácia comunitária na Austrália tem estado na vanguarda da tendência internacional para pagar pelos Serviços Cognitivos Farmacêutico (SCF). E aponta que desde 1990, a

categoria profissional tem feito acordos que abrangem todos os aspectos da remuneração com o governo australiano criando assim um maior enfoque na prestação de SCF e sendo um auxiliar na mudança atual da prática para uma prática de serviços centrada no paciente.

Em algumas cidades canadenses o serviço clínico farmacêutico é pago, um exemplo deste é o de Ontário, onde os farmacêuticos são pagos pelo governo para fornecer uma avaliação da medicação, um serviço chamado de “MedsCheck” realizado para pacientes em uso de três ou mais medicamentos e em condições crônicas de saúde, incluindo pacientes com diabetes, pacientes impossibilitados de ir à farmácia, e pacientes de instituições de longa permanência (RILEY, 2013).

Segundo Grindrod *et al.* (2010) o Canadá, juntamente com outras áreas do mundo, os serviços centrados no paciente tem sido pobremente adotado pelos farmacêuticos.

Em um contexto das terapias medicamentosas no Egito, Mohamed Ibrahim (2012) cita que estas estão disponíveis sem uma prescrição médica, e por isso os farmacêuticos que trabalham em farmácias comunitárias no Egito estão em uma posição privilegiada para promover a segurança do paciente no uso destes medicamentos.

2.10 TEORIA DO COMPORTAMENTO PLANEJADO

A Teoria do comportamento planejado (TCP), (Figura 1), usa os construtos de atitude (sentimentos positivos ou negativos do indivíduo sobre a realização de um comportamento), norma subjetiva (percepção do indivíduo se pessoas importantes para ele acham que o comportamento deve ser realizado), controle comportamental percebido (percepção do indivíduo da dificuldade de realizar um comportamento), e intenção comportamental (plano do indivíduo para realizar o comportamento) para determinar a probabilidade de ocorrência de um comportamento específico (HERBERT, 2006).

A TCP é uma extensão da Teoria da ação racional (TAR) desenvolvida por Fishbein em 1967, onde o TCP difere do TAR por ter adicionalmente o controle comportamental percebido. A TCP foca na intenção do indivíduo em executar um determinado comportamento, para isso são capturados os fatores motivacionais que influenciam o comportamento, pois estes indicarão quão difícil será para o indivíduo realizar o comportamento (MONTANO,2008; AJZEN, 1991).

A adição do controle comportamental percebido é de extrema importância para a previsão de um comportamento, juntamente com a intenção comportamental, ele determinará o esforço despendido para que um determinado comportamento seja realizado com sucesso. Por exemplo, dois indivíduos que apresentam forte intenção em aprender a esquiar, e ambos tentam realiza-lo, o individuo que esta mais confiante de que pode dominar esta atividade é mais propenso a perseverar nesta atividade do que a que possui dúvida em suas habilidades a respeito da atividade (AJZEN, 1991).

Como regra geral, quanto mais favorável a atitude e norma subjetiva a respeito de um comportamento, e quanto maior o controle comportamental percebido, caso apresente forte intenção em executar o comportamento em questão, mais provável será deste comportamento ser realizado, assim sendo, na medida em que um indivíduo tem as oportunidades, os recursos necessários e tem a intenção de realizar um comportamento, este indivíduo provavelmente irá realizá-lo. Mas deve ficar claro que a realização ou não do comportamento depende da vontade do indivíduo (AJZEN, 1991; HERBERT, 2006).

Assim o TCP tem conseguido explicar uma grande parte da variação na intenção comportamental, além disso, tem sido usado com sucesso para prever e explicar uma ampla gama de comportamentos diferentes, inclusive comportamentos em saúde e intenções, como fumar, beber, o uso de serviços de saúde, exercícios, aleitamento materno, mamografia, além de outros (MONTANO, 2008).

Uma revisão foi realizada para verificar a eficiência da Teoria do comportamento planejado no domínio da saúde para explicar e prever comportamentos relacionados à saúde. Cinquenta e seis estudos foram incluídos na revisão. Os resultados indicaram que a teoria funciona muito bem para a explicação da intenção e

mostrou que o controle comportamental percebido é tão importante quanto à atitude em todas as categorias de comportamentos relacionados à saúde, concluindo que o TCP é um bom “framework” para medir intenção de comportamentos relacionados à saúde (GODIN E KOK, 1996; HERBERT, 2006).

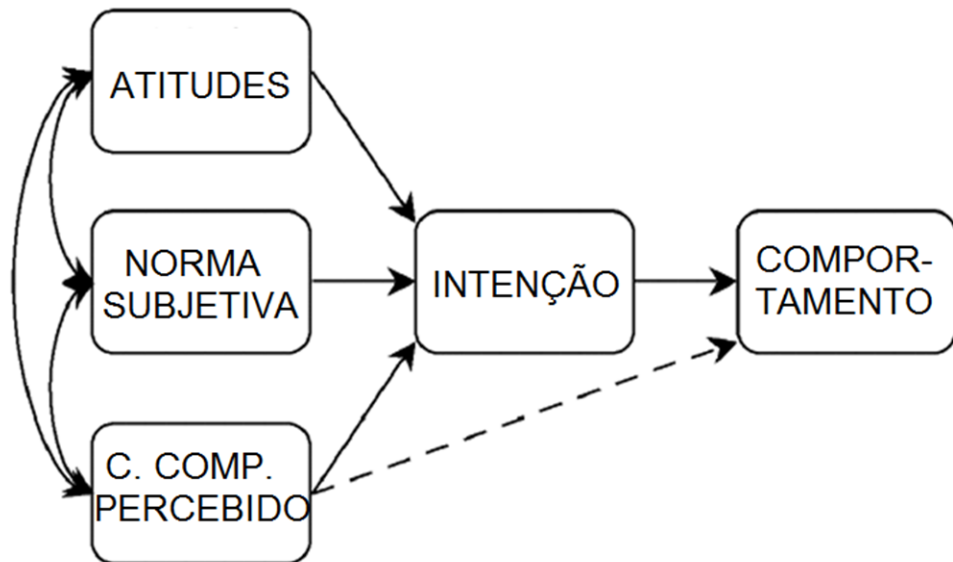


Figura 1 – Teoria do comportamento planejado

2.11 QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Um dos modelos de qualidade em saúde mais discutido é o modelo proposto por Donabedian, onde este divide os métodos de avaliação da qualidade em três eixos principais: estrutura, processos e resultados. A estrutura faz menção às características estáveis para a realização dos serviços em saúde, sendo as ferramentas e os recursos disponíveis, além das características físicas e organizacionais, sendo uma menção as instalações, equipamentos, recursos humanos, materiais e financeiros para a prestação de serviços em saúde. O eixo processo faz menção a relação, interação e os procedimentos realizados pelos profissionais de saúde e seus pacientes e o eixo resultados seria a realização do objetivo de curar, restaurar, melhorar, aliviar a dor, entre outros (DONABEDIAN, 2005; CORRER; OTUKI, 2013).

Segundo Vuori (1991), o fundamento do eixo estrutura consiste em que uma boa qualidade de pré-condições tem uma maior probabilidade de resultar em um processo adequado de cuidados assim obtendo um resultado mais provavelmente favorável. O fundamento do eixo de processo consiste em que se todos seguirem o conhecimento vigente, as evidências em saúde disponíveis, as condições disponibilizadas na atualidade em que se encontram é mais provável que o resultado favorável. O fundamento do eixo de resultados é atingir os objetivos de curar, conter a progressão da doença, realizar a melhora e atualmente tem sido adicionado também a satisfação do paciente.

Os sistemas de saúde sempre serão resultados de diversos fatores: valores sociais e políticos da comunidade, recursos disponíveis e o desenvolvimento. A meta seria a de se estabelecer um equilíbrio, o chamado ideal, e como tais fatores não conseguem atingir um equilíbrio, os sistemas dependerão de acordos e fazer acordos é a essência da política, assim seja de agrado geral ou não, o sistema de cuidados de saúde é o resultado de um processo político. Assim nesta luta política entre coletivo *versus* individual, Estado *versus* setor privado, a qualidade nos faz mais próximos das características que todos desejamos obter, o melhor dos serviços de cuidado de saúde, o melhor de cada componente da qualidade, o melhor da efetividade, da eficácia, da eficiência, da equidade, da aceitabilidade, da acessibilidade e da adequação e qualidade científico-técnica (VUORI, 1991).

3. MÉTODOS

O estudo realizado foi do tipo transversal, descritivo, com a aplicação de um questionário online aos farmacêuticos do estado do Paraná, que trabalham em farmácias ou drogarias, sendo estas privadas. Os endereços eletrônicos dos farmacêuticos foram fornecidos pelo Conselho Regional de Farmácia do Paraná (CRF-PR) e o questionário foi enviado a esses endereços por meio da ferramenta SurveyMonkey®. A pesquisa foi realizada entre os meses de outubro de 2013 e janeiro de 2014.

Juntamente com o questionário foi enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1), a partir do momento em que o participante leu o TCLE e clicou na opção prosseguir, o termo foi considerado aceito. Caso o participante não concordasse com o conteúdo do TCLE, o mesmo poderia clicar na opção encerrar/ sair. Após concordar com o TCLE, o entrevistado foi conduzido a uma sequência eletrônica de perguntas e respostas. Ressalta-se que os sujeitos da pesquisa poderiam, a qualquer momento, desistir de participar do estudo sem ônus ou prejuízo sendo seus dados excluídos dos resultados da pesquisa.

3.1 ESTRUTURA DO QUESTIONÁRIO

O questionário elaborado foi composto por questões fechadas e abertas, distribuídas em seções: dados sociodemográficos; dinâmica/processo de trabalho; Teoria do comportamento planejado e Serviços farmacêuticos prestados.

Antes do início da investigação, o instrumento foi submetido a um estudo piloto com o objetivo de eliminar possíveis variáveis de confundimento para os sujeitos da pesquisa e observar se a abordagem dos mesmos também não geraria vieses. Vale ressaltar que os farmacêuticos selecionados para esse teste foram excluídos da análise final dos resultados.

As variáveis sociodemográficas e de perfil profissional coletadas foram: gênero, idade, cidade onde trabalha, número de farmácias/drogarias em que trabalha, carga horária semanal de serviço, tempo de experiência em drogaria, ano de formação e grau acadêmico. Os farmacêuticos foram também questionados sobre o fato de serem ou não proprietários da farmácia em que trabalham e se possuem responsabilidade técnica.

Na seção que aborda a dinâmica/processo de trabalho foram avaliados indicadores de estrutura física, conforme descrito por diversos autores como consenso para condições necessárias para a realização da atenção farmacêutica, incluindo o acesso à internet, recursos humanos disponíveis, equipamentos, disponibilidade de materiais, recursos financeiros e instalações (FARRIS; KIRKING, 1993; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1998; MACHUCA; FERNÁNDEZ-LLIMÓS; FAUS, 2003; DONABEDIAN, 2005).

Foram também incluídas no instrumento questões relativas às preferências do farmacêutico, como interesse no ramo assistencial/gerencial.

Na seção que trata da Teoria do comportamento planejado, utilizou-se questões formulada/adaptada a partir do trabalho de Herbert *et al.* (2006) o qual é baseado na TCP (Teoria do comportamento planejado). As questões da TCP incluem a atitude dos farmacêuticos, normas subjetivas, controle comportamental percebido e intenção comportamental para prestar serviços farmacêuticos, todos os itens da escala de intenção foram formulados de forma generalista sobre a intenção de fornecer os “Serviços Farmacêuticos”. Todos os itens da TCP foram realizados em uma escala de Likert de 5 pontos, com apenas uma resposta possível, sendo discordo fortemente, discordo, não concordo nem discordo, concordo e concordo fortemente. O questionário completo está disponível no Apêndice 2.

Na seção de Serviços farmacêuticos prestados, foram realizadas questões com base no regulamento técnico de Boas Práticas de Farmácia do Conselho Federal de Farmácia, Resolução nº 357, de 20 de abril de 2001 e na RDC da ANVISA nº 44, de 17 de agosto de 2009, como a dispensação de medicamentos, prestação de serviços

farmacêuticos, bem como a emissão da Declaração de Serviços Farmacêuticos (BRASIL, 2001; BRASIL, 2009).

Além do piloto realizado com profissionais especialistas e mestres na área da assistência farmacêutica, que analisavam e faziam sugestões a respeito da ferramenta e do trabalho como um todo, foi realizada a tradução transcultural e a validação da Teoria do comportamento planejado.

3.2 ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL

Para o processo de adaptação transcultural seguimos o modelo proposto por Guillemín e cols. (1993), modificada por Falcão (1999). Entramos em contato com a autora correspondente do instrumento original a Dr. Julie M. Urmie, que deu seu consentimento para realização do trabalho (ANEXO 1).

Primeiramente o instrumento original foi traduzido para o português do Brasil por dois profissionais da saúde independentes, fluentes na língua inglesa e tendo como a língua-mãe o português. Estes conheciam os objetivos do estudo e os conceitos subjacentes ao instrumento. Traduzido o instrumento, os pesquisadores se reuniram gerando a 1ª versão do instrumento.

Na segunda etapa, foi realizada a *back-translation*, que é a tradução de volta para o inglês, esta realizada por um tradutor independente, que não conhecia os objetivos e conceitos subjacentes do estudo. Essa versão foi então comparada com o instrumento original e após ajustes de discrepâncias surgiu então a 2ª versão do instrumento.

Na terceira etapa, esta 2ª versão passou por um Comitê de avaliação, composto por três profissionais da área da saúde, bilíngues, que revisaram todas as partes desta versão do instrumento, analisando a equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual em relação ao original, originando assim a 3ª versão do instrumento. Foi realizado então um pré-teste com esta última versão e apresentado a cinco farmacêuticos clínicos não participantes das etapas anteriores, onde eles apontaram

dúvidas e dificuldades na utilização do instrumento e suas avaliações foram centradas na validade de conteúdo e na validade de face.

A versão final do instrumento nominada como “Escore do comportamento planejado para serviços farmacêuticos (ECP-SF)”, foi concretizada após avaliação do comitê e ajustes na versão.

3.3 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados a partir do questionário online foram analisados por estatística descritiva e inferencial, buscando identificar associações entre variáveis dependentes e independentes. Para tanto, as variáveis de interesse foram previamente testadas quanto à sua normalidade e foram eleitos os testes estatísticos adequados.

Para a validação do ECP-SF foi realizado as análises de validade de constructo (consistência interna, análise fatorial e validade convergente), assim como a regressão linear para análise da influência do instrumento na intenção da prestação de serviços farmacêuticos e a regressão logística binária para determinar a influência no comportamento em si, além das análises inferenciais e correlações.

A análise de dados foi realizada com o auxílio do software SPSS versão 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL).

As análises descritivas incluem a frequência demonstrada através de porcentagens, média, mediana, desvio padrão e o intervalo interquartil demonstrado através do percentil 25(menor) e o percentil 75 (maior).

As questões do tipo escala de likert estavam codificadas em discordo fortemente=1, discordo=2, não concordo nem discordo=3, concordo=4 e concordo fortemente=5. No entanto, algumas questões apresentavam a codificação reversa onde seguiam a codificação discordo fortemente=5, discordo=4, não concordo nem discordo=3, concordo=2 e concordo fortemente=1, estas questões foram destacadas no conteúdo proposto, por estarem diferentes das demais.

Através da Teoria do comportamento planejado aplicada neste trabalho propusemos o escore geral da teoria, chamado de “escore geral TCP”, sendo criado através da multiplicação do número de questões pelos números de codificação da escala likert. Foram criados também os escores separados para cada domínio da TCP, escore de atitude, escore de norma subjetiva, escore de controle comportamental percebido e o escore de intenção.

Foram criados também escores para as variáveis de estrutura e de realização de serviços, onde o escore de estrutura foi construído através das variáveis: dispor de um local para o cliente aguardar sentado para ser atendido, espaço privado ou semiprivado para o cliente ser atendido, dispor de computador em sua farmácia, dispor de internet em sua farmácia e dispor de impressora em sua farmácia, assim o escore de estrutura variou de 0= não disponho de nenhuma estrutura até 5= disponho de todos os itens de estrutura. O escore de serviços farmacêuticos foi criado através dos oito serviços farmacêuticos que possuíamos, sendo eles a aplicação de injetáveis, verificação de pressão arterial, colocação de brincos, verificação de temperatura corporal, verificação de glicemia capilar, atendimento domiciliar pelo farmacêutico, realização de curativos, inalação/nebulização e, partiu de 0= nenhum serviço farmacêutico realizado até 8= oito serviços farmacêuticos realizados.

Utilizamos também o IDHM como uma variável, onde o IDHM é a adaptação do IDH global para um IDH Municipal dos municípios brasileiros, atuando em três dimensões para expansão da liberdade pessoal: vida longa e saudável, acesso ao conhecimento e padrão digno através da renda (BRASIL, 2013), então esta variável foi construída através da junção dos municípios que possuíam IDHM alto e muito alto e a junção dos municípios que possuíam IDHM médio e baixo, essa variável foi então denominada “IDHM 2V”.

Algumas variáveis sofreram transformação, com o objetivo de concentrarmos características e um número maior ou mais equilibrado de participantes. Nesse contexto temos a variável de grau acadêmico modificada em dois grupos, onde foram separados os bacharéis dos farmacêuticos que possuem pós-graduação (especialista, mestre e doutores), esta variável modificada foi então chamada de “Grau acadêmico

2V”. Realizou-se também a transformação do escore de serviços farmacêuticos, onde retiramos os farmacêuticos que não realizam serviços farmacêuticos e deixamos no escore somente o restante do escore, que agora parte de 1= um serviço farmacêutico é realizado até 8= oito serviços farmacêuticos são realizados, esta variável foi então denominada “Escore serviços 8”. Também transformamos a variável tipo de farmácia, onde esta foi agrupada com o propósito de separar as farmácias independentes das demais, assim, criamos a variável denominada “Tipo de farmácia 2V” onde temos as farmácias independentes em relação as farmácias de rede (rede local, estadual e nacional). A variável criada do escore geral da TCP também sofreu transformação, onde objetivamos criar uma elite de resposta, para isso realizou-se uma análise dos percentis presentes no escore e criamos através do percentil 75 do escore uma variável categórica, onde separamos os farmacêuticos que estavam abaixo e acima deste percentil, um ponto de corte, esta variável foi denominada “Percentil 75”.

A análise de consistência interna foi realizada através do α de Cronbach para cada domínio da TCP (atitude, norma subjetiva, controle comportamental percebido e intenção), foram considerados valores de $\alpha > 0,70$ como aceitáveis.

A análise fatorial foi realizada levando-se em consideração os valores do coeficiente de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e a significância do teste de esfericidade de Bartlett. O método utilizado foi o de extração de componentes principais, com a rotação Varimax. Os valores das comunalidades foram considerados essenciais para a demonstração de unidimensionalidade de cada domínio, e valores superiores a 0,30, considerando-se até 2 fatores, foram considerados adequados.

A regressão linear múltipla foi realizada adotando-se como variável dependente o escore de intenção para prestação de serviços farmacêuticos e como variáveis independentes: os domínios de atitude, norma subjetiva e controle comportamental percebido, além do gênero, grau acadêmico, tempo de experiência em farmácia e o tipo de farmácia.

A regressão logística binária foi realizada adotando-se como variável dependente dicotômica a realização de serviços farmacêuticos, codificada em não realiza serviços=0 e realiza serviços farmacêuticos=1. As variáveis independentes do

modelo continham os domínios de atitude, norma subjetiva, controle comportamental percebido e intenção, todos em sua forma de escore, além destes também faziam parte do modelo o gênero, idade e o tipo de farmácia. O modelo foi realizado através do método “inserir”.

3.4 PRECEITOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi aprovado em 26.06.2013 pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Estadual de Ponta Grossa, sob o número 316.374/2013.

4. RESULTADOS

4.1 ANÁLISES DESCRITIVAS GERAIS

Foram obtidos após a retirada dos duplicados 9.837 e-mails através do CRF-PR, 952 e-mails retornaram e foram excluídos, gerando um total de 8.885 e-mails disponíveis, conforme descrito na Figura 2. Deste modo foram encarados como atingidos, alcançando os destinatários, 1.851 farmacêuticos (20,8% de retorno) e destes 533 responderam de forma completa. Do total bruto consideramos uma utilização de 6% dos e-mails disponibilizados.

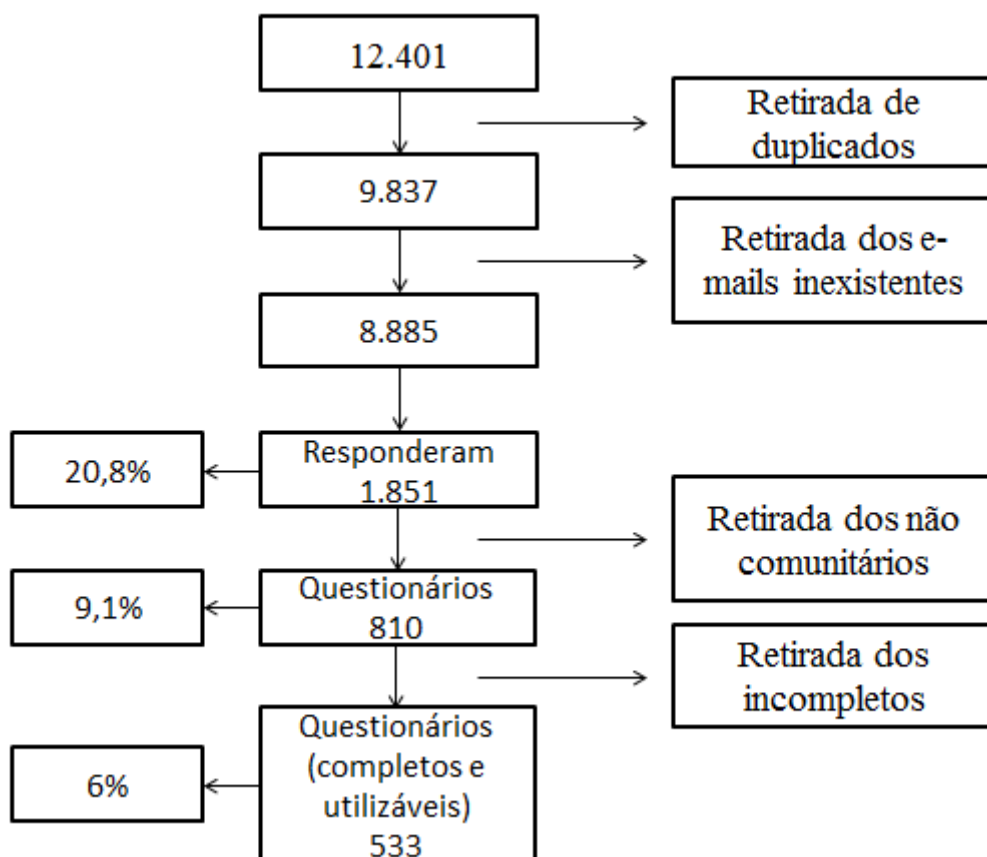


Figura 2 - Fluxograma da coleta de dados

A distribuição dos respondentes foi consideravelmente homogênea em todo o Estado do Paraná, com 158 cidades participantes (Figura 3).

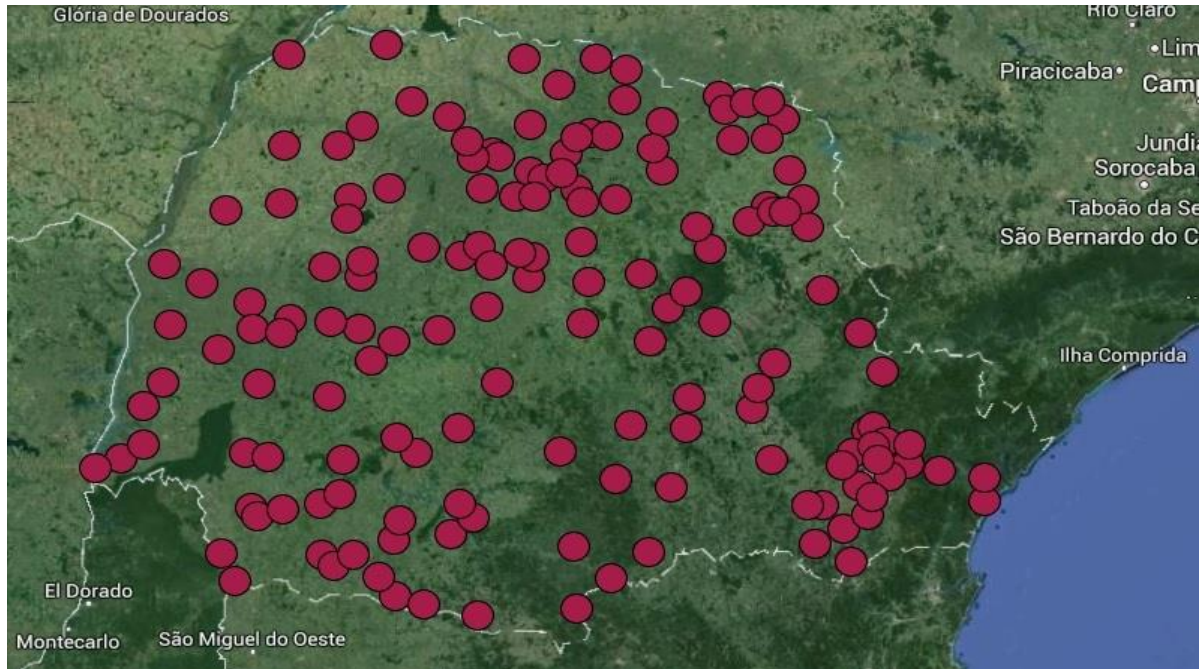


Figura 3 - Mapa dos respondentes

Dos 533 participantes que responderam completamente o questionário 69,4% eram mulheres, a média de idade geral foi de $35,2 \pm 9,2$ anos, e o tempo médio de formado foi de $11,4 \pm 8,2$ anos. Uma caracterização mais aprofundada é apresentada na Tabela 1, com as perguntas, mediana apresentada e o intervalo interquartil (IIQ).

Tabela 1- Perfil geral dos participantes

Perguntas	Mediana	IIQ
Qual sua idade?	33 anos	28 - 41
Em quantas farmácias/drogarias você trabalha?	1	1 - 1
Quantas horas por semana você trabalha na farmácia/drogaria?	44 horas	40 - 48
Há quantos anos você trabalha na área do varejo farmacêutico?	8 anos	4 - 15
Em uma média geral, quantos clientes sua farmácia/drogaria atende por dia?	100 clientes	40 - 200
Em quantas farmácias/drogarias você já trabalhou desde sua graduação em farmácia?	3	2 - 4
Há quantos anos você está formado?	9 anos	5 - 15

Através da cidade reportada, a qual o farmacêutico trabalhava, foi realizada a análise do IDHM (Figura 4).

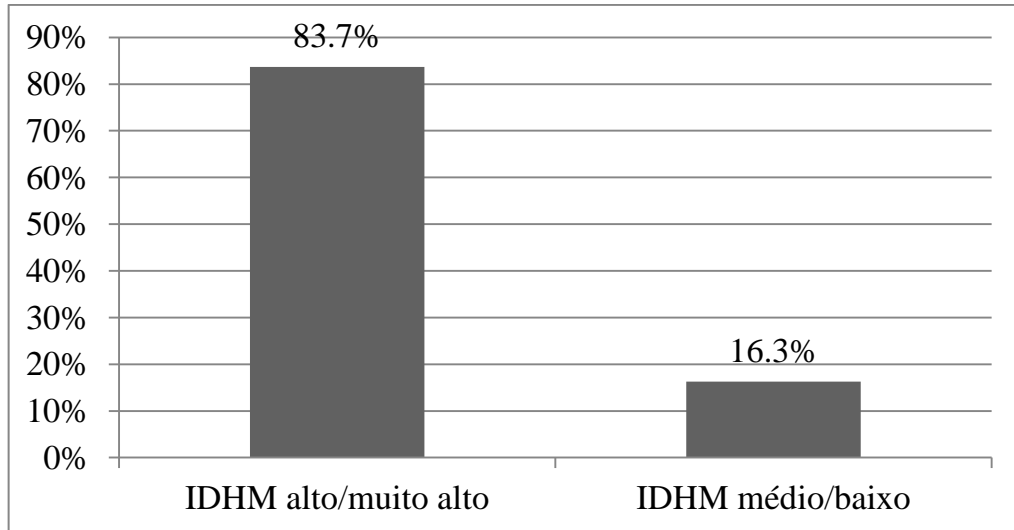


Figura 4 – Índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) das cidades respondentes

Em relação às funções que os farmacêuticos ocupavam na empresa, a principal função foi de Farmacêutico diretor técnico, seguido por farmacêutico proprietário, conforme a Figura 5. Nesta questão poderia ser respondida mais de uma opção e, quando se juntavam mais de uma opção de funções, todas estas se incluíam abaixo de 10% de frequência.

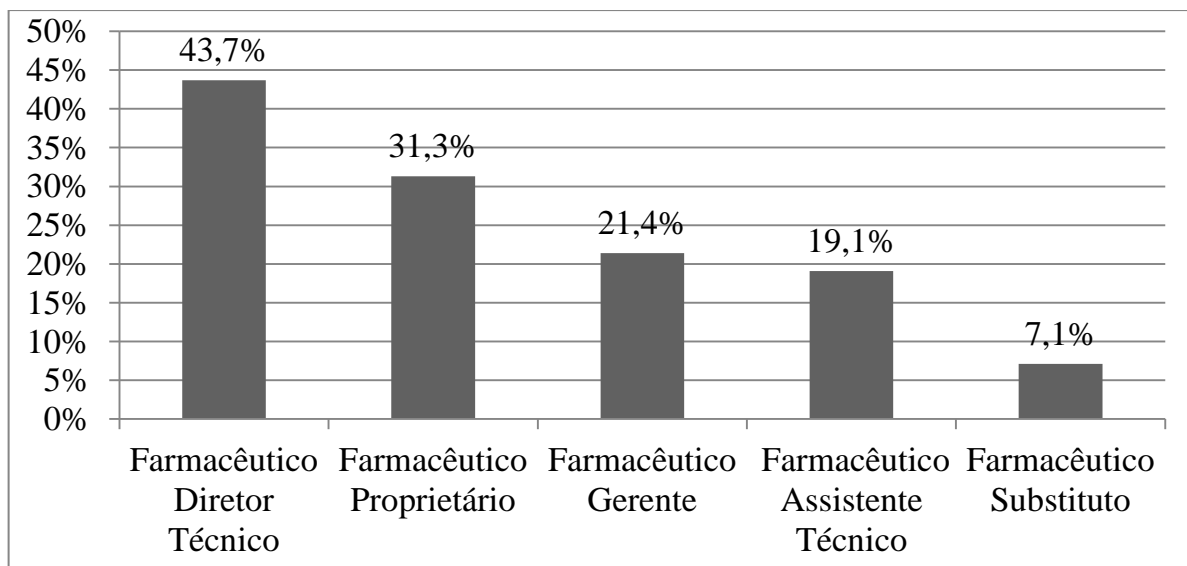


Figura 5 - Funções ocupadas na empresa pelos farmacêuticos

Em relação ao grau acadêmico 50,2% possuíam algum tipo de pós-graduação, número quase igual aos que possuíam o bacharelado (Figura 6).

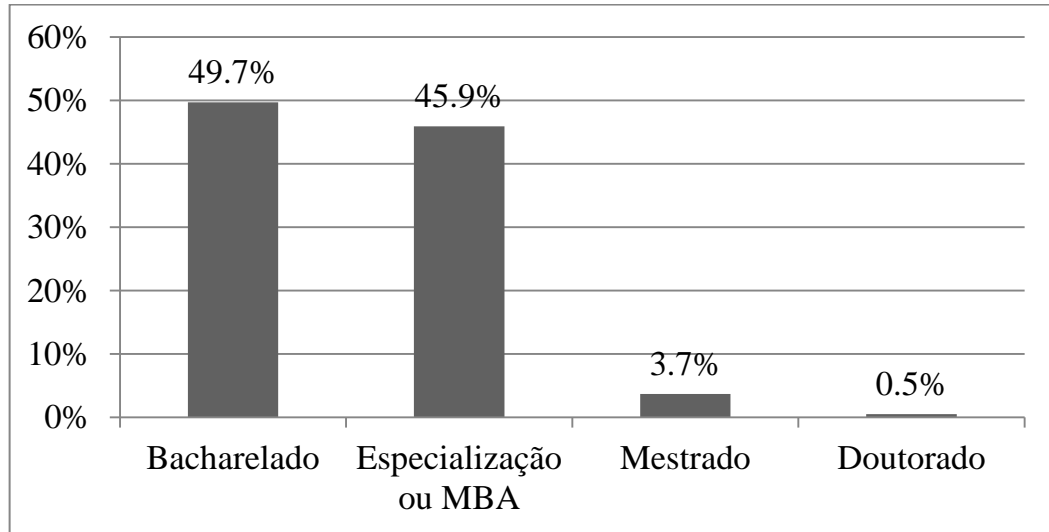


Figura 6 - Grau acadêmico dos farmacêuticos

Em relação ao tipo de farmácia 39,9% eram do tipo independente e 60% faziam parte de algum tipo de rede de farmácias, sendo em sua maioria redes de alcance local/regional (Figura 7).

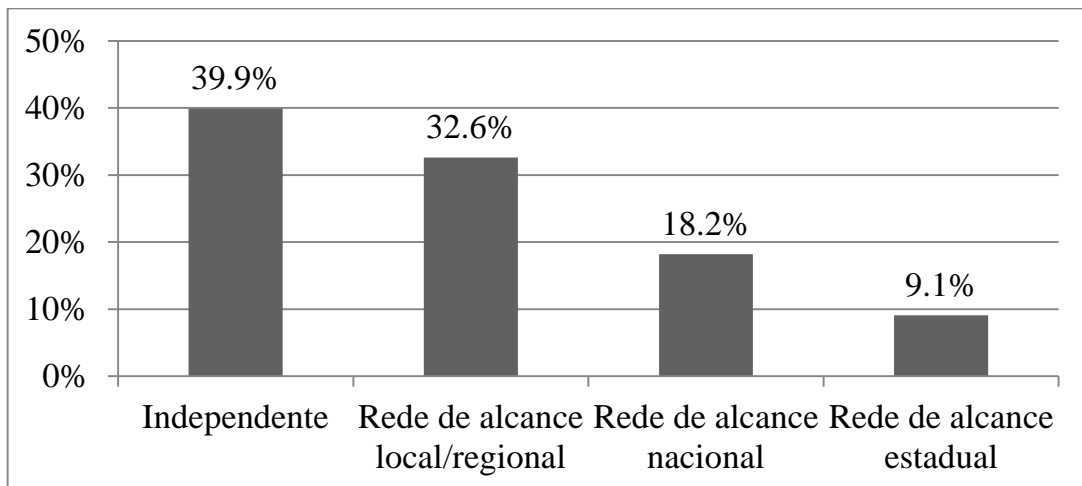


Figura 7 - Tipo de farmácia em que os farmacêuticos trabalhavam

Em relação aos recursos humanos em termos de balconistas, apenas 7,69% das farmácias possuíam os extremos, nenhum balconista ou acima de sete balconistas, a

maioria das farmácias continham de 1 a 2 balconistas (60,41%), no turno de trabalho do farmacêutico (Figura 8).

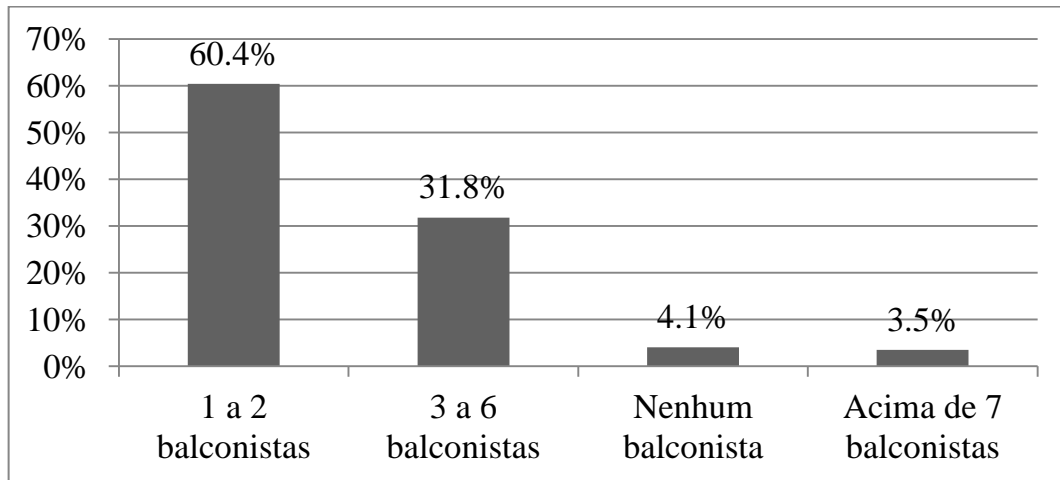


Figura 8 - Número de balconistas no turno de trabalho do farmacêutico

Foi perguntado também sobre quantos farmacêuticos trabalhavam com o farmacêutico respondente, no mesmo turno que ele, e 65,1% dos farmacêuticos trabalhavam sozinhos, enquanto 34,9% trabalhavam com um ou mais farmacêuticos.

Em relação à área de interesse predominante, a maioria dos farmacêuticos possuía interesse tanto na área gerencial/administrativa quanto na área assistencial/técnica, mas com uma tendência maior para a área técnica (Figura 9).

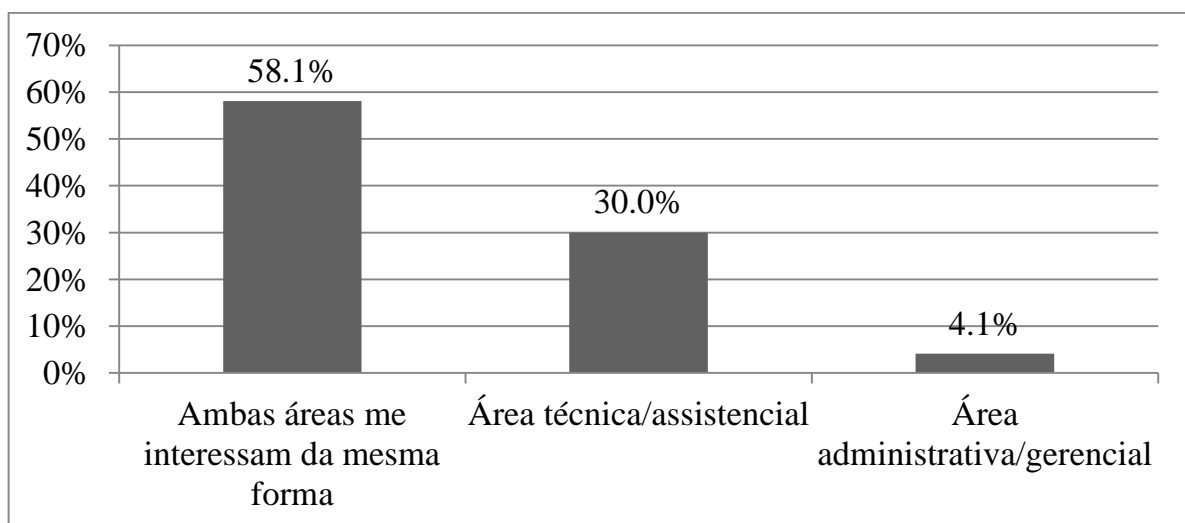


Figura 9 - Áreas de interesse dos farmacêuticos respondentes

Foi também perguntado ao farmacêutico se ele realizava atendimento de clientes no balcão atuando na dispensação e 97,3% responderam que realizavam, assim, os farmacêuticos que responderam sim a esta questão foram questionados em relação a estes atendimentos, e foram questionados também em relação ao SNGPC, conforme os dados da Tabela 2. Ao realizar-se uma análise de subgrupo estatístico, isolando os farmacêuticos que trabalham sozinhos, sem outros farmacêuticos em seu turno, chegamos a uma mediana de 70 atendimentos/dia realizados por farmácia e como do número de atendimentos no balcão pelo farmacêutico continua o mesmo, em mediana 30 atendimentos, concluímos assim que em média 42,8% dos atendimentos da farmácia são realizados pelo farmacêutico.

Tabela 2 - Caracterização dos atendimentos/SNGPC

Perguntas	Mediana	IIQ
Quantos atendimentos no balcão você realiza por dia, em média?	30	20 - 50
Em uma média diária, quantas horas você passa atendendo clientes no balcão por dia?	6 horas	4 - 7
Pensando em uma semana normal. Em média, quantas horas você gasta por semana realizando atividades relacionadas ao SNGPC?	4 horas	2 - 7

Para termos uma ideia da estrutura das farmácias respondentes agrupamos cinco questões referentes a esta seção, sendo estas: a farmácia possui lugar para o cliente aguardar sentado para ser atendido, possui lugar privado ou semiprivado para atendimento e também as questões relativas a informatização. Quase todas as farmácias possuíam os recursos de computador e impressora, mas o acesso à internet ficou em uma posição de porcentagens inferior (Figura 10).

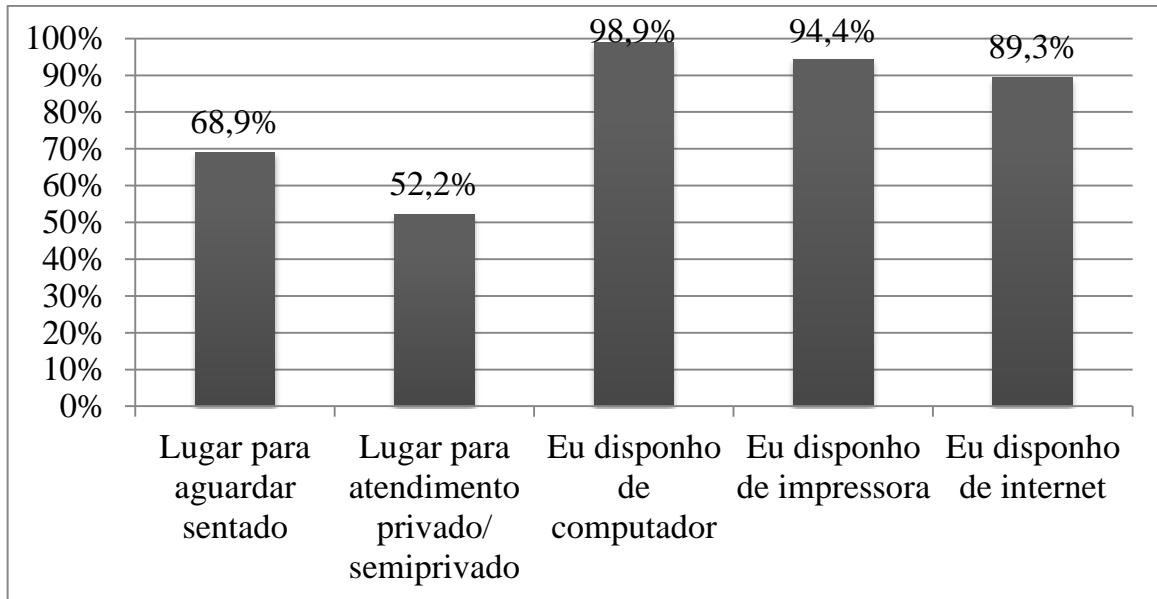


Figura 10 - Indicadores de estrutura das farmácias nas quais os farmacêuticos trabalham

Em relação aos serviços farmacêuticos prestados por estas farmácias, os serviços com as menores porcentagens de realização foram os de curativos e de inalação (Figura 11), mesmo sendo serviços preconizados pela resolução da Secretaria do Estado da Saúde do Paraná nº54 de junho de 1996.

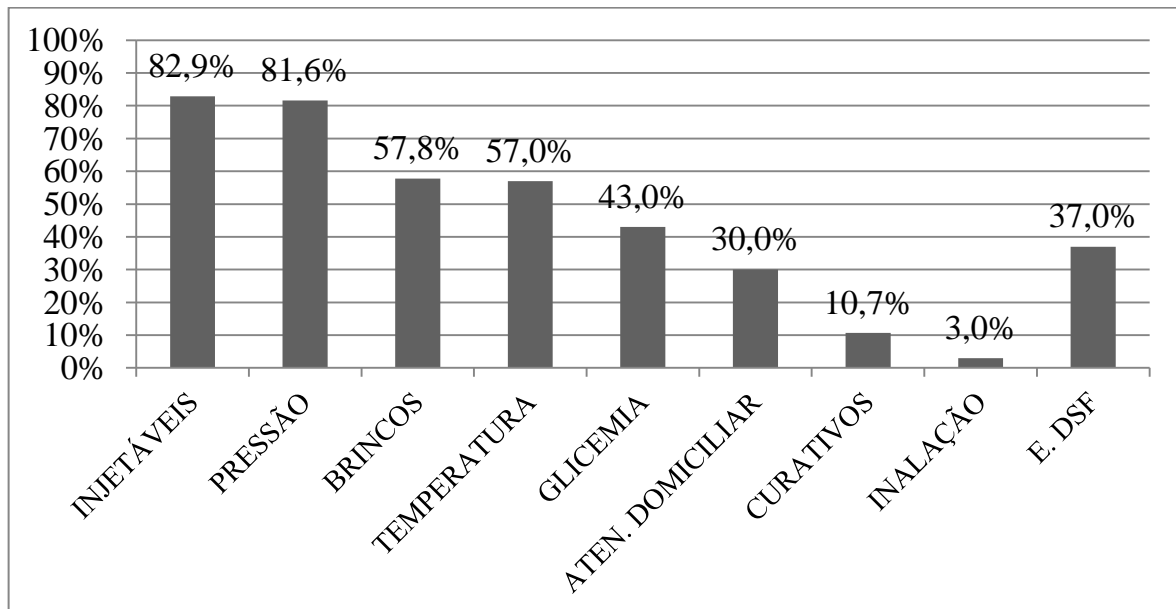


Figura 11 - Porcentagem de serviços farmacêuticos prestados

Para os que realizam os serviços farmacêuticos foi perguntado em cada serviço realizado quantos procedimentos são realizados por semana (Tabela 3).

Tabela 3 - Número de procedimentos realizados por semana

Perguntas	Mediana	IIQ
Quantos procedimentos deste tipo você realiza por semana, em média?		
Verificação de pressão arterial	30	15 - 50
Aplicação de injetáveis	14	8 - 20
Teste de glicemia	6	3 - 10
Inalação / Nebulização	5	3 - 10
Verificação de temperatura corporal	4	2 - 10
Atendimento farmacêutico domiciliar	3	1 - 5
Colocação de brincos	3	2 - 5
Curativos	2	1 - 4
Em média, quantas Declarações de Serviços Farmacêuticos você emite por semana?	10	5 - 25

Foi também perguntado ao farmacêutico se ele cobra pelos serviços prestados, assim verificou-se que o serviço de verificação de glicemia capilar é o serviço em que se há mais cobrança (Figura 12).

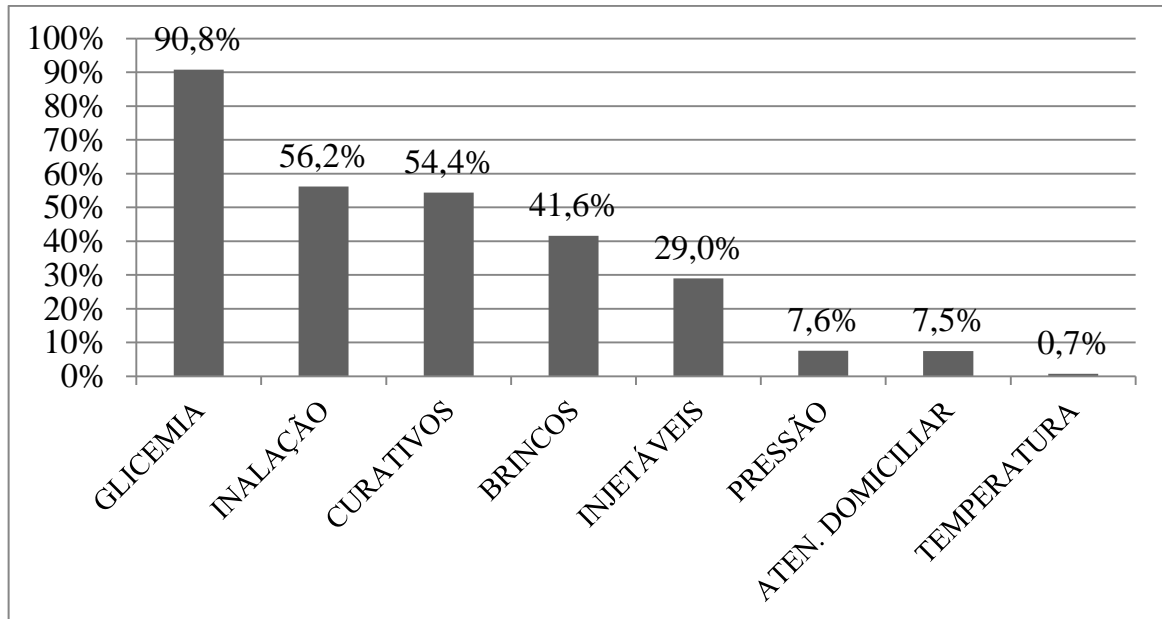


Figura 12 - Cobrança pelos serviços farmacêuticos realizados

Foi perguntado para os que cobram pelos serviços, quanto é cobrado pelo procedimento, sendo o maior valor atrelado aos serviços o de colocação de brincos e o atendimento farmacêutico domiciliar (Tabela 4).

Tabela 4 - Preço cobrado pelos serviços farmacêuticos prestados

Perguntas	Mediana	IIQ
Quanto você cobra por este serviço? (Colocação de brincos)	10	5 - 15
Quanto você cobra por este serviço? (Atendimento farmacêutico domiciliar)	10	5 - 15
Quanto você cobra por este serviço, em R\$? (Teste de glicemia)	5	5 - 5
Quanto você cobra por este serviço? (Curativos)	5	3 - 5
Quanto você cobra por este serviço, em R\$? (Aplicação de injetáveis)	3	2 - 5
Quanto você cobra por este serviço? (Inalação / Nebulização)	3	2 - 5
Quanto você cobra por este serviço? (Verificação de temperatura corporal)	2	1 - 2
Quanto você cobra por este serviço, em R\$? (Verificação de pressão arterial)	1	1 - 1

4.2 ANÁLISES DESCRITIVAS: TEORIA DO COMPORTAMENTO PLANEJADO

A tabela 5 demonstra as análises referentes ao TCP com as estatísticas descritivas individualmente para cada questão, incluindo o percentual de concordo e discordo para cada afirmação.

Em relação aos domínios separadamente, o domínio de atitude mostrou que os farmacêuticos concordam que os serviços farmacêuticos são um passo importante para a profissão e que os permitiria prestar um serviço de excelência para seus clientes e discordavam em relação aos serviços farmacêuticos não serem lucrativos para sua farmácia/drogaria. Apesar de 81,6% dos farmacêuticos concordarem que a prestação de serviços farmacêuticos aumentaria sua satisfação com seu trabalho, 44,3% concordaram que a prestação dos serviços farmacêuticos aumentaria seu nível de estresse no trabalho.

No domínio de norma subjetiva os farmacêuticos em sua maioria concordavam que a prestação de serviços farmacêuticos em sua farmácia/drogaria agradaria aos clientes e que o seu superior daria apoio caso ele decidisse prestar os serviços, mas apenas 33,2% concordavam que os médicos aprovariam caso a sua farmácia/drogaria prestasse serviços farmacêuticos.

No domínio de controle comportamental percebido os farmacêuticos em sua maioria concordavam que possuíam o conhecimento e as habilidades necessárias para prestar os serviços farmacêuticos em sua farmácia/drogaria e tendiam a concordar que teriam que prestar os serviços farmacêuticos a fim de se manterem competitivos no mercado. Mas em contrapartida neste domínio houve as maiores porcentagens de discordância das afirmações, onde os farmacêuticos discordavam e possuíam a tendência negativa em relação às afirmações de que dispunham de uma equipe adequada para oferecer os serviços farmacêuticos e que possuíam o tempo necessário para a prestação dos serviços farmacêuticos. Também foi baixo o número de farmacêuticos que concordaram que possuíam o sistema informatizado necessário em sua farmácia.

Os farmacêuticos apresentaram forte intenção em prestar serviços farmacêuticos em suas farmácias/drogarias, onde 64% concordam ou concordam fortemente que tem intenção de prestar serviços farmacêuticos.

Em uma análise resumida de todo o questionário, juntando-se todas as questões após validação, em vista a uma escala de 1 a 5 pontos e, sendo 3 a tendência central, os farmacêuticos possuem uma pontuação total de 3,64 pontos, mostrando que possuem realmente esta intenção positiva para a prestação de serviços farmacêuticos.

Tabela 5 - Análise descritiva da Teoria do comportamento planejado por domínios separadamente

	Concordo fortemente ⁵	Concordo ⁵	Não concordo nem discordo ⁵	Discordo ⁵	Discordo Fortemente ⁵	Avaliação média ⁴	Porcentagem de concordo ¹	Porcentagem de discordo ²	
ATTITUDE	1. A participação dos farmacêuticos na provisão de serviços clínico-assistenciais em farmácias e drogarias é um passo importante para o avanço da profissão como um todo.	59,66% 318	38,37% 204	1,12% 6	0,37% 2	0,56% 3	4,56	98,0%	1,0%
	2. Meus clientes confiariam mais em mim se eu prestasse serviços farmacêuticos.	45,40% 242	36,96% 197	12,57% 67	4,12% 22	0,93% 5	4,22	82,4%	5,0%
	3. A prestação de serviços farmacêuticos provavelmente não será lucrativa para minha farmácia/ drogaria. ³	17,44% 93	38,64% 206	21,57% 115	15,94% 85	6,37% 34	3,44	22,3%	56,0%
	4. A prestação de serviços farmacêuticos me permitiria promover um atendimento de excelência para meus clientes.	51,96% 277	37,71% 201	7,50% 40	2,06% 11	0,75% 4	4,38	89,7%	2,9%
	5. A prestação de serviços farmacêuticos em minha farmácia/drogaria aumentaria o meu nível de stress no trabalho. ³	9,19% 49	35,08% 187	25,70% 137	21,20% 113	8,81% 47	3,14	30,0%	44,3%
	6. A prestação de serviços farmacêuticos atrairia mais clientes para minha farmácia/drogaria.	40,52% 216	43,52% 232	11,25% 60	3,37% 18	1,31% 7	4,19	84,0%	4,7%
	7. Meu envolvimento na prestação de serviços farmacêuticos aumentaria minha satisfação com meu trabalho.	41,83% 223	39,77% 212	12,75% 68	4,69% 25	0,93% 5	4,17	81,6%	5,6%

Tabela 5- Análise descritiva da Teoria do comportamento planejado por domínios separadamente (Continuação).

NORMA SUBJETIVA	8. Os meus clientes gostariam que eu prestasse serviços farmacêuticos em minha farmácia/drogaria.	33,95% 181	48,03% 256	15,19% 81	2,25% 12	0,56% 3	4,13	82,0%	2,9%
	9. Os médicos aprovariam caso minha farmácia/drogaria prestasse serviços farmacêuticos.	12,00% 64	21,20% 113	35,08% 187	20,07% 107	11,63% 62	3,02	33,2%	31,7%
	10. Meu superior na minha farmácia/drogaria me daria apoio caso eu decidisse pela prestação de serviços farmacêuticos em minha loja.	26,07% 139	34,52% 184	21,76% 116	12,19% 65	5,44% 29	3,64	60,6%	17,6%
	11. Outros farmacêuticos que eu conheço pretendem oferecer serviços farmacêuticos em suas farmácias/drogarias.	10,50% 56	28,89% 154	39,96% 213	16,51% 88	4,12% 22	3,25	39,4%	20,6%
	12. Os clientes da minha farmácia/drogaria ficariam desapontados se eu não oferecesse serviços farmacêuticos.	18,19% 97	37,52% 200	28,14% 150	14,25% 76	1,87% 10	3,56	55,7%	16,2%

Tabela 5- Análise descritiva da Teoria do comportamento planejado por domínios separadamente (Continuação).

CONTROLE COMPORTAMENTAL PERCEBIDO	13. Eu disponho de uma equipe de apoio adequada para poder oferecer serviços farmacêuticos em minha farmácia/drogaria.	10,88% 58	27,57% 147	19,51% 104	31,70% 169	10,31% 55	2,97	38,5%	42,0%
	14. Para mim, oferecer serviços farmacêuticos em minha farmácia/drogaria seria difícil. ³	9,00% 48	38,27% 204	22,13% 118	24,57% 131	6,00% 32	3,19	30,6%	47,3%
	15. Depende totalmente de mim que serviços farmacêuticos sejam oferecidos em minha farmácia/drogaria.	18,76% 100	29,26% 156	18,19% 97	24,39% 130	9,38% 50	3,24	48,1%	33,8%
	16. Eu disponho do tempo necessário para prestar serviços farmacêuticos em minha farmácia/drogaria.	9,94% 53	29,45% 157	16,13% 86	31,51% 168	12,94% 69	2,92	39,4%	44,4%
	17. Eu terei que oferecer serviços farmacêuticos em minha farmácia/drogaria a fim de nos manter competitivos no mercado.	16,32% 87	41,08% 219	23,07% 123	14,63% 78	4,87% 26	3,49	57,4%	19,5%
	18. Eu disponho de sistema informatizado necessário para oferecer e organizar serviços farmacêuticos em minha farmácia/drogaria.	14,25% 76	34,70% 185	14,07% 75	27,76% 148	9,19% 49	3,17	49,0%	37,0%
	19. Eu possuo o conhecimento e as habilidades necessárias para prestar serviços farmacêuticos em minha farmácia/drogaria.	22,51% 120	53,09% 283	14,82% 79	8,44% 45	1,12% 6	3,87	75,6%	9,5%

Tabela 5- Análise descritiva da Teoria do comportamento planejado por domínios separadamente (Continuação)

INTENÇÃO	20. Eu trabalho atualmente para garantir que seja estabelecida remuneração adequada pela prestação de serviços farmacêuticos em minha farmácia/drogaria.	13,69% 73	34,89% 186	30,20% 161	17,26% 92	3,93% 21	3,37	48,6%	21,2%
	21. Eu planejo falar com meu superior da empresa sobre a prestação de serviços farmacêuticos em minha farmácia/drogaria.	10,69% 57	28,14% 150	39,39% 210	15,94% 85	5,81% 31	3,22	38,8%	21,7%
	22. Eu pretendo oferecer serviços farmacêuticos em minha farmácia/drogaria.	22,88% 122	41,08% 219	25,32% 135	7,50% 40	3,18% 17	3,73	64,0%	10,7%
N= 533 (total de respostas utilizadas)						Total Geral:	3,585		
ANÁLISE	(1) Porcentagem (concordo + concordo fortemente)					Total AT:	4,01		
	(2) Porcentagem (discordo + discordo fortemente)					Total NS:	3,52	Total (17 tens):	3,642
	(3) Escala de valores invertida					Total CCP:	3,26		
	(4) Codificado em 1=Discordo fortemente, 2=Discordo, 3=Não concordo nem discordo, 4=Concordo, 5=Concordo fortemente					Total INT:	3,44		
	(5) Porcentagem seguida do N válido					Total s/ int:	3,61		

4.3 ANÁLISES INFERENCIAIS

Realizou-se as análises referentes ao grau acadêmico que o farmacêutico possui em relação as demais variáveis, a variável utilizada foi a modificada em 2 grupos os bacharéis e pós-graduação (especialista, mestre e doutores) “Grau acadêmico 2V”.

O teste de Mann-Whitney U foi utilizado para comparar a variável grau acadêmico 2V *versus* os escores formados de estrutura e de realização de serviços farmacêuticos, a variável de realização de serviços farmacêuticos foi a modificada (retirando os que não realizam serviços farmacêuticos) “Escore serviços 8”, nesta relação de (Escore serviços 8 *versus* grau acadêmico 2V) encontramos um valor de $p=0,057$, conforme (Figura 13), sendo o grupo pós-graduação com maior escore de serviços. Em relação a realizar ou não os serviços farmacêuticos não houve significância ($\chi^2 = 0,033$, $p>0,05$)

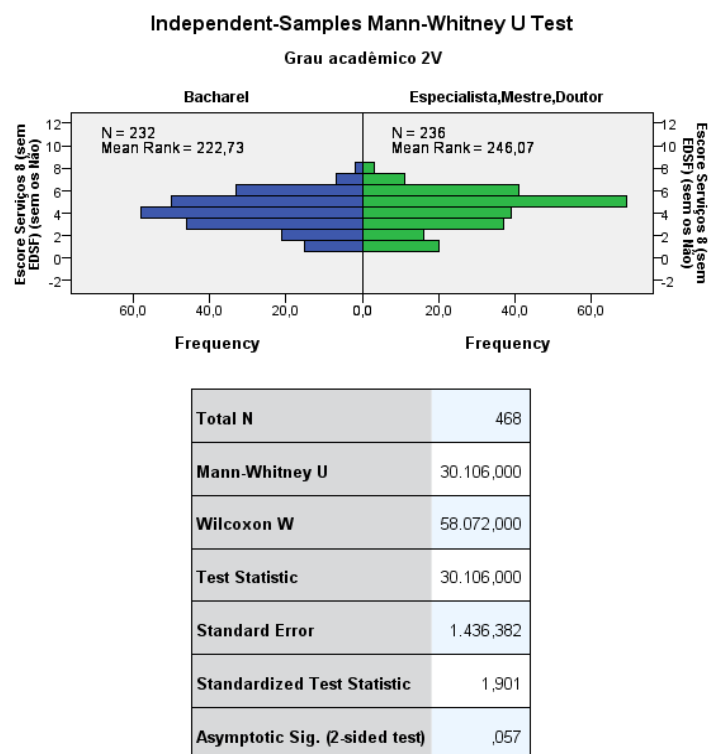


Figura 13 - Grau acadêmico 2V X Escore de serviços 8

Para o escore de estrutura *versus* grau acadêmico 2V o grupo pós-graduação apresentou maior escore de estrutura, valor de $p < 0,05$ (Figura 14).

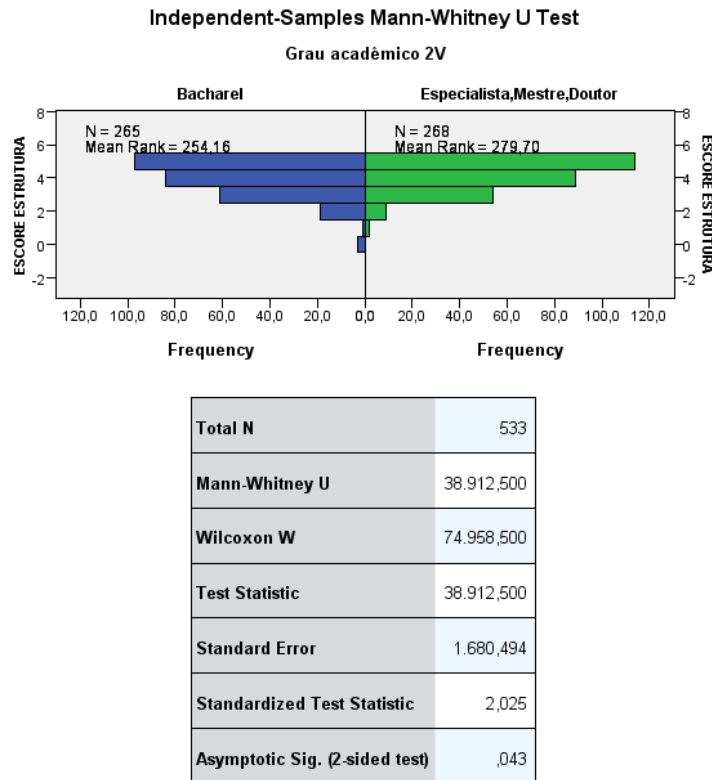


Figura 14 - Grau acadêmico X Escore de estrutura

Comparando os gêneros com as demais variáveis do questionário, verificou-se que as mulheres possuem maior predominância no grupo pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado) 54,1% *versus* 41,7% dos homens ($\chi^2 = 6,888$, $p < 0,05$).

Ao verificarmos o tempo de experiência em varejo e o tempo de formado, os homens possuem maior experiência no varejo e são formados a um maior tempo (Tabela 6).

Tabela 6 - Experiência e tempo de formado dos farmacêuticos *versus* gêneros

	Homens	Mulheres	Teste de Mann-Whitney
Tempo de experiência em varejo	10 (6-18)	7 (4-14)	$p < 0,05$
Tempo de formado	9 (6-17)	8 (5-14)	

Verificou-se também que em relação a prestar ou não serviços farmacêuticos os homens estão mais presentes no grupo que prestam serviços 95,1% *versus* mulheres 85,1% ($\chi^2 = 10,762$, $p < 0,05$). Além disto, foi realizada a análise das variáveis “Escore de serviços 8” e do “Escore de estrutura” em relação aos gêneros e verificou-se que em ambos os casos os homens possuem maior escore geral, $p < 0,05$, conforme figuras 15 e 16.

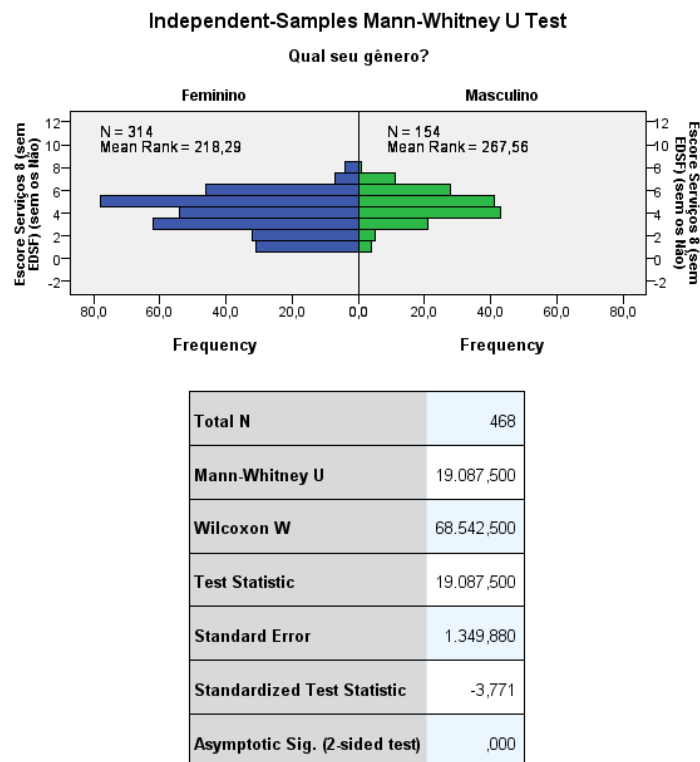


Figura 15- Gênero X Escore de serviços 8

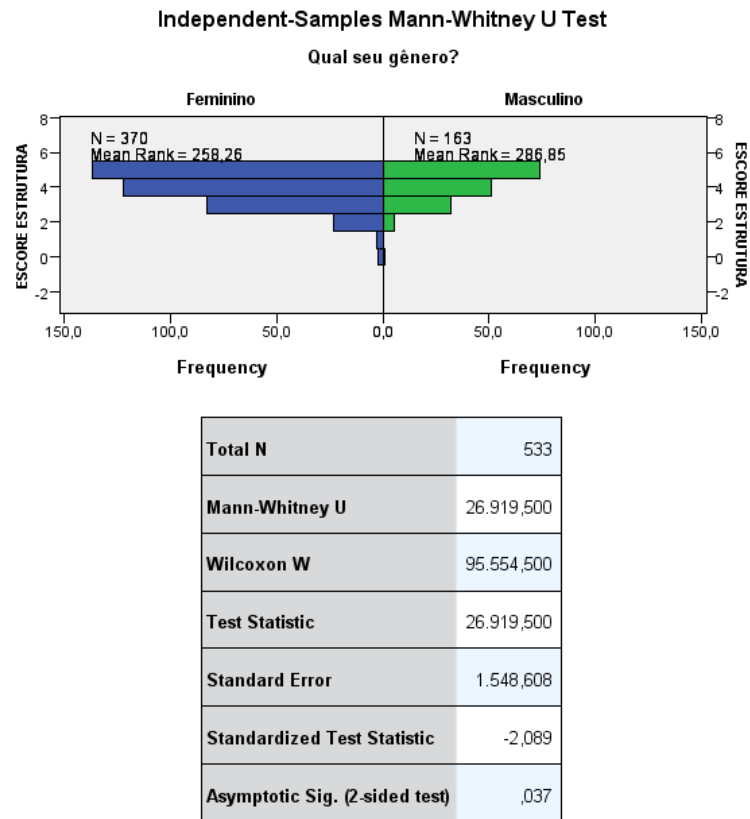


Figura 16 - Gênero X Escore de estrutura

Foram realizados testes comparativos em relação a variável tipo de farmácia com as demais variáveis do questionário, assim, verificou-se que as farmácias de rede nacional são as farmácias que atendem o maior número de clientes por dia com mediana de 200 (60-300) clientes *versus* rede de alcance estadual com mediana de 100 (50-300) *versus* rede de alcance local com mediana de 100 (50-200) *versus* farmácia independente com mediana de 60 (30-100), sendo esta diferença estatisticamente significativa pelo teste de Kruskal-Wallis, $p < 0,05$.

Através das análises com a variável IDHM 2V *versus* tipo de farmácia verificou-se que 23% das farmácias independentes seguido de 15,7% das redes locais estão presentes em cidades com Médio/Baixo IDHM enquanto apenas 5,2% das redes nacionais seguido de 10,4% das redes estaduais estão neste grupo de IDHM Médio/Baixo ($\chi^2 = 17,344$, $p < 0,05$).

Também foram conduzidos testes com a variável tipo de farmácia 2V *versus* realização de serviços farmacêuticos (realizam ou não), sendo que as farmácias independentes apresentam 3,3% que não realizam serviços farmacêuticos *versus* 17,5% das farmácias de rede ($\chi^2 = 24,787$, $p < 0,05$).

Realizou-se também os testes referentes ao tipo de farmácia 2V *versus* “Escore de serviços 8” e também *versus* o “Escore de estrutura”, assim verificou-se que as farmácias independentes possuem em ambos os casos um maior escore geral, $p < 0,05$, figuras 17 e 18, respectivamente.

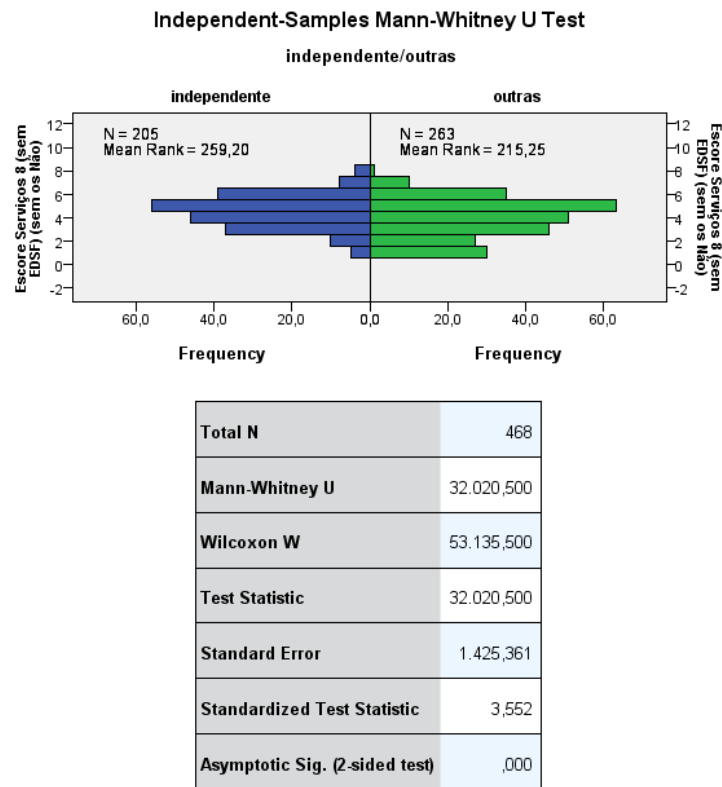
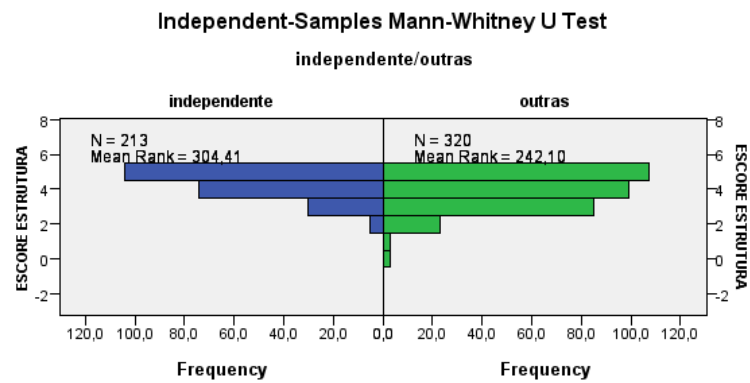


Figura 17 - Tipo de farmácia 2V X Escore de serviços 8



Total N	533
Mann-Whitney U	42.047,500
Wilcoxon W	64.838,500
Test Statistic	42.047,500
Standard Error	1.646,310
Standardized Test Statistic	4,840
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,000

Figura 18 - Tipo de farmácia 2V X Escore de estrutura

Os testes também apontaram diferenças significantes das farmácias independentes e de redes em relação à idade e a quantidade de farmácias em que o farmacêutico já trabalhou, onde farmácias independentes apresentam farmacêuticos mais velhos e farmacêuticos que trabalharam em menos drogarias desde sua formação (Tabela 7).

Tabela 7 - Tipo de farmácia 2V *versus* (idade e rotatividade)

	Independente	Redes	Teste de Mann-Whitney
Idade	34 (38-45)	32 (28-39)	p<0,05
Em quantas farmácias trabalhou desde a graduação	2 (1-3)	3 (2-4)	

Analisando-se as áreas de interesse em relação as demais variáveis do questionário, verificou-se que os farmacêuticos que tem interesse na área

administrativa/gerencial são farmacêuticos formados mais recentemente com uma mediana de 7 anos (5-10) *versus* ambas as áreas me interessam 9 anos (5-15) *versus* área técnica assistencial 9 anos (6-19), $p < 0,05$ (Figura 19).

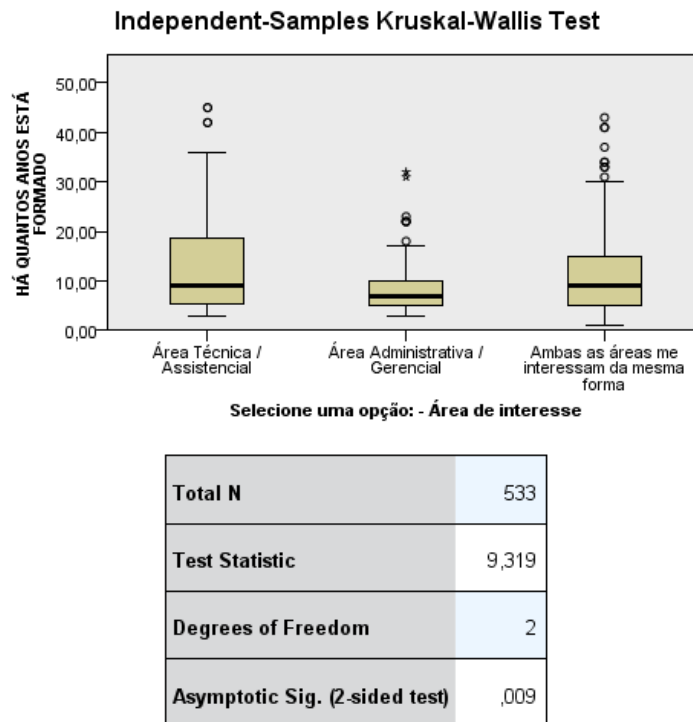


Figura 19 - Tempo de formado X Área de interesse

Em relação às áreas de interesse entre as variáveis “Escore de serviços 8” e “Escore de estrutura”, apenas o “Escore de serviços 8” apresentou diferença significativa entre os grupos, onde o grupo que tem interesse em ambas as áreas (técnica e administrativa) possuem um maior escore de prestação de serviços farmacêuticos (Figura 20).

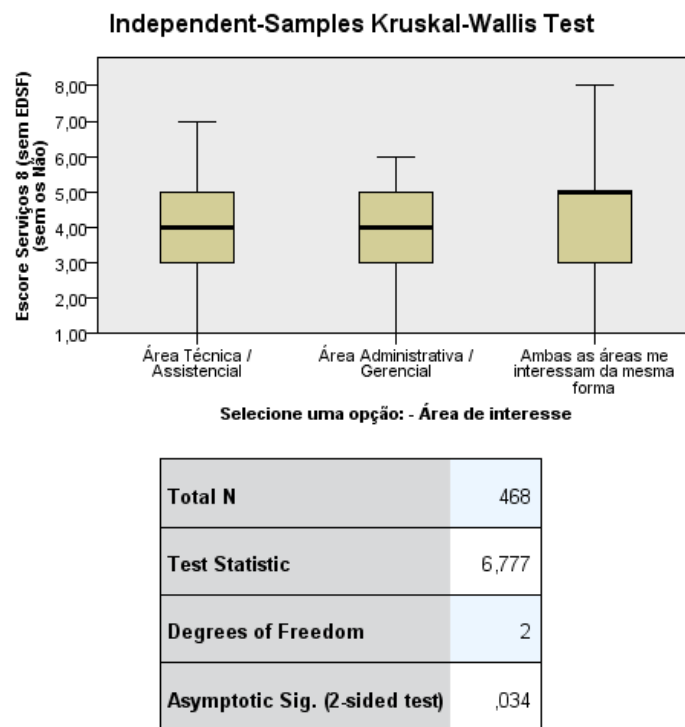


Figura 20 - Escore de serviços 8 X Áreas de interesse

Em relação ao grupo formado a partir do ponto de corte no percentil 75 do escore da TCP (acima e abaixo de 68 pontos em uma escala que vai de 17-85), a então denominada “Percentil 75”, em relação à realização de serviços farmacêuticos (realizam ou não), o grupo pertencente ao maior percentil (acima do percentil 75, >68 pontos) possui apenas 6,9% de farmacêuticos que não realizam serviços em contrapartida 13,4% do grupo de menor percentil (abaixo do percentil 75, <68 pontos), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($\chi^2 = 4,082$, $p < 0,05$).

Realizando-se o teste entre o “Percentil 75” *versus* tipo de farmácia verificou-se que 28,7% das farmácias de rede local, seguido de 27,2 % das independentes estão predominantes no maior percentil enquanto a rede de alcance nacional e rede estadual apresentam predominância de 14,4% e 18,4%, respectivamente ($\chi^2 = 8,836$, $p < 0,05$).

Vale ressaltar que o “grau acadêmico 2V” *versus* “Percentil 75” não apresentaram diferenças estatisticamente significantes.

Foram realizados os testes com as variáveis “Escore de estrutura” e “Escore de serviços 8” e encontramos que em ambos os casos o grupo que pertencente ao maior

percentil 75 predomina com maiores escores de estrutura e de serviços farmacêuticos prestados, figuras 21 e 22 respectivamente.

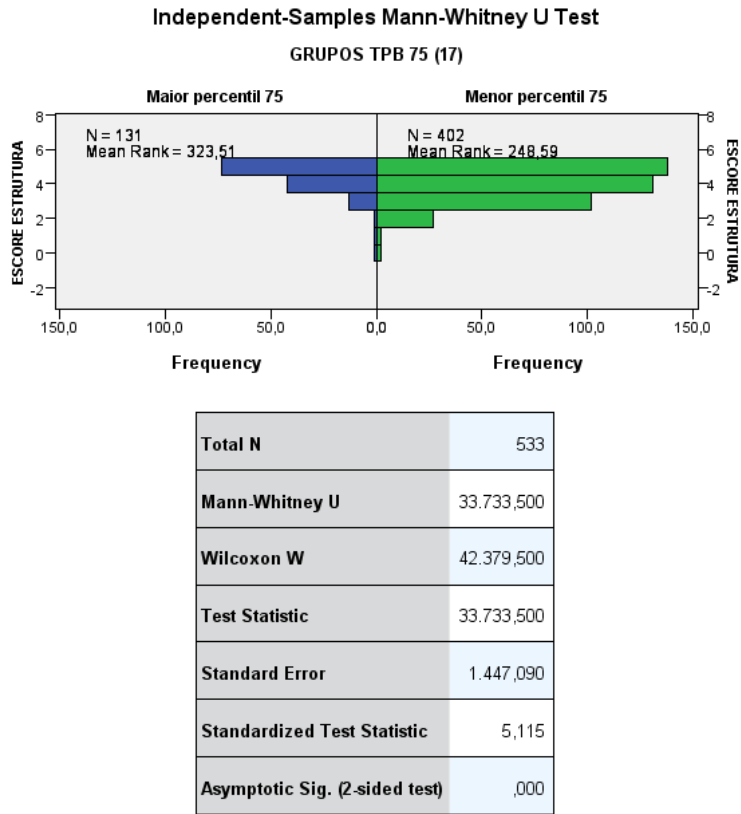
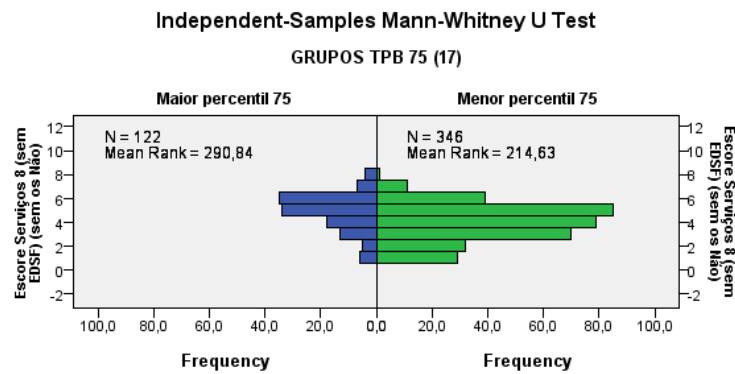


Figura 21 - Percentil 75 X Escore de Estrutura



Total N	468
Mann-Whitney U	27.980,000
Wilcoxon W	35.483,000
Test Statistic	27.980,000
Standard Error	1.261,212
Standardized Test Statistic	5,450
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,000

Figura 22 - Percentil 75 X Escore de serviços 8

Foi realizado também as análises referentes ao escore geral da TCP *versus* tipos de farmácia, assim, as farmácias de rede local, com mediana de 64 pontos (58-69), seguida da farmácia independente 64 pontos (57-69) possuem os maiores escores na TCP, seguidas da estadual com 59 pontos (54-66) e por último a rede de alcance nacional 57 pontos (53-65), (Figura 23).

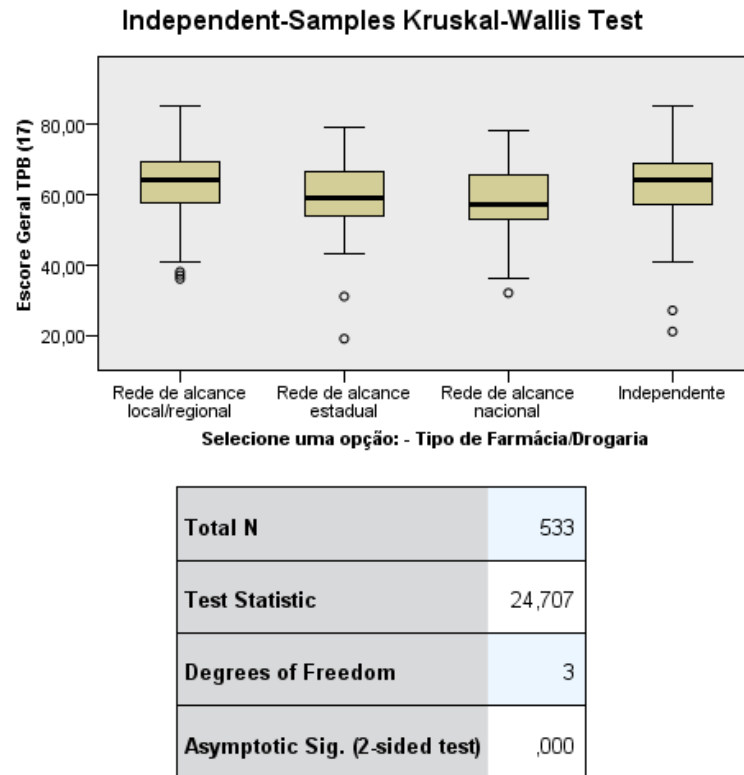


Figura 23 - Escore geral da TCP X Tipos de farmácia

Foram realizadas as relações entre o escore geral da TCP *versus* IDHM 2V das cidades, encontrando que as cidades classificadas com IDHM médio e baixo possuem um maior escore na TCP em relação as classificadas como Alto/Muito alto (Figura 24).

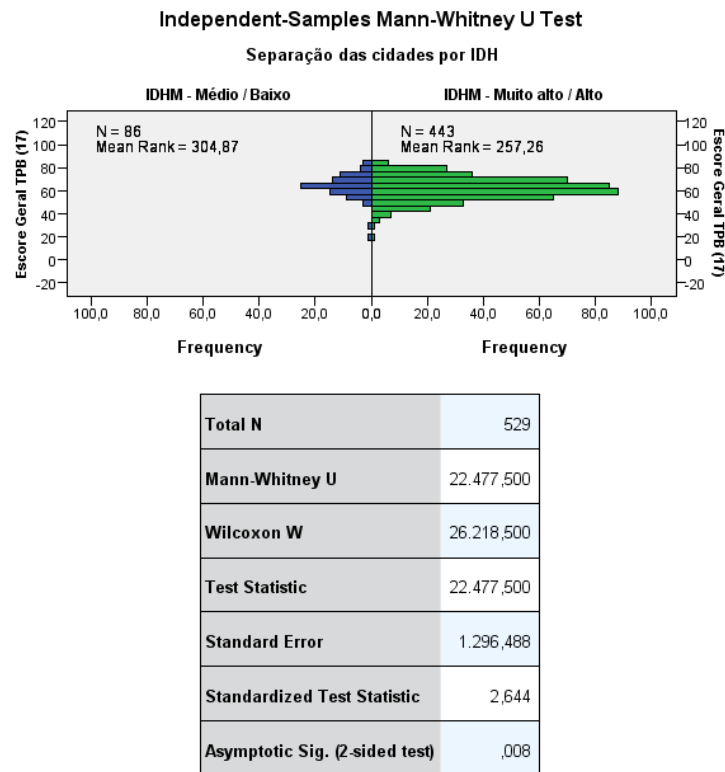
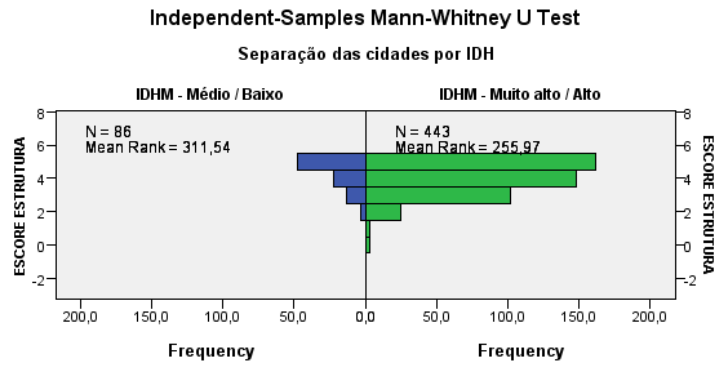


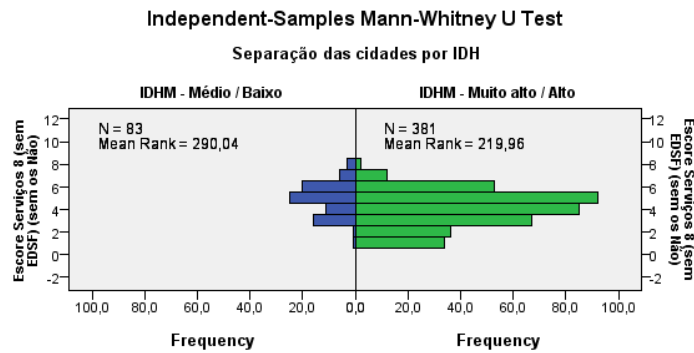
Figura 24 - Escore geral da TCP X IDHM 2V

Ainda na comparação das cidades agrupadas por IDHM verificou-se que as cidades classificadas com IDHM médio/baixo possuem maior escore de estrutura (Figura 25) e maior “Escore de serviços 8” (Figura 26) em relação as classificadas com IDHM Muito alto/Alto, $p < 0,05$.



Total N	529
Mann-Whitney U	23.051,500
Wilcoxon W	26.792,500
Test Statistic	23.051,500
Standard Error	1.226,385
Standardized Test Statistic	3,264
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,001

Figura 25 - IDHM 2V X Escore de estrutura



Total N	464
Mann-Whitney U	20.587,500
Wilcoxon W	24.073,500
Test Statistic	20.587,500
Standard Error	1.087,149
Standardized Test Statistic	4,393
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,000

Figura 26 - IDHM 2V X Escore de serviços 8

Realizou-se também as correlações através do teste de Spearman, assim, encontraram-se correlações positivas entre o escore da TCP e os escores de serviços “Escore de serviços 8” e de estrutura além de relações negativas entre o escore da TCP e a quantidade de clientes que a farmácia atende por dia, a quantidade de balconistas que trabalham no mesmo turno que o farmacêutico e o IDHM da cidade. Além disso, o IDHM possui relação de quanto maior o IDHM das cidades menores são os escores de serviços farmacêuticos prestado e de estrutura e, também, apresenta relação positiva em que quanto maior o número de clientes que a farmácia atende por dia maior o IDHM das cidades (Tabela 8).

Tabela 8 - Correlações de Spearman.

	Quantos clientes sua farmácia atende por dia	No seu turno quantos balconistas trabalham	Escore da TCP	Escore de Serviços	Escore de Estrutura
Escore geral da TCP	-,120**	-,109*	X	,325**	,285**
Escore de Serviços 8	-,192**	,092*	,325**	X	,352**
Escore de Estrutura	-,111*	-,038	,285**	,352**	X
IDHM	,196**	,066	-,195**	-,372**	-,287**

(*) = $p < 0,05$ e (**) = $p < 0,01$.

4.4 VALIDAÇÃO DA TEORIA DO COMPORTAMENTO PLANEJADO

A análise utilizando o α de Cronbach mostrou que no domínio de atitude obtivemos um aumento no valor de α de 0,77 para 0,78 após a retirada da questão “A prestação de serviços farmacêuticos provavelmente não será lucrativa para minha farmácia/ drogaria”. Do mesmo modo, no domínio de norma subjetiva houve um aumento no valor de α de 0,67 para 0,70 após a retirada da questão “Os médicos aprovariam caso minha farmácia/drogaria prestasse serviços farmacêuticos”. E também, no domínio de intenção houve um aumento no valor de α de 0,71 para 0,76 após a retirada da questão “Eu trabalho atualmente para garantir que seja estabelecida remuneração adequada pela prestação de serviços farmacêuticos em minha

farmácia/drogaria”, assim estas questões foram excluídas da versão validada do instrumento.

Também foi conduzida a análise fatorial, assim o coeficiente de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) foi igual a 0,911 e o teste de esfericidade de Bartlett mostrou significância de $p < 0,01$.

Na análise das (comunalidades), as questões “Depende totalmente de mim que serviços farmacêuticos sejam oferecidos em minha farmácia/drogaria” e “Eu possuo o conhecimento e as habilidades necessárias para prestar serviços farmacêuticos em minha farmácia/drogaria”, do domínio de controle comportamental percebido tiveram que ser excluídas do questionário por apresentarem valores $\leq 0,30$. (ROBERTS; DONOGHUE; LAUGHLIN, 2000)

Realizou-se também a análise fatorial dos domínios isoladamente, esta nos mostrou que o domínio de atitude apresentou 2 fatores que foram responsáveis por 63,1% da variância, o domínio de norma subjetiva mostrou 1 fator que foi responsável por 45,0% da variância, o domínio de controle comportamental percebido mostrou 1 fator, que foi responsável por 40,2% da variância e o domínio de intenção mostrou também 1 fator, que foi responsável por 63,8% da variância. Todos os fatores foram confirmados pela análise do *scree plot*.

A análise fatorial final utilizando-se os 17 itens do instrumento redeu três fatores que foram responsáveis por 55,2% da variância.

Após a retirada das questões o valor do α de Cronbach dos 17 itens do instrumento foi de 0,88, com uma variação no valor de α dos domínios de 0,78 a 0,70 (Tabela 9).

Tabela 9 - Consistência interna total e dos domínios de atitudes, norma subjetiva, controle comportamental percebido e intenção.

	Número de itens	α de Cronbach
ECP-SF (total)	17	0,884
Atitude	6	0,789
Norma Subjetiva	4	0,702
Controle Comportamental Percebido	5	0,742
Intenção	2	0,765

Foi realizada também as correlações entre os escores formados dos domínios entre si e com o escore geral do instrumento, sendo todas correlações satisfatórias, com $r > 0,40$ (Tabela 10).

Tabela 10 - Correlações dos domínios entre si e com o escore total

	Escore total TCP	Atitude	Norma Subjetiva	Controle Comportamental Percebido	Intenção
Atitude	0,746	-	0,537	0,410	0,465
Norma Subjetiva	0,802	0,537	-	0,549	0,528
Controle Comportamental Percebido	0,839	0,410	0,549	-	0,571
Intenção	0,749	0,465	0,528	0,571	-

* Todos os valores de r obtidos foram significativos com $p < 0,01$. Análise de correlação utilizando coeficiente de Spearman.

Após a análise de validade convergente, todas as questões avaliadas apresentaram correlação positiva significativa ($p < 0,01$) com o escore do domínio a que pertenciam, e superiores à correlação com os demais domínios.

Realizou-se também uma regressão linear para verificar se os domínios do instrumento são preditores significativos da intenção em relação a prestação de serviços farmacêuticos (Tabela 11).

Tabela 11 - Regressão linear múltipla utilizando-se como variável dependente a intenção.

Variáveis	β	Erro padrão	Teste t	Valor de p
Atitude	0,288	0,020	7,288	<0,01
Norma Subjetiva	0,210	0,028	4,726	<0,01
Controle comportamental percebido	0,328	0,018	8,071	<0,01
Sexo ^a	-0,023	0,127	-0,729	0,466
Grau acadêmico ^b	0,053	0,098	1,661	0,097
Tempo de experiência ^c	-0,025	0,079	0,774	0,439
Tipo de Farmácia ^d	0,040	0,045	-1,266	0,206

^a Sexo codificado em: 1= masculino, 2= feminino

^b Grau acadêmico: 1= Bacharelado, 2= Especialização/MBA, 3= Mestrado, 4= Doutorado.

^c Tempo de experiência: 1= 0-10 anos, 2= 11-20 anos, 3= 21-30 anos, 4= 31 anos ou mais

^d Tipo de Farmácia: 1= rede local, 2= rede estadual, 3= rede nacional, 4= independente.

A regressão linear demonstra que os domínios de atitude, norma subjetiva e controle comportamental percebido são preditores significativos da intenção dos

farmacêuticos em prestar os serviços farmacêuticos, o valor ajustado de R^2 foi igual a 0,468, o que significa que 46,8% da variação na intenção foi explicada pelas variáveis independentes citadas. Nenhuma das outras variáveis demográficas ou de práticas foram significativas como preditores da intenção.

Realizou-se também as análises referentes a propriedade da ferramenta em ser um preditor do comportamento em si, para isto utilizamos os testes de correlação e a regressão logística binária.

Na correlação foi utilizado os escores de controle comportamental percebido, atitude, norma subjetiva e intenção e correlacionamos o comportamento através de duas variáveis, a variável de realização de serviços (realiza ou não serviços farmacêuticos) e a variável de prestação de serviços “Escore serviços 8” (Tabela12).

Tabela 12 - Correlação dos domínios com o comportamento propriamente dito

	Controle comportamental percebido	Atitude	Norma Subjetiva	Intenção
Escore serviços 8	0,30**	0,18**	0,29**	0,22**
Realização de serviços	0,17**	0,08*	0,07	0,14**

Correlações utilizando o coeficiente de Spearman. ** $p < 0,01$ e * $p < 0,05$

Realizando-se a regressão logística binária com a variável dependente realização de serviços farmacêuticos (realiza ou não serviços farmacêuticos) que possui codificado como não realizam serviços =0 e realizam serviços=1. Além de também contido no modelo, como variáveis independentes explicativas os escores dos domínios da teoria do comportamento planejado e as variáveis: sexo (masculino= 1 e feminino=0), idade e tipo de farmácia (independente= 0 e Redes= 1), encontramos que o modelo criado foi significativo com $p < 0,001$ e obteve $R^2 = 0,20$. As variáveis do modelo são detalhadas na Tabela 13.

Tabela 13 - Regressão logística binária para predição do comportamento através da TCP

	Variáveis na equação						I.C 95% para Exp(B)	
	B	S.E.	Wald	df	Sig	Exp(b)	Lower	Upper
Controle comportamental percebido	,117	,047	6,146	1	,013	1,125	1,025	1,234
Atitude	,047	,047	,982	1	,322	1,048	,955	1,149
Norma subjetiva	-,104	,070	2,179	1	,140	,901	,785	1,035
Intenção	,072	,097	,558	1	,455	1,075	,889	1,300
Gênero ^a	1,153	,405	8,110	1	,004	3,169	1,433	7,010
Idade	,038	,021	3,430	1	,064	1,039	,998	1,082
Tipo de farmácia ^b	-1,630	,420	15,058	1	,000	,196	,086	,446
Constant	-,174	1,170	,022	1	,882	,840		

^a Gênero codificado em 1= masculino, 0= feminino

^b Tipo de farmácia codificado em farmácia independente=0 e redes=1

5. DISCUSSÃO

5.1 ANÁLISES DESCRITIVAS GERAIS

Através da lista de e-mails fornecida pelo CRF-PR percebeu-se uma alta incidência de e-mails duplicados e inexistentes, situação que pode comprometer o papel regulamentador deste órgão.

A taxa de retorno analisando-se de forma líquida foi de 20,8% como estudos já publicados nesta definição. Taxa semelhante a estudos com metodologias iguais ou semelhantes (O'NEILL; GAITHER, 2007; WONG; KO; SKLAR, 2009; KHAN, 2014;).

Uma boa cobertura em termos de número de cidades foi realizada no Estado, atingindo uma proporção representativa de 39,59%, indicando que os resultados encontrados representam a realidade estadual.

A maioria dos respondentes farmacêuticos eram mulheres (69,4% do total), dado condizente com o processo de feminilização da profissão farmacêutica no Brasil e concordante com estudos prévios, juntamente com a média de idade dos farmacêuticos (CORRER *et al.*, 2004; BENEDITO *et al.*, 2008; FERNANDES, 2014)

Em relação a variável IDHM, 83,7% dos farmacêuticos eram de cidades com IDHM considerado alto/muito alto. Questão explicada pelo maior número de farmacêuticos respondentes nestas cidades, em relação às cidades com menor índice.

A quantidade de farmacêuticos proprietários não se distancia muito da realidade nacional, sendo 1 em cada 3 farmácias de propriedade do farmacêutico (REIS, 2013).

No presente estudo, uma elevada porcentagem de farmacêuticos apresentavam algum tipo de pós-graduação, dado discordante a outras pesquisas realizadas no Brasil (CORRER *et al.*, 2004; BENEDITO *et al.*, 2008; SOUZA, 2012; REIS, 2013; FERNANDES, 2014). Fazendo um paralelo com a realidade mundial, a porcentagem de farmacêuticos pós-graduados se assemelha a países europeus (HUGHES *et al.*,

2010). Em comparação com um estudo norte americano a porcentagem de farmacêuticos com pós-graduação foi superior (KHAN, 2014). Este dado pode ser em virtude de que a maioria dos farmacêuticos respondentes fazem parte de cidades de IDHM alto/muito alto, com possível facilidade de acesso a instituições de ensino.

A mediana de 2 (1-3) de balconistas foi próxima a de estudos realizados anteriormente (TOMASSI; RIBEIRO, 2012; FERNANDES, 2014) e bem abaixo de um estudo realizado em Santa Catarina, com mediana de 3,8 balconistas. (BENEDITO *et al.*, 2008).

A presença de um único farmacêutico no turno de trabalho se assemelha a outros estudos realizados no Brasil e a países como Reino Unido, Islândia, Irlanda. Contrastando com países como Dinamarca, Alemanha e Suíça possuem ao menos 2 farmacêuticos em tempo integral na farmácia. (BENEDITO *et al.*, 2008; HUGHES *et al.*, 2010; FERNANDES, 2014)

Em relação à área de interesse do farmacêutico, os farmacêuticos do Estado do Paraná apresentavam, em sua maioria (58,1%), interesse em ambas as áreas (técnica e administrativa), enquanto que no Estado de Santa Catarina a maioria dos farmacêuticos (73,1%) apresentavam maior interesse pela área técnica. (BENEDITO *et al.*, 2008)

Foi grande o número de farmacêuticos que responderam que possuem uma boa estrutura geral em sua farmácia/drogaria, com lugar para aguardar sentado, para atendimento privado ou semiprivado em relação as publicações anteriores conduzidas no Butantã-SP, Santa Catarina, São Mateus-ES e em Curitiba-PR. (CORRER *et al.*, 2004; FRANÇA-FILHO *et al.*, 2008; TOMASSI; RIBEIRO, 2012; FERNANDES, 2014)

As porcentagens de serviços prestados são semelhantes a dados previamente publicados em Curitiba, mas o número amostral e a quantidade de questões do presente estudo foram superiores (CORRER *et al.*, 2004). Igualmente, quando avaliada a perspectiva de Santa Catarina, também observamos porcentagens também similares, exceto pela realização do teste de glicemia capilar, que no Estado do Paraná se

mostrou 4 vezes maior. Já no Estado de Santa Catarina o serviço de inalação/nebulização se mostrou 2,5 vezes maior (BENEDITO *et al.*, 2008).

Apenas 37% dos farmacêuticos seguem a legislação e emitem a declaração de serviços farmacêuticos. Esta dificuldade sobre a documentação e registro deste serviço pode ser verificado em estudos anteriores, e é preocupante, visto que além de aspectos documentais, essa atividade representa um indicativo da qualidade do serviço prestado. (REIS, 2013; FERNANDES, 2014).

Analisando o tempo de cada atendimento, verificou-se que o farmacêutico tem disponível para atendimento ao cliente em média 12 minutos (360 minutos / 30 atendimentos), mas como visto em trabalhos anteriores este tempo não é completamente utilizado. Segundo Correr (2013) este tempo disponível poderia ser utilizado para um atendimento de nível intermediário, onde ocorre troca de informações sobre medicamentos, questionamentos e aconselhamento dos pacientes.

Com destaque de quantidade de serviços realizados estão a verificação de pressão arterial e a aplicação de injetáveis, um dos motivos pelo qual estes serviços são mais realizados deve-se a alta relevância da hipertensão e a proximidade das farmácias comunitárias ao paciente, tornando esse um local central para atenção a saúde. Além disso, essas atividades apresentam baixo custo e podem ser utilizadas para garantir e firmar a clientela. Os demais serviços farmacêuticos são realizados com uma frequência no mínimo 42,8% menor.

O serviço farmacêutico associado a maior prevalência de cobrança foi o de glicemia capilar seguido de inalação/nebulização e realização de curativos, evidenciando que o farmacêutico vê a necessidade de cobrar por tais serviços, possivelmente devido ao custo e grau de dificuldade para realização de tais atividades.

Já em relação aos valores cobrados, o serviço de colocação de brincos, seguido pelo atendimento domiciliar farmacêutico, lideraram a lista de valores cobrados, com mediana de R\$10,00, mas, deve-se considerar o valor embutido no serviço de colocação de brincos e os custos do deslocamento do farmacêutico. Neste mesmo contexto, o serviço de verificação de glicemia capilar e realização de curativos

aparecem também como um dos maiores valores atrelados ao serviço, apesar do baixo valor cobrado pelos serviços, mediana de R\$5,00.

Nota-se neste contexto, a ausência de familiaridade do farmacêutico com a cobrança de serviços clínicos, questão que pode desestimular sua realização, frustrando as expectativas profissionais. Assim fica evidente a desvalorização, em termos financeiros dos serviços farmacêuticos prestados. Mostra-se também que os serviços farmacêuticos são pobremente adotados.

5.2 ANÁLISES DESCRITIVAS: TEORIA DO COMPORTAMENTO PLANEJADO

De acordo com os resultados da Teoria do Comportamento Planejado os farmacêuticos afirmaram que a prestação de serviços farmacêuticos é um passo importante para a profissão, que proporciona a oportunidade de uma prestação de serviços de excelência a seus clientes, contudo, ainda parecem haver barreiras significativas para a implementação dos serviços.

Como grande parte das drogarias não são de propriedade do farmacêutico, como visto nos resultados, a porcentagem apresentada de 17,6% que afirmam que o seu superior na farmácia/drogaria não daria suporte para a prestação de serviços farmacêuticos é preocupante, além de que 33,8% deixaram claro que essa atividade não depende exclusivamente do farmacêutico. Adicionalmente, destacam-se grandes dificuldades no domínio de controle comportamental percebido, onde 44,4% dos farmacêuticos afirmam não possuem tempo para a prestação dos serviços farmacêuticos e 42% afirmam não possuem uma equipe de apoio necessária para oferecer os serviços farmacêuticos.

Obviamente não possuir uma equipe de apoio adequada afeta o tempo para a prestação de serviços farmacêuticos, e como visto, a maioria dos farmacêuticos estão sozinhos na farmácia, não possuem outro farmacêutico no mesmo turno, o que visto em estudos em países da Europa que tem um efeito positivo na assistência ao paciente. (HUGHES *et al.*, 2010)

Ainda 37% dos farmacêuticos afirmam não possuírem o sistema informatizado necessário para oferecer e organizar os serviços farmacêuticos em suas farmácias/drogarias.

Em contraste com estes dados, a afirmação que apresentou maior porcentagem de concordância entre os farmacêuticos no domínio de controle comportamental percebido foi a afirmação de que os farmacêuticos possuem o conhecimento e as habilidades necessárias para a prestação de serviços farmacêuticos com 75,6% concordando. Além de que, 64% concordam que pretendem prestar os serviços farmacêuticos em sua farmácia/drogaria, mostrando assim o direcionamento necessário dos órgãos reguladores para se influenciar a intenção na prestação de serviços farmacêuticos, sendo estes: o foco na autonomia do farmacêutico na decisão de prestar os serviços, no sistema informatizado de suporte, equipe de apoio e tempo.

5.3 ANÁLISES INFERENCIAIS

Como apresentado nos resultados, quanto maior o grau acadêmico do farmacêutico maior é o escore de estrutura e de realização de serviços farmacêuticos. Mesmo sendo um valor de p acima de 0,05 na realização de serviços farmacêuticos (variável “Escore de serviços 8”) decidimos demonstrar por ser um valor considerável, 0,057, em uma variável de muita importância.

Houve diferenças significativas entre os sexos, onde os homens se mostraram estar a mais tempo formado e com maior experiência em varejo, além de estarem mais presentes no grupo que realiza serviços farmacêuticos, possuírem um maior escore de estrutura e realizarem mais serviços farmacêuticos.

Em relação ao tipo de farmácia, fazer parte de uma rede de farmácia e, quanto maior o tamanho desta rede, menos serviços farmacêuticos são prestados e menos estrutura para prestação dos serviços é disponibilizada.

As farmácias de rede tendem a se concentrarem em cidades com maior IDHM registrado, que geralmente são cidades de grande porte, assim, como demonstrado,

idades com maior IDHM atendem um número maior de clientes, contudo, menores são as quantidades de serviços prestados e pior é a estrutura para a prestação de serviços farmacêuticos. Já as farmácias independentes ou rede locais/ regionais (de pequeno porte) estão mais predominantes em cidades com IDHM menor, atendem menos clientes, contudo, prestam mais serviços farmacêuticos e tem uma melhor estrutura para prestar os serviços farmacêuticos.

Mostramos também que os farmacêuticos mais novos tendem a estarem mais presentes em farmácias de rede e que possuem um maior interesse na área administrativa/gerencial, um dos motivos para isso pode ser pelos maiores salários oferecidos nessas farmácias e no cargo gerencial.

5.4 VALIDAÇÃO DA TEORIA DO COMPORTAMENTO PLANEJADO

A tradução e validação realizadas tiveram como objetivo aproximar o máximo possível da realidade brasileira a versão internacional da teoria do comportamento planejado para prestação do MTM.

Deste modo algumas questões do instrumento original foram retiradas por apresentarem incompatibilidade com a realidade brasileira, sendo estas um total de 6 questões. Uma questão do domínio de norma subjetiva, duas do domínio de controle comportamental percebido, e três do domínio de intenção.

Após as análises de validade de constructo foi necessário retirar do instrumento mais 5 questões, deixando assim o instrumento final mais confiável, versátil e convergente em relação à previsão da intenção.

No instrumento original, no trabalho de Herbert *et al.* (2006) houve uma variação no α de Cronbach de 0,88-0,72, sendo o domínio de controle comportamental percebido o domínio de menor valia. No presente instrumento validado (ECP-SF) a variação no α de Cronbach encontrado foi de 0,78-0,70, sendo o domínio de norma subjetiva o domínio de menor valia.

O modelo apresentado na regressão linear mostrou como variáveis explicativas da intenção encontram-se os domínios da teoria, sendo os únicos com significância estatística, assim como no trabalho de Herbert *et al.* (2006). A regressão ainda mostrou que o modelo proposto explicou 46,8% da variação na intenção, valores semelhantes aos encontrados na revisão de Godin e Kork (1996) para serviços de saúde.

Na comparação das regressões lineares dos dois trabalhos, o instrumento original aplicado nos EUA e o aplicado no Brasil, o instrumento brasileiro mostrou o controle comportamental percebido e a atitude como os domínios de maior importância para explicar a variável intenção, já o instrumento aplicado no EUA mostrou o domínio de norma subjetiva como o de maior importância para explicar a variável intenção. Assim definimos que nos EUA a forma como o farmacêutico é visto e aceito pelos demais profissionais e pacientes é o que mais influencia a sua intenção na prestação do serviço de MTM. Já no Brasil as necessidades e condições, mais as necessidades que o farmacêutico possui juntamente com a relação de sentimentos positivos e negativos que o farmacêutico possui são os que influenciam mais a sua intenção na prestação de serviços farmacêuticos.

A partir dos dados apresentados na de correlação (Tabela 12) é possível verificar que o controle comportamental percebido exerce maior influência que a intenção no comportamento propriamente dito, além de apresentar correlação significativa na quantidade de serviços que são prestados.

Na regressão linear binária podemos verificar que são preditores significativos da variável dependente somente o controle comportamental percebido da teoria do comportamento planejado. O gênero e o tipo de farmácia, também se mostraram significantes preditores, reforçando os dados apresentados nas análises inferenciais e descritivas.

Os dados achados nesta validação da teoria do comportamento planejado não são diferentes dos achados na revisão realizada por Godin e Kork (1996), onde o controle comportamental percebido juntamente com o domínio de atitude foram os mais importantes preditores da intenção. Além do controle comportamental percebido e intenção estarem correlacionados com o comportamento. (GODIN; KORK, 1996)

Em relação as correlações entre itens-domínios, itens-total e domínios-total todas foram satisfatórias apresentando valores de $r > 0,30$

As questões da versão final do instrumento, validadas e traduzidas, ECP-SF encontram-se no apêndice 3.

6. CONCLUSÃO

- As farmácias comunitárias do Paraná apresentaram um número maior de farmacêuticos com pós-graduação em relação aos estudos anteriores e de diferentes lugares do Brasil. Os homens se destacam com uma maior realização de serviços farmacêuticos e trabalham em farmácias com maior estrutura.
- Os farmacêuticos relataram possuírem em sua farmácia/drogaria uma boa estrutura geral em comparação aos estudos anteriores e de diferentes lugares do Brasil.
- Os serviços farmacêuticos de verificação de glicemia, atendimento domiciliar pelo farmacêutico, curativos e inalação são pobremente adotados pelas farmácias. Os serviços farmacêuticos possuem um baixo valor atrelado ao serviço e poucos farmacêuticos seguem a legislação e emitem a declaração de serviços farmacêuticos.
- As redes de farmácias/drogarias de maior porte prestam menos serviços farmacêuticos que as independentes e redes locais, além de estarem predominantemente em cidade de maior IDHM, geralmente cidades de maior porte, focando assim na venda de medicamentos e não no cuidado farmacêutico ao cliente, isto também justificado pelas cidades classificadas com IDHM alto/muito alto serem cidades que prestam menos serviços farmacêuticos e possuem pior estrutura para a prestação de serviços farmacêuticos.
- Os farmacêuticos participantes do estudo mostraram possuir forte intenção para a realização de serviços farmacêuticos. Contudo, há necessidade de maior autonomia do farmacêutico para a realização dos serviços farmacêuticos além de sistema informatizado de suporte, equipe de apoio adequado e tempo para uma maior influência na intenção em relação à prestação de serviços.
- A validação da teoria do comportamento planejado foi realizada com sucesso, onde há relação da teoria tanto com a intenção como com o comportamento propriamente dito.

- A TCP adaptado mostrou diferenças no perfil brasileiro em relação à intenção, onde os domínios de maior importância focam em necessidades e condições e o norte americano na imagem e aceitação.
- A regressão logística binária mostrou que somente o domínio de controle comportamental percebido da TCP foi um preditor significativo da prestação de serviços farmacêuticos. Além disso, o gênero e o tipo de farmácia foram preditores significativos para a prestação de serviços farmacêuticos, onde os homens e as farmácias independentes se destacam positivamente para a realização dos serviços farmacêuticos.

REFERÊNCIAS

- ACHÉ. Relatório anual de 2012: Mercado Farmaceutico Total. **Aché**, 2012. Disponível em: http://www.ache.com.br/RelatorioAnual-2012/pt_br/Resultados-mercado_farmaceutico_Total_MFT.html. Acesso em: 07 de dezembro de 2014.
- AJZEN, I. The Theory of Planned Behavior. **Organizational Behavior and Human Decision Processes**, v. 50, p. 179–211, 1991.
- ANGONESI, D.; RENNÓ, M. U. P. Dispensação Farmacêutica: proposta de um modelo para a prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3883–3891, 2011.
- ANGONESI, D.; SERVALHO, G. Atenção farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 3603–3614, 2010.
- ARRAIS, P. S. D.; BARRETO, M. L.; COELHO, H. L. L. Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente : estudo de base populacional em Fortaleza , Ceará , Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 927–937, 2007.
- BARETA, G. M. S. A Atenção Farmacêutica nas Farmácias Comunitárias do Município de Campina Grande do Sul. **Visão Acadêmica**, v. 4, n. 2, p. 105–112, 2003.
- BENEDITO, J. *et al.* Perfil dos farmacêuticos e farmácias em Santa Catarina : indicadores de estrutura e processo. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 44, n.1, p. 105-113, 2008.
- BRASIL. Lei nº. 5991, de 17 de dezembro de 1973. **Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências**. Publicada no Diário Oficial da União, Brasília; 1973.
- BRASIL, P. N. U. D. (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento) **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil . 2013**. <http://www.atlasbrasil.org.br/2013> (acesso em 08/12/2014)
- BRASIL. Resolução 3916/MS/GM, de 30 de outubro de 1998. **Aprova a Política Nacional de Medicamentos**. Publicada no Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 1998.
- BRASIL. Resolução da Diretoria Colegiada nº 357 de 20 de Abril de 2001. **Aprova o regulamento técnico das Boas Práticas em Farmácias**. Publicanda no Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2001.
- BRASIL. 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. Publicada no Diário Oficial da República Federativa do Brasil em 18 de Agosto de 2009.

BRASIL. Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014. **Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas.** Publicada no Diário Oficial da República Federativa do Brasil em 11 de Agosto de 2014a.

BRASIL. Consulta Pública nº 02/2014 - **Serviços Farmacêuticos: Contextualização e arcabouço conceitual.** CFF - Conselho Federal de Farmácia, 2014b. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/pdf/Servi%C3%A7os%20farmac%C3%AAuticos%20contextualiza%C3%A7%C3%A3o%20e%20arcabou%C3%A7o.pdf>. Acesso em: 05 de janeiro de 2015.

CASTRO, M. S. DE. **Atenção Farmacêutica: Efetividade do seguimento farmacoterapêutico de pacientes hipertensos não controlados.** 2004. Tese de doutorado, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004.

CID, A. S. **Avaliação da efetividade da atenção farmacêutica no controle da hipertensão arterial.** 2008. Dissertação de mestrado, Escola de Farmácia, Universidade Federal de Ouro Preto, 2008.

CIPOLLE, R.; STRAND, L.; MORLEY, P. **Pharmaceutical Care Practice.** New York: McGraw-Hill, 1998.

CFF - CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Raio-X da fiscalização farmacêutica. **Conselho Federal de Farmácia,** 2011. Disponível em: <http://www.cff.org.br/noticia.php?id=696>. Acesso em: 26 de agosto de 2013.

CNE - CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 2, de 19 de fevereiro de 2002.** Brasília, 2002.

CORRER, C. J. *et al.* Perfil dos farmacêuticos e indicadores de estrutura e processo em farmácias de Curitiba – Brasil. **Seguimento Farmacoterapêutico,** v. 2, n. 1, p. 37–45, 2004.

CORRER, C. J. **Efeito de um programa de seguimento farmacoterapêutico em pacientes com diabetes mellitus tipo 2 em farmácias comunitárias.** 2008. Tese de doutorado, Universidade Federal do Paraná, 2008.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. **A prática farmacêutica na farmácia comunitária.** Curitiba - PR: Artmed, 2013. p. 440

DONABEDIAN, A. Evaluating the Quality of Medical Care. **The Milbank Quarterly,** v. 83, n. 4, p. 691–729, 2005.

FARRIS, K. B.; KIRKING, D. . Assessing the quality of pharmaceutical care II. Application of concepts of quality assessment from medical care. **Ann. Pharmac**, v. 27, p. 215–223, 1993.

FELETTTO, E. *et al.* Practice change in community pharmacy: using change-management principles when implementing a pharmacy asthma management service in NSW, Australia. **The International journal of pharmacy practice**, v. 21, n. 1, p. 28–37, fev. 2013.

FERNANDES, B. D. **Avaliação da qualidade dos serviços farmacêuticos prestados em farmácias comunitárias e a satisfação dos usuários: Uma análise espacial.** Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Paraná, 2014.

FRANÇA-FILHO, J. *et al.* Perfil dos farmacêuticos e farmácias em Santa Catarina: indicadores de estrutura e processo. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 44, n. 2001, p. 107–115, 2008.

FURTADO, B. T. **O Farmacêutico na atenção básica: "A experiência da equipe de Programa Saúde da Família frente à Atenção Farmacêutica.** 2008. Dissertação de mestrado, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, 2008.

GODIN, G.; KORK, G. The theory of planned behavior: a review of its applications to healthrelated behaviors. **Am J Health Promotion**, v. 11, n. 2, p. 87–98, 1996.

GRINDROD, K. A *et al.* Pharmacists' preferences for providing patient-centered services: a discrete choice experiment to guide health policy. **The Annals of pharmacotherapy**, v. 44, n. 10, p. 1554–64, out. 2010.

HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **American journal of hospital pharmacy**, v. 47, n. 3, p. 533–43, mar. 1990.

HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Oportunidades y responsabilidades en la Atención Farmacéutica. **Pharmaceutical Care España**, v. 1, p. 35–47, 1999.

HERBERT, K. E. *et al.* Prediction of pharmacist intention to provide Medicare medication therapy management services using the theory of planned behavior. **Research in social & administrative pharmacy : RSAP**, v. 2, n. 3, p. 299–314, set. 2006.

HOLLAND, R. W.; NIMMO, C. M. Transitions, part 1: Beyond pharmaceutical care. **American journal of health-system pharmacy**, v. 56, p. 1758–1764, 1999.

HUGHES, C. M. *et al.* Provision of pharmaceutical care by community pharmacists: a comparison across Europe. **Pharmacy world & science : PWS**, v. 32, n. 4, p. 472–87, ago. 2010.

JARAMILLO, N. M. *et al.* **Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: Proposta**, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PropostaConsensoAtenfar.pdf>. Acesso em 27 de agosto de 2013.

KHAN, S. What can pharmacists' do about the Medicare Part D Donut hole and reimbursement? A six-state survey. **Aging clinical and experimental research**, 6 nov. 2014.

KUCUKARSLAN, S. N. *et al.* Exploring patient experiences with prescription medicines to identify unmet patient needs: implications for research and practice. **Research in social & administrative pharmacy : RSAP**, v. 8, n. 4, p. 321–32, 2012.

LAPORTE, J. R.; TOGNONI, G.; ROSENFELD, S. **Epidemiologia do medicamento: princípios gerais**. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1989 .293p.

MACHUCA, M.; FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F.; FAUS, M. . **Método Dáder. Guia de Seguimiento Farmacoterapéutico**. Univerisidad de Granada, Granada, 2003.

MELO, D. O. DE; RIBEIRO, E.; STORPIRTIS, S. A importância e a história dos estudos de utilização de medicamentos. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 42, n. 4, p. 475–485, 2006.

MOHAMED IBRAHIM, O. H. Assessment of Egyptian pharmacists' attitude, behaviors, and preferences related to continuing education. **International journal of clinical pharmacy**, v. 34, n. 2, p. 358–63, abr. 2012.

MONTAÑO, D. E.; KASPRZYK, D. **The theory of reasoned action and the theory of planned behavior**. 4a. ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2008. p. 67–98

MOURÃO, A. DE OLIVEIRA MAGALHÃES. **Ensaio clínico controlado aleatório de um programa de atenção farmacêutica para usuários do sistema único de saúde com diabetes mellitus tipo 2**. 2011. Dissertação de mestrado, Escola de farmácia, Universidade Federal de Ouro Preto, 2011.

NAVES, J. DE O. S. *et al.* Práticas de atendimento a DST nas farmácias do Distrito Federal , Brasil : um estudo de intervenção. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 577–586, 2008.

O'NEILL, J. L.; GAITHER, C. A. Investigating the relationship between the practice of pharmaceutical care, construed external image, organizational identification, and job turnover intention of community pharmacists. **Research in social & administrative pharmacy : RSAP**, v. 3, n. 4, p. 438–63, dez. 2007..

OPAS - Organización Panamericana de Salud. **El papel de Farmacéutico en el sistema de atención de Salud – Buenas Prácticas de Farmacia: Normas de**

Calidad de Servicios Farmacéuticos. Tokio; 1993. (Informe de La Reunión de la OMS).

PADUAN, F. Perfil dos profissionais farmacêuticos na cidade de Umuarama - PR. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, v. 9, n. 1, p. 11–16, 2005.

REIS, T. M. DOS. **Conhecimento e condutas dos farmacêuticos para a dispensação de medicamentos e a realização da Atenção Farmacêutica em drogarias.** Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013.

RESCH, Sibelly; BRESCIANI, Luis Paulo; DOS SANTOS, Isabel Cristina. A EVOLUÇÃO DO IDHM NO ESTADO DO TOCANTINS. **Revista Cereus**, v. 6, n. 2, p. 03 a 25, 2014.

RIBEIRO, S. C. **Educação em saúde para a promoção do uso racional de medicamentos entre adultos em alfabetização na rede municipal de ensino em Uberlândia-MG.** 2011. Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, 2011.

ROBERTS, A. S. *et al.* Practice change in community pharmacy: quantification of facilitators. **The Annals of pharmacotherapy**, v. 42, n. 6, p. 861–8, jun. 2008.

ROBERTS, J. S.; DONOGHUE, J. R.; LAUGHLIN, J. E. A General Item Response Theory Model for Unfolding Unidimensional Polytomous Responses. **Applied Psychological Measurement**, v. 24, n. 1, p. 3–32, 1 mar. 2000.

RODRIGUES, L.; MELONI, E. Conhecimento dos farmacêuticos sobre legislação sanitária e regulamentação da profissão. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 429–437, 2004.

SANTOS, M. R. **Do boticário ao bioquímico: as transformações ocorridas com a profissão farmacêutica no Brasil.** 1993. Dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1993.

SILVA, L. R. DA. **Conhecimento e atitudes dos Farmacêuticos sobre a regulamentação da profissão e funcionamento de drogarias - uma abordagem sanitária.** 2002. Dissertação de mestrado, Departamento de Medicina Social, Universidade de São Paulo, 2002.

SILVA, R. R. **Acreditação de Farmácias : a construção de um modelo.** 2003. Tese de doutorado - Departamento de Práticas de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2003.

SILVEIRA, M. P. T. **Avaliação da efetividade da atenção farmacêutica sobre a adesão de pacientes HIV-positivos à terapia antirretroviral.** 2009. Tese de doutorado, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.

SOUSA, I. F.; BASTOS, P. R. H. DE O.; BOGO, D. Diretrizes curriculares nacionais: desafios na formação dos farmacêuticos para atuação no Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 15, n. 1, p. 129–134, 2013

SOUZA, S. DOS S. **Farmacêuticos e suas atividades em farmácias comunitárias: uma análise de perfil**. Dissertação de mestrado, Centro de ciências da saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2012.

TOMASSI, M. H.; RIBEIRO, E. Conhecimentos e atitudes de farmacêuticos em farmácias e drogarias do Butantã-São Paulo. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 33, n. 1, p. 125–132, 2012.

VIEIRA, F. S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 1, p. 213–220, 2007.

VUORI, H. A qualidade da saúde. **Divulg Saúde Debate**, v. 1, n. 3, p. 17–25, 1991.

WHO. Medicines: rational use of medicines. **Fact sheet n° 338**, 2010.

WILLIAMS, M. *et al.* A clinical knowledge measurement tool to assess the ability of community pharmacists to detect drug-related problems. **The International journal of pharmacy practice**, v. 20, n. 4, p. 238–48, ago. 2012.

WONG, P.-S. J.; KO, Y.; SKLAR, G. E. Identification and evaluation of pharmacists' commonly used drug information sources. **The Annals of pharmacotherapy**, v. 43, n. 2, p. 347–52, fev. 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade Estadual de Ponta Grossa

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, Sala 100

Campus Uvaranas Ponta Grossa Fone: (42) 3220.3108; e-mail: seccoep@uegp.br

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Caro(a) Farmacêutico(a),

O(a) sr.(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que faz parte de um projeto de intitulado “Medicamentos isentos de prescrição: pesquisa de evidências”. O objetivo é avaliar atitudes e práticas de farmacêuticos comunitários. Convidamos-lhe a responder o questionário, caso seja farmacêutico(a) que atue em farmácias/drogarias.

O(a) sr.(a) não é obrigado(a) a responder todas as perguntas, e pode desistir de participar a qualquer momento, sem prejuízo algum. O formulário é anônimo; você não precisará se identificar e asseguramos que o acesso às respostas está reservado estritamente à equipe de pesquisa. Sua participação é voluntária, portanto não receberá recompensa ou gratificação, nem pagará para participar. Será garantido o livre acesso a todas as informações e retirada de dúvidas sobre o estudo, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois da participação na pesquisa. Você poderá deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem apresentar justificativas, tendo também todas as dúvidas esclarecidas sobre a sua participação neste trabalho. Em caso de dúvidas, você poderá entrar em contato com os membros da pesquisa ou com a Comissão de Ética em Pesquisa da UEPG.

Estamos contando com apoio do Conselho Regional de Farmácia do Paraná para o acesso aos farmacêuticos do Estado. A pesquisa foi aprovada na Plataforma Brasil/Comitê de Ética da Universidade Estadual de Ponta Grossa em 27/06/2013, com parecer n. 316.374.

Ao preencher o formulário, você estará concordando que foi informado(a) sobre o objetivo do estudo e aceitando a participar de forma voluntária.

ATENÇÃO: Você precisa ir até o final do formulário e clicar no botão GRAVAR para ter suas respostas salvas e enviadas para o banco de dados.

Sua participação é muito importante para nós.

Desde já agradecemos sua colaboração.

Cordialmente,

Gerusa Clazer Halila Possagno

Doutoranda do programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da
Universidade Federal do Paraná

Pesquisador responsável: Gerusa Clazer Halila Possagno (42) 3220-3247
gerusach@hotmail.com

Av. Carlos Cavalcanti, 4748, Farmácia Escola, Ponta Grossa – PR.

Pesquisador corresponsável: Cassyano J. Correr; (41) 3360-4076
cassyano.correr@gmail.com

Av. Prof. Lothário Meissner, 632 - Jardim Botânico, Curitiba – PR.

Pesquisador corresponsável: Edson Hipólito Junior; (41) 3360-4076
edsonhipolitojr@gmail.com

Av. Prof. Lothário Meissner, 632 - Jardim Botânico, Curitiba – PR.

Comitê de Ética em Pesquisa UEPG campus Uvaranas, Bloco M, sala 100; Telefone:
(42) 3220-3108.

APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO COMPLETO ENVIADO

***Referente a esta Dissertação questões 1 a 57**

QUESTIONÁRIO SURVEYMONKEY

OLÁ, SEJA BEM VINDO!

ESTAMOS REALIZANDO UMA PESQUISA COM FARMACÊUTICOS DO PARANÁ QUE TRABALHAM EM FARMÁCIA COMERCIAL OU DROGARIA PRIVADA.

A. VOCÊ TRABALHA EM UMA FARMÁCIA DE DISPENSAÇÃO OU DROGARIA?

() Sim

() Não

Se Sim (Continua o questionário, Questão B)

Se Não (Página de encerramento)

B. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ANEXO)

() Concordo

() Não concordo

Se Concordo (Continua o questionário, Questão 1)

Se Não Concordo (Página de encerramento)

DADOS GERAIS

1. Qual seu gênero?

() Masculino

() Feminino

2. Qual sua idade? _____

3. Em que cidade você trabalha? _____

4. Em quantas farmácias/drogarias você trabalha? _____

5. Quantas horas POR SEMANA você trabalha na farmácia/drogaria? (Caso trabalhe em mais de uma farmácia/drogaria considere somente a que você tenha a maior carga horária em serviço)

6. Há quantos anos você trabalha na área do varejo farmacêutico? _____

7. Em que ano você se formou em farmácia? _____

8. Em uma média geral, quantos clientes sua farmácia/drogaria atende por dia? _____

9. Em quantas farmácias/drogarias você já trabalhou desde sua graduação em farmácia? _____

10. Em relação as suas funções na empresa, assinale a(s) alternativa(s) em que você se encaixe melhor:

() Farmacêutico Diretor Técnico

() Farmacêutico Assistente Técnico

() Farmacêutico Substituto

() Farmacêutico Gerente

() Farmacêutico Proprietário

11. Marque a opção referente ao seu grau acadêmico atual:

- Bacharel
- Especialista
- Mestre
- Doutor

12. A sua farmácia/drogaria faz parte de:

- Rede Local
- Rede Regional
- Rede Nacional
- Farmácia Independente

13. No seu turno de trabalho na farmácia/drogaria, quantos balconistas trabalham com você? _____

14. No seu turno de trabalho na farmácia / drogaria, quantos (as) farmacêuticos (as) trabalham?

- Apenas um (a) farmacêutico (a), que sou eu.
- Eu e outros (as) farmacêuticos (as)

15. Sua farmácia/drogaria dispõe de alguma área, não importa o tamanho, onde o cliente possa aguardar sentado para ser atendido?

- Sim
- Não

16. Na sua farmácia/drogaria, você dispõe de algum espaço privado ou semiprivado para atendimento sentado de clientes?

- Sim
- Não

17. Qual é a área de seu maior interesse quanto ao ramo de farmácias / drogas?

- Técnica/Assistencial
- Administrativa/Gerencial
- Ambas as áreas

18. Em sua farmácia / drogaria você atua na dispensação de medicamentos atendendo clientes no balcão?

- Sim
- Não

Se Sim (Questão 19). Se Não (Questão 21)

19. Quantos atendimentos no balcão você realiza por dia, em média? _____

20. Em uma média diária, quantas horas você passa atendendo clientes no balcão por dia? __

21. Pensando em uma semana normal. Em média, quantas horas você gasta por semana realizando atividades relacionadas ao SNGPC? _____

Teoria do Comportamento Planejado

22. Gostaríamos de conhecer sua opinião sobre os Serviços Farmacêuticos. Não há respostas certas ou erradas. Marque a opção que melhor representa sua opinião:

	Concordo Fortemente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo Fortemente
A participação dos farmacêuticos na provisão de serviços clínico-assistenciais em farmácias e drogarias é um passo importante para o avanço da profissão como um todo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meus clientes confiariam mais em mim se eu prestasse serviços farmacêuticos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A prestação de serviços farmacêuticos provavelmente não será lucrativa para minha farmácia/ drogaria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A prestação de serviços farmacêuticos me permitiria promover um atendimento de excelência para meus clientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A prestação de serviços farmacêuticos em minha farmácia/drogaria aumentaria o meu nível de stress no trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A prestação de serviços farmacêuticos atrairia mais clientes para minha farmácia/drogaria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meu envolvimento na prestação de serviços farmacêuticos aumentaria minha satisfação com meu trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os meus clientes gostariam que eu prestasse serviços farmacêuticos em minha farmácia/drogaria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os médicos aprovariam caso minha farmácia/drogaria prestasse serviços farmacêuticos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meu superior na minha farmácia/drogaria me daria apoio caso eu decidisse pela prestação de serviços farmacêuticos em minha loja.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outros farmacêuticos que eu conheço pretendem oferecer serviços farmacêuticos em suas farmácias/drogarias.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. #Continuação# Gostaríamos de conhecer sua opinião sobre os Serviços Farmacêuticos. Não há respostas certas ou erradas. Marque a opção que melhor representa sua opinião:

	Concordo Fortemente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo Fortemente
Os clientes da minha farmácia/drogaria ficariam desapontados se eu não oferecesse serviços farmacêuticos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu disponho de uma equipe de apoio adequada para poder oferecer serviços farmacêuticos em minha farmácia/drogaria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para mim, oferecer serviços farmacêuticos em minha farmácia/drogaria seria difícil.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depende totalmente de mim que serviços farmacêuticos sejam oferecidos em minha farmácia/drogaria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu disponho do tempo necessário para prestar serviços farmacêuticos em minha farmácia/drogaria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu terei que oferecer serviços farmacêuticos em minha farmácia/drogaria a fim de nos manter competitivos no mercado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu disponho de sistema informatizado necessário para oferecer e organizar serviços farmacêuticos em minha farmácia/drogaria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu possuo o conhecimento e as habilidades necessárias para prestar serviços farmacêuticos em minha farmácia/drogaria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu trabalho atualmente para garantir que seja estabelecida remuneração adequada pela prestação de serviços farmacêuticos em minha farmácia/drogaria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu planejo falar com meu superior da empresa sobre a prestação de serviços farmacêuticos em minha farmácia/drogaria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu pretendo oferecer serviços farmacêuticos em minha farmácia/drogaria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SERVIÇOS

23. Você realiza verificação de Pressão Arterial na sua farmácia/drogaria?

() Sim

() Não

Se sim (Questão 24). Se Não (Questão 27)

24. Quantos procedimentos deste tipo você realiza por semana, em média? _____

25. Este serviço é cobrado dos clientes?

() Sim

() Não

Se Sim (Questão 26). Se Não (Questão 27)

26. Quanto você cobra por este serviço, em R\$? _____

27. Você realiza Teste de Glicemia na sua farmácia / drogaria?

() Sim

() Não

Se Sim (Questão 28). Se Não (Questão 31)

28. Quantos procedimentos deste tipo você realiza por semana, em média? _____

29. Este serviço é cobrado dos clientes?

• Sim

• Não

Se Sim (Questão 30). Se Não (Questão 31)

30. Quanto você cobra por este serviço, em R\$? _____

31. Você realiza Aplicação de Injetáveis na sua farmácia/drogaria?

() Sim

() Não

Se Sim (Questão 32). Se Não (Questão 35)

32. Quantos procedimentos deste tipo você realiza por semana, em média? _____

33. Este serviço é cobrado dos clientes?

() Sim

() Não

Se Sim (Questão 34). Se Não (Questão 35)

34. Quanto você cobra por este serviço, em R\$? _____

35. Você realiza serviço de Inalação / Nebulização na sua farmácia / drogaria?

() Sim

() Não

Se Sim (Questão 36). Se Não (Questão 39)

36. Quantos procedimentos deste tipo você realiza por semana, em média? _____

37. Este serviço é cobrado dos clientes?

() Sim

() Não

Se Sim (Questão 38). Se Não (Questão 39)

38. Quanto você cobra por este serviço, em R\$? _____

39. Você realiza serviço de Colocação de Brincos na sua farmácia / drogaria?

() Sim

() Não

Se Sim (Questão 40). Se Não (Questão 43)

40. Quantos procedimentos deste tipo você realiza por semana, em média? _____

41. Este serviço é cobrado dos clientes?

() Sim

() Não

Se Sim (Questão 42). Se Não (Questão 43)

42. Quanto você cobra por este serviço, em R\$? _____

43. Você realiza o serviço de verificação da Temperatura Corporal em clientes de sua farmácia/drogaria?

() Sim

() Não

Se Sim (Questão 44). Se Não (Questão 47)

44. Quantos procedimentos deste tipo você realiza por semana, em média? _____

45. Este serviço é cobrado dos clientes?

() Sim

() Não

Se Sim (Questão 46). Se Não (Questão 47)

46. Quanto você cobra por este serviço, em R\$? _____

47. Você realiza Curativos em clientes de sua farmácia/drogaria?

() Sim

() Não

Se Sim (Questão 48). Se Não (Questão 51)

48. Quantos procedimentos deste tipo você realiza por semana, em média? _____

49. Este serviço é cobrado dos clientes?

() Sim

() Não

Se Sim (Questão 50). Se Não (Questão 51)

50. Quanto você cobra por este serviço, em R\$? _____

51. Você realiza Atendimento Farmacêutico Domiciliar de clientes de sua farmácia / drogaria?

() Sim

() Não

Se Sim (Questão 52). Se Não (Questão 55)

52. Quantos procedimentos deste tipo você realiza por semana, em média? _____

53. Este serviço é cobrado dos clientes?

() Sim

() Não

Se Sim (Questão 54). Se Não (Questão 55)

54. Quanto você cobra por este serviço, em R\$? _____

55. Em sua farmácia/drogaria, você emite Declaração de Serviços Farmacêuticos ao cliente?

() Sim

() Não

Se sim (Questão 56). Se Não (Questão 57)

56. Em média, quantas Declarações de Serviços Farmacêuticos você emite por semana? _____

57. Em relação à sua farmácia/drogaria, considere as afirmações abaixo:

	Sim	Não
Eu disponho de computador	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu disponho de internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu disponho de impressora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

58. Quando você tem uma dúvida ou um problema no seu dia a dia, com que frequência você consulta cada um dos recursos abaixo?

	Nunca	Às vezes	Sempre
Colegas de trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Livros (ex: DEF e Goodman & Gilman)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indústria (ex: SAC ou Site)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sites de busca (ex: google)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ANVISA/Vigilância Sanitária	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sites do CFF e CRF	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

59. Você fez algum curso de curta duração para sua atualização nos últimos 12 meses? (Não considerar especializações)

() Sim

() Não

Se Sim (Questão 60). Se Não (Questão 61)

60. Qual a carga horária total dos cursos de curta duração que você fez nos últimos 12 meses? _____

61. Com relação ao seu conhecimento sobre os termos abaixo, assinale a opção mais adequada:

	Eu não sei o que significa este termo e acho que não seria útil conhecê-lo	Eu não sei o que significa este termo, mas gostaria de saber	Eu tenho alguma compreensão sobre este termo	Eu tenho uma boa compreensão deste termo e poderia explicá-lo a outros
Ensaio clínico randomizado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Revisão sistemática	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Metanálise	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Número necessário tratar (NNT)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intervalo de confiança (IC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Risco relativo (RR)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Viés de publicação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estudo caso-controle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estudo de Coorte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Valor de P <0,05	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

62. Você atende clientes que solicitam indicação de medicamentos no balcão?

- () Sim
() Não

Se Sim (Questão 63). Se Não (Questão 64)

63. Quantos atendimentos deste tipo (indicação de medicamentos) você realiza por dia, em média? _____

64. Na sua farmácia ou drogaria, como estão organizados os Medicamentos Isentos de Prescrição (MIPs)?

- () Todos nas gôndolas
() Todos atrás do balcão
() Mais na gôndola e menos atrás do balcão
() Mais atrás do balcão e menos na gôndola

65. Marque os (3) TRÊS principais fatores que você considera importantes no momento de indicar um medicamento ao cliente:

- () Custo do medicamento para o cliente
() Eficácia do medicamento
() Minha experiência anterior com o produto
() A preferência do cliente
() As reações adversas do medicamento
() Margem de lucro do produto

66. Marque abaixo sua opinião a respeito da prescrição farmacêutica:

	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo
Os farmacêuticos possuem a capacitação necessária para a prescrição de medicamentos que não exigem receita médica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A regulamentação da prescrição farmacêutica é um passo importante para a valorização de toda profissão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regulamentar a prescrição farmacêutica não seria necessário, pois o farmacêutico sempre pôde indicar medicamentos que não exigem receita médica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A prescrição farmacêutica não deve existir, pois o profissional que deve prescrever é somente o médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

APÊNDICE 3 – TEORIA DO COMPORTAMENTO PLANEJADO – ECP-SF

*QUESTÕES APÓS VALIDAÇÃO

Atitude

A participação dos farmacêuticos na provisão de serviços clínico assistenciais em farmácias e drogarias é um passo importante para o avanço da profissão como um todo.

Meus clientes confiariam mais em mim se eu prestasse serviços farmacêuticos.

A prestação de serviços farmacêuticos me permitiria promover um atendimento de excelência para meus clientes.

A prestação de serviços farmacêuticos em minha farmácia/drogaria aumentaria o meu nível de estresse no trabalho.

A prestação de serviços farmacêuticos atrairia mais clientes para minha farmácia/drogaria.

Meu envolvimento na prestação de serviços farmacêuticos aumentaria minha satisfação com meu trabalho.

Norma Subjetiva

Os meus clientes gostariam que eu prestasse serviços farmacêuticos em minha farmácia/drogaria.

Meu superior na minha farmácia/drogaria me daria apoio caso eu decidisse pela prestação de serviços farmacêuticos em minha loja.

Outros farmacêuticos que eu conheço pretendem oferecer serviços farmacêuticos em suas farmácias/drogarias.

Os clientes da minha farmácia/drogaria ficariam desapontados se eu não oferecesse serviços farmacêuticos.

Controle Comportamental Percebido

Eu disponho de uma equipe de apoio adequada para poder oferecer serviços farmacêuticos em minha farmácia/drogaria.

Para mim, oferecer serviços farmacêuticos em minha farmácia/drogaria seria difícil.

Eu disponho do tempo necessário para prestar serviços farmacêuticos em minha farmácia/drogaria.

Eu terei que oferecer serviços farmacêuticos em minha farmácia/drogaria a fim de nos manter competitivos no mercado.

Eu disponho de sistema informatizado necessário para oferecer e organizar serviços farmacêuticos em minha farmácia/drogaria.

Intenção

Eu planejo falar com meu superior da empresa sobre a prestação de serviços farmacêuticos em minha farmácia/drogaria.

Eu pretendo oferecer serviços farmacêuticos em minha farmácia/drogaria.

ANEXOS

ANEXO 1 – E-MAIL DA PESQUISADORA JULIE M. URMIE

De: Urmie, Julie M [<mailto:julie-urmie@uiowa.edu>]
Enviada em: segunda-feira, 7 de abril de 2014 14:20
Para: 'cassyano@ufpr.br'
Assunto: RE: Contact from Brazil

Yes, you can adapt the tool for your project. Best of luck with your research!

Julie

Julie M. Urmie, Ph.D.
Associate Professor
Division of Health Services Research
College of Pharmacy
University of Iowa
S519 Pharmacy
Email: julie-urmie@uiowa.edu
Phone: 319-335-8616
Fax: 319-353-5646