

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisa René Rachou

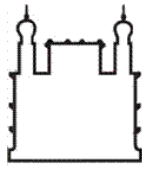
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA EDUCATIVO RELATIVO À ASMA DEDICADO A FARMACÊUTICOS DE UMA REDE DE FARMÁCIAS DE MINAS GERAIS

Josélia Cintya Quintão Pena Frade

Belo Horizonte

Junho, 2006



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisa René Rachou

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA EDUCATIVO RELATIVO À ASMA DEDICADO A FARMACÊUTICOS DE UMA REDE DE FARMÁCIAS DE MINAS GERAIS

Josélia Cintya Quintão Pena Frade

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou/Fundação Oswaldo Cruz/Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Dra. Virgínia Torres Schall

Co-orientador: Dr. Fernando Fernandez-Llimos

Belo Horizonte

Junho, 2006

Este trabalho foi realizado no Laboratório de Educação em Saúde do Centro de Pesquisa René Rachou/Fiocruz, sob a orientação da Dra. Virgínia Schall, com suporte financeiro da Fiocruz e do CNPq.

Catálogo-na-fonte
Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ
Biblioteca do CPqRR
Segemar Oliveira Magalhães CRB/6 1975

F799d
2006

Frade, Josélia Cintya Quintão Pena

Desenvolvimento e avaliação de um programa educativo relativo à asma dedicado a farmacêuticos de uma rede de farmácias de Minas Gerais / Josélia Cintya Quintão Pena Frade.- Belo Horizonte : Fundação Oswaldo Cruz / Centro de Pesquisas René Rachou, 2006.

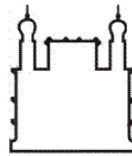
xvii , 301 f.: il., 29,7 x 21,0 cm.

Bibliografia: f. 175 - 190

Dissertação (Mestrado) – Dissertação para obtenção do título de Mestre em Ciências pelos Programas de Pós - Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou / FIOCRUZ. Área de concentração: Saúde Coletiva

1. Formação de Farmacêuticos 2. Asma 3. Programa Educativo 4. Farmacêutico 5. Educação em Saúde I. Título. II. Schall, Virgínia Torres (Orientadora); III. Fernandez-Llimos, Fernando (Co-orientador)

CDD – 22. ed. – 616.238



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisa René Rachou

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA EDUCATIVO RELATIVO À ASMA DEDICADO A FARMACÊUTICOS DE UMA REDE DE FARMÁCIAS DE MINAS GERAIS

Josélia Cintya Quintão Pena Frade

Banca examinadora:

Profa. Dra. Djenane Ramalho de Oliveira

Prof. Dr. Antônio Ignácio de Loyola Filho

Dissertação defendida em 14 de Junho de 2006.

Dedico este trabalho...

Aos meus amores: Júlia, Gandolinha e queridos irmãos

Não poderia também esquecer a presença eterna dos meus pais, razão de minha existência e de grande parte do que sou hoje

“...é tão estranho... assim parece ser quando me lembro de vocês que acabaram indo embora cedo demais”

Agradecimentos

Trabalhar com o objeto de estudo proposto nesta dissertação, somente foi possível graças às numerosas contribuições e incentivos de pessoas presentes em minha vida, anteriores a esta proposta e de outros incorporados ao longo do processo de construção. O momento da dissertação é ao mesmo tempo “solidão” e “encontro”.

A Deus, por me proporcionar esse amor pela vida e pelas coisas que acredito, por ser essa energia maravilhosa que me impulsiona nos momentos mais difíceis e também por me permitir desfrutar as conquistas ao longo desse processo de construção.

Aos meus pais, pelos ensinamentos, fundamentais à minha existência.

Aos meus grandes amores, Gandolinha e Júlia, que me proporcionam a cada dia viver a experiência de amar e ser amada, obrigada por cada gesto de carinho, atenção e estímulo. Obrigada também, por me aceitarem como sou, com minhas lutas, minhas ausências e, sobretudo, por valorizarem minhas conquistas. Vocês são essenciais em minha vida!

Aos meus queridos irmãos que durante esse processo sempre me apoiaram e me estimularam. Amo muito vocês, que bom que vocês existem!

A tia Chinha, que se tornou um pouco a avó da Júlia e que nestes últimos anos que tenho me dedicado a busca por um crescimento profissional, muito tem contribuído para suprir minha ausência. É maravilhoso ter pessoas como você se preocupando e participando intensamente de minha vida.

Gostaria também de destacar, essa querida educadora, no sentido mais profundo da palavra, a Dra. Virgínia Schall, por direcionar o meu desabrochar para o mundo da ciência e por acreditar no papel social de uma profissão que está um pouco esquecida. Por seu exemplo de mulher, artista, pesquisadora, mãe e esposa, sempre um estímulo para nosso caminhar. Compartilhar com você a construção dessa dissertação foi um “presente dos céus”! As vezes é muito difícil expressar por palavras o que o coração está sentindo neste momento. Obrigada por todo cuidado e carinho!

A Dr. Fernando Llimós, um espanhol quase brasileiro que sempre foi um grande estimulador para que eu seguisse meu caminho rumo a pesquisa. A você simplesmente por ser o grande farmacêutico e pesquisador, que é, exemplo a todos nós. Obrigada, por tudo que tem feito pela nossa profissão e por todas as contribuições e reflexões que tem me proporcionado. Sua co-orientação foi indispensável.

Ao querido ex-professor e padrinho Olindo, por me mostrar o caminho.

Ao professor Rinaldo, tutor do Programa Especial de Treinamento (PET-Farmácia/CAPES), por me permitir e estimular meus primeiros passos na vida acadêmica e científica. Obrigada pela amizade, exemplo de vida e de profissional.

A professora Djenane, por ter sido “a luz” que me conduziu a buscar uma prática profissional centrada em atender as necessidades do ser humano. Obrigada por essa energia “do bem”, por você acreditar e sempre estimular minha busca por novas práticas profissionais.

A Dra. Elizabeth Uchôa e a Dra. Corine, grandes mestres, que conseguiram me apresentar e me fazerem acreditar na abordagem qualitativa como ciência, me ajudando dar os primeiros passos na utilização das diferentes ferramentas para coleta e análise de dados. A me fazerem compreender que essa abordagem é essencial para respondermos determinadas perguntas de pesquisa.

Aos colegas do LABES, por compartilharem comigo referências bibliográficas, seus trabalhos, angústias, dúvidas e reflexões. A Maria por sua atuação como observadora dos grupos focais realizados. É impossível esquecer a agilidade e disponibilidade de nossa querida Amandinha. E aos demais pelo carinho e convivência. Obrigada a todos de coração!

Expressar o que a nossa querida Celina passou a representar a cada um de nós no LABES é difícil. Ela em muitos momentos assumia até seu papel de psicóloga para dar conta de minhas loucuras, frustrações, “metadissertação” e medos. Você foi muito especial neste processo, obrigada por me fazer sempre acreditar que era possível.

Aos profissionais Dr Luiz Fernando, Dr José Júlio e Roberto que participaram do programa educativo. Em especial ao Dr José Júlio, pela amizade fortalecida durante meu trabalho de campo, por seu companheirismo e apoio constantes.

Aos companheiros de criação do livro, em especial Lucas, Rodrigo, Carlos Jorge e Dr Paulo Camargos. A atuação de Dr Paulo como revisor foi fundamental para garantir o controle de qualidade da obra. Foi maravilhoso conhecer vocês ao longo desta caminhada!

A Simone pelas referências, pela ajuda durante grupos focais e sobretudo pela presença amiga e apoio durante o lançamento do livro.

Ao Segemar, da biblioteca do CPqRR, pela aquisição de dezenas de artigos, revisão das referências bibliográficas, solicitação do ISBN para o livro: Técnicas de Uso de Dispositivos Inalatórios, produção das fichas catalográficas e pela constante presteza e gentileza.

Aos colegas da pós-graduação, pelos poucos momentos de diversão e pelas numerosas aulas e trabalhos, em especial as companheiras de disciplinas, Dadaça e Jussara.

Aos meus colegas farmacêuticos, que com seu exemplo sempre me fizeram acreditar que é possível transformar a prática farmacêutica atual, dentre eles, Simone, Emília, Mariana, Adriano, Divaldo, Cassiano, Mauro, Naira, Lorenzo, Consola, Clóvis, Micheline, Manolo Machuca, Verlanda, Mário Borges, Maria, Yone, Tânia, Angelita, Marcela, Norberto, Adriana, Lúcia, Patrícia, Wellington, Daniela, Eugênio, Bernadete, e tantos outros. Obrigada a todos que compartilharam referências bibliográficas comigo. Que continuemos tendo como lema de nossa “revolução silenciosa”:

“Caminhante no hay camino, se hace camino al andar”

Antonio Machado

Aos amigos que encontrei durante o trabalho de campo, Cida, Alex e Jack. Não imaginava que até papel de cupido o pesquisador faz enquanto está no campo.

Aos companheiros farmacêuticos que apesar da sobrecarga gerencial, encontraram um tempinho para embarcarem e construírem comigo este trabalho. Sem o esforço e a vontade de aprender o novo não seria possível a realização deste trabalho. Vocês me fizeram acreditar ainda mais em nossa categoria profissional e a ampliar minha visão em relação a diferentes possibilidades de atuação de nossa classe, para atender as necessidades de nossos usuários.

Aos estudantes que participaram ativamente da prática em comunidade, em especial Wanderson e Fred, que compartilharam comigo outras etapas do processo de avaliação do programa educativo.

Ao Adailton Quintão, empresário e sobretudo um ser humano maravilhoso, obrigada por acreditar em minha proposta, investir nela e abrir a porta de sua empresa para que eu compreendesse melhor o funcionamento de uma rede de farmácias.

Ao Centro de Pesquisa René Rachou (CPqRR), pela formação, pelo período de bolsa e pelo suporte técnico.

Ao CNPq, pela bolsa de estudo.

Finalizo esse agradecimento dizendo que vocês foram o tratamento preventivo que eu precisava para “não entrar em crise”, durante esse duro processo. Alguns como doses mais fortes, outros somente aliviando os momentos mais difíceis, mas todos de forma direta ou indireta contribuíram para que meus objetivos fossem atingidos. Obrigada por contribuírem para meu crescimento pessoal e profissional.

Com todos compartilho a alegria e o alívio pela tarefa cumprida!

SUMÁRIO

Lista de abreviaturas.....	xii
Lista de figuras.....	xiii
Lista de tabelas.....	xiv
Resumo.....	xv
Abstract.....	xvii
I. APRESENTAÇÃO.....	1
II. INTRODUÇÃO.....	4
2.1 – Contextualização da asma.....	5
2.2 – O uso de medicamentos no tratamento da asma.....	8
2.3 – A Educação em Saúde em Asma.....	11
2.4 – O Papel do Farmacêutico ao longo do século XX.....	13
2.5 – A prática farmacêutica no Brasil.....	19
2.5.1. <i>A farmácia como principal cenário</i>	19
2.5.2. <i>Serviços prestados na farmácia</i>	25
2.6 - Formação universitária e continuada dos farmacêuticos.....	28
III. EDUCAÇÃO EM SAÚDE: Abordagem e conceitos.....	34
3.1 – A Educação em Saúde.....	35
3.2 – Programas de Formação.....	40
3.3 - Descrição dos conceitos: Conhecimento, Habilidade e Atitude.....	41
IV. OBJETIVOS.....	44
4.1 – Objetivo Geral.....	45
4.2 – Objetivos específicos.....	45
V. PERCURSO METODOLÓGICO.....	46
5.1 – A escolha dos sujeitos da pesquisa.....	47
5.2 – A escolha do local de estudo.....	47
5.3 – Aspectos éticos.....	49
5.4 - O ciclo da pesquisa.....	49
5.4.1. <i>Fase Exploratória da Pesquisa</i>	51
5.4.2. <i>O Trabalho de Campo</i>	52
5.4.2.1. Os questionários.....	53
5.4.2.2. Entrevistas semi-estruturadas.....	54
5.4.2.3. Grupo focal.....	55

5.4.2.4. Outras fontes de coleta e registro de informação.....	56
5.4.3. O tratamento do material.....	57
5.5 – Etapas do Programa de Educativo.....	60
5.5.1. Diagnóstico.....	60
5.5.2. Planejamento.....	61
5.5.3. Implantação.....	67
5.5.4. Avaliação.....	67
VI. RESULTADOS e DISCUSSÃO.....	70
VI.1. O projeto piloto, os participantes, contexto e a visão dos profissionais sobre sua formação e sua prática.....	72
6.1.1. O Projeto Piloto.....	73
6.1.2. Os Participantes.....	74
6.1.3. Local do Estudo.....	76
6.1.3.1. Estrutura disponibilizada pela rede de farmácias aos profissionais.....	78
6.1.4. Serviços realizados pelo farmacêutico na farmácia.....	80
6.1.5. Desvendando a dispensação de dispositivos inalatórios.....	84
6.1.6. Processos de formação anteriores ao programa educativo relativos a asma....	87
6.1.7. Formação universitária/continuada e o contexto da prática profissional.....	88
6.1.8. A cadeia: representante de indústria farmacêutica, médico e farmácia.....	91
VI.2. Desenvolvimento do Programa Educativo.....	93
6.2.1. A Implantação do Programa Formação.....	94
6.2.2. Construção de Materiais Educativos durante o Programa Educativo.....	103
VI.3. Avaliação do Programa Educativo.....	106
6.3.1. ESTRUTURA	107
6.3.2. PROCESSO	109
6.3.2.1. Avaliação das atividades implantadas durante o programa de formação	109
6.3.2.2. Avaliação dos materiais educativos	116
6.3.2.3. Avaliação dos métodos de ensino aprendizagem.....	117
6.3.3. RESULTADO	122
6.3.3.1. Conhecimentos Iniciais e Finais.....	123
6.3.3.2. Habilidades pra Identificar, Classificar e Manusear os Dispositivos Inalatórios.....	127
6.3.3.3. Habilidade para Identificar problemas nos tratamentos das pessoas com asma.....	134

6.3.3.4. Reflexões dos profissionais sobre: as principais necessidades das pessoas com asma e atividades a serem desempenhadas na prevenção e controle dessa doença.....	141
6.3.3.5. Reflexões sobre os ganhos com o projeto para o público interno e externo à empresa.....	143
6.3.3.6.1. Ganhos para o público interno.....	143
6.3.3.6.2. Ganhos para o público externo.....	154
6.3.3.6.3. Ganhos para a empresa.....	155
6.3.3.6. Reflexões sobre o papel do farmacêutico.....	158
6.2.3.7. Avaliação geral do programa educativo implantado.....	161
VII. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	168
VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	175
IX. ANEXOS.....	191

LISTA DE ABREVIATURAS

AD - Aerossol dosimetrado
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AtenFar – Atenção Farmacêutica
CDL - Câmara de Dirigentes Lojistas
CFC – Clorofluorcarbono
CFF - Conselho Federal de Farmácia
CPD - Centro de Processamento de Dados
DEF - Dicionário de Especialidades Farmacêuticas
DI – Dispositivos inalatórios
ECT - Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos
EF – Entrevista Filmada
ES - Educação em saúde
EUA - Estados Unidos
F – Farmacêutico
FC - Formação continuada
FEBRAFARMA – Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica
GF – Grupo focal
GINA - Iniciativa Global para a Asma
HFA - hidrofluoralcano
IF - Intervenção
ISAAC - International Study of Asthma and Allergies in Childhood
MG - Minas Gerais
MS – Ministério da Saúde
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONG - Organização Não Governamental
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PRM - Problemas relacionados com os medicamentos
PWDT - Pharmacist’s Workup of Drug Therapy
Q - Questionário
SAC - Serviço de Atendimento ao Cliente
SUS - Sistema Único de Saúde
TI – Técnica Inalatória
TOM - Therapeutics Outcomes Monitoring
UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais
UFOP - Universidade Federal de Ouro Preto

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Esquema do ciclo da pesquisa.....	50
Figura 2: Linha metodológica da pesquisa.....	51
Figura 3: Etapas de implantação do Programa de Formação.....	95
Figura 4: Farmacêuticos no momento 1 da oficina prática.....	97
Figura 5: Balconistas durante a oficina prática, trabalhando em grupos.....	98
Figura 6: Farmacêuticos e estudantes na oficina prática para desenvolvimento de habilidade para o preenchimento correto do questionário.....	99
Figura 7: Farmacêuticos e estudantes na oficina prática para desenvolvimento de habilidade para o uso do Peak Flow.....	99
Figura 8: Farmacêutica ministrando palestra em escola.....	101
Figura 9: Farmacêutica atendendo uma pessoa durante a prática em comunidade, na unidade 1.....	102
Figura 10 : Uma pessoa realizando o teste de “Peak Flow”, durante a prática em comunidade, na unidade 3.....	102
Figura 11: Capa do livro e uma de suas páginas internas.....	103
Figura 12 : Desenho vencedor do concurso de desenho, criado em lápis de cor.....	104
Figura 13: Foto do Kit para simulação da técnica correta de uso dos dispositivos inalatórios.....	105

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Número de farmacêuticos distribuídos segundo local de trabalho, no Brasil.....	20
Tabela 2: Descrição dos grandes temas e categorias, segundo técnica/instrumento de coleta dados.....	59
Tabela 3: Etapas do Programa Educativo.....	60
Tabela 4: Programação das atividades planejadas no Programa de Formação.....	63
Tabela 5: Número de atendimentos realizados durante a semana da prática em comunidade, em cada uma das 13 unidades da rede, por dia.....	102
Tabela 6: Distribuição dos farmacêuticos segundo avaliação dos aspectos estruturais do programa educativo.....	107
Tabela 7: Distribuição do número de farmacêuticos segundo capacidade de identificar os dispositivos inalatórios.....	128
Tabela 8: Distribuição do número de farmacêuticos segundo domínio das técnicas de uso dos dispositivos inalatórios.....	129

Desenvolvimento e Avaliação de um Programa Educativo relativo à asma dedicado a farmacêuticos de uma rede de farmácias de Minas Gerais

Josélia Cintya Quintão Pena Frade^{1,2}; Fernando Fernandez Llimos³ & Virgínia T. Schall¹

¹Laboratório de Educação em Saúde - Centro de Pesquisas René Rachou/Fiocruz - Belo Horizonte – MG

²Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Instituto Oswaldo Cruz/Fiocruz

³Grupo de Investigação em Atenção Farmacêutica – Universidade de Granada/Espanha

INTRODUÇÃO: A morbimortalidade por asma tem sido associada principalmente ao subdiagnóstico e ao tratamento inadequado. Essa doença representa uma grande parcela dentro dos custos com cuidados à saúde em vários países. Estima-se que 30% dos custos diretos, incluindo medicamentos, consultas médicas e despesas hospitalares, derivam de um controle inadequado e, portanto, passíveis de serem evitados ou reduzidos. Há ainda custos indiretos relacionados ao absenteísmo ao trabalho e à escola, a perda de produtividade, a morte precoce e o sofrimento humano que afeta o paciente e sua família. O baixo controle da asma tem sido associado à falta de conhecimentos e habilidades dos profissionais de saúde, pacientes e familiares sobre a doença e terapia inalatória. Apesar da via inalatória ser considerada a de eleição no tratamento, ela possui como principais desvantagens: a necessidade de conhecimentos e habilidades por parte dos usuários e familiares, além de um esforço educativo por parte dos profissionais de saúde. A literatura revela que o uso incorreto da técnica inalatória entre os usuários é elevado, superior a 50% na maioria dos estudos publicados. Outros estudos identificaram também falta de habilidade em grande parte dos profissionais de saúde investigados, agravando a situação. A Educação em Saúde (ES) é uma alternativa recomendada e com resultados positivos no caso da asma. Porém, em nosso país, são escassos os trabalhos desta natureza e não existe nenhuma iniciativa de programa de formação dedicado aos farmacêuticos, relativo ao manejo desta doença. Portanto, na perspectiva da ES, foi desenvolvido um programa educativo relativo à asma (PEA) para esses profissionais.

OBJETIVO GERAL: Desenvolver e avaliar um PEA dedicado a um grupo de farmacêuticos funcionários de uma rede de farmácias em Belo Horizonte, visando ampliar o conhecimento sobre a asma, melhorar a habilidade de uso da terapia inalatória e maior participação no controle dessa doença.

METODOLOGIA: A intervenção educativa (PEA), foi idealizada seguindo as etapas propostas por BEDWORTH (1992): diagnóstico, planejamento, implantação e avaliação (estrutura, processo e resultados, segundo modelo de Donabedian). As estratégias adotadas compreenderam: um programa de formação e a construção compartilhada de materiais educativos. A carga horária foi distribuída em 12 horas para a parte teórica e 9 horas para a parte prática. Na etapa que contemplou a interação destas duas abordagens, foram necessárias 25 horas para a prática em comunidade e quatro horas para cada uma das 10 oficinas para desenvolvimento de habilidades aplicadas pelos farmacêuticos aos balconistas. Além dessas, cada palestra realizada nas escolas teve duração de cerca de uma hora.

Para descrever e analisar a implantação e os efeitos do PEA, realizou-se um estudo de caso, de caráter exploratório. Os dados foram coletados por meio de questionários, entrevistas e grupos focais, no início e final da pesquisa. A análise qualitativa dos dados foi orientada por BARDIN (1977).

RESULTADOS: Participaram do estudo 25 farmacêuticos, sendo a maioria mulheres, com idade superior a 30 anos, a mediana do tempo de formados sendo nove anos. Observou-se que 88% do grupo estudado assumia função gerencial da farmácia além das atividades técnicas e a principal fonte de informação utilizada no caso da asma era a bula de medicamentos. O baixo nível de conhecimentos e habilidades prévias foi associado à falta de formação relativa à doença em questão e ao fato dos produtos apresentarem lacre, não havendo iniciativa por parte dos profissionais de testar o seu uso.

Observou-se ao final da pesquisa grande satisfação dos atores envolvidos com o processo vivenciado, revelada na avaliação de estrutura, processo e resultados do programa. Dentre os materiais educativos construídos, os mais valorizados foram o livro de técnicas de uso dos dispositivos inalatórios e um “kit” de placebos para simulação junto aos usuários. A análise dos resultados propriamente dita demonstrou um aumento de conhecimento sobre asma e desenvolvimento de habilidades para identificar, classificar, utilizar os dispositivos inalatórios trabalhados (10 técnicas), além de maior capacidade para identificar problemas no processo de uso dos inaladores. Relatos evidenciaram uma tendência a novas atitudes e maior percepção dos profissionais sobre o seu papel no controle dessa doença.

O programa alcançou ainda 153 balconistas que participaram das oficinas práticas, mais de 2.500 pessoas que foram atendidas durante a “campanha da asma”, cerca de 3.000 alunos de escolas públicas que assistiram as 90 palestras ministradas pelos farmacêuticos que participaram do processo educativo e 50 estudantes de farmácia e fisioterapia que atuaram como monitores no trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: O programa de formação avaliado demonstrou ser uma estratégia para fazer cumprir as metas iniciais propostas pelo Fórum Farmacêutico Europeu (1998), em relação à atuação dos farmacêuticos junto às pessoas com asma. Assim, em curto período de tempo, o aumento de conhecimento, a maior habilidade de uso da TI e de comunicação para orientação dos usuários dotou os profissionais de segurança para responder às necessidades dos pacientes, o que indicou o potencial do PEA para um maior controle dessa doença no nível primário.

Development and assessment of an Educational Program on asthma for pharmacists of a Minas Gerais pharmacy chain

Josélia Cintya Quintão Pena Frade^{1,2}; Fernando Fernandez-Llimos³ & Virgínia T. Schall¹

¹Laboratório de Educação em Saúde - Centro de Pesquisas René Rachou/Fiocruz - Belo Horizonte – MG

²Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Instituto Oswaldo Cruz/Fiocruz

³Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica – Universidad de Granada/España

BACKGROUND: The morbidity and mortality related to asthma has been associated with underdiagnosis and inappropriate treatment. This disease represents a great part of healthcare costs in several countries. It is estimated that 30% of the direct costs, including drugs and devices, consultations with physicians and hospital costs, come from inadequate control and, therefore, could be prevented or reduced. There are also indirect costs associated with time off-work or off-school, loss of productivity, early death, and human suffering affecting patients and families. Poor asthma control has been associated with the lack of knowledge and skills of healthcare professionals, patients and relatives on asthma and inhalation therapy. In spite of inhalation route being preferred in the treatment of asthma, there are a few disadvantages: the need of users' and their families' knowledge and skills, besides an educational effort for the professionals. Literature reveals that the improper use of inhalation devices by the patients is elevated, even superior to 50% in most of the studies. Other studies also identified, lack of skills by a large part of the professionals investigated, what worsens the situation. Health education (HE) is a recommended alternative and it shows positive results in asthma. However, in Brazil, these studies are insufficient and there is also a lack of any asthma management training program for pharmacists. Thus, an asthma educational program (AEP) for those professionals was developed under HE perspective.

GENERAL AIM: To develop and to assess an asthma educational program, for a pharmacists group working in a pharmacy chain in Belo Horizonte, Brazil, seeking to: **(1)** increase their asthma knowledge, **(2)** improve their skills in the management of inhalation devices and **(3)** produce a larger participation in the control of that disease.

METHODS: The educational intervention (AEP), was designed following the steps proposed by Bedworth (1992): diagnosis, planning, implementation and assessment (structure, process and results, according to Donabedian's paradigm). The adopted strategies consisted in a training program and in the joint construction of educational materials. The workload was distributed, in 12 hours for the theoretical part and 9 hours for the practical part. In the stage that contemplated the interaction of these two approaches, there were 25 hours necessary for the practice in community and 4 hours for each one of the 10 workshops for development of skills applied for the pharmacists to the counter-sellers. In addition, each lecture carried out at the school lasted nearly one hour.

To describe and assess the implementation and the effects of the AEP, an exploratory case study was carried out. Data were collected through questionnaires, interviews and focal groups, at the beginning and at the end of the research. Qualitative analysis was carried out according to Bardin (1977).

RESULTS: A number of twenty-five pharmacists participated in this study, being mainly women (84%), with an average age of 33 years and the time of formation was 9 years. They worked more than 4 years in the pharmacy chain. Besides of professional activities, 88% of the studied group assumed pharmacy manager functions. Their main information source in asthma was the package insert.

The low previous knowledge and skills was associated to the lack of continuous training in asthma. Also, being the products sealing-waxed, they could not access their use instructions.

At the end of the research, a high satisfaction with the process was observed and revealed in the structure evaluation, process and results of the program. Among the constructed educational materials, the more valued were the book of inhalation devices techniques and the kit of placebos to simulate with the users. The analysis demonstrated an increase on asthma knowledge and skills enough to identify, classify, and use inhalation devices (10 techniques), as a larger capacity to identify

problems in the process of the inhalators' use. Results evidenced a trend to new attitudes and the larger professionals' perception on their role in the asthma control.

The program reached 153 clerks that participated in the practical workshops, more than 2.500 patients assisted g the "campaign on the asthma ", about 3.000 students of public schools that attended the 90 lectures supplied by the trained pharmacists and 50 pharmacy and physiotherapy students that acted as monitors in the work.

FINAL CONSIDERATIONS: The asthma educational program demonstrated to be a strategy to accomplish the initials goals proposed by the European Pharmaceutical Forum (1998), in relation to the performance of the pharmacists close to the people suffering asthma.

In a short time period, asthma knowledge increased, skills development in the management of inhalation devices by the patients counseling endowed professionals safety to answer to the patients' needs, indicating the potential of AEP for an extended disease control at primary care level.

I - APRESENTAÇÃO

A escolha do tema da presente dissertação resultou dos problemas identificados em minha trajetória profissional, de inquietações e experiências, os quais me levaram a investigar o papel do farmacêutico e sua atuação na asma, em uma rede de farmácias.

Quando me formei, eram muitas as minhas inquietações: O que era ser farmacêutico? Como deveria ser a atuação desse profissional de saúde na sociedade atual? O que diferenciava a atuação dos boticários para a dos farmacêuticos atuais? Por que essa profissão existe? Esses questionamentos me impulsionaram a buscar respostas.

Essa busca permitiu-me entrar em conviver com diferentes perfis de usuários e a aprender muito com eles, principalmente sobre sua experiência com o uso de medicamentos e suas carências em termos de informação em saúde. Dessa forma passei a compreender melhor a dinâmica de uma farmácia e as necessidades das pessoas que se dirigiam a este estabelecimento. Isso me permitiu descobrir diferentes formas de atuar como farmacêutica, especialmente nas doenças crônicas.

Ao conhecer os projetos da Organização Pan-Americana de Saúde para a América Latina, por meio do Fórum Farmacêutico das Américas, e também os do Fórum Europeu de Farmácia, além de vários artigos e das Declarações de Jacarta e da Federação Internacional de Farmacêuticos, percebi que minhas reflexões aproximavam-se das orientações destes documentos, ou seja: 1) a busca por um papel mais ativo do farmacêutico em termos de prevenção primária e secundária e 2) a discussão sobre a possibilidade de parceria entre público e privado.

Comecei então a compreender que os farmacêuticos são profissionais de saúde que não exercem um papel ativo no cuidado aos usuários. Porém, eles poderiam contribuir para a promoção da saúde, o rastreamento de fatores de risco e o acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes diagnosticados, visto que interagem diariamente com um grande número de pessoas, tanto doentes como não-doentes. Os farmacêuticos são acessíveis aos usuários e eles têm a oportunidade de se encontrar com o mesmo paciente com grande frequência, devido à dispensação contínua de medicamentos.

Comecei também a enxergar a possibilidade da farmácia como estabelecimento de saúde e cenário de atuação farmacêutica, com um potencial na prestação de serviços de atenção primária ainda pouco explorado.

No início de 2004, ingressei no Programa de Pós Graduação do Centro de Pesquisas René Rachou, na tentativa de concretizar o sonho de voltar a estudar. Hoje, convido o leitor a compartilhar comigo este trabalho de conclusão da Pós-Graduação.

II. INTRODUÇÃO

2.1 – Contextualização da asma

Nas últimas décadas, o aumento da prevalência da asma, seu impacto na saúde das pessoas e a sobrecarga dos sistemas públicos de saúde têm despertado a atenção de pesquisadores, profissionais da área e autoridades sanitárias para a necessidade de desenvolver ações efetivas visando o seu controle.¹⁻³

A asma é uma doença que atinge quase todas as idades, principalmente os primeiros anos de vida, sendo que cerca de 50% dos casos são desenvolvidos até os dez anos de idade.^{1,4} É considerada uma doença heterogênea e complexa, que resulta de fatores genéticos e ambientais, e que se manifesta com um amplo espectro de formas clínicas.⁵ A partir da Iniciativa Global para a Asma (GINA) de 1995 estabeleceram-se quatro grupos de gravidade, a saber: intermitente, persistente leve, persistente moderada e persistente grave. Estima-se que 60 a 70% dos casos sejam intermitentes e persistentes leves, 25 a 30% moderados e 5 a 10% graves.⁶⁻⁸ Observa-se que quanto maior a gravidade inicial da doença, maior o risco de persistência dos sintomas na vida adulta.⁵

Nos últimos anos, um notável avanço no conhecimento da fisiopatologia da asma e de seu tratamento tem sido observado.⁹ Está estabelecido o importante papel da inflamação na sua patogênese, definindo-a como uma doença inflamatória crônica, caracterizada por broncoespasmo e hiper-responsividade das vias aéreas que levam a recorrentes episódios de sibilância, dispnéia, aperto no peito e tosse.^{6,9} Os principais marcadores da evolução da asma estão associados às condições individuais do paciente: história familiar positiva para asma, rinite alérgica, dermatite atópica e presença de atopia.⁵

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou, em 2000, a existência de 100 a 150 milhões de pessoas com asma no mundo, sendo 4,8 milhões crianças.⁹⁻¹¹ Nos Estados Unidos esse número corresponde a aproximadamente 31,3 milhões de pessoas, segundo dados do “Centers for Disease Control and Prevention” de 2001.¹²

O “International Study of Asthma and Allergies in Childhood” (ISAAC), publicado em 1998, foi realizado em 56 países e permitiu avaliar a prevalência dos sintomas de asma e de doenças alérgicas. Participaram deste estudo 156 centros colaboradores,

totalizando uma amostra de 721.601 crianças e adolescentes dividida em dois grupos etários, 6 a 7 anos e 13 a 14 anos.² Nesse estudo foram observadas acentuadas variações na prevalência dos sintomas dessa doença, com taxas oscilando entre 2,1 a 32,2%.² A prevalência foi alta para os países da América Latina, bastante similar àquelas relatadas para os países industrializados.¹

No Brasil, os dados epidemiológicos referentes à asma são escassos e os valores obtidos do ISAAC apontam para uma prevalência média de 20% para a faixa etária estudada.¹ Em média, estima-se que 10% população brasileira é atingida por essa doença, ou seja, cerca de 17 milhões de brasileiros.¹³

Os registros oficiais de internação por asma no Brasil, outra maneira de se medir a magnitude da doença e seu impacto nos serviços de saúde, apresentam problemas em seus preenchimentos, o que dificulta sua avaliação global. Além disso, os dados disponibilizados pelo DATASUS do Ministério da Saúde abrangem apenas a parcela dos atendimentos prestados aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).⁹ Segundo esse sistema, em média, ocorrem anualmente de 300.000 a 350.000 internações por asma no país, constituindo-se na terceira ou quarta causa de hospitalização pelo SUS, conforme o grupo etário considerado.^{6,9,13}

Em Belo Horizonte, durante o ano de 1996, foram registradas 6.924 internações na rede pública e conveniada ao SUS causadas por asma em crianças menores de 12 anos. Elas representam 20,7% do total de internações e aproximadamente 18,0% dos gastos com internações nessa faixa etária. Em 2002, 15.000 pessoas, dentre idosos e crianças, estavam cadastradas nas farmácias distritais da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, para recebimento de medicamento do programa dedicado às pessoas com asma.¹⁴ Vários estudos têm sido realizados para avaliar a efetividade do programa da asma implantado nesse município e os resultados têm se mostrado animadores no que diz respeito à diminuição do número de atendimentos de urgência, internação e reinternação das crianças acompanhadas participantes do programa.¹⁵

Em 2000, Chatkin *et al.* realizaram um estudo com crianças que possuíam diagnóstico de asma, no município de Pelotas. Ao avaliarem os últimos 12 meses anteriores ao estudo, verificaram que cerca de 50% das crianças tinham sido

internadas ou necessitaram de atendimento no pronto socorro, 67% delas usaram medicamentos para tratar a asma e apenas 34,5% usaram medicamentos apropriados.¹⁶

Sunyer *et al* apud Fonseca *et al* (2004) estudaram dados de 15 países industrializados e mostraram que o risco relativo para desenvolvimento de asma aumentou 2,5 vezes entre 1946 e 1966.⁵ Apesar de se tratar da doença crônica mais comum da infância, é sabido que as crianças tendem a apresentar melhora, ou mesmo remissão dos sintomas, no período da adolescência e início da vida adulta. Por outro lado, porcentagem significativa dos adultos com asma relata início da doença na infância.⁵

A mortalidade por asma ainda é baixa, mas apresenta uma magnitude crescente em diversos países e regiões.⁶ Ao longo do tempo têm-se observado modificações importantes na sua apresentação, com relatos de aumento de incidência e gravidade nas diferentes partes do mundo.⁵ Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, cerca de 2.000 óbitos/ano têm a asma como a causa básica registrada, considerando-se todas as faixas etárias.⁹ Vários documentos chamam a atenção de que estas mortes acontecem de forma precoce e muitas poderiam ter sido evitadas.¹⁰

A asma representa uma grande parcela dentro das despesas com cuidados à saúde em vários países. Estima-se que 30% dos custos diretos com essa doença, representados por medicamentos, consultas médicas e custos hospitalares, derivam de um controle inadequado e, portanto, passíveis de serem evitados ou reduzidos. Adicionam-se a esses os custos indiretos relacionados ao absenteísmo ao trabalho e à escola, à perda de produtividade, à morte precoce e ao sofrimento humano envolvido, de valor incalculável, que afeta o paciente e sua família e devem ser considerados partes do impacto sócio-econômico dessa doença.¹⁷ Entre 1994 e 1996, nos Estados Unidos (EUA), foram estimados 14 milhões de dias de aula perdidos por causa da asma.¹⁰ No Brasil, em 1996, os custos do SUS com internação por asma foram de 76 milhões de reais e em 2002 o custo estimado foi de 105 milhões.^{1,6,13}

Existem tratamentos efetivos que têm demonstrado reduzir de maneira extraordinária a morbidade por asma, porém somente são efetivos quando utilizados

de forma adequada pelos pacientes.³ O uso de medicamentos anti-inflamatórios por via inalatória permitiu o controle da doença, com melhora evidente na qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares.⁵ Por outro lado, o subdiagnóstico e o tratamento inadequado ainda têm sido considerados os principais fatores contribuintes para a morbimortalidade por asma.^{1,2,10}

Diante do panorama apresentado, diversas iniciativas em todo mundo têm sido criadas para aumentar a percepção da asma entre profissionais de saúde, autoridades da Saúde Pública, no público em geral, e também para melhorar sua prevenção e seu tratamento. Um dos exemplos que merece destaque é a GINA, que prepara relatórios científicos sobre essa doença, encoraja a disseminação e a adoção desses relatórios e promove colaboração internacional de pesquisas em asma.¹⁰ Vale ressaltar que somente os guias orientadores e planos nacionais não são suficientes para a organização do atendimento à pessoa com asma dentro do sistema de saúde. Assim, mesmo com a instituição do GINA em 1995, em levantamento feito em 1999, na Europa, cerca de 30% das pessoas com asma necessitaram atendimento de emergência no ano anterior, 63% precisaram de medicamento de resgate no mês anterior e 63% consideraram-se limitados no que se refere a esportes, atividades domésticas e escola.⁹

2.2 – O uso de medicamentos no tratamento da asma

O tratamento medicamentoso da asma é realizado com a utilização de diversos grupos farmacológicos, divididos em duas categorias, conforme o objetivo da sua utilização: **1)** fármacos para melhora dos **sintomas agudos** (agonistas Beta-2 com rápido início de ação, brometo de ipratrópio e aminofilina) e **2)** fármacos para **manutenção**, usados para prevenir os sintomas (corticosteróides inalatórios e sistêmicos, cromonas, antagonistas de leucotrienos, agonistas Beta-2 de longa duração e teofilina de liberação lenta).⁶

O tratamento padronizado conforme a escala de gravidade em que se encontram os pacientes prevê o uso de broncodilatadores de curta duração como droga de alívio e o uso de corticóides inalatórios em doses progressivamente maiores conforme a

classificação do caso. Outras drogas também vão sendo acrescentadas de acordo com a gravidade da situação, como broncodilatadores de longa duração e corticóides orais.⁹

Os principais objetivos do tratamento da asma são: **1)** controlar sintomas; **2)** prevenir limitação crônica ao fluxo aéreo; **3)** permitir atividades normais – trabalho, escola e lazer; **4)** manter função pulmonar normal ou a melhor possível; **5)** evitar crises, consultas de emergência e hospitalizações; **6)** reduzir a necessidade do uso de broncodilatador para alívio; **7)** minimizar efeitos adversos da medicação e **8)** prevenir a morte.⁶

Três vias para a administração dos medicamentos podem ser empregadas no tratamento da asma: oral, injetável ou inalatória.^{18,19} A partir da década de 50, tornou-se crescente a utilização da via inalatória,^{18,20-27} considerada como a de eleição para o tratamento da asma devido às numerosas vantagens que apresenta.^{18,23,24,28-31}

Como principais **vantagens** podemos citar: **1)** a ação direta do fármaco sobre a mucosa respiratória possibilita atingir o efeito com doses menores que a via oral (30 vezes menos), **2)** a baixa biodisponibilidade sistêmica diminui o risco de reações adversas (especialmente no caso dos corticóides) e; **3)** o rápido início da ação no caso dos broncodilatadores.^{18,19,26-28,30,32-34} Entretanto, a via inalatória possui como principais **desvantagens**: a necessidade de conhecimentos e habilidades para uso correto dos inaladores por parte dos usuários, familiares e um esforço educativo por parte dos profissionais de saúde.^{18,20,24,26,28,30,32,34-36}

Diferentes modelos de dispositivos inalatórios têm sido desenvolvidos para possibilitar a utilização da via inalatória. Eles são agrupados em três classes: Aerossol Dosimetrado - “Bombinha”, Inaladores de Pó e Nebulizadores, e considerados como especialidades farmacêuticas complexas, ou seja, *“aquellas que requieren una preparación previa a su administración o bien el aprendizaje de una técnica para su uso”*.^{25,37} Seu uso incorreto poderá resultar em uma menor quantidade de medicamentos nas vias aéreas inferiores, o que poderia contribuir para uma falha no controle da doença.^{6,8,20,38,39}

A efetividade dos medicamentos administrados por via inalatória depende, além das propriedades do fármaco, da sua quantidade e distribuição nas vias aéreas, aspectos esses influenciados pelo tipo de inalador utilizado e pela adesão do paciente ao tratamento.^{3,14,40,41} Portanto, a técnica inalatória (TI) constitui um aspecto muito importante para a efetividade do tratamento medicamentoso.^{22,28,31,32,35,36,38,42} Existem estudos que demonstram que a proporção de uso da TI incorreta entre os usuários é elevada, na maioria dos estudos superior a 50%, variando de acordo com o dispositivo e características do usuário.^{21,22,28,29,31,34,35,38,39,42-47} Esses percentuais de erro podem atingir cifras muito elevadas, como demonstrado no estudo realizado por Plaza (1998), em que apenas 9% dos pacientes utilizavam de forma correta o Aerosol Dosimetrado (AD).⁴³

A literatura também tem apontado pobre habilidade no uso de dispositivos inalatórios por parte de médicos, farmacêuticos e enfermeiros.^{38,43,48-55} Em um estudo multicêntrico realizado na Espanha, somente 15% das enfermeiras e 28% dos médicos sabiam utilizar corretamente o AD.⁴³ Outro estudo de que participaram médicos de serviço de urgências concluiu que aproximadamente 50% deles realizavam alguma etapa da técnica de uso dos inaladores avaliados (AD, “Turbuhaler” e “Diskus”) de maneira inadequada.⁴⁸

Os principais tipos de comportamentos de não adesão no caso da asma envolvem altos índices de abandono do tratamento, irregularidade do uso da terapêutica profilática, uso abusivo de broncodilatadores nas crises, tratamento somente das crises, erro no horário de administrar as doses e baixa adesão às estratégias de controle do ambiente doméstico.^{3,14,40,56} Todos esses comportamentos podem ser considerados como fatores de risco que interferem nos indicadores de morbimortalidade associados à asma e são influenciados pela idade do paciente e pelos aspectos socioeconômicos, psicológicos e culturais.³ Vale destacar os temores e mitos relacionados aos tratamentos, a negação da necessidade do tratamento e experiência negativa com os medicamentos.⁵⁷ Barreiras como a falta de apoio familiar, as deficiências nos sistemas de saúde, o comportamento dos profissionais de saúde, o caráter crônico da doença e do tratamento, a complexidade do regime terapêutico e a frequência de uso dos medicamentos também têm sido descritas.^{3,14,41,56,57}

Além de todos os problemas apresentados, vale ainda ressaltar que uma parcela considerável da população não tem acesso ao tratamento antiasmático, especialmente em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento.

Na literatura consultada, várias propostas para melhorar o processo de uso de medicamentos antiasmáticos e as medidas não farmacológicas estão descritas, sendo a educação do paciente e da família uma das principais intervenções apontadas. A simplificação do regime terapêutico e a construção de uma relação de confiança entre paciente e profissional de saúde, que considere as crenças em saúde do usuário e estimule sua participação ativa, também têm sido relatadas.^{6,57} O farmacêutico pode ter um papel importante nesse processo, embora, isoladamente, não seja suficiente para a solução de todos os problemas.^{3,28,31,34,40,42,43,58}

2.3 – A Educação em Saúde em Asma

A educação do paciente e de seus familiares tem sido considerada um dos pilares do tratamento da asma em vários consensos nacionais e internacionais. Tem como objetivo habilitar o paciente a participar ativamente do seu tratamento e, assim, maximizar a resposta a ele, aprimorando as técnicas de uso dos medicamentos, aumentando o conhecimento sobre a doença e as medidas de controle ambiental, além de desenvolver habilidades para o auto-manejo.^{1,6,10,19,46,58-64}

A educação é fundamental para o sucesso do controle da asma, tendo um impacto positivo na mudança ativa de comportamento frente à doença.^{6,19,46} Em países em desenvolvimento, a implantação de programas de educação para pessoas com asma é uma forma de reduzir os índices de morbidade e de direcionar recursos sempre escassos.⁵⁹

Diferentes profissionais de saúde têm se envolvido em trabalhos dessa natureza, como, por exemplo, médicos,⁶⁴ enfermeiros⁶⁵⁻⁶⁷ e farmacêuticos,^{61-64,68-83} em atuação individual^{61,63} ou multiprofissional.^{58,64,84} Resultados positivos de suas intervenções têm sido descritos na literatura.

Gibson *et al* (2000), em uma revisão para a “Cochrane Library”, analisaram 22 artigos e concluíram que os programas educativos diminuem o número de internações, de consultas no pronto socorro, de absenteísmo ao trabalho e à escola.⁸⁵ Posteriormente, esses mesmos autores concluíram que os programas de asma mais efetivos, dedicados aos adultos, são os que permitem um desenvolvimento de habilidades nas pessoas para ajustarem seus tratamentos mediante um plano de ação escrito.⁸⁶ Eles ainda apontaram em outro artigo que a utilização da educação de adultos sobre a asma parece não melhorar seus resultados de saúde, ainda que melhorem os sintomas percebidos.⁸⁷

Revisão publicada no final de 2005 no *Jornal Brasileiro de Pneumologia* avaliou as internações educativas para pessoas com asma de 0 a 18 anos e identificou características relacionadas com sua eficácia. Foram incluídos 39 trabalhos e em 82% deles identificaram-se benefícios sobre uma ou mais variáveis. Entre os 27 estudos que eram controlados, 85,7% produziram melhora nas habilidades de automanejo, 83,3% no conhecimento, 80% nos sintomas diurnos ou noturnos, 71,4% nas visitas médicas não programadas, 66,6% na capacidade para atividades físicas, 54,5% nas hospitalizações, 50% nas visitas à emergência, 50% na função pulmonar, 22,2% no absenteísmo escolar e 20% na qualidade de vida. Técnicas educativas sofisticadas não contribuíram para melhores resultados. Os autores consideraram que educação de crianças e adolescentes com asma produz resultados benéficos, mas são necessários estudos com melhor controle de variáveis confundidoras, para uma avaliação mais precisa da sua eficácia.⁸⁸

Infelizmente, artigos com experiências brasileiras desta natureza ainda são escassos.¹⁹ Um dos estudos realizados em nosso país, por Oliveira *et al* (2003), comparou os resultados sobre os gastos diretos de um grupo de pacientes com asma que recebeu educação com um outro grupo que recebeu apenas atendimento usual.⁸⁹ A diminuição mais significativa dos gastos diretos no grupo que recebeu orientação foi com a hospitalização, caindo de 148 dólares nos seis meses anteriores para zero dólar, enquanto no grupo controle a diminuição foi de 285 para 183 dólares. Outro dado importante apresentado em outras pesquisas que avaliaram resultados econômicos é que o grupo após educação passa a gastar mais com

medicamentos, principalmente com corticóide inalatório. No entanto, após seis meses, a educação levou à economia de 107 dólares por paciente.⁸⁹

Um programa latino-americano que analisou o custo-efetividade da distribuição gratuita de medicamentos e da educação foi realizado no Peru, com o acompanhamento de mais de 70 mil pessoas com asma. Houve um número substancial de pacientes com melhora clínica além de diminuição das internações, mostrando que esse tipo de intervenção, baseado no fornecimento gratuito do medicamento e na educação, é altamente custo-efetivo.⁸⁹

Anteriormente a qualquer implantação de programa dedicado a pessoas com asma, alguns autores chamam a atenção para a necessidade de desenvolver programas de formação dedicados a todos os profissionais que participam do atendimento desse público.⁵⁹

A educação em saúde (ES) com o foco voltado à formação de profissionais também apresenta resultados positivos, como é o caso de um estudo realizado em 2001 em seis unidades de Pronto Atendimento da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Após uma capacitação no próprio local de trabalho, observou-se uma mudança no perfil de prescrição dos médicos, acarretando redução de 50% da prescrição de nebulização com oxigenoterapia e a elevação de 300% da aerossolterapia. Dessa forma, constatou-se que a capacitação impulsionou uma mudança no processo de trabalho desses profissionais.¹⁵

Uma abordagem mais detalhada da ES será retomada posteriormente, no capítulo III.

2.4 – O Papel do Farmacêutico ao longo do século XX

Em um dos artigos⁹⁰ mais referenciados nos últimos anos sobre as mudanças na profissão farmacêutica, os autores apresentam três períodos importantes vividos pela farmácia no século XX. No início daquele século, o papel social dos boticários estava ligado ao preparo e venda de medicamentos; sua função era procurar, preparar e avaliar produtos medicinais. Sua principal obrigação era garantir que os

medicamentos fossem vendidos puros, sem adulteração e preparados “*sucundum arte*”. Como obrigação secundária, deveriam proporcionar informações adequadas aos clientes que solicitavam a prescrição de medicamentos. Esse papel tradicional dos boticários começou a desaparecer à medida que a preparação dos medicamentos foi sendo gradualmente realizada pelas indústrias farmacêuticas e a prescrição dos medicamentos passou a ser feita pelos médicos. Esses fatores somente contribuíram para que os farmacêuticos passassem a ter um papel muito limitado na sociedade, ou seja, um mero dispensador de medicamentos pré-fabricados.⁹⁰⁻⁹³

Em meados dos anos 60, nasce a prática da farmácia clínica*, período considerado como de transição visto que os farmacêuticos começam a buscar uma auto-realização e desenvolvimento de seu potencial profissional, devido à insatisfação com a forma de atuar decorrente do desenvolvimento industrial.^{90,91} Aquele foi um tempo de rápida expansão de funções, guiado por pioneiros individualistas, apaixonados pela profissão e insatisfeitos com seu reduzido papel social. Iniciava-se nesse período um aumento de publicações de artigos com exemplos de novas funções assumidas pelos farmacêuticos. Na verdade, porém, as práticas da farmácia clínica colocavam o medicamento em primeiro plano, buscando-se o controle do uso dos mesmos. Os farmacêuticos forneciam serviços e conhecimentos sobre os medicamentos aos médicos para auxiliá-los na tomada de decisão relativa à farmacoterapia. Essa fase foi considerada por alguns autores como período introspectivo de transição, em que a farmácia buscava uma identidade e legitimidade profissional e as funções clínicas foram introduzidas lentamente na profissão, sobretudo no ambiente hospitalar.^{90,91}

Atualmente a farmácia apresenta uma grande variedade de propostas e facções para a atuação dos farmacêuticos, defendidas por diferentes grupos que se ancoram em uma base comum: “buscar um papel para essa profissão”. Nesse período, contudo, uma variedade muito grande de funções tem sido exercida e muitos obstáculos necessitam ser transpostos.^{93,95-97} Somado a tudo isso, discute-se que a

* “Uma prática que aprimora a habilidade do médico para tomar decisões apropriadas sobre os medicamentos. Ao médico cabe a responsabilidade pelos resultados da farmacoterapia e ao farmacêutico proporcionar serviços de suporte adequados e conhecimentos especializados sobre o uso do medicamento.” Holland e Nimmo (1999) apud Lyra (2005, p.21)⁹⁴

prática deve estar orientada a contribuir para reduzir a morbimortalidade relacionada com os medicamentos, que é responsável por elevados custos humanos e econômicos e considerada como grande problema de saúde pública.^{90,91,98-102} Muitos autores têm chamado a atenção para a necessidade de uma atuação diferenciada dos farmacêuticos porque muitos dos problemas são em grande parte passíveis de prevenção.¹⁰²⁻¹⁰⁴

A partir da década de 90, a Atenção Farmacêutica (AtenFar) tem sido considerada como a prática mais adequada para otimizar os resultados da farmacoterapia, de forma a satisfazer a necessidade social relacionada a morbimortalidade causada pelos medicamentos.^{90,102} O conceito mais difundido dessa nova prática de cuidado ao paciente foi o proposto por Hepler e Strand, que consideram a AtenFar como “[a] provisão responsável da farmacoterapia com o propósito de obter resultados definidos que melhorem a qualidade de vida dos pacientes”.^{90,105} Essa prática se difere profundamente das anteriores, principalmente por ter como perspectiva atender às necessidades dos usuários respeitando a individualidade de cada um.

Em 1998, Strand, em colaboração com outros autores, alterou o conceito inicial de AtenFar e propôs que se tratasse da “prática na qual o profissional responsabiliza-se pelas necessidades relacionadas a medicamentos do paciente e responde por esse compromisso”⁹⁸ A OMS reconheceu o conceito proposto por Hepler e Strand (1990) e considerou que ele deveria ser estendido também à atuação do farmacêutico na prevenção de doenças e promoção da saúde. Dessa forma, em 1993, a OMS, por meio do Informe de Tóquio, apresentou sua proposta de definição de AtenFar.¹⁰⁵⁻¹⁰⁷ Em 2002, foi publicado o Consenso Brasileiro de AtenFar, iniciativa que envolveu diversas entidades e profissionais, que construíram de forma coletiva uma proposta de conceito a ser adotada no país.¹⁰⁷

Essa prática tem sido reconhecida pelos farmacêuticos como a possibilidade de resgate profissional e como a nova missão profissional.^{102,109} Desde que surgiu, na literatura, a definição de “*pharmaceutical care*”, numerosos estudos têm sido publicados e diversos métodos para operacionalizar este conceito teórico têm sido propostos.¹¹⁰ Estas estratégias visam um acompanhamento do paciente pelo farmacêutico que, por meio de entrevistas, obtém dados necessários à tomada de

decisão para resolver e prevenir possíveis problemas relacionados com medicamentos (PRM)[†].

Dentre as diversas propostas de métodos de AtenFar que aparecem na literatura, optou-se por referir-se aqui a algumas, como: **1)** o método PWDT (*Pharmacist's Workup of Drug Therapy*), **2)** o método TOM "*Therapeutics Outcomes Monitoring*", traduzido para o português como Monitoramento do Resultado Terapêutico e **3)** o método Dáder, empregado para acompanhamento de pacientes, proposto em 1999 pelo Grupo de Investigação em AtenFar da Universidade de Granada.^{105,111}

Os resultados da aplicação desses métodos têm se mostrado claramente positivos e encorajadores, independente se o método utilizado envolve uma abordagem integral do paciente ou se está associada a uma doença específica.¹¹²⁻¹¹⁶ No Brasil, a prática da AtenFar é ainda incipiente, porém estudos para sua compreensão e avaliação começam a ser realizados no país.^{41,94,117-120}

As primeiras avaliações dos maiores bancos de dados contendo informações de pacientes acompanhados em farmácias comunitárias estimaram a ocorrência de PRM em 40 a 54%, dependendo da metodologia utilizada.^{112,113}

Em 1994, o Europharm Forum, entidade de cooperação entre a OMS e diversas organizações profissionais de diferentes países europeus, fundou a "Pharmaceutical Care Network Europe" com o propósito de implantar e desenvolver a prática da AtenFar na Europa, por intermédio da realização de projetos multicêntricos.⁹⁴ Atualmente são seis projetos direcionados às farmácias comunitárias, que procuram envolver os farmacêuticos em esforços da OMS para melhorar o cuidado aos usuários especialmente aos com doenças crônicas.¹²² Eles são baseados nos princípios de promoção de saúde e prevenção de doenças¹²² e seu objetivo é desenvolver modelos e ferramentas práticas a serem utilizados pelos farmacêuticos em farmácias a fim de melhorar o desempenho desses profissionais.¹²² Dentro dessa perspectiva, em 1998, foi publicado pelo Forum Europeu um projeto que

[†] "os PRM são problemas de saúde, entendidos como resultados clínicos negativos, derivados do tratamento farmacológico, que, produzidos por diversas causas, têm como consequência o não alcance do objetivo terapêutico desejado ou o surgimento de efeitos indesejáveis." COMITE DE CONSENSO (2002, p. 183)¹²¹

estabeleceu estratégias e padronizações para a atuação dos farmacêuticos junto às pessoas com asma, propondo três níveis de fornecimento de serviços na farmácia: **1)** orientações sobre a doença e o tratamento, além da identificação de sinais de descontrole da doença; **2)** aconselhamento ao paciente e seus cuidadores orientado para os resultados de Peak Flow e registros em diário de auto-cuidados; **3)** aplicação do método TOM de acompanhamento farmacoterapêutico, em algumas farmácias selecionadas.¹²³

No final de 1999, foi criado o Fórum Farmacêutico das Américas baseado no modelo do Fórum Europeu e que faz parte do programa de trabalho da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Entre suas finalidades encontra-se o fortalecimento da prática farmacêutica na região, por meio da promoção e coordenação de atividades e projetos que buscam envolver o farmacêutico nas políticas de saúde pública dos países.^{124,125}

Recentemente, diversos estudos sobre o impacto da atuação do farmacêutico junto às pessoas com asma em todas suas vertentes; desde a Educação em Saúde ao acompanhamento farmacoterapêutico, têm sido realizados. Esses concluem que os farmacêuticos podem contribuir para o aumento de conhecimentos, desenvolvimento de habilidades no manejo dos dispositivos inalatórios, melhora de resultados em saúde e de qualidade de vida dos indivíduos com asma.^{61-64,68-83,72,78,80,83,116,126,127}

O método TOM, proposto por Heppler, foi testado na Europa usando a asma como piloto e obteve resultados importantes nos cuidados relacionados à doença, como será apresentado a seguir. Um estudo prospectivo, controlado e multicêntrico foi desenvolvido para avaliar o efeito do método TOM. Foram envolvidas 31 farmácias e 500 pacientes com asma com idade entre 16 a 60 anos, distribuídos entre o grupo controle e de intervenção. Efeitos benéficos foram demonstrados para o controle de sintomas da asma, conhecimentos sobre a doença e os medicamentos e a qualidade de vida. Os resultados demonstraram que o TOM, realizado por farmacêuticos comunitários, é uma estratégia para melhorar a qualidade do tratamento dos pacientes com asma no nível primário.^{14,68} Dando prosseguimento ao estudo, os autores descreveram o uso de medicamentos antiasmáticos entre os pacientes estudados e avaliaram se o TOM estava associado à melhoria na

qualidade da terapêutica farmacológica. Para os pacientes acompanhados pelo TOM, houve redução de 12% do consumo de agonistas Beta2-adrenérgicos entre os períodos um e três avaliados, enquanto que para o grupo controle a redução foi apenas de 1%. Em relação aos corticosteróides inalatórios observou-se um aumento significativamente maior do consumo para os grupos submetidos ao TOM, para os quais o tratamento foi mais coerente com as diretrizes do consenso. O estudo sugere que médicos, farmacêuticos e pacientes, trabalhando em conjunto, podem melhorar a prescrição, resolver problemas da farmacoterapia e melhorar o controle de pacientes com asma moderada a grave.^{14,69}

Foi realizado na Espanha um estudo de intervenção comunitária, com desenho quase-experimental multicêntrico controlado, que tinha como objetivo avaliar se um serviço de AtenFar melhoraria os resultados em saúde de pacientes com asma. Desse estudo participaram 96 pacientes como grupo de intervenção e 69 como grupo controle, todos recrutados em 37 farmácias. Os pacientes do grupo intervenção encontravam-se regularmente com os farmacêuticos, que atuavam como educadores visando ao uso correto dos medicamentos. Quando identificavam algum PRM, estes propunham uma solução para a resolução do mesmo. No grupo controle, os farmacêuticos prestavam informações somente quando estas eram solicitadas pelos pacientes. Observou-se uma melhora estatisticamente significativa no grupo intervenção, nas medidas de qualidade de vida e nos sinais de baixo controle da asma. Assim, foi demonstrado que o serviço de AtenFar avaliado promoveu um efeito benéfico sobre a qualidade de vida relacionada com a saúde dos pacientes com asma e sobre os sinais de baixo controle dessa doença.⁶⁰

Um estudo randomizado realizado em Columbia Britânica (Canadá) comparou os resultados de um atendimento convencional dos farmacêuticos com outro que possibilitava aos profissionais intervenções (IF) específicas no caso da asma. Verificou-se nesse estudo que a IF contribuiu para a mudança de comportamento dos pacientes na medida em que os ajudou a assumir sua doença. Nesse grupo, observou-se um aumento nos resultados de pico de fluxo, uma melhora nos sintomas, nos conhecimentos sobre a doença e tratamento e na qualidade de vida, além de uma redução na dose de beta agonistas. Ocorreu uma redução significativa no número de visitas a urgências, nas consultas médicas e em perdas de dias de

trabalho ou escola. Os autores concluíram que farmacêuticos treinados podem contribuir para melhorar significativamente os resultados clínicos, humanísticos e econômicos dos pacientes.⁷⁰

Em 1997 foi conduzido um estudo por Betsy *et al.* dirigido a pacientes que usavam mais de quatro agonistas Beta-2-adrenérgicos de ação curta e dois de ação longa ao ano, inscritos em um seguro de saúde entre janeiro e fevereiro de 1995. Após a intervenção, o custo com agonistas Beta-2-adrenérgicos e todos os medicamentos antiasmáticos diminuiu significativamente para o grupo envolvendo médicos e farmacêuticos, ao contrário dos grupos acompanhados somente por médicos. O autor concluiu que a participação do farmacêutico pode contribuir para o melhor controle dos pacientes com asma.^{14,128}

Uma recente publicação na Revista “Respirology” (2004)¹²⁹ avaliou de forma positiva a possibilidade de uma atuação compartilhada entre farmacêuticos e médicos em uma região rural da Austrália. Ali, depois de treinados, os farmacêuticos mostraram-se aptos a realizar testes de espirometria em uma região onde muitas vezes são escassos profissionais especializados.¹²⁹

Em uma revisão sistemática sobre os efeitos dos novos papéis assumidos pelo farmacêutico, o autor chama a atenção para a importância dos profissionais continuarem avaliando essas novas atuações por meio de pesquisas rigorosas, para se conseguir demonstrar à sociedade os reais benefícios de suas ações.¹³⁰

2.5 – A prática farmacêutica no Brasil

2.5.1. A farmácia como principal cenário

Um documento da OMS, que analisa o papel dos farmacêuticos no Sistema de Atenção à Saúde, classifica as farmácias em comunitárias e hospitalares.¹³¹ No Brasil, as farmácias comunitárias são identificadas como simplesmente farmácias ou drogarias.

Na maioria dos países europeus, cerca de 60% dos farmacêuticos estão empregados em farmácias comunitárias.¹³² Dados brasileiros disponibilizados pelo Conselho Federal de Farmácia (CFF) apontam a dimensão do mercado de trabalho dos 90.598 farmacêuticos inscritos nos Conselhos Regionais de Farmácia. Desses, a maioria encontra-se trabalhando nas 65.594 farmácias e drogarias distribuídas em nosso país.¹³³ Esses estabelecimentos são os ambientes que mais empregam tais profissionais, como pode ser verificado na tabela 1, a seguir:

Tabela 1: Número de farmacêuticos distribuídos segundo local de trabalho, no Brasil¹³³

MERCADO DE TRABALHO NO BRASIL	Nº
Farmacêuticos inscritos	90.598
Farmácias e drogarias de leigos	47.385
Farmácias e drogarias de farmacêuticos	12.996
Farmácias de manipulação	4.322
Farmácias hospitalares	4.881
Farmácias homeopáticas	891
Laboratórios de análises clínicas	7.349
Indústrias farmacêuticas	719
Distribuidoras	3.935

Fonte: Conselho Federal de Farmácia 2004

No Estado de Minas Gerais (MG), identificou-se em uma pesquisa do Sindicato dos farmacêuticos que 55,2% dos profissionais mineiros trabalham em drogarias.¹³⁴ Esse estudo ainda apontou que para a região metropolitana de Belo Horizonte esse percentual é de 44,7%.¹³⁴

As farmácias são locais onde os medicamentos são comercializados ou distribuídos gratuitamente, quando públicas. O setor privado é o responsável por 76% do fornecimento direto de medicamentos à população brasileira (Ministério da Fazenda, 2004 apud Naves).¹³⁵ O mercado bilionário que movimenta a indústria farmacêutica aponta-nos que, em 2003, segundo dados da FEBRAFARMA (Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica), o volume de vendas da indústria farmacêutica foi de cerca de 17 bilhões de reais e 1,49 bilhão de unidades vendidas no Brasil. Em 2004, observou-se crescimento e a indústria alcançou 1,65 bilhão de unidades e faturamento de R\$ 19, 8 bilhões.¹³⁶

A seguir serão apresentados alguns dos arcabouços legais que regulam o funcionamento das farmácias no Brasil bem como o exercício profissional dos farmacêuticos.

As leis federais 5.991/73¹³⁷ e 6.360/76¹³⁸ e seus decretos-lei correspondentes 74.170/74¹³⁹ e 79.094/77¹⁴⁰, os mais importantes na regulação do setor, contribuíram para que a prática farmacêutica se configurasse como a prática do comércio de drogas, descaracterizando o papel de unidade sanitária que a farmácia poderia ocupar no Brasil.¹¹⁸ Na lei 5.991/73 pode-se observar os seguintes conceitos para farmácia e drogaria:¹³⁷

“X – Farmácia – estabelecimento de manipulação de fórmulas magistrais e oficinais, de comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, compreendendo o de dispensação e o de atendimento privativo de unidade hospitalar ou de qualquer outra equivalente de assistência médica.

XI – Drogaria – estabelecimento de dispensação e comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos em suas embalagens originais”
BRASIL (1973, p.1)¹³⁷

A Lei 8080/1990, um dos marcos legais da reforma sanitária brasileira, regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde. As farmácias privadas enquadram-se nesta legislação como “*serviço privado de assistência a saúde*” e “*caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais legalmente habilitados e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde*”. Infelizmente, no cenário nacional predominam os aspectos comerciais nesses estabelecimentos, sem nenhuma integração com o SUS.¹⁴¹

Em 1997, em busca de avanços na definição dos diferentes campos de atuação profissional e de qualificação do setor, o CFF publicou a Resolução 308, que dispõe sobre a assistência farmacêutica em farmácias e drogarias (CFF 1997).^{118,142} O artigo representado a seguir, desta resolução, conceitua Assistência Farmacêutica e pode-se considerar que traz avanços importantes sobre a atuação dos farmacêuticos.¹¹⁸

*“Artigo 1º – compreende-se por assistência farmacêutica, para fins desta resolução, o conjunto de ações e serviços com vistas a assegurar a assistência farmacêutica integral, a promoção e recuperação da saúde, nos estabelecimentos públicos e privados que desempenham atividades de projeto, pesquisa, manipulação, produção, conservação, dispensação, distribuição, garantia e controle de qualidade, vigilância sanitária e epidemiológica de medicamentos e produtos farmacêuticos”*CFF (1997, p. 1)¹⁴²

Outras passagens dessa resolução reconhecem um novo papel para as farmácias e as drogarias no Brasil e inauguram um debate em torno de novas práticas

farmacêuticas que têm sido reforçadas desde então. Entre estas passagens está o reconhecimento da farmácia como unidade de saúde pública, o reconhecimento de que deve haver espaços reservados para o diálogo com os pacientes (consulta farmacêutica), que é preciso criar e manter fichas farmacoterapêuticas de pacientes e, sobretudo, que é preciso “*elaborar manuais de procedimentos, buscando normatizar e operacionalizar o funcionamento do estabelecimento, criando padrões técnicos e sanitários de acordo com a legislação.*”¹¹⁸

Dois anos depois desta publicação, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou a Resolução 328/99, estabelecendo, no âmbito do Aparelho de Estado, o primeiro instrumento nacional que trata de boas práticas em farmácia, apresentando os requisitos exigidos para a dispensação de produtos de interesse à saúde em farmácias e drogarias.^{118,143} Por um lado, o regulamento foi o primeiro a explicitar de forma objetiva a necessidade de que as farmácias e drogarias mantenham “*infra-estrutura física, equipamentos, recursos humanos e procedimentos que atendam às boas práticas em farmácia.*”¹¹⁸ Nele, aparecem como atribuições dos farmacêuticos:

“f) participar de estudos de farmacovigilância com base em análise de reações adversas e interações medicamentosas, informando a autoridade sanitária local;

...

j) prestar assistência farmacêutica necessária ao consumidor;

...

k) promover treinamento inicial e contínuo dos funcionários para a adequação da execução de suas atividades.”BRASIL (1973, s/p)¹⁴³

Em 2001, o CFF, em conformidade com as recomendações internacionais, publicou a Resolução 357/01, que aprova o Regulamento Técnico das Boas Práticas de Farmácia para o Brasil.^{92,144} Nesse regulamento estão os maiores avanços no que diz respeito à redefinição da farmácia e da atividade farmacêutica como ação de saúde.¹¹⁸ Alguns dos numerosos tópicos presentes na resolução merecem destaque em relação à atuação dos farmacêuticos, dentre eles:

“Artigo 2º - Promover ações de informação e educação sanitária”

“Artigo 27º...notificar a ocorrência de reações adversas, de interações medicamentosas e qualquer desvio de qualidade e(ou) irregularidade [relacionado] a medicamentos e produtos dispensados no estabelecimento, às autoridades competentes, por meio de ficha apropriada”;

“Artigo 31º...deve explicar clara e detalhadamente ao paciente o benefício do tratamento, conferindo-se a sua perfeita compreensão ...”CFF (2001, s/p)¹⁴⁴

A resolução, que pioneiramente dispõe sobre a redefinição da prática profissional, apresenta algumas definições fundamentais para a compreensão da reorganização destes serviços, como as de assistência farmacêutica, AtenFar e farmácia^{92,118,144}

Segundo essa resolução farmácia é compreendida como:

“ estabelecimento de prestação de serviços farmacêuticos de interesse público e/ou privado, articulada ao Sistema Único de Saúde, destinada a prestar assistência farmacêutica e orientação sanitária individual ou coletiva, onde se processe a manipulação e/ou dispensação de produtos e correlatos com finalidade profilática, curativa, paliativa, estética ou para fins de diagnóstico.” CFF (2001, s/p)¹⁴⁴

A resolução dispõe também sobre os critérios para a avaliação da qualidade das prescrições, veta a dispensação de medicamentos em sistemas de auto-atendimento, autoriza a orientação farmacêutica e a dispensação de medicamentos livres de prescrição, a aplicação de injetáveis, a realização de pequenos curativos, a realização de nebulização, a verificação de temperatura e pressão e a determinação de parâmetros bioquímicos e fisiológicos.¹¹⁸

Com relação ao Código de Ética da Profissão Farmacêutica, publicado em 2004, é importante realçar o que diz o seu preâmbulo: *“o farmacêutico é um profissional da saúde, cumprindo-lhe executar todas as atividades inerentes ao âmbito profissional farmacêutico de modo a contribuir para a salvaguarda da saúde pública e, ainda, todas as ações de educação dirigidas à comunidade na promoção da saúde”*. Como decorrência dessa premissa maior, no Código de Ética destacam-se também:⁹²

“Artigo 2º – O farmacêutico atuará sempre com o maior respeito à vida humana, ao meio ambiente e à liberdade de consciência nas situações de conflito entre a ciência e os direitos fundamentais do homem.”

“Artigo 5º – Para que possa exercer a profissão farmacêutica com honra e dignidade, o farmacêutico deve dispor de boas condições de trabalho e receber justa remuneração por seu desempenho.”

“Artigo 7º - O farmacêutico deve manter atualizados os seus conhecimentos técnicos e científicos para aperfeiçoar, de forma contínua, o desempenho de sua atividade profissional.”

“Artigo. 8º - A profissão farmacêutica, em qualquer circunstância ou de qualquer forma, não pode ser exercida exclusivamente com objetivo comercial.”

“Artigo. 9º - Em seu trabalho, o farmacêutico não pode se deixar explorar por terceiros, seja com objetivo de lucro, seja com finalidade política ou religiosa.” CFF (2005, p. 4 e 5)¹⁴⁴

As mudanças observadas nas legislações brasileiras estão em consonância com as recomendações do cenário internacional, direcionadas a divulgar a necessidade de

um novo papel do farmacêutico no Sistema de Atenção à Saúde, dentre elas os Informes das Reuniões da OMS de Nova Delhi (1988)¹³¹, de Tóquio (1993)¹³², de Vancouver (1997)¹⁴⁵ e de Haia (1998)¹⁴⁶. Na reunião de 1993, a Federação Internacional dos Farmacêuticos declarou a importância do desenvolvimento e da utilização de padrões de qualidade para os serviços farmacêuticos.¹¹⁸ Nesse mesmo encontro em Tóquio, produziu-se o documento “Boas práticas em farmácias hospitalares e comunitárias” (OMS 1995), que enfatiza a importância do papel do farmacêutico na reorganização dos serviços de saúde, apontando os eixos principais das boas práticas.¹⁴⁷

“A missão da prática farmacêutica é prover medicamentos e outros produtos e serviços relacionados a atenção à saúde e ajudar aos indivíduos e a sociedade a utilizá-los da melhor maneira possível. Um serviço farmacêutico amplo compreende atividades que visem garantir uma boa saúde e prevenção de doenças na população...” OMS (1995, p.19)¹⁴⁷

O documento ainda considera que, para uma boa prática de farmácia, requer-se:

“a) que o farmacêutico tenha como sua primeira preocupação o bem estar do paciente, em todas as circunstâncias.

b) que a essência da prática farmacêutica seja o fornecimento de medicamentos e de outros produtos para a atenção à saúde, a informação e o apoio adequado aos pacientes e a observação dos efeitos de seu uso.

c) que uma parte fundamental do papel do farmacêutico seja a promoção da prescrição racional e do uso correto dos medicamentos.

d) que o objetivo de cada etapa dos serviços farmacêuticos seja relevante para os indivíduos, esteja claramente definida e eficazmente comunicado a todos os interessados neste processo.” OMS (1995, p.19)¹⁴⁷

Apesar dos avanços iniciados nos últimos anos na legislação brasileira, torna-se necessária, em nosso contexto, uma maior expansão das farmácias como estabelecimentos de saúde que prestem serviços de qualidade à comunidade na perspectiva da atenção primária à saúde. Essa integração da farmácia ao sistema permitiria fácil acesso dos usuários a um profissional de saúde; condições adequadas para participação em campanhas sanitárias (vacinação, p.ex.); redução de gastos com tratamentos por possibilitar intervenção primária e encaminhamento à assistência médica; e aumento na adesão à terapêutica farmacológica prescrita, com conseqüente melhora na qualidade de vida do usuário.^{92,106,135}

A literatura aponta que a morbidade relacionada com medicamentos pode ser influenciada por serviços farmacêuticos, justificando que a farmácia assumam um

compromisso de ajudar o paciente, que deve ser protegido de danos, a obter a terapia medicamentosa mais adequada possível. Os farmacêuticos, em colaboração com outros profissionais, devem assegurar que a terapia medicamentosa seja segura, efetiva e usada de forma adequada por cada paciente individualmente. Mudar o enfoque da farmácia de produtos e sistemas biológicos para um enfoque centrado no paciente exigirá mudanças filosóficas, organizacionais e funcionais; por outro lado, acredita-se que assim elevar-se-á a responsabilidade das farmácias e contribuir-se-á para sua inserção social.⁹⁰

2.5.2. Serviços prestados na farmácia

Diferentes serviços cognitivos[‡] em farmácia tem sido propostos, sendo a AtenFar entendida hoje como o processo de cuidado mais completo e efetivo para brindar o farmacêutico frente à elevada morbimortalidade associada aos medicamentos. Porém, alguns autores têm considerado lenta a sua implantação devido a numerosas barreiras associadas ao exercício dessa prática.^{95,97} Strand (2005), por exemplo, relatou, em uma conferência no Brasil, que após suas reflexões e experiências tem questionado se a farmácia seria o melhor local para o desenvolvimento AtenFar.

Atualmente, a principal atividade técnica exercida em uma farmácia no Brasil, seja ela pública ou privada, é a dispensação. Segundo um consenso Espanhol, essa é a atividade central do farmacêutico e corresponde à principal necessidade imediata do paciente.¹⁴⁸ Por outro lado, ela tem sido considerada como o serviço que mais tempo ocupa no cotidiano do farmacêutico.¹⁴⁹⁻¹⁵¹

A dispensação é uma atividade estabelecida na Resolução 328, de 22/07/99, aprovada pela ANVISA, que define responsabilidades e atribuições do profissional farmacêutico e do proprietário. Segundo o documento, o farmacêutico "é o

[‡] "servicios cognitivos del farmacéutico son aquellos servicios orientados al paciente y realizados por farmacéuticos que, exigiendo un conocimiento específico, tratan de mejorar bien el proceso de uso de los medicamentos o bien los resultados de la farmacoterapia." Gastelurrutia (2006, p.15)⁹⁷

responsável pela supervisão e dispensação, devendo possuir conhecimento científico e estar capacitado para a atividade".^{143,152}

Várias definições dessa prática têm sido descritas na literatura. Uma está presente na Resolução 357 do CFF e considera a dispensação como *“ato do farmacêutico de orientação e fornecimento ao usuário de medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, a título remunerado ou não*”.¹⁴⁴ Outra foi proposta por Arias (1999), segundo a qual dispensação é entendida como:

“ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um usuário, geralmente como resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional habilitado. Nesse ato, o farmacêutico informa e orienta o usuário 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” Arias (1999, p.74)¹⁵³

Fernández-Llimós apud Gastelurrutia (2004) considera a dispensação como uma prática focada em melhorar o processo de uso de medicamentos ou produtos sanitários por meio de serviços clínicos que acompanham a entrega do medicamento e dirigida não apenas ao paciente, mas também a seus cuidadores.¹⁴⁹

Diante do exposto, a dispensação não pode ser entendida simplesmente como a venda de medicamento, mas como um conjunto de atitudes e ações que incluem a entrega do medicamento.^{135,148,149} A má utilização de medicamentos por falta de informação pode representar um tratamento ineficaz e até nocivo.⁹²

A natureza do medicamento como produto potencialmente perigoso para a saúde exige uma constante avaliação dos riscos e benefícios. O risco não está associado apenas à composição química dos medicamentos, à sua dose ou ao modo de administração, mas, também, ao comportamento do usuário.¹⁴⁹

Portanto, é fundamental durante o processo da dispensação, além de entregar o medicamento em ótimas condições, educar o paciente sobre o processo de uso dos medicamentos e de medidas não-farmacológicas, com o objetivo de aumentar seus conhecimentos, desenvolver habilidades e torná-lo capaz de assumir seu tratamento. Para isso, o farmacêutico necessitará de fontes de informações confiáveis, desenvolver raciocínio clínico e habilidades de comunicação.

Uma adequada dispensação possibilita a prevenção de erros de medicação[§] e de PRM.¹⁴⁹ Estudos têm demonstrado que 83% dos erros podem ser descobertos durante as entrevistas com os pacientes e corrigidas antes que eles deixem a farmácia.¹⁵⁴ Aqueles têm sido considerados importantes indicadores de qualidade do serviço prestado pela farmácia e podem evidenciar outros tipos de erros, como o de administração de medicamentos.¹⁵⁴

Um estudo recente realizado em 50 farmácias americanas registrou a ocorrência de 4 erros de dispensação por dia a cada 250 prescrições atendidas, sendo que 6,5% dos erros identificados apresentavam importante significância clínica. A partir desses resultados foi estimado que anualmente 51,5 milhões de erros de dispensação ocorrem durante o atendimento de 3 bilhões de prescrições, podendo atingir 3,3 milhões de erros com significância clínica.¹⁵⁴ Muitas são as causas e os fatores que influenciam e possibilitam a ocorrência de erros de dispensação, dentre elas a falta de conhecimentos e habilidades de comunicação dos farmacêuticos e o processo de trabalho fragmentado e sem padronização de procedimentos.¹⁵⁴ Uma das estratégias para a promoção de uma dispensação segura, como tentativa de minimizar os erros, seria a elaboração de manuais e desenvolvimento de programas de formação continuada para os profissionais, uma vez que a educação é uma grande aliada da prevenção de erros.^{135,149,154}

A legislação brasileira regulamenta dentre as atribuições do farmacêutico a de prestar orientação aos usuários.^{135,143,152} As informações mais demandadas pelos usuários sobre medicamentos, em uma farmácia, referem-se a posologia e indicação.¹⁵⁵ Questionam também sobre a doença que apresentam e sobre o funcionamento do sistema sanitário.¹⁵⁵

Fernández (2004)¹⁵⁵ descreveu em estudo realizado que muitos usuários buscam o farmacêutico apenas para serem orientados (13%), sendo que, destes, 49,8% não compram nada no momento em que recebem a orientação e 14,1% são encaminhados ao médico.¹⁵⁵ No estudo de Fernández (2004)¹⁵⁵, a procura direta do paciente por informação aconteceu em 75,9% das vezes, resultados próximos aos

[§] Erros de dispensação são definidos como a discrepância entre a ordem escrita na prescrição médica e o atendimento dessa ordem. Anacleto (2003, p.18)¹⁵⁴

de Barbero *et al*¹⁵⁶, em que o próprio paciente foi à farmácia em 71,4%, e o Evans *et al*¹⁵⁷, que compreendeu 69,3% dos casos. O tempo dedicado à orientação dos usuários tem sido considerado como um trabalho social e sanitário, visto que muitas vezes o farmacêutico não é remunerado por essas ações.¹⁵⁵

Diversas entidades têm estabelecido que as informações fornecidas devem estar de acordo com as necessidades individuais de cada usuário.^{144,158,159} Segundo a OMS (2006)¹⁵⁹, deve-se levar em conta os princípios da “*alfabetización en materia de salud*”. O “Institute of Medicine” (2004 apud OMS, 2006) considerou como “*alfabetización en materia de salud, las cuestiones culturales y la capacidad del paciente de comprender la información sobre su salud*”. Segundo a Alianza Internacional de Organizaciones de Pacientes apud OMS, 2006¹⁵⁹, essa expressão:

“comprende el grado de alfabetización de una persona, así como su nivel lingüístico, educativo y cultural y su disposición para recibir información sobre salud por medios orales, escritos o pictóricos. Un grado bajo de alfabetización en materia de salud limita la capacidad de la persona para tomar decisiones informadas sobre su salud y puede hacer que el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad resulten ineficaces.” OMS (2006, p. 9)¹⁵⁹

2.6 - Formação universitária e continuada dos farmacêuticos

Desde a primeira revolução industrial em meados do século XVIII na Inglaterra até o atual momento histórico, a humanidade entrou num vertiginoso processo de aceleração histórico-tecnológico e científico, caracterizado por numerosas transformações. Dentre elas, podem-se destacar as mudanças nas relações internacionais, as novas tecnologias, a complexificação das estruturas e das relações sociais, além do aumento dos indicadores de desigualdades e exclusão sociais.^{160,161,162} Essas contínuas e crescentes transformações não permitem mais a estagnação das instituições e dos profissionais de saúde.

A grande produção científica tem sido acompanhada por uma fragmentação

crescente número de novos medicamentos e tecnologias em saúde que não têm produzido grandes avanços na qualidade de vida das pessoas.

Portanto, a participação dos farmacêuticos hoje na sociedade exige um número mais elevado e complexo de capacidades, tanto pessoais como profissionais. Dessa forma, novos conceitos, novas posturas e visão clínico-humanística são necessários para atender as atuais necessidades de saúde da população.^{90,93,94,102,132,163}

A formação do farmacêutico varia muito de um país a outro.⁹⁵ No Brasil, os principais campos de atuação são as indústrias farmacêuticas e de alimentos, farmácias comunitárias e hospitalares. Além disso, outros âmbitos não apenas de sua competência exclusiva, como análises clínicas, alimentos, controle de qualidade, vigilância sanitária, dentre outros, também são desenvolvidas em nosso país. Vale ressaltar que, para o desenvolvimento de competências para atuar nessas diferentes áreas, o período de formação acadêmica requer um tempo de cerca de 5 anos.¹³²

Com a abertura econômica e a perda do papel social dos farmacêuticos, a segunda metade do século passado foi marcada por uma mudança significativa no perfil do mercado de trabalho dos farmacêuticos, que estavam muito direcionados às áreas de análises clínicas e toxicológicas. Isso contribuiu para que naquele período os cursos estivessem orientados nesse sentido.¹⁶⁴ Atualmente são poucas as escolas no país que mantêm uma formação acadêmica orientada à área de alimentos.¹⁶⁴ Na formação para a área de medicamentos, destaca-se o enfoque para a gestão e produção.^{93,164}

Diversos fóruns de discussão do currículo de farmácia têm apontado a dificuldade de se conjugar os aspectos relacionados à formação geral às competências específicas, dado que há três orientações profissionais bastante definidas e distintas – medicamentos, análises clínicas e toxicológicas e alimentos. Na área de medicamentos, verificaram-se nos últimos anos duas principais vertentes: a tecnologia farmacêutica, que envolve a pesquisa, o desenvolvimento, a produção e o controle de qualidade de fármacos e medicamentos, e a assistência farmacêutica, que envolve componentes de gestão e de prestação de serviços aos usuários.¹⁶⁴

Diferentemente das demais profissões da saúde, há diversas compreensões quanto ao objeto da atuação e, conseqüentemente, da formação do farmacêutico, dado que existem interfaces entre a área da saúde e a área tecnológica e também entre a saúde e o “comércio”. A integralidade das ações convive com a integração do indivíduo profissional e do indivíduo a ser atendido.¹⁶⁴

A OMS reconhece a necessidade de se impulsionar a prática farmacêutica como um serviço único e integrado ao da equipe de saúde, sendo o paciente o principal beneficiário das ações desse profissional.^{118,132} A sociedade atual vem demandando dos farmacêuticos as seguintes responsabilidades relacionadas aos medicamentos: **1)** assegurar a qualidade dos medicamentos dispensados e dos produtos e serviços farmacêuticos, **2)** oferecer ao público informação sobre os medicamentos, **3)** assessorar tecnicamente os médicos e demais profissionais de saúde e **4)** promover o conceito e a AtenFar como uma forma de garantir o uso racional dos medicamentos e a participação ativa na prevenção das doenças e promoção da saúde.¹³²

No informe da reunião de Tóquio, em 1993, uma das recomendações estava direcionada aos meios para permitir a formação e a capacitação dos farmacêuticos visando habilitá-los para assumir com responsabilidade funções direcionadas a atender às necessidades dos usuários.¹¹⁸ Valorizou-se também, nesse documento, a necessidade do processo de educativo ser continuado e da utilização de fontes de informação idôneas.⁹²

O relatório do grupo consultivo da OMS “Preparando o Farmacêutico do Futuro”(1997), ao analisar a necessidade de serviços farmacêuticos nos sistemas de saúde, em termos mundiais, identificou papéis considerados essenciais, expressos como o “farmacêutico sete estrelas”, dentre eles: **1)** provedor de cuidados; **2)** ser capaz de tomar decisões; **3)** comunicador; **4)** líder; **5)** gerente; **6)** aprendiz permanente e **7)** educador.⁹² De acordo com o relatório, os *farmacêuticos devem possuir conhecimentos, atitudes, habilidades e comportamentos específicos* para o desempenho efetivo destes papéis. As teorias educacionais correntes enfatizam a necessidade de se direcionar a atenção na aprendizagem e não apenas no ensino para atingir estes objetivos. Também é enfatizada a necessidade de desenvolver

habilidades de resolução de problemas e de pensamento crítico.⁹² Dentro da formação básica seria necessário que se introduzissem conhecimentos das ciências sociais e do comportamento.^{132, 163}

No documento da reunião de Nova Delhi, foi sugerido que a formação do farmacêutico deva ser um processo capaz de criar vínculo entre os conhecimentos acadêmicos e a prática profissional.¹³¹ Discutiu-se também a necessidade de se adquirir conhecimentos acadêmicos que sirvam de alicerce para a educação contínua e autônoma do profissional farmacêutico, a fim de que ele esteja atualizado com respeito aos avanços tecnológicos e, conseqüentemente, preste serviços de qualidade à comunidade.

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia apontam que a formação do farmacêutico deva ser “generalista, humanista, crítica e reflexiva”, tendo como atribuições principais a prevenção de doenças, a promoção, a proteção e a recuperação da saúde humana.^{118,165}

Os aspectos apresentados anteriormente estão de acordo com as recentes recomendações da OMS (2005) para o desenvolvimento de profissionais de saúde para o século XXI.¹⁵⁹ Nesse documento, a OMS considera fundamental que os programas de formação acompanhem o novo perfil epidemiológico mundial e direcionem sua atenção aos problemas crônicos de saúde. Considera também que os profissionais de saúde estão entre os fatores mais importantes que afetam a qualidade e eficácia do sistema de atenção à saúde. Alerta que novas qualificações/competências e recursos são necessários para satisfazer as necessidades das pessoas que terão conviver, por longos períodos, com uma enfermidade.¹⁵⁹ Finalmente, considera como qualificações/competências:

*“Llamamos cualificaciones a las aptitudes, capacidades, conocimientos, comportamientos y actitudes que son imprescindibles para lograr los resultados deseados y, por consiguiente, para el desempeño eficaz del trabajo. Las cualificaciones contribuyen a definir mejor cualquier trabajo, señalando qué se hace y cómo.” OMS (2006, p.16).*¹⁵⁹

Nesse documento ainda são apontadas cinco qualificações básicas necessárias a todos os profissionais de saúde, dentre eles os farmacêuticos, que atendem pessoas com doenças crônicas. Em primeiro lugar, a atenção prestada pelos profissionais

deve estar centrada no paciente, buscando satisfazer suas necessidades, ou seja, *“intenta ponerse en el lugar del enfermo y ver la enfermedad a través de sus ojos”*. Acrescenta-se que, dessa forma, eles *“dejan de ser receptores pasivos de la atención para convertirse en responsables activos de la toma de decisiones.”* Em segundo lugar, os provedores de cuidados devem contar com a colaboração de outros, envolvidos no processo de cuidado, para melhorar os resultados do tratamento dos enfermos crônicos. Não apenas do paciente, mas dos familiares, de outros profissionais e também das comunidades. Uma prática de atenção isolada não é adequada para obter resultados positivos no tratamento dos problemas crônicos. Em terceiro lugar, os profissionais devem contar com conhecimentos precisos para garantir uma melhora contínua da qualidade em termos da segurança do enfermo e da eficiência na prestação dos serviços. Em quarto lugar, os profissionais devem desenvolver capacidade de utilizar a tecnologia da informação e comunicação disponível. Por último, os profissionais devem ser capazes de perceber a atenção de saúde numa perspectiva ampla de saúde pública, o que lhes permitirá compreender como se integra sua responsabilidade e obrigação no sistema de atenção à saúde.¹⁵⁹

No caso específico da asma, a busca por uma melhor qualidade nos serviços prestados às pessoas com essa doença tem estimulado o desenvolvimento de diversas iniciativas de educação em saúde dirigidas aos profissionais que trabalham com esses pacientes.^{166,167} Essa alternativa tem sido mundialmente recomendada e demonstra resultados positivos no caso da asma. Entretanto, poucos estudos têm sido dedicados à avaliação de conhecimento e habilidades dos farmacêuticos associadas ao manejo da asma.^{50,51} Desses, uns concentram-se em realizar diagnóstico de habilidades para o manuseio de dispositivos inalatórios^{49,50}, enquanto outros apresentam resultados de programas educativos^{36,51,76,168}. A literatura também aponta para a necessidade de se oferecer aos farmacêuticos programas de formação que visem torná-los mais pró-ativos no manejo de doenças crônicas.^{36,38,39,63,81,83,168-170} Segundo Blundell (2004), se esses profissionais não possuírem conhecimento adequado, dificilmente poderão transmitir informações aos pacientes.^{38,116,36} De acordo com um estudo americano, os farmacêuticos aumentaram conhecimentos e desenvolveram habilidades, em curto tempo, para o manuseio dos dispositivos inalatórios, tornando-se mais aptos para o manejo da

asma.³⁶ Em nosso país, são escassos os trabalhos desta natureza e não existe nenhuma iniciativa de programa de formação dedicado aos farmacêuticos relativo à aquisição de conhecimentos e habilidades para o manejo da asma.

Diante do panorama apresentado, fica claro que a asma representa hoje um importante problema de Saúde Pública, e que a farmácia, enquanto estabelecimento de saúde e cenário de atuação farmacêutica, apresenta um potencial na prestação de serviços de atenção primária ainda pouco explorado. Dessa forma, o desenvolvimento de **ações educativas** voltadas aos **farmacêuticos**, envolvendo os vários aspectos do uso dos medicamentos e da técnica inalatória, pode ser considerada importante estratégia para otimizar o uso dos mesmos e contribuir para o sucesso do tratamento. Portanto, na perspectiva da ES, desenvolveu-se e avaliou-se um programa educativo relativo à asma para farmacêuticos que trabalham em uma rede de farmácias da capital mineira.

III. EDUCAÇÃO EM SAÚDE:

Abordagem e Conceitos

3.1 – A Educação em Saúde: Abordagem escolhida

No início do século XX, a Educação em Saúde (ES) teve, no Brasil, seu desenvolvimento associado às campanhas de controle das grandes endemias infecto-parasitárias, orientada por uma pedagogia higienista e uma prática vertical. A partir do final da década de 50, acompanhando o advento de novas teorias e estratégias de Educação em Saúde no mundo, o Brasil inicia também um movimento de transformação na área.^{171,172} Esse movimento nacional tem a liderança de educadores comprometidos com a participação da população, como Hortênsia Hurlia de Hollanda. Observa-se, a partir dessa década, a valorização do desenvolvimento da comunidade e de habilidades pessoais, conforme estabelecido pelos documentos de diversas conferências da OMS sobre Promoção de Saúde, dentre elas a Declaração de Alma Ata (1978)¹⁷³, a Carta de Ottawa (1986)¹⁷⁴ e a Declaração de Jacarta (1997)¹⁷⁵. Portanto, a partir dos anos 60, tornou-se importante compartilhar com os profissionais esta nova dimensão e os novos métodos e técnicas empregadas na ação educativa de modo a adquirirem conhecimentos fundamentais alinhados com a perspectiva da participação comunitária e a consideração do saber popular.¹⁷⁶

De acordo com Schall (1996)¹⁷⁷, a trajetória da ES reflete um processo de transformação, permeado por limites e manipulação política de sua prática, o qual se faz presente na própria nomenclatura desta área, denominada na segunda metade do século XIX de “educação higiênica” (“hygiene education”), com ênfase nos determinantes biológicos da doença associada à revolução bacteriana. Passa a “educação sanitária” (“sanitary education”), nos anos 20, com o desenvolvimento da Saúde Pública, enfatizando processos de prevenção, mas ainda norteadas por uma orientação comportamentalista. Finalmente, transforma-se em “Educação em Saúde” (“health education”), já incorporando os aspectos sócio-econômico-culturais. Assim, a atual ES interpreta os processos de saúde e doença a partir de referenciais múltiplos e privilegia práticas participativas, considerando que educadores e população têm saberes complementares, sendo parceiros na luta por melhores condições de vida.

Como descrito anteriormente, a expressão resultante da combinação do termo educação com a palavra saúde é distinta, ao longo do tempo. Assim, é importante conhecer o significado atribuído à expressão Educação em Saúde. Candeias (1997), estudando as distintas características das definições de promoção da saúde e de ES, propõe a Educação em Saúde como sendo: “...*quaisquer combinações de experiências de aprendizagens delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde*”.¹⁷⁸ A autora enfatiza, na palavra *combinação*, a importância de combinar múltiplos determinantes do comportamento humano com múltiplas experiências de aprendizagem e de intervenções educativas. Com a palavra *delineada*, distingue o processo de educação de saúde de quaisquer outros processos que contenham experiências acidentais de aprendizagem, apresentando-o como uma atividade sistemática planejada. *Facilitar* significa predispor, possibilitar e reforçar. *Voluntariedade* significa sem coerção e com plena compreensão e aceitação dos objetivos educativos implícitos e explícitos nas ações desenvolvidas e recomendadas. *Ação* diz respeito a medidas comportamentais adotadas por uma pessoa, grupo ou comunidade para alcançar um efeito intencional sobre a própria saúde.¹⁷⁸

Schall e Struchiner (1999), ao apresentarem o primeiro número temático dedicado unicamente ao tema da ES em mais de 10 anos de existência do periódico Cadernos de Saúde Pública, sustentam que: “*A Educação em Saúde é um campo multifacetado, para o qual convergem diversas concepções, das áreas tanto da educação, quanto da saúde, as quais espelham diferentes compreensões do mundo, demarcadas por distintas posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade*”.¹⁷⁹

Para Morh (2002, apud Manderscheid, 1994: 85) “...*a educação para a saúde é o conjunto elaborado e coerente das intervenções sobre o sujeito e sobre o grupo que devem ajudar o sujeito a querer, poder e saber escolher e adotar, de maneira responsável, livre e esclarecida, atitudes e comportamentos*...”¹⁸⁰

A partir das idéias expostas até aqui, atribuo o emprego da expressão ES como sendo uma educação ampliada, que inclui políticas públicas, ambientes apropriados, reorientação dos serviços de saúde para além dos tratamentos clínicos e curativos,

assim como propostas pedagógicas libertadoras, comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, orientando-se para ações cuja essência está na melhoria da qualidade de vida.^{179,181}

Em relação ao conceito de saúde, primeiramente restrito à idéia de ausência de doença, este também foi sendo ampliado até alcançar uma definição integradora, como sugerida por Smith (apud Schall)^{172,181}. Este absorve, entre outros, o modelo clínico (saúde enquanto ausência de doença); o ecológico (saúde enquanto capacidade de se integrar adequadamente ao ambiente); o holístico, proposto pela Organização Mundial da Saúde (saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social) e ainda considera a auto-realização pessoal. Por meio das reflexões e experiências com a população, Schall retoma o conceito de Smith e inclui, como fundamental, o comprometimento com a igualdade social e com a preservação da natureza.¹⁷²

O conceito ampliado de saúde condiciona uma ES que contemple todos os aspectos nele incluídos, requerendo um programa abrangente, planejado para motivar as pessoas individual e coletivamente. Entretanto, diante dessa noção ampliada de saúde, observa-se, na realidade, que atualmente persistem diversos modelos de ES. Eles condicionam diferentes práticas, muitas das quais reducionistas, o que requer questionamentos e o alcance de perspectivas mais integradas e participativas.¹⁷⁹

Dentre os modelos teóricos existentes que fundamentam a prática de ES, cada um representa diferentes ações de intervenção, determinando uma orientação ora individual, ora de grupo ou comunitária. Dentre os vários modelos da ES, consideram-se os três amplos paradigmas propostos por French e Adams: (1) o modelo de mudança de comportamento, pelo qual a saúde é alcançada através de mudança de comportamento das pessoas; (2) o modelo de “empoderamento” (“empowering education model”), em que o alcance da saúde se dá pelo desenvolvimento da habilidade das pessoas de compreender e controlar seu estado de saúde dentro das circunstâncias possíveis do ambiente; (3) o modelo de ação social ou coletiva, pelo qual a saúde é alcançada por meio da mudança de fatores ambientais, sociais e econômicos gerados pela ação e envolvimento da comunidade.^{172, 182}

Definiu-se como modelo educativo norteador do programa a ser desenvolvido o de “empoderamento”.^{172,182-184} Este constitui-se no eixo central da Promoção da Saúde (PS) e encoraja o uso de aprendizagem participativa.¹⁸⁵ Sua proposta está de acordo com a orientação humanística da Educação, a qual tem como concepção central a idéia defendida por Carl Rogers de que “o homem é arquiteto de si mesmo”.¹⁷² Está também de acordo com as estratégias e ações estabelecidas na declaração de Alma Ata. Na verdade, o “empoderamento” corporifica a razão de ser da PS enquanto um processo que procura possibilitar que indivíduos e coletivos aumentem o controle sobre os determinantes da saúde para, desta maneira, terem uma melhor saúde.¹⁸³ A partir da década de 90 o “empoderamento” passa a ser utilizado em estratégias de ES.¹⁸³

Homans e Agletton definem o “empoderamento” como um processo pelo qual as pessoas desenvolvem habilidades, compreensão e consciência sobre uma dada questão, levando-as a agir baseadas em uma escolha racional, ultrapassando as motivações afetivas ou impulsivas, ou modeladas por condicionamento externo e manipulação da mídia. Neste, o aprendiz é ativamente encorajado a participar no programa de aprendizagem, a explorar os seus próprios valores e crenças e a desenvolver uma compreensão dos fatores sociais e sua posição na sociedade que afetam as suas escolhas. Contudo, os autores acima discutem que este conceito de “empoderamento” é, por vezes, problemático. Enquanto alguns consideram que as pessoas podem ter ou não ter tal capacidade, outros admitem que este seja um recurso que pode ser desenvolvido. Além disso, surgem questionamentos quanto a aspectos estruturais como raça, gênero, classe, idade, que podem significar limites na autonomia do indivíduo ou de grupos, por meio de pressões sociais que se impõem, impedindo o “empoderamento”.^{172,182}

Trata-se de uma abordagem centrada no indivíduo, que auxilia as pessoas a se tornarem mais confiantes em si mesmas, a qual deve ser seguida por processos de decisão e ação que afetam o dia a dia das pessoas, ampliando a sua participação social em questões relacionadas à saúde/doença.^{172,182} Além disso, favorece o diálogo e a troca de saberes, contribuindo para o aumento de conhecimento e o desenvolvimento de habilidades pessoais. Como sugere Freire (1979): “Quando se

*compreende a realidade, pode-se desafiá-la e procurar possibilidades de soluções. O homem deve tentar transformar a realidade para ser mais".*¹⁸⁵

Assim, pode-se pensar a ES como estratégia de promoção de saúde e prevenção de doenças em vários ambientes, como a escola, o local de trabalho, o ambiente clínico e a comunidade.¹⁸⁰

Nos estudos conhecidos como “know” e “do”, saber e fazer, aparecem reflexões sobre as lacunas (“GAP”) existentes entre essas duas dimensões. Ou seja, conhecimento é a base, mas somente ele não é suficiente para produzir uma mudança de comportamento do indivíduo. Além disso, embora já existam conhecimentos e tecnologias para a prevenção de várias doenças, o próprio sistema de saúde, incluindo neste os profissionais, não tem sido capaz de colocar esse conhecimento em prática, como ressaltam documentos da OMS.¹⁸⁶

O processo de geração de conhecimento para a ação é complexo, e influenciado por fatores que incluem o envolvimento de instituições, do contexto local, da relevância percebida, e do próprio conhecimento.¹⁸⁶

A OMS ressalta ainda que o conhecimento deva ser contextualizado para se tornar significativo.¹⁸⁶ A gerência de conhecimento tem definido diretrizes objetivando aproximar “o que nós sabemos e o que nós fazemos na prática” e “o potencial científico e as realizações em saúde” nos níveis individuais, institucionais e populacionais. Tem-se denominado esse foco de estudo de “Bridging the know-do gap”, e dentre as estratégias nele apresentadas encontram-se: fomento, produção, intercâmbio e aplicação eficaz do conhecimento em benefício da saúde. Esses devem ser dirigidos por políticas públicas, programas da OMS e por profissionais de saúde, sendo encarados como desafio para a saúde pública. A aplicação do conhecimento científico é fator-chave no desenvolvimento da população e melhora das condições de saúde e pobreza no mundo.¹⁸⁶

“Saber no es suficiente, tenemos que aplicar; querer no es suficiente, tenemos que actuar.”

Goethe JW apud WHO (2004, p.40)¹⁸⁷

3.2. Programas de Formação

As necessidades da população relacionadas à saúde e, conseqüentemente, os serviços e as profissões de saúde encontram-se permanentemente em processo de transformação, condicionado às mudanças tecnológicas, científicas e sociais.¹⁵⁰ Nesse contexto, a formação continuada do profissional é essencial no atendimento a essas necessidades, visto que os conhecimentos adquiridos durante a formação universitária rapidamente tornam-se desatualizados.^{150,163,188}

A formação continuada (FC), foi definida por Fernández (2001) como:

“un proceso de enseñanza-aprendizaje, activo y permanente que se inicia al terminar la formación básica y está destinado a actualizar y mejorar la capacitación de una persona o grupo frente a la evolución científica, tecnológica, a las necesidades sociales y a los intereses y aspiraciones del individuo para lograr su desarrollo personal... Tem como objetivo mejorar las competencias en una actividad que podía estar ejerciendo previamente” Fernández (2001, p.497)¹⁸⁸

Segundo Del Arco *et al* (2003), a FC deve ser reconhecida como um sistema de atualização e aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes para melhorar o exercício profissional.¹⁶³

Devido ao rápido aumento das doenças crônicas nas últimas décadas, a OMS tem orientado que os programas de formação para o desenvolvimento de profissionais de saúde estejam direcionados a este grupo de doenças, visto que essas constituem

orien133 Tc0.0175 Tw(ofi36ede)-4.1bi3 Tcde sa94009 Tc0.1613 Tw[(e28ades)]0.1334 TDebC),

“Las teorías de aprendizaje del adulto preconizan un tipo de evaluación que sirva para mejorar el proceso de aprendizaje, más que para poder acreditar el proceso formativo. Así en la FC queda relegada a segundo plano la evaluación de los conocimientos, mientras que se valora con interés la reacción o satisfacción del discente con la formación recibida.” Fernández (2001, p.497)¹⁸⁸

Nas últimas décadas, muito se tem discutido sobre qualidade em saúde e sua relação com programas de formação.^{159,94} O termo qualidade implica comparar o nível alcançado por uma característica qualquer com critérios ou padrões estabelecidos.¹¹⁸ Martínez Romero *et al*, apud Andrés (2001)¹⁸⁹ consideram uma importante característica para garantir a qualidade da FC, a *“detección de las necesidades de formación del farmacéutico, atendiendo a las características específicas de cada momento y situación”*¹⁸⁹ Além disso, como afirma Correr (2004) e outros autores, detectar necessidades específicas dos profissionais *“permite que se direccionem os cursos de formação e as ações de fomento à prática a essas necessidades”*^{150,190}

3.3 - Descrição dos conceitos: Conhecimento, Habilidade e Atitude

No passado, quando os psicólogos educacionais escreviam sobre os objetivos de aprendizagem e as expressões do ser humano, eles usavam termos como: “cognitivo”, “afetivo” e “psicomotor” (Bloom 1956). Numa etapa posterior, como descreve Gagne (1977), outras terminologias foram incluídas, como: “habilidades motoras”, “informação verbal”, “estratégias cognitivas”, “habilidades intelectuais” e “atitudes”.¹⁹¹ Atualmente, numerosas definições para os termos conhecimento, atitude e habilidade são encontradas na literatura. Face à diversidade de enfoques teóricos concomitantes, optou-se, no presente trabalho, por definições que possibilitassem atingir os objetivos estabelecidos nesta pesquisa. Vale ressaltar que apesar de não ser foco do presente estudo uma avaliação mais aprofundada e complexa do processo cognitivo, sabe-se da importância desse na aprendizagem e nos fenômenos não observáveis.

De forma bem sintética, alguns autores associam o **conhecimento** ao verbo SABER, as **habilidades** ao SABER FAZER e as **atitudes** ao QUERER.^{192,193} Outros associam atitudes aos verbos SER/AGIR.¹⁹³

Uma ampla pesquisa bibliográfica incluindo diferentes fontes, tais como dicionários de Psicologia, livros, artigos, documentos, entre outras, permitiu uma melhor descrição dos conceitos apresentados a seguir e auxiliou na construção dos indicadores, necessários à avaliação do programa educativo. Esses estão ancorados em autores da recente literatura de Educação em Saúde.

Segundo Karen Glanz (2002), **conhecimento** é *“Informação dirigida para compreender ou para realizar uma ação”*.¹⁹⁴ Autores como Bedwoth e Bedwoth (1992) chamam a atenção para a importância da predisposição (motivação para aprender ou estar doente) na busca do conhecimento em saúde, proporcionando a expressão do conhecimento por meio de um comportamento observado ou não observado que leve à ação.¹⁹⁵ Embora o conhecimento em saúde possa levar a um comportamento saudável ou fundamentar a ação do profissional de saúde para incentivar determinado comportamento, possuí-lo não garante ações de promoção de saúde.¹⁹⁵

Bedwoth e Bedwoth (1992) consideram **habilidade** como *“comportar de acordo com a percepção individual de usar a informação”*.¹⁹⁵ Habilidade é passível de ser desenvolvida por treinamento. Fernandez (2004) descreve-a como *“utilização mental ou física do conhecimento”*.¹⁹⁵ Moretto (2004) considera que “as habilidades estão associadas ao saber fazer: ação física ou mental que indica a capacidade adquirida. Assim, identificar variáveis, compreender fenômenos, relacionar informações, analisar situações-problema, sintetizar, julgar, correlacionar e manipular são exemplos de habilidades.”¹⁹⁶ Prieto Sánchez e Pérez Sánchez (1993) falam em habilidade como sendo toda atividade mental que se pode aplicar a uma tarefa específica de aprendizagem. Em Monereo Font (2000) encontramos uma definição de habilidade que se refere às capacidades que podem expressar-se mediante comportamentos em qualquer momento, já que foram desenvolvidos na prática, quer dizer, por via procedimental. Isso significa que, por trás de todo o procedimento humano, existe uma habilidade que possibilita a realização de tal procedimento.¹⁹⁷

Bedwoth e Bedwoth consideram **atitudes** como “*predisposições pessoais para responder aos estímulos*”.¹⁹⁵ Geralmente, atitudes começam a se desenvolver durante os primeiros anos da infância e são influenciadas por aprendizagens individuais associadas ao ambiente social. Para MARINHO¹⁹⁸ “*atitude é, essencialmente, ter opiniões. É, também, ter sentimentos, predisposições e crenças, relativamente constantes, dirigidos a um objetivo, pessoa ou situação. Relaciona-se ao domínio afetivo – dimensão emocional.*”¹⁹⁷

Tais conceitos estarão mais bem dimensionados no decorrer da descrição dos resultados. A seguir serão apresentados os objetivos do estudo.

O presente estudo, orientado para a prevenção de doenças e promoção da saúde, pretendeu, de acordo com os pressupostos teóricos apresentados, estimular a construção de conhecimentos para sedimentar um saber que possa ser traduzido em atitudes, habilidades e comportamentos dos farmacêuticos, no que se refere ao manejo da asma. Ele é consoante com a proposta de alguns autores que consideram que “*primero hay que formar a los formadores*”¹¹⁶. A literatura também aponta para a necessidade de oferecer a estes profissionais programas de formação relacionados ao cuidado de pessoas com asma, de forma a contribuir para que estes profissionais tornem-se mais pró-ativos no manejo de doenças crônicas.^{36,38,39,63,81,83,168-170}

IV. OBJETIVOS

4.1 - Objetivo Geral

O objetivo geral do estudo é desenvolver e avaliar um Programa Educativo relativo à asma dedicado a um grupo de farmacêuticos, funcionários de uma rede de farmácias em Belo Horizonte.

4.2 - Objetivos específicos

Quanto ao desenvolvimento do Programa

- Estruturar e descrever o modelo do programa educativo;
- Promover a construção de conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades e atitudes que aperfeiçoem a ação dos farmacêuticos em relação ao tratamento de pessoas com asma;
- Elaborar um livro sobre as técnicas de uso dos dispositivos inalatórios direcionados aos profissionais da farmácia para melhorar sua habilidade de uso.

Quanto à avaliação do Programa

- Avaliar os conhecimentos, habilidades e atitudes de farmacêuticos relativos à asma, **antes e após** a inserção deste profissional em um Programa de Educação em Saúde sobre asma;
- Avaliar o programa educativo na visão dos diferentes atores da empresa (farmacêuticos, diretoria, coordenação dos farmacêuticos, membros do núcleo técnico administrativo e médico consultor da empresa).

V. PERCURSO METODOLÓGICO

“Metodologia é o caminho do pensamento e da prática exercida na abordagem da realidade... Inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o sopro divino do potencial criativo do investigador.”

Minayo (2001), p.16¹⁹⁹

A proposta metodológica da intervenção educativa apresentada a seguir foi realizada na perspectiva da Educação em Saúde, seguindo as etapas propostas por Bedworth (1992): diagnóstico, planejamento, implantação e avaliação.¹⁹⁵ A última etapa foi descrita a partir do Modelo de Donabedian, centrada em estrutura, processo e resultados.^{118,149,200,201}

Para descrever a implantação

- os farmacêuticos da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte estavam previamente envolvidos com o programa de asma do município, que inclui dentre suas ações a formação dos profissionais de saúde. Além desse aspecto, o município não disponibilizava todos os modelos de dispositivos inalatórios que teriam suas técnicas testadas e inseridas em um dos materiais educativos construído (livro) durante o processo.
- número insuficiente de farmacêuticos na farmácia de dispensação dos medicamentos excepcionais da Secretaria de Estado da Saúde/MG para atender aos pressupostos metodológicos do estudo.

Tais limitações levaram a pesquisadora a escolher uma rede privada de farmácias que oferecia os requisitos fundamentais ao estudo. A empresa escolhida era a segunda maior rede de farmácias do estado, o que permitiu disponibilizar um número considerável de profissionais para participarem do programa de formação. Além disso, contava com diversas farmácias distribuídas pela cidade, o que proporcionou aos farmacêuticos a identificação de diferentes necessidades por parte dos usuários.

Foi considerado também o grande número de atendimentos na empresa, cerca de 250 mil pessoas ao mês, e o número de dispositivos inalatórios vendidos. Além desses aspectos, a rede de farmácias comercializa todos os dispositivos presentes no mercado brasileiro, o que possibilitou a avaliação de todas as técnicas padronizadas que fizeram parte do livro construído.

A empresa estava na quarta geração de farmacêuticos proprietários desde sua fundação (mais de 60 anos), possuía registro no Conselho Regional de Farmácia, demonstrava preocupação com aspectos de responsabilidade social, e ofereceu a infra-estrutura necessária ao projeto.

Durante as primeiras observações constatou-se que vários dispositivos utilizados no tratamento da asma eram trocados e desprezados devido a “problemas” identificados erroneamente pelos funcionários, frente a questionamentos dos usuários. Isso comprometia o tratamento das pessoas que muitas vezes apenas trocavam os medicamentos sem orientação, e também em perdas econômicas para

a rede de farmácias. Outro fato observado através dos primeiros diálogos com os funcionários foi o desconhecimento dos profissionais quanto aos medicamentos inalatórios e asma. Além disso, percebeu-se que havia possibilidade do projeto vir a beneficiar os próprios colaboradores internos da empresa e seus familiares, visto que a asma era uma realidade muito próxima deles e alguns demonstravam utilizar esses medicamentos de forma incorreta.

5.3 – Aspectos éticos

O trabalho obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas René Rachou.

Todos os participantes deram o seu consentimento, após serem informados sobre o projeto, os objetivos, e as características de sua participação. A eles foram assegurados que seus dados eram confidenciais e que sua identidade não seria revelada. Foi previamente esclarecido que sua participação na pesquisa não traria nenhum tipo de compensação financeira e que seria possível abandonar o estudo em qualquer ocasião.

O termo de consentimento informado elaborado encontra-se no anexo 1. As fitas cassete utilizadas nas entrevistas foram completamente destruídas após sua transcrição e análise dos dados.

5.4 – O ciclo da pesquisa

O percurso metodológico trilhado para a construção desta pesquisa seguiu as fases propostas por Minayo (2001)¹⁹⁹: **exploratória, trabalho de campo e tratamento do material**. A figura 1 apresenta um fluxograma que interage as três fases.

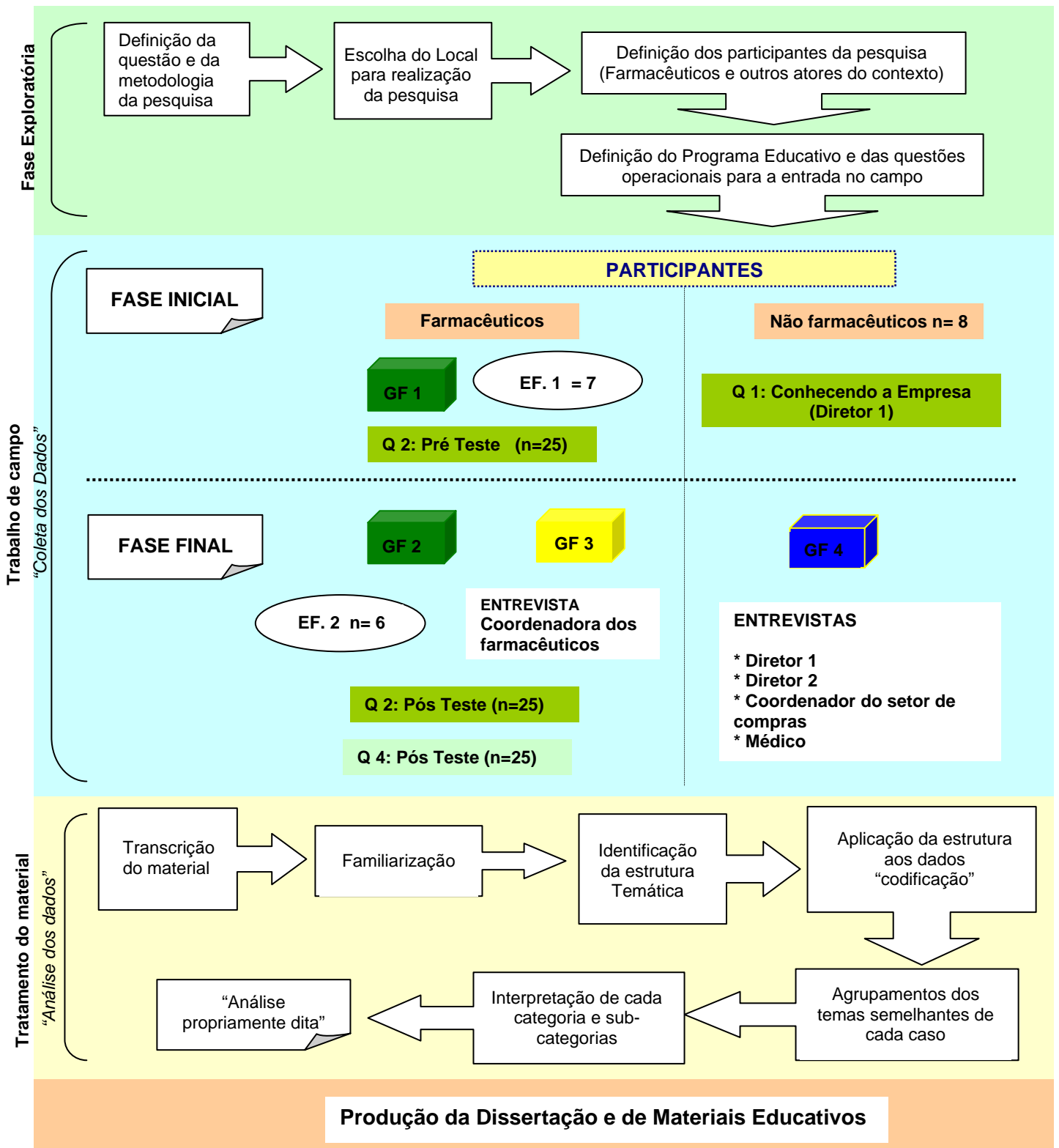


Figura 1: Fluxograma do ciclo da pesquisa

5.4.1. Fase Exploratória da Pesquisa

Essa fase compreende o tempo dedicado a interrogar sobre o objeto, as teorias, a definição da melhor proposta metodológica e as questões operacionais para levar a cabo durante o trabalho de campo.¹⁹⁹

A presente pesquisa caracteriza-se como um estudo de caso instrumental, em que a pergunta central reside na avaliação de um programa de formação.¹¹⁸ A principal **questão** de interesse do estudo foi investigar em que medida um programa educativo estimularia o profissional a mudar sua prática mediante a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades relativos ao manejo da asma e se seria suficiente para promover uma reflexão sobre o seu papel no tratamento desta doença.

O caso deste estudo envolveu um grupo de farmacêuticos, funcionários de uma rede privada de farmácias de Belo Horizonte, Minas Gerais, participantes de um programa educativo relativo à asma. As atividades desse programa foram planejadas na perspectiva do empoderamento.¹⁷²⁻¹⁸⁴ A figura 2 ilustra a linha metodológica proposta nesta investigação.

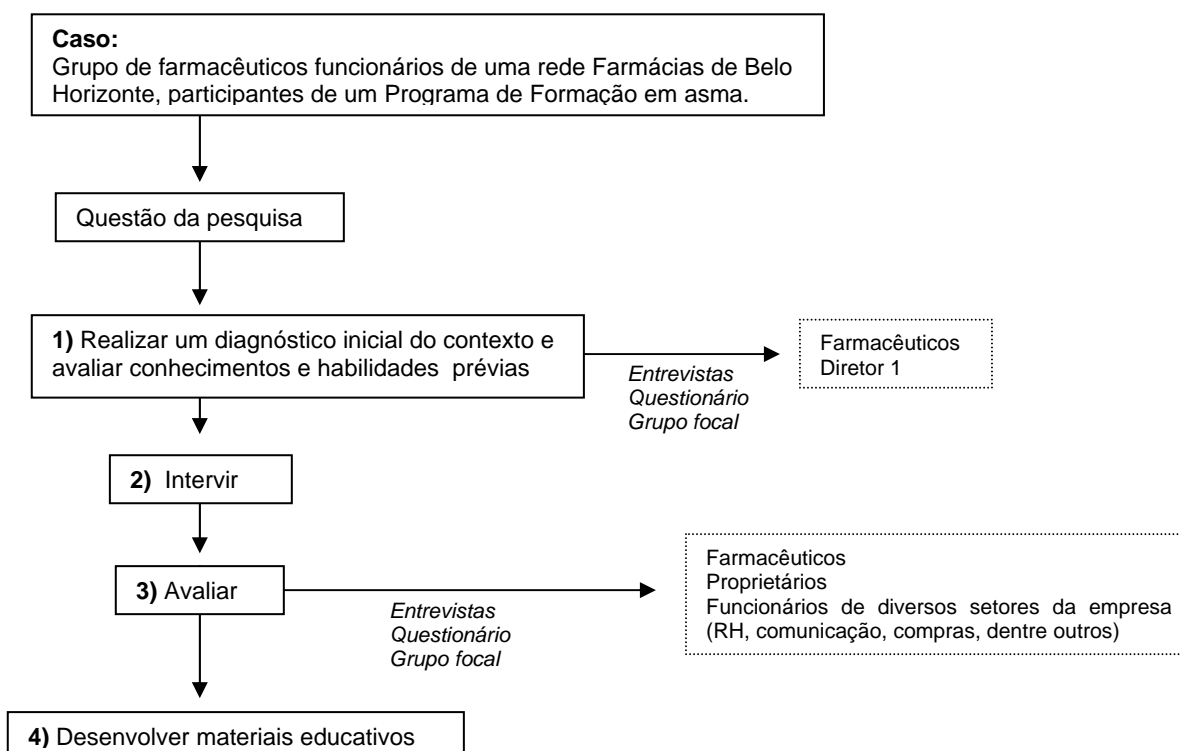


Figura 2: Linha metodológica da pesquisa

Bruyne (1994), apud Silva (2003), afirma que um estudo de caso constitui-se em:¹¹⁸

“uma análise intensiva empreendida numa única ou em algumas organizações reais (...) Reúne informações tão numerosas e detalhadas quanto possível com vistas a apreender a totalidade de uma situação (...) Por isso recorre à técnica de coleta de informações igualmente variadas” Bruyne (1994), apud Silva (2003), p.86

Para melhor compreender a opção pelo estudo de caso e as razões teóricas que levaram a sua escolha, algumas considerações são necessárias. Stake (1995) apud Silva (2003)¹¹⁸ argumenta que o primeiro critério de escolha de estudos de caso é a maximização daquilo que se pode aprender de sua especificidade ou da pergunta instrumental.

Estudos de caso podem ser uma base pobre para generalizações, mas um excelente espaço para o exercício da interpretação. Possuem limites específicos, sejam organizacionais, geográficos ou inerentes à sua natureza.¹¹⁸

Para ancorar todas as etapas da investigação elegeu-se a abordagem qualitativa, uma vez que ela, segundo Minayo (2001):¹⁹⁹

“[aprofunda-se] no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas. Trabalha-se nesta abordagem, com a vivência, com a experiência, com a cotidianidade e também com a compreensão das estruturas e instituições como resultados da ação humana objetivada. Privilegia-se nesta pesquisa a linguagem, as narrativas e os conteúdos de fala manifestos e latentes por entender que estes constituem importantes recursos para a apreensão dos significados dos atos e das formas de relação das pessoas frente ao contexto sociocultural” Minayo (2001, p.22)¹⁹⁹

Essa abordagem é comum nas ciências sociais como a Antropologia, a História e as Ciências Políticas, e nos últimos anos tem guiado muitas pesquisas na área da educação e da saúde. No caso específico da educação, tem demonstrado ser uma boa estratégia para compreender os resultados de um programa de formação que contemple as dimensões do “saber”, “saber fazer” e “agir”.

5.4.2. O Trabalho de Campo

O trabalho de campo teve duração de doze meses (de março de 2004 a março 2005). A coleta dos dados foi realizada utilizando-se a combinação de técnicas e

instrumentos qualitativos, agrupados da seguinte forma: individual (entrevista semi-estruturadas, questionário)^{199,202,205,206} e grupal (o grupo focal).^{184,199,201,205,207-210}

A seguir serão apresentados os principais instrumentos e técnicas de coleta de dados utilizados durante pesquisa de campo.

5.4.2.1. Os questionários

Vários questionários foram utilizados durante o trabalho de campo e aplicados em momentos diferentes. Esse instrumento tem sido muito utilizado na avaliação de programas de formação.^{50,54,150,167,168,188,211-213}

Na **fase inicial** foram aplicados dois questionários. Um foi o **Q.1**, ao diretor 1 da empresa que permitiu fazer um diagnóstico inicial do contexto, para melhor conhecer a rede de farmácias e caracterizá-la (Anexo 2). Outro, denominado **Q.2**, foi utilizado para caracterizar o perfil dos participantes e identificar aspectos estruturais do local de sua prática (Anexo 3). Esse foi elaborado baseando no proposto por Correr *et al* (2004).¹⁵⁰

Baseando-se nas principais diretrizes estabelecidas nos consensos sobre asma da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT)⁶, foi desenvolvido o questionário **Q.3**. Ele foi aplicado aos farmacêuticos **no início e ao final** do programa educativo, e teve como objetivo comparar os conhecimentos prévios e posteriores sobre asma, além de permitir identificar a visão dos profissionais sobre as principais necessidades das pessoas com asma e as possíveis atividades a serem realizadas por eles com vistas a atender a tais necessidades (Anexo 6).

Na prática realizada na comunidade, dedicada aos usuários da farmácia, os farmacêuticos aplicaram o questionário ATS-DLD-78-C (Anexo 4) aos usuários que se interessaram em participar.²¹⁴ O questionário foi validado no Brasil por Esteves (1995) e permite avaliar se o paciente tem diagnóstico de asma estabelecido previamente.²¹⁴ A versão original foi construída em 1978 por um comitê formado por especialistas em padronização de métodos epidemiológicos, pertencentes à “American Thoracic Society” (ATS) e à “Division of Lung Disease” (DLD).²¹⁴

Outras informações foram incorporadas a ele para permitir ao farmacêutico utilizar o protocolo elaborado (Anexo 5). Dentre elas: idade; sexo; história familiar de asma; resultados do Peak Flow; dose de broncodilatador de curta ação utilizado na última semana; e presença/freqüência dos principais sintomas de asma.

Vale ressaltar que os dados do questionário ATS-DLD-78-C e, portanto, as respostas do usuário não foram alvo de análise da pesquisa. Esse questionário permitiu, durante a prática em comunidade, um roteiro padronizado que funcionou como um instrumento didático para facilitar o raciocínio clínico e tomada de decisões dos farmacêuticos. Vale ressaltar que esses questionários, após a prática em comunidade, foram recolhidos pela pesquisadora e incinerados para evitar qualquer possibilidade de uso.

Ao final do programa de formação, aplicou-se ainda, o questionário 4 (**Q.4**) aos farmacêuticos com o objetivo de coletar informações sobre a visão desses profissionais em relação aos aspectos estruturais e processuais das atividades implantadas durante o programa educativo (Anexo 7).

5.4.2.2. Entrevistas Semi-estruturadas

Essa técnica também tem sido utilizada na avaliação de programas de formação e por meio dela a pesquisadora buscou na fala dos diferentes atores sociais temas de interesse à avaliação do programa educativo.^{52,52,199,202,205,206,213}

No início e final da pesquisa realizou-se uma entrevista individual filmada (**EF.1 e EF.2**) com alguns farmacêuticos, com o objetivo de avaliar as habilidades destes profissionais na identificação, classificação e uso dos dispositivos inalatórios presentes no mercado brasileiro (Anexo 8). A escolha dos profissionais para essa entrevista se deu da seguinte forma: dos cinco grupos formados para a realização da atividade 2 do programa de formação, sorteou-se dois representantes de cada. Excluiu-se o grupo que trabalhou com os aspectos teóricos dos dispositivos inalatórios. Dessa forma, oito farmacêuticos foram convidados para a entrevista no início do programa. Um, dentre os oito, não pôde participar por motivos pessoais, resultando assim as sete entrevistas analisadas no início do programa. Ao final, seis foram avaliadas, pois a F.18 não compareceu, mas justificou sua ausência,

esclarecendo que no horário da entrevista recebeu visita de rotina da Vigilância Sanitária o que a impediu de sair da farmácia. Baseando-se no critério da saturação, optou-se por não avaliar um número maior de farmacêuticos, visto que a habilidade deste grupo de profissionais no manuseio dos dispositivos era muito baixa no início do programa educativo, como pode ser visto no sub-capítulo VI.3 apresentado a seguir.^{184,199,201,205,207-210}

Na fase final do trabalho de campo utilizou-se também a técnica da entrevista com atores envolvidos no processo de implantação do programa educativo, para conhecer a avaliação deles sobre a experiência desenvolvida. Foram entrevistados: os diretores 1 e 2, a coordenadora dos farmacêuticos, o médico e o coordenador do setor de compras. Elaborou-se para esse fim um roteiro, presente no Anexo 9.

Durante as entrevistas foram necessários: gravador portátil, fitas cassete, e no caso específico da entrevista que avaliou habilidades, filmadora.

5.4.2.3. Grupo focal

O grupo focal tem sido uma alternativa metodológica importante e cada vez mais freqüente nos estudos de avaliação de processos educativos e programas de controle das doenças com a participação da comunidade.^{212,215} É uma técnica que permite ao pesquisador reunir em um mesmo local uma determinada quantidade de pessoas para a partir do diálogo e do debate coletar informação acerca de um tema específico.^{184,199,201,205,207-210,216}

A sessão de cada um dos grupos focais realizados durante o trabalho de campo teve duração de aproximadamente duas horas. Os debates foram registrados de duas formas: por meio da gravação (gravador e filmagem) e em anotações das falas e da linguagem não verbal (posturas, expressão, etc.) por dois observadores.

Essa técnica permitiu: **1)** identificar os conhecimentos dos farmacêuticos sobre os dispositivos inalatórios antes e após o processo educativo; **2)** avaliar a visão dos farmacêuticos sobre sua prática e formação prévia; **3)** documentar as atitudes dos profissionais frente a situações rotineiras que acontecem na farmácia relacionadas à asma; e **4)** avaliar o programa educativo em termos estruturais e de processo.

Foram realizados três grupos focais (**GF.1, GF.2 e GF.3**), um ao início do trabalho de campo e dois ao final. Buscou-se manter os mesmos representantes dos grupos focais GF.1 e GF.2.

Além dos três grupos focais realizados com farmacêuticos, um quarto (**GF4**) foi preparado com a participação dos membros do núcleo técnico-administrativo, que permitiu compreender a visão dos outros atores do contexto sobre o programa educativo realizado na empresa.

Para o desenvolvimento desta técnica foram preparados os “roteiros de debate”, construídos a partir dos objetivos da pesquisa e elaborados por meio de questões-chaves que favoreceram o levantamento das informações para a elucidação dos objetivos propostos (Anexos 10 e 11).

O número de grupos focais dependeu da saturação das informações coletadas. À medida que as respostas se tornavam semelhantes entre si, foi determinado como indicador do esgotamento do assunto.^{184,199,201,205,207-210}

5.4.2.4. Outras fontes de coleta e registro de informação

Análise documental

Para fim desta pesquisa em particular, a análise de documentos, considerada como uma técnica indireta de coleta de dados, consistiu na análise de material publicado pela indústria farmacêutica, pelas associações de profissionais e de pacientes sobre a maneira correta de se utilizar os dispositivos inalatórios e controlar os fatores desencadeantes de crises asmáticas.²⁰⁶

Este processo consistiu basicamente dos seguintes passos:

- Levantamento dos materiais educativos sobre a técnica de uso dos dispositivos inalatórios e controle dos fatores desencadeantes de crises asmáticas;
- Análise preliminar e agrupamento dos mesmos por temas abordados;

- Avaliação do material pela equipe;
- Elaboração de um livro de técnicas de uso dos dispositivos inalatórios e de um manual de orientações sobre o controle de fatores desencadeantes da asma.

Além disso, outros documentos disponibilizados pela empresa, como planilhas de vendas de produtos inalatórios, foram consultados pela pesquisadora.

Diário de campo

Ao longo do estudo, a pesquisadora utilizou um diário de campo para registro de reflexões, informações, bem como atas das reuniões e encontros realizados durante o processo de implantação do projeto, dados impossíveis de serem coletados pelos instrumentos e técnicas descritas anteriormente.¹⁹⁹

5.4.3. O tratamento do material

Para a interpretação qualitativa dos dados coletados, a presente pesquisa foi orientada pelo método de análise de conteúdo, descrito por Minayo (2001)¹⁹⁹ e Bardin (1977).²⁰⁴ Nele, a fala dos atores sociais é situada em seu contexto para melhor ser compreendida. Essa compreensão tem, como ponto de partida, o interior da fala, e como ponto de chegada, o campo da especificidade histórica e totalizante que produz a fala. Para operacionalizar o tratamento do material foram seguidos os passos propostos por Minayo (2001)¹⁹⁹: *ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final*.

O conteúdo dos questionários, entrevistas e grupos focais foram sistematizados, codificados e analisados no Laboratório de Educação em Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou/Fiocruz.

Para realizar o tratamento do material, todas as informações coletadas durante o período em campo foram transcritas. O material transcrito foi lido de forma atenta e exaustivamente (familiarização). Baseando-se no roteiro das entrevistas e questionário elaborou-se uma estrutura temática prévia, que foi aplicada a todo o

material transcrito (codificação). Para se buscar as unidades significativas que se encaixariam à estrutura inicial, cada um dos documentos resultantes da transcrição foi analisado frase por frase grifando-se as palavras-chave ou expressões que representam sentimentos, comportamentos, opiniões e significados da experiência vivenciada pelos participantes durante o programa de formação.

Como se tratou de um processo dinâmico, a esta estrutura inicial foram acrescentadas outras unidades significativas que emergiam do texto durante a codificação.

Posteriormente foram identificadas as idéias semelhantes em cada um dos documentos analisados e essas foram agrupadas em grandes temas (criação das categorias e subcategorias). Ao final realizou-se uma análise inter e intra categorias, buscando associações, explicações, a fim de tentar compreender a inter-relação entre elas e buscar resposta para a questão central da pesquisa. Para facilitar a leitura e análise geral dos dados agruparam-se todas as categorias e subcategorias em grandes eixos temáticos, que atenderam à totalidade dos dados coletados, sendo apresentados no capítulo resultados e discussão.

Vale ressaltar que o produto final de análise de uma pesquisa, por mais brilhante que seja, deve ser sempre encarado de forma provisória e aproximativa. Em ciência, as afirmações podem superar conclusões prévias a elas e podem ser superadas por outras afirmações futuras.¹⁹⁹

Certamente o ciclo nunca se fechará, pois, toda pesquisa produz conhecimentos e provoca mais questões para um aprofundamento posterior. A idéia de ciclo nos remete não a etapas estanques, mas a planos que se complementam.¹⁹⁹

A tabela 2, apresentada a seguir, resume os grandes temas e categorias construídas, a partir da análise dos dados coletados nos questionários, entrevistas e grupos focais, além do período de coleta e os entrevistados.

Tabela 2: Descrição dos grandes temas e categorias, segundo técnica/instrumento de coleta dados.

TÉCNICA/INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	NÚMERO de PARTICIPANTES		GRANDES TEMAS E CATEGORIAS
	Fase inicial do trabalho de campo	Fase final do trabalho de campo	
Questionário (Q 1) com Diretor 1	N = 1	-	* Conhecendo a rede de farmácias
Questionário (Q 2) com Farmacêuticos	n = 25	n = 25	* Conhecendo o perfil dos farmacêuticos e aspectos estruturais do local de sua prática
Questionário (Q 3) com Farmacêuticos	n = 25	n = 25	* Conhecimento sobre a doença e tratamento * Necessidades dos pacientes * Papel no manejo da asma
Entrevista Filmada (EF) com Farmacêuticos	n = 7	n = 6	* Habilidade para identificar, classificar e demonstrar a técnica de uso dos dispositivos inalatórios
Grupo focal (GF1) e (GF 2) com Farmacêuticos	n = 7	n = 6	* Avaliação do Programa Educativo (Estrutura e processo) * Conhecimentos sobre as características dos dispositivos inalatórios * Atitudes frente a situação de rotina na farmácia e tendências a novas atitudes * Formação Universitária
Grupo focal (GF 3) com Farmacêuticos	-	n = 11	* Avaliação do Programa Educativo (Estrutura e processo) * Conhecimentos sobre os dispositivos inalatórios * Atitudes frente a situação de rotina na farmácia e tendências a novas atitudes * Formação Universitária
Grupo focal (GF 4) com representantes do Núcleo Técnico Administrativo	-	n = 7	* Avaliação do Programa Educativo (Estrutura e processo)
Entrevista com diretor 1	-	n = 1	* Avaliação do Programa Educativo (Estrutura e processo)
Entrevista com diretor 2	-	n = 1	* Avaliação do Programa Educativo (Estrutura e processo)
Entrevista com Coordenadora dos Farmacêuticos	-	n = 1	* Avaliação do Programa Educativo (Estrutura e processo)
Entrevista com médico	-	n = 1	* Avaliação do Programa Educativo (Estrutura e processo)
Entrevista com Coordenador do Setor de Compras	-	n = 1	* Avaliação do Programa Educativo (Estrutura e processo)
Questionário (Q 4) com Farmacêuticos	-	n = 25	* Avaliação do Programa Educativo (Estrutura e processo)

Também foi utilizado durante a fase de trabalho de campo o questionário ATS-DLD-78-C, aplicado aos usuários que participaram da prática em comunidade (n=2516)

5.5 – Etapas do Programa Educativo

A descrição dos passos trilhados durante o desenvolvimento do programa educativo seguiram as recomendações de Bedworth (1992), conforme apresentado resumidamente no tabela 3 e descrito a seguir:¹⁹⁵

Tabela 3 – Etapas do Programa Educativo

DIAGNÓSTICO

- Aplicar ao diretor 1, o questionário 1 (**Q.1**): Conhecendo a rede de farmácias.
- Aplicar o questionário 2 (**Q.2**), aos farmacêuticos para conhecer o perfil do público alvo e aspectos estruturais do local de sua prática.
- Levantamento das concepções prévias, dificuldades e necessidades dos farmacêuticos em termos de conhecimento, habilidade e atitude relacionados à asma. Para isso foi necessário o questionário 3 (**Q.3**), entrevistas individuais filmadas (**EF. 1**) e grupo focal (**GF. 1**)

PLANEJAMENTO

- Definir o objetivo do programa educativo, os recursos educacionais, a infra-estrutura, os recursos humanos e materiais necessários.
- Desenvolver os instrumentos de avaliação.
- Estabelecer estratégias educativas:
 - Programa de Formação (Parte teórica, prática e interação teórico-prático);
 - Construção de materiais educativos.

IMPLANTAÇÃO/DESENVOLVIMENTO

- Executar o que foi planejado na etapa anterior
- Acompanhar a atuação dos membros do núcleo técnico administrativo
- Tempo de implantação: 5 meses

AVALIAÇÃO

- Conhecer a visão dos diferentes atores do contexto sobre o programa educativo desenvolvido.
 - Comparar as informações coletadas junto aos farmacêuticos, para avaliar os principais indicadores estabelecidos, referentes a conhecimentos, habilidades e atitudes.
-

5.5.1 - **DIAGNÓSTICO**

A necessidade de um programa foi levantada por meio de projetos realizados anteriormente pela pesquisadora da presente dissertação⁶³⁻⁶⁵ e por lacunas identificadas na revisão bibliográfica realizada. As características e necessidades da população alvo foram reveladas durante a coleta de dados no início do trabalho de campo, por meio dos questionários 2 e 3 (**Q.2 e Q.3**), entrevistas individuais filmadas (**EF. 1**) e no grupo focal **GF. 1**, os roteiros de perguntas desses, encontram-se nos

anexos 3, 6, 8 e 10. Para melhor conhecer a estrutura da empresa, foi aplicado o questionário 1 (Q.1) a um dos diretores (Anexo 2).

5.5.2 - PLANEJAMENTO

O objetivo principal do programa educativo desenvolvido foi incrementar a capacidade/envolvimento pessoal (“empowerment”) do farmacêutico, por meio do desenvolvimento de habilidades e atitudes para melhor manejo da asma, conducentes à aquisição de capacidade técnica e política para trabalhar em prol da saúde, como propôs a Carta de Ottawa-OMS.²¹⁷

Para cumprir esse objetivo, a prática educativa desenvolvida incluiu em várias de suas etapas uma estratégia problematizadora, possibilitando uma maior participação dos profissionais.^{185,218,219} Os métodos de ensino-aprendizagem utilizados visavam:

- Assegurar aos farmacêuticos mais do que o simples domínio de conhecimentos e habilidades específicas para desempenhar suas funções, mas também assegurar uma série de outras habilidades e atitudes como capacidade de trabalhar em equipe, interagir com as pessoas, comunicar-se, expressar suas idéias, buscar novas informações, entre outras.
- Estar centrados no profissional e não no educador.
- Levar em consideração a realidade, os conhecimentos e experiências prévias, além de dificuldades dos profissionais.
- Trabalhar a integração ensino-serviço, permitindo-os praticar o aprendizado ao final do programa.
- Utilizar materiais didáticos que estimulem a aquisição de conhecimentos, habilidades, atitudes e também uma reflexão crítica sobre o papel social dessa categoria, sua prática e seu contexto.
- Promover atividades práticas que proporcionem aos profissionais oportunidades de observar outras pessoas desempenhando tarefas a serem executadas por eles, e praticar as diversas habilidades e conhecimentos desenvolvidos.

Tendo em vista a importância do desenvolvimento de conhecimentos prévios e de habilidades, além de reforço à aprendizagem e aplicação em serviço, definiram-se como estratégias educacionais: **a)** um Programa de Formação e **b)** a Construção de Materiais Educativos.

A seguir serão detalhadas essas estratégias. Vale ressaltar que o modelo proposto foi testado anteriormente pela pesquisadora em um projeto piloto (apresentado no item 5.6) em uma rede de farmácias do interior de Minas Gerais.²²⁰

a) ESTRATÉGIA 1: Programa de Formação

A tabela 4 apresentada a seguir resume as atividades desenvolvidas durante o programa de formação. No capítulo resultados, o processo de implantação do mesmo será descrito detalhadamente. Vale ressaltar que apesar das atividades realizadas durante o programa de formação estarem agrupadas segundo os métodos de ensino aprendizagem, estas aconteceram de forma intercalada.

A carga horária do programa de formação foi distribuída, em 12 horas para a parte teórica e 9 horas para a parte prática. Na etapa que contemplou a interação dessas duas abordagens, foram necessárias 25 horas para a prática em comunidade e quatro horas para cada uma das 10 oficinas para desenvolvimento de habilidades aplicadas pelos farmacêuticos aos balconistas. Além dessas atividades cada palestra realizada nas escolas teve duração de cerca de uma hora.

b) ESTRATÉGIA 2: Construção de Materiais Educativos

Considerou-se neste estudo que o objetivo de um material educativo não é simplesmente suprir um grupo com informações, mas promover a interlocução e troca de saberes e experiências. Buscou-se durante a elaboração deles ancorar o processo na perspectiva da construção compartilhada do conhecimento, que segundo Carvalho *et al* (2001), apud Gaia (2005) é entendida como: “*uma metodologia desenvolvida na prática da Educação e Saúde que considera a experiência cotidiana dos atores envolvidos...*”²²¹

E acrescentam que:

“A idéia de construção compartilhada do conhecimento implica um processo comunicacional e pedagógico entre sujeitos de saberes diferentes convivendo em situações de interação e cooperação, que envolve o relacionamento entre pessoas ou grupos com experiências diversas, interesses, desejos, motivações coletivas.”
Carvalho et al. apud Gaia (2005, p.76)²²¹

Tabela 4 - Programação das atividades planejadas no Programa de Formação

	Atividades O que?	Duração Quanto tempo?	Para Quem?	Responsável pela atividade Quem?
PARTE TEÓRICA	<i>Atividade de grupo e Mini-exposição:</i> Reflexão sobre o processo saúde-doença e seus determinantes psico-socioculturais.	4 h	Farmacêuticos	Médico
	<i>Atividade de grupo:</i> Aspectos teóricos da asma - epidemiologia, conceito, sintomas, classificação, diagnóstico, tratamento farmacológico e não farmacológico, técnicas de uso dos dispositivos inalatórios. Foi refletido também o papel do farmacêutico no manejo da asma com enfoque centrado nas necessidades dos usuários.	Formar 5 grupos: 1 h e 30 minutos cada apresentação	Farmacêuticos	Farmacêuticos
	<i>Exposição sobre asma, diagnóstico, tratamento e funcionamento do Peak Flow:</i>	1h e 30 min	Farmacêuticos e Estudantes	Pneumologista
	<i>Mini-exposição:</i> Dispositivos inalatórios no tratamento da asma	1h	Farmacêuticos	Pneumologista
PARTE PRÁTICA	<i>Oficina para Desenvolvimento de Habilidades:</i> classificação e técnica de uso dos dispositivos inalatórios e espaçadores ("spray", "spray com espaçador", "turbuhaler", "diskus", "aerolizer", "pulvinal", "novolizer", "handihaler" e nebulizadores).	4 h	Farmacêuticos	Médico e Pesquisadora
	<i>Oficina para Desenvolvimento de Habilidades:</i> técnica de uso do Peak Flow e preenchimento correto do questionário de sintomas ATS DLD-78-C.	3 h	Farmacêuticos e Estudantes	Técnico em Função Pulmonar, médico e Pesquisadora
	<i>Mini – exposição, atividade de grupo e discussão de casos clínicos para desenvolvimento de habilidades</i> de uso dos protocolos de análise e tomada de decisão.	2 h	Farmacêuticos	Médico e Pesquisadora
INTERAÇÃO TEÓRICO- PRÁTICO	<i>Oficina: Desenvolvimento de habilidades para manuseio dos dispositivos inalatórios. (Multiplicação)</i>	4 h	Balconistas	Farmacêuticos, Médico e Pesquisadora
	<i>Palestra nas escolas.</i> Iniciada abordando o campo de atuação profissional dos farmacêuticos e Aspectos teóricos da asma (epidemiologia, conceito, sintomas, diagnóstico, tratamento farmacológico e não farmacológico, uso correto dos dispositivos inalatórios).	1 h	Comunidade escolar	Farmacêuticos
	<i>Prática em comunidade - Programa dedicado aos usuários da farmácia .</i> Objetivo: aplicar os conhecimentos e habilidades adquiridas pelo farmacêutico ao longo do projeto e melhorar o atendimento das pessoas com asma.	25 h distribuídas em 5 horas diárias de segunda a sexta-feira	Comunidade/ Usuários da Farmácia	Farmacêuticos

Na perspectiva da construção compartilhada do conhecimento, nas definições de educação em saúde e em alguns princípios básicos, estabelecidos na literatura, como: exatidão científica das informações, imparcialidade dos conteúdos, apresentação das informações de forma inteligível, legível, oportuna, atualizada e útil, elaborou-se alguns materiais educativos, como produtos dessa dissertação.⁴¹ Eles visam auxiliar a prática diária dos farmacêuticos no manejo da asma.

Diante da bibliografia consultada verificou-se a inexistência, no idioma português, de um manual sobre as técnicas de uso dos dispositivos inalatórios, direcionado aos profissionais que trabalham nas farmácias. Portanto, tornou-se necessária a sua construção a fim de melhorar o atendimento da população usuária de tais medicamentos (Anexo 12). Construiu-se também um manual de orientação sobre fatores desencadeantes (Anexo 13), um kit de produtos para simulação da técnica junto ao usuário, um conjunto de slides para serem utilizadas em palestras à comunidade (Anexo 14) e um protocolo para tomada de decisões (Anexo 5). No subcapítulo VI.2 serão apresentados com mais detalhes cada um dos materiais educativos desenvolvidos.

A literatura recomenda ainda que a avaliação do material educativo deve ser realizada pelos atores envolvidos na utilização do mesmo, verificando o valor e a acurácia dos conteúdos, as áreas que podem causar confusão no processo de aprendizagem, a probabilidade de utilizá-lo na prática diária, a descrição de como o material pode ser usado e se ele é agradável ou não à leitura. Também se reveste de importância a avaliação das características físicas (por exemplo, tamanho, formato, impressão) e do impacto do material na relação orientador-paciente, além do impacto do material sobre o uso efetivo, seguro e racional do produto prescrito, a adesão, os resultados do tratamento e as recomendações para melhoria.⁴¹

Planejando os recursos materiais e humanos para a realização do Programa Educativo.

As atividades teóricas e práticas do programa de formação foram realizadas na sua maioria em uma sala destinada a esse fim, localizada no setor de recursos humanos

da empresa e ministradas por profissionais da Universidade de Minas Gerais (UFMG), além do médico consultor da rede de farmácias e a própria pesquisadora.











Os representantes do núcleo técnico administrativo atuaram de forma a apoiar a implantação do programa. Dentre eles, a representante do setor de recursos humanos divulgava as atividades, selecionava os grupos de balconistas para oficina prática e remanejava funcionários para suprirem a ausência dos farmacêuticos. O setor de comunicação ajudou na divulgação interna do projeto, na elaboração de convites, no preparo de todos os materiais necessários distribuídos durante o mesmo. O setor de compras responsabilizou-se por conseguir os modelos “placebos” dos dispositivos. Além disso, um de seus representantes era responsável pelo banco de dados da empresa e fornecia informações ao grupo, como por exemplo, ao decidir dentre todas farmácias da rede em quais seria interessante realizar a prática em comunidade. O “slogan” para a prática em comunidade foi: “prevenir é tão importante quanto respirar”, criado durante uma das reuniões desse núcleo.

Os recursos educacionais utilizados durante a parte teórica do programa de formação foram: “datashow”, retroprojektor e quadro negro. Preparou-se também um roteiro para a primeira atividade em grupo implantada (Anexo 15).

Para as oficinas práticas foram necessários os diferentes modelos de dispositivos inalatórios presentes no mercado brasileiro e espaçadores. O quadro 1 apresenta todos os aparelhos utilizados durante o programa e associa cada imagem, ao nome e classe que a que pertence. Selecionou-se também o aparelho Peak Flow da marca “MiniWright”, do Laboratório Clement Clarke International Ltd, que preenche as recomendações da American Thoracic Society (ATS) e sua acurácia foi testada no Brasil.¹⁹²⁻¹⁹⁴ A descrição do seu funcionamento e de sua técnica de uso encontra-se no anexo 16. Como medida de precaução foi solicitada ao fabricante uma declaração sobre a calibração do aparelho selecionado (cópia no anexo 17), visto a impossibilidade do Instituto Nacional de Metrologia (INMETRO) realizar tal calibração em nosso país. Bocais descartáveis, padronização de técnicas de uso dos dispositivos inalatórios (Anexo 12) e formulário de atividade para registro da

classificação dos inaladores nos sistemas de inalação (Anexo 18), também foram necessários.

Quadro1: Distribuição da imagem dos aparelhos segundo seu nome e sub-categoria a que pertencem

CLASSE	NOME DO APARELHO	IMAGEM DO APARELHO
AEROSSOL DOSIMETRADO	Aerossol dosimetrado / spray / "bombinha"	
INALADORES DE PÓ	Turbuhaler	
	Diskus	
	Aerolizer	
	Pulvinal	
	Novolizer	
	Handihaler	
NEBULIZADORES	Nebulizador a Jato	
ESPAÇADORES	Espaçadores com Bocal	JET 
	Espaçadores com Máscara	

Para a prática em comunidade, além do aparelho “PeaK Flow”, utilizou-se também o questionário ATS-DLD-78-C (Anexo 4) e o protocolo para tomada de decisão (Anexo 5).^{6,214} Para as palestras nas escolas construiu-se o conjunto de slides apresentados no anexo 14.

Os instrumentos e técnicas planejados para avaliação do programa foram descritos no item **5.4.2.** (trabalho de campo) e resumidos na tabela 2.

5.5.3 - IMPLANTAÇÃO

O projeto foi autorizado previamente e a viabilidade do mesmo foi garantida pelo Centro de Pesquisas René Rachou e pela diretoria da rede de farmácias.

A implantação deste contou com a participação dos componentes do núcleo técnico administrativo da rede de farmácias. Por meio de reuniões quinzenais, registradas no diário de campo, os membros se encontravam com a pesquisadora para efetivarem encaminhamentos necessários durante o processo de implantação. Para esta etapa foi necessário um tempo de 5 meses. A descrição da implantação de cada etapa será apresentada no sub-capítulo VI.2.

5.4.4 - AVALIAÇÃO DO PROGRAMA EDUCATIVO

A avaliação do programa educativo, na visão dos diferentes atores do contexto, está descrita no sub-capítulo VI.3 dessa dissertação. Ele foi construído sob três enfoques: estrutura, processo e resultados, sendo orientado pelo modelo proposto por Donabedian na década de 60 e muito usado em todo o mundo, especialmente na avaliação da qualidade dos serviços de saúde.^{118,149,200,201} Recentemente, este tem sido adotado para direcionar a avaliação de serviços farmacêuticos e de programas de formação^{94,118,149,201,215,222}

A avaliação estrutural baseia-se no princípio de que a qualidade de um programa esteja relacionada com a sua infra-estrutura, ou seja, com as instalações, equipamentos, recursos humanos, materiais e financeiros.^{118,200,201,222} Por outro lado,

a avaliação processual envolveu a visão dos diferentes atores sobre as atividades de natureza técnica e procedimentos empregados para a obtenção dos resultados.

Os resultados descrevem as mudanças observadas especialmente em termos de conhecimentos, habilidades, tendências a novas atitudes dos farmacêuticos, além da avaliação da satisfação de diferentes atores que participaram da implantação do programa educativo.^{118,200}

Para avaliar os dados coletados durante a entrevista **EF.1**, foi elaborada uma padronização (“checklist”) de todas as 10 técnicas de uso dos dispositivos inalatórios analisadas (Anexo 19). Sua elaboração seguiu as informações estabelecidas no III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma, da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia e de outras entidades médicas.⁶ Infelizmente nesse documento havia apenas padronização para os seguintes dispositivos: AD sem espaçador, AD acoplado a espaçador COM BOCAL e COM MÁSCARA, Nebulizador de jato, “Aerolizer”, “Turbuhaler”, “Diskus” e “Pulvinal”.

Atualmente outros aparelhos, como o “Novolizer” e o “Handihaler”, estão sendo comercializados em nosso país, sendo necessário avaliar também esses modelos. Para estabelecer um padrão de avaliação para estes novos representantes, optou-se por seguir as recomendações técnicas de cada fabricante, disponíveis em materiais informativos e sites.

Vale ressaltar que o único equipamento para o qual não foi avaliada a técnica de uso, foi o Nebulizador Ultra-sônico, pois não se conseguiu em tempo hábil um representante desse aparelho para utilização no projeto.

Com o objetivo de compreender como cada farmacêutico reconhecia, classificava e utilizava os dispositivos citados anteriormente, era solicitado durante as **EF.1 e EF.2**, que eles demonstrassem o uso de cada um dos modelos avaliados, descrevessem o nome e os agrupassem por classe. O registro desse momento era confrontado com as técnicas padronizadas e cada etapa de uso era avaliada, como certa ou errada. A técnica foi considerada incorreta se ocorria pelo menos uma falha em alguma das etapas da mesma.

Após analisar as transcrições de todas as entrevistas, assistiu-se novamente as filmagens para confirmar as informações registradas e a avaliação realizada. Vale ressaltar que a análise final de habilidades aconteceu três meses após a oficina prática para o desenvolvimento de habilidades de uso dos dispositivos inalatórios.

A habilidade dos farmacêuticos para uso do “Peak Flow”, foi avaliada por um técnico de função pulmonar. Após a demonstração de uso do aparelho, ele verificava se cada um dos passos da técnica apresentada no anexo 16 era cumprido.

A avaliação do programa educativo contou também com a contribuição de outros atores do contexto (tabela 2), dentre eles: diretoria da empresa, coordenadora dos farmacêuticos, membros do núcleo técnico administrativo, coordenador do setor de compras e médico consultor da empresa. Sua visão foi complementar à dos farmacêuticos para uma melhor compreensão dos eixos analíticos relativos a estrutura e processo do programa educativo. Vale ressaltar que os balconistas, após participarem da oficina prática ministrada pelos farmacêuticos, descreviam em uma folha suas impressões sobre a experiência vivenciada.

VI. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo foi construído a partir das análises dos dados coletadas durante o projeto piloto e o trabalho de campo. Buscou-se neste processo de construção combinar as interpretações do pesquisador com informações obtidas em outros estudos ou apresentados na literatura consultada. Ele está dividido em três sub-capítulos:

Sub-capítulo VI. 1 – O projeto piloto, os participantes, o contexto e a visão dos farmacêuticos sobre sua formação e sua prática na farmácia.

Sub-capítulo VI. 2 - Descrição do desenvolvimento do programa educativo.

Sub-capítulo VI. 3 - Avaliação do programa educativo propriamente dito enfocando três grandes eixos analíticos: **ESTRUTURA**, **PROCESSO** e **RESULTADOS**. Serão considerados como principais resultados as categorias referentes aos conhecimentos, habilidades e atitudes dos farmacêuticos, construídas após as análises e comparação dos dados coletados no início e final do programa educativo.

Sub-capítulo VI. 1

O PROJETO PILOTO, OS PARTICIPANTES, O CONTEXTO E A VISÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE SUA FORMAÇÃO E SOBRE SUA PRÁTICA NA FARMÁCIA

6.1.1 – O Projeto Piloto

Foi realizado no início de 2004, na cidade de João Monlevade, Minas Gerais, o projeto piloto. Esse teve como objetivo avaliar o modelo do programa de formação proposto nesta pesquisa, no qual participaram quatro farmacêuticos e a pesquisadora como orientadora de todo o processo. Durante três meses, os profissionais tiveram aulas teóricas, oficinas práticas e realizaram atividades que integravam essas duas abordagens, dentre elas: **1)** oficinas práticas para desenvolvimento de habilidades de uso dos dispositivos inalatórios para balconistas, **2)** palestras em diversas escolas do município, atingindo um público de 740 estudantes e **3)** atendimento da população, em que participaram 345 pessoas.

Durante o piloto, além de avaliar o modelo da proposta educativa, testou-se os protocolos e instrumentos utilizados na prática em comunidade, avaliou-se o material bibliográfico e sites selecionados. Foi também um período de início de criação dos materiais educativos e construção das situações/problema utilizadas na atividade 8 do programa de formação, apresentada no próximo sub-capítulo VI.2.

O programa educativo demonstrou no projeto piloto ser uma ferramenta útil para propiciar o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e novas posturas dos farmacêuticos no que diz respeito ao manejo da asma. Além de possibilitar o teste dos instrumentos e protocolos utilizados nesta pesquisa. Portanto, não foram necessários grandes ajustes e o mesmo foi replicado nesta pesquisa. A seguir pode-se verificar dois relatos de farmacêuticos que participaram dessa etapa da pesquisa:

"Foi uma experiência única de muitas descobertas. O tema asma era algo muito misterioso; na minha graduação em nenhum momento tive uma abordagem tão profunda sobre a doença. Este programa foi muito importante, pois, me permitiu obter um grande conhecimento sobre a doença e o mais importante de tudo, serviu para me mostrar que nós farmacêuticos podemos fazer a diferença."

Relato de um farmacêutico que participou do piloto. F.P.1

"O projeto proporcionou um rápido e sólido crescimento profissional sobre as doenças respiratórias. Hoje me sinto completamente segura e capaz para orientar as pessoas portadoras destas doenças." **Relato de uma farmacêutica que participou do piloto F.P.2**

6.1.2 – Os Participantes

Os farmacêuticos

No início da pesquisa a empresa contava com uma equipe de 33 farmacêuticos, sendo que destes, três dedicavam-se exclusivamente às atividades de manipulação de medicamentos, uma estava de férias e outra de licença maternidade. Portanto, esses cinco foram excluídos do estudo desde o seu início.

Em uma reunião o projeto foi apresentado aos 28 profissionais que exerciam sua atividade diretamente na farmácia, e todos demonstraram de maneira voluntária, interesse em participar. Desses, três profissionais não concluíram o estudo, pois não responderam um dos questionários aplicados (Q2 ou Q3).

Considerou-se que 25 completaram o estudo, pois cumpriram com os seguintes critérios de inclusão estabelecidos:

- Participar da reunião de apresentação do projeto;
- Participar da atividade 1 que envolveu reflexão sobre o processo saúde-doença;
- Participar de pelo menos uma reunião de apresentação da conclusão dos trabalhos de grupo realizados;
- Participar das oficinas práticas (técnicas de uso dos dispositivos inalatórios, técnica de uso do “peak flow”, preenchimento de questionário dirigido aos pacientes);
- Participar da reunião em que se discutiu casos clínicos;
- Responder o pré e os pós-testes (questionários Q2 e Q3).

A maioria, dos participantes do estudo, era mulher (84%), percentagem superior à do estado de Minas Gerais (MG), que corresponde a 67,6%.¹³⁴ A faixa etária variou de 24 a 56 anos, com mediana de 33 anos e média de 37 anos de idade. Observou-se que 64% dos participantes tinham idade acima de 31 anos. Todos residem na região Metropolitana de Belo Horizonte.

Em relação ao tempo de formado, este variou de 2 a 32 anos, com mediana de 9 anos e a média de 12,52 anos. Dentre eles, oito farmacêuticos tinham mais de 20 anos de formados.

Todos eram egressos de universidades públicas, sendo que 92% deles se formaram na UFMG e dois realizaram mestrado. O baixo índice participação de farmacêuticos em cursos de pós-graduação, também foi identificado em outros estudos.^{134,150}

O tempo médio de permanência destes trabalhadores na empresa girava em torno de 4 anos. A maioria dos profissionais demonstrou maior interesse em atualizar na área técnica, apesar de 8% preferirem a área administrativa.

Quanto ao nível de inglês, 48% dos farmacêuticos consideraram como tendo um baixo domínio dessa língua, resultado muito próximo ao encontrado em outros estudos.^{150,189} Apesar da maior proximidade do espanhol ao português, observou-se no estudo que 88% dos farmacêuticos se consideraram com conhecimentos baixos neste idioma. Alguns artigos tem apontado, que a falta de domínio de um outro idioma, além de dificultar o acesso a informação técnica, pode proporcionar outro problema, a dificuldade de traduzir determinadas palavras ou expressões de um idioma a outro, situação constante no meio farmacêutico.^{20,43,95,150,223-225}

Apesar do inglês ser o idioma predominante no meio científico, seu baixo domínio no meio farmacêutico, aponta para a necessidade de desenvolver materiais educativos dirigidos a estes profissionais na língua portuguesa. Acredita-se que isso subsidiará a implantação de serviços cognitivos em farmácia e será um passo inicial para diminuir as lacunas (“GAP”) existentes entre o **saber científico** e a **prática**. A construção do livro e dos demais materiais educativos apresentados nesta dissertação (anexos 5, 13, 12 e 14) foi uma tentativa de aumentar o acesso a informações à equipe que trabalha na farmácia, em nosso idioma oficial.

Os outros atores do contexto

Além dos farmacêuticos, outros entrevistados, forneceram informações que contribuíram para melhor conhecer o contexto e avaliar os efeitos do programa educativo implantado. Dentre eles: dois dos quatro diretores da empresa, a coordenadora dos farmacêuticos, médico consultor e representantes de outros setores, dentre eles: comunicação, publicidade, compras, recursos humanos e técnico.

Os estudantes

Para auxiliarem os farmacêuticos durante a prática em comunidade, contou-se com a colaboração de maneira voluntária de 50 estudantes, de farmácia e fisioterapia, de sete faculdades da região metropolitana de Belo Horizonte. Eles foram recrutados por meio de contatos prévios com professores, especialmente os responsáveis pela disciplina de estágio supervisionado e cartazes divulgando o projeto nas faculdades. Receberam auxílio-transporte e participaram de atividades de formação (tabela 4) juntamente com os farmacêuticos.

Os usuários

Os usuários que participaram da prática em comunidade não foram considerados sujeitos deste estudo, pois não houve contato e investigação planejada para eles, diretamente pela pesquisadora. Eles foram considerados como beneficiários secundários do processo de formação do farmacêutico, esse sim o sujeito da investigação. Contudo, cabe esclarecer que o atendimento aos usuários é a principal prática realizada em uma farmácia. No caso específico da asma, observou-se que essas orientações necessitavam ser padronizadas e realizadas, pois grande parte dos farmacêuticos desconhecia os dispositivos e não sabia como orientar os usuários.

6.1.3 – Local do Estudo

A descrição da empresa, apresentada a seguir, foi construída baseando-se nos dados apresentados pelo diretor 1, no questionário **Q1** (Anexo 2), em documentos disponibilizados, observações e entrevistas realizadas.

O patriarca da empresa iniciou suas atividades em Belo Horizonte, em 1943. No decorrer da pesquisa, a empresa era dirigida por quatro filhos do seu fundador, sendo um farmacêutico, um administrador e dois engenheiros. No início da pesquisa, a empresa possuía 23 farmácias na capital do Estado, duas na cidade de Contagem e uma em Betim. A sede da empresa estava localizada em um prédio na região central de Belo Horizonte.

Para atender a cerca de 250 mil pessoas por mês, a empresa possuía uma equipe de mais de 500 funcionários e comercializava cerca de 10 mil itens, dentre eles medicamentos, produtos de higiene, etc. O corpo de funcionários estava distribuído em 35 diferentes funções, sendo a maioria deles vendedores (“balconistas”). Havia profissionais de diversos perfis e níveis de escolaridade.

Foi observado durante o período no campo, que existia uma relação muito horizontal entre os funcionários e a diretoria da empresa. Esse aspecto também pode ser identificado no comentário abaixo, do diretor 1:

“A empresa tem poucos níveis hierárquicos, o que na prática quer dizer menos chefes e melhor ambiente de trabalho, além de decisões mais ágeis. Em geral são funcionários que começaram de baixo e que hoje ocupam os cargos gerenciais. A empresa tem um programa de primeiro emprego para jovens, que se iniciam como mensageiros e acabam se tornando os responsáveis por setores da administração, gerência e vendas.” **Diretor 1**

Segundo o diretor 1, na área social e filantrópica, a empresa se dedicava a parcerias com entidades, como a Fundação CDL (Câmara de Dirigentes Lojistas), os Hospitais da Baleia e Sofia Feldman e a ONG (Organização Não Governamental) Clube da Mama Feliz. Também patrocinava o Clube América de Futebol e a equipe de futebol do Minas Tênis Clube.

Durante a pesquisa, vários profissionais relataram que nos últimos anos “a procura pelo farmacêutico buscando informação é muito grande”. Isso também foi descrito pelo diretor 2, que acreditava que esse fato tenha sido influenciado pela “polêmica de medicamentos falsificados” no Brasil. Um dos supervisores da empresa também reforça esse aspecto ao considerar que a busca pelo profissional acontece independente da classe social: “trabalhei muitos anos em zona sul e percebi essa mesma carência, essa mesma necessidade dos clientes...” Dois perfis opostos de usuários, que procuram a farmácia foram descritos pelo grupo estudado: **1)** os que quando começam a falar, “parece que estão rezando um rosário” e **2)** os que “não querem ser orientados”, especialmente os que “apresentam prescrições de fórmulas malucas de emagrecimento”.

A coordenadora dos farmacêuticos descreveu que os principais questionamentos dos clientes quando procuraram o farmacêutico, estão associados a algum problema de saúde (“gripe, febre, garganta inflamada, diarreia, disfunção erétil”) ou a

informações sobre medicamentos (“para que, como funciona, quando tomar, quais os efeitos colaterais, qual a frequência de uso, qual a duração do efeito, as interações”). Relatou ainda o aumento nos últimos anos, da busca pelos profissionais para esclarecimento de dúvidas sobre “contracepção de emergência”, para “medir a pressão arterial” ou “até mesmo para conversar, por motivo de carência”.

Seria difícil terminar a descrição do local do estudo, sem registrar que em abril de 2005, essa empresa de propriedade de farmacêuticos que fez parte da história da farmácia de MG, foi vendida, não resistindo às pressões do mercado, ou seja, a criação dos grandes oligopólios. A pesquisadora teve a oportunidade de estar presente na reunião em que os gerentes receberam a notícia dessa venda. A anotação de campo apresentada a seguir demonstra um pouco dos sentimentos revelados naquele momento e registrados pela pesquisadora.

“...naquele momento percebi que o que estava pesando não era o medo de perder o emprego, mas o valor simbólico desta empresa de mais de 60 anos de mercado e da relação horizontal existente entre diretoria e funcionários. A sensação de pertencimento aquele grupo era revelado em cada lágrima, em cada abraço, em cada olhar que parecia não acreditar no que estavam ouvindo...Esse é um dos exemplos dos grandes comprando os médios, que um dia foram pequenos...o jogo vai ficando insustentável e assim a história da farmácia no Brasil vai sendo modificada...”
Anotação de campo, outono de 2005.

6.1.3.1. Estrutura disponibilizada pela rede de farmácias aos profissionais

As fontes de informação, equipamentos e recursos de informática

Foi observado que as 26 unidades da empresa não contavam com uma biblioteca central para consultas técnicas. Apenas o setor de manipulação possuía um acervo bibliográfico maior. Verificou-se que as fontes de informação disponíveis nas farmácias da rede e utilizadas pelos farmacêuticos para pesquisas técnicas, limitavam-se às fontes terciárias. Sendo considerada como a principal delas o **Dicionário de Especialidades Farmacêuticas (DEF)**, presente em todas as farmácias. Resultado próximo a este foi identificado em Curitiba e Brasília, onde 96% e 94% dos farmacêuticos, respectivamente, utilizavam o DEF como a principal fonte informação nas farmácias.^{150,226} Este é um problema não específico de

farmácias privadas, segundo Lyra (2005), o DEF também foi a única fonte de consulta encontrada em uma farmácia pública de Ribeirão Preto.⁹⁴

O DEF é comercializado por uma editora de publicações de natureza médica e com frequência, é distribuído anualmente de forma gratuita por empresas farmacêuticas. Seu conteúdo aparenta ser “*um somatório de bulas*” e é fruto de informações fornecidas aos editores pelas empresas fabricantes.²²⁷ Estudos sobre o conteúdo do DEF tem demonstrado ausência de informações importantes como: contra-indicações, reações adversas, interações e indicações de uso.²²⁷ Este livro tem “*objetivos mais comerciais que sanitários* e está entre os livros mais consultados pela classe médica no país.²²⁷

O livro **PR Vademécum** estava presente em 88% das farmácias deste estudo, o **Dicionário terapêutico Guanabara** em 68% e o **Guia de Remédios**, também editado pela indústria farmacêutica, em 36%. A porcentagem de farmácias que possuíam o livro **Goodman & Gilman - As bases Farmacológicas da Terapêutica**, um clássico da farmacologia, foi bem próxima entre este estudo (19%) e a identificada por Correr (24%).¹⁵⁰

Vale ressaltar que grande parte destes livros, além de não serem fontes confiáveis, estavam desatualizados. Cohen,1999 apud Azevedo 2003, alerta que o uso de livros tradicionais ou virtuais, publicações científicas e sites, que não sejam de fontes seguras, confiáveis e atualizadas é uma prática perigosa e pode fornecer aos profissionais informações incorretas ou desatualizadas.¹⁵⁴

A qualidade e a “explosão” de informações disponíveis nos últimos anos deve ser sempre considerada, visto que interferem diretamente na prática dos profissionais.^{92,150,226-230} Vários estudos tem chamado a atenção para os componentes publicitário e comercial das informações.^{97,228,135}

Todas as farmácias da rede dispunham de computador e impressora e existia possibilidade de acesso a internet, restrito aos sites liberados pela empresa. Ao serem questionados sobre o nível de sua prática enquanto usuários do computador, 88% dos farmacêuticos estudados, se consideraram em nível intermediário ou avançado. Essas ferramentas facilitam o uso de bases de dados de medicamentos,

o acesso a protocolos, a gestão de fichas de pacientes e a detecção de interações potenciais de forma rápida como implantado em alguns países.

Correr (2004) chama atenção para a necessidade de capacitar os farmacêuticos para: a utilização de recursos informáticos e manejo racional de fontes de informação.¹⁵⁰ Ele sugere também incentivar os profissionais a adquirirem melhores fontes terciárias.¹⁵⁰

Os recursos informáticos além de possibilitar o acesso a informação, são úteis na farmácia, no campo gerencial. O sistema de informatização, utilizado em todas as farmácias da rede estudada, demonstrava ser uma ferramenta útil na dispensação, pois contribuía para reduzir o tempo e os erros, à medida que se utilizava o código de barras no momento da venda dos produtos. Facilitava também o controle de validade e de estoque dos medicamentos armazenados.

A estrutura física das farmácias

Observou-se nas farmácias da rede estudada, grande variação em relação à estrutura física, relacionada aos seguintes aspectos: tamanho, número de receitas atendidas e de recursos humanos.

6.1.4 – Serviços realizados pelo farmacêutico na farmácia

Verificou-se que 88% do grupo estudado, assumia além da responsabilidade técnica pela farmácia, **função de gerente** do estabelecimento, desenvolvendo além de atividades técnicas: **1)** atividades financeiras; **2)** organização da farmácia; **3)** troca de produtos; **4)** coordenação e treinamento de sua equipe de funcionários, focado em aspectos administrativos; **5)** controle de estoque e aquisição de medicamentos e **6)** atendimento no caixa, quando necessário. Essas atividades não técnicas/clínicas eram as que exigiam um maior tempo de dedicação dos profissionais estudados, cerca de **70 a 90%**, valor bem acima do demonstrado por Schommer *et al.* (2000), em que a média de dedicação dos profissionais às atividades de gerenciamento era 16%.¹⁵¹ As falas abaixo ilustram essa sobrecarga gerencial:

“...eu acho que a gente não atua nem 10% como farmacêutica” F.8

“O dia a dia em uma farmácia é tão corrido, os farmacêuticos-gerentes tem tanta preocupação, por exemplo, em dar um retorno para a empresa, em dar aumento de vendas, em cumprir metas...Mas nós não temos só a função de gerente... Nós queremos a nossa função de farmacêutico e muitas vezes isso fica em segundo plano..na verdade nós somos farmacêuticos...Muitas vezes a gente tem que atropelar esse lado, porque todo mundo precisa de emprego, todo mundo quer trabalhar...” F.29

“Sabe o que eu percebo, é até uma contradição, mas o farmacêutico voltou há muito pouco tempo para a farmácia... Tem 5 anos que estou nessa empresa, e hoje, todas as farmácias da rede tem farmacêuticos, em algumas inclusive tem até dois... Isso era impensável há oito anos atrás... Nós fomos formados para viver uma mentira, isso era a nossa realidade, vamos todos mentir que nós estamos trabalhando. Isso era real, era real a gente viver mentindo. Agora estamos ainda transvestidos, estamos de farmacêuticos e temos uma responsabilidade de gerente ainda. Mas essa modificação está vindo.” F.2

“Tem situações que tenho que falar assim, falem que não estou na farmácia neste momento. Muitas vezes estou com a mesa cheia de dinheiro, então eu não posso sair...O cliente está lá me chamando, precisando de mim para atendê-lo e eu não posso ir...Se eu tiver lá no balcão, o tempo todo estarei atendendo....” F.1

“Mesmo quando estou muito apertada eu peço para esperar...Eu nunca deixo de atender, mas ele tem que esperar.” F.18

“Eu acho que eu estou fazendo o máximo para atender, só que a minha preocupação com o que eu estava fazendo antes, é tão grande, que eu não vou estar totalmente disponível para atender o cliente, eu estou lá na frente dele, mas ansiosa para dar informação e ele ir embora.” F.6

A farmacêutica que declarou atuar mais tempo na área assistencial (pelo menos 30% do dia ela se dedica ao paciente), lembrou que existem farmacêuticos que têm mais o perfil para a área gerencial e outros que não estão nem um pouco interessados em encontrar tempo para o usuário.

“...eu dedico 30% do meu dia de trabalho para assistência e 70% para gerenciamento. Para mim é muito difícil abrir mão do aspecto assistencial porque eu sou muito técnica. Eu sempre me preocupei com essa visão da farmácia de grandes redes...pois eu não me formei para isso... muitas vezes a gente joga a culpa no outro ... nós, como farmacêuticos, temos que fazer o nosso papel... Eu sempre achei que eu tenho que fazer a minha parte, não tenho que ficar esperando os outros, eles estão fazendo a parte deles.” F.17

A sobrecarga de trabalho administrativo e burocrático dos farmacêuticos também tem sido apontada como um dos principais fatores que consomem o tempo do profissional que poderia, por outro lado, ser dedicado ao atendimento de pacientes.^{95-97,150} Pode-se considerar que o tempo foi identificado neste estudo como uma das principais barreiras à implantação de serviços cognitivos.

Para uma pequena parte do grupo, os que não assumiam a função gerencial, o tempo não foi considerado como um problema, mas a falta de um programa de educação continuada na empresa que contemplasse o aspecto assistencial da prática.

Dentre as **atividades técnicas** desenvolvidas pelos farmacêuticos, todos relataram atuar: na dispensação, no controle de estoque dos “medicamentos controlados pela portaria 344”, esclarecimento de dúvidas e atendimento dos clientes. A dispensação foi apontada como a principal atividade técnica realizada pelos farmacêuticos estudados, resultado semelhante ao demonstrado em outros estudos.^{93,150,151} O tempo dedicado à esta atividade correspondeu a 75% da jornada de trabalho dos farmacêuticos espanhóis,¹⁴⁹ um percentual muito superior ao encontrado neste estudo.

Além da dispensação, outros serviços técnicos realizados pelo grupo estudado por Correr (2004), como a realização de teste de glicemia, nebulização e acompanhamento farmacoterapêutico, não foram identificados nesta investigação.¹⁵⁰ Verificou-se, por outro lado, que alguns serviços foram descritos nos dois estudos, como a medida da pressão arterial dos usuários, realizada por 52% dos farmacêuticos estudados e a aplicação de injetáveis por 64% deles. Tais porcentagens são menores que as encontrados por Correr (2004), que eram de 84,0% e 88,0%, respectivamente.¹⁵⁰ Essas diferenças podem estar associadas ao perfil do profissional que tem buscado o programa de formação oferecido em Curitiba, bem como pelas diferenças presentes nas legislações estaduais que regulamentam essas atividades no país e que atualmente estão em discussão.¹⁵⁰ A sala de injeção era utilizada pela maioria dos profissionais para atenderem aos usuários de maneira mais reservada. Além de todas as atividades descritas anteriormente, os farmacêuticos desse estudo e do grupo investigado por Petris (1999) relataram ainda a orientação dos usuários como parte de suas atividades.⁹³

Foi interessante notar a visão diferenciada do diretor 2 em relação ao tempo da jornada de trabalho dos farmacêuticos, dedicado às atividades gerenciais. Ele considerava que a função de gerente englobava todas as atividades direcionadas

aos clientes. Para ele, não existia uma dicotomia entre função técnica e gerencial, como exemplificado a seguir:

*“...a proposta dessa empresa...é que essa figura da responsabilidade técnica, ela saia do papel e entre na realidade e na prática... dentro desse trabalho, está incluída atividade junto ao público, que implica em questões gerenciais...ele está tendo todo tempo para lidar com o público, que é a questão gerencial. Agora se dentro dessa questão, se tiver aí uma hora, que tiver de mexer com computador isso faz parte do mundo de hoje. Como é que você vai trabalhar sem computador?” **Diretor 2***

Acredita-se que a visão do diretor 2 possa ter relação com o processo histórico vivenciado pela profissão farmacêutica nas últimas décadas. Esse foi caracterizado por problemas de formação e por descrédito da categoria farmacêutica frente à sociedade e os empresários. Muitos farmacêuticos recebiam de forma antiética um salário por uma não prestação de serviço, o denominado “assinar farmácia”, e os empresários pagavam uma remuneração a um profissional “fantasma”.

Os participantes dos grupos focais consideraram que, de maneira geral, os usuários são receptivos à intervenção do farmacêutico, e que para facilitar a identificação desse profissional na farmácia acreditam ser importante o uso do branco, do crachá e “abrir a boca, falar”. As falas abaixo ilustram esses aspectos:

*“o branco, o guarda-pó, é a farda do profissional de saúde. A pessoa te reconhece como um profissional da saúde. **F. 6**”*

*“...de início os usuários podem até não distinguir, mas que é só questão de abrir a boca, que logo eles distinguem. É só a gente começar a conversar com ele...” **F. 1***

A identificação profissional tem sido recomendada pelas entidades de classe e por alguns autores.¹¹⁸

A pouca disponibilidade dos farmacêuticos ao atendimento das pessoas que recorrem à farmácia, tem contribuído para o desconhecimento dos usuários das verdadeiras capacidades assistenciais desses profissionais, como exemplificado abaixo:

*“...semana passada, um cliente me viu com crachá e falou: olha vocês estão voltando para a farmácia? Olhei pra ele, fiquei sem entender. Ele me perguntou: você é farmacêutica? Eu sou. Pois é, vocês não tinham saído da farmácia, estão voltando para a farmácia? Eu falei: sair da farmácia? Fiquei tão abalada com essa pergunta que falei: só eu, já trabalho aqui nesta empresa há um ano e meio todos os dias. Como é que ele nunca me viu aqui? ...este paciente há muito tempo deve estar sem falar com um farmacêutico.” **F.1***

Os farmacêuticos-gerentes consideraram que para atenderem com melhor qualidade os clientes, para estarem mais tempo disponíveis, necessitarão diminuir a carga gerencial, como relatou F.3: *“Exercer as duas funções sobrecarrega muito. Acredito que uma das coisas não irá sair bem feita”*.

6.1.5 - Desvendando a dispensação de dispositivos inalatórios...

A literatura tem apontado que dedicação especial deve ser dada à dispensação de especialidades farmacêuticas complexas, dentre elas os dispositivos inalatórios.^{28,37-39,116,149} No início do programa educativo, todos os participantes do GF 1 e GF 3 afirmaram que no momento da venda de um dispositivo inalatório, o paciente nem chegava a ser questionado se sabia ou não utilizar o produto, como exemplificado nos relatos abaixo:

“...como a gente não sabe usar não podemos perguntar”. F1

muitos esquecem todas as recomendações que receberam do médico e que outros têm dificuldade para ler o que está escrito na prescrição. Esses aspectos são ilustrados nas descrições abaixo:

“... a pessoa quando sai no médico, esquece quase tudo que ele falou. Chega a farmácia e diz: a receita está aqui. Ela não sabe o que está escrito, não sabe o que é para tomar, nem como, nem quantas vezes, nada. Isso é comum, todo dia a gente vê isso, parece que é uma ansiedade, um distanciamento mesmo da postura do médico para com o paciente que está ali. Mesmo que o médico oriente bem ou mal, provavelmente; quase que 100% deles vão chegar sem saber, no balcão da farmácia.” F.2

“Eu percebo o seguinte, mesmo os que orientam, o paciente ainda chega com dúvida na farmácia! O médico falou para eu fazer assim, assim, assim; mas eu não entendi isso aqui, oh! Ele não pergunta para o médico ele pergunta para você. ..., me explica de novo”. F.1

“...é comum os pacientes relatarem para a gente, eu não tive coragem de perguntar para o médico e falei que sabia.” F.14

A falta de orientação durante a dispensação de dispositivos foi associada pelos profissionais ao seu desconhecimento e à sua visão limitada das atividades que poderiam desempenhar no manejo da asma. Aspectos também identificados em outros estudos.^{39,50,63,71} Várias **posturas profissionais** foram descritas **diante do “não saber”**, dentre elas: alguns afirmam que “corriam para o banheiro”, enquanto outros, enfrentavam a situação e descobriam a solução juntamente com o cliente. Relataram também que sentiam “medo”, “insegurança” e “impotência” diante desse “não saber”, como exemplificado nas falas abaixo:

“antes do projeto eu corria para o banheiro pois eu não ia saber orientar.” F.13

“antes se me chamassem eu ia para fora da loja ou esconderia debaixo do balcão, mas eu não ia atender porque eu não sabia...” F.3

“A gente não orienta porque temos medo do paciente perguntar alguma coisa que não sabemos e a gente ficar na maior insegurança para explicar” F.18

O grupo que enfrenta os problemas relatou no início do programa que algumas habilidades que possuíam eram fruto das experiências vivenciadas durante as tentativas de esclarecimento de dúvidas dos próprios clientes ou de algum familiar.

“o que eu sei é da prática mesmo, na hora que o cliente manifesta a dúvida, a gente vai acompanhando junto com ele. Na hora a gente tem que dar um jeito de aprender, entender para poder explicar.” F.18

“...era a primeira vez que a paciente ia usar o de cápsula, eu não conhecia e ela me pediu para mostrar como é que fazia. Na hora juntou todos os funcionários lá no balcão para ver, pois os produtos vêm lacrados...” F.16

A bula dos produtos foi identificada no início do estudo como a principal **fonte de busca de informação** sobre os medicamentos antiasmáticos pelos farmacêuticos, como exemplificado nos relatos a seguir:

“Quando a gente vê que o cliente vai levar, a gente abre a caixinha, pega a bula, lê para o cliente, de acordo com o que a gente vai lendo, a gente vai mostrando.” F.18

Kesten *et al* (1993) também observaram que 56% dos farmacêuticos estudados buscavam informações sobre os inaladores nas bulas dos produtos.²²⁴

Os farmacêuticos apontaram como principais problemas das bulas: a qualidade das informações, os desenhos e o tamanho da letra. Esses aspectos podem ser identificados nos relatos abaixo:

“...Peguei a bula, e fui estudar...notei que os desenhos da bula não estão muito claros... às vezes até confunde a gente... A única forma que encontrei para demonstrar que o aparelho estava funcionando, foi pegar uma folha escura, armar o aparelho e mostrar pra ela que aquela quantidade de pozinho que caía ali, era suficiente para fazer o efeito...” F.1

Silva *et al.* (2000)²³², em um artigo sobre avaliação de 48 bulas de medicamentos disponíveis no Brasil, também apontaram o tamanho da letra como um problema. A qualidade da informação foi relatada em um estudo americano apud Barros (2000)²²⁷.

Vale ressaltar que a informação sobre medicamento é importante não apenas para os profissionais de saúde na tomada de decisão, mas também aos usuários.⁹⁴ Jimeno apud Fernández-Llimós (2000)²²⁸ afirmou que *“El medicamento no es sólo la sustancia que lo compone, sino ésta más la información”*. Para ele a informação sobre medicamentos é parte inerente de toda especialidade farmacêutica. Philips apud Fernández-Llimós (2000)²²⁸ descreveu que *“proporcionar medicamentos sin información es tan inaceptable como proporcionar información sin medicamentos”*. A bula de medicamentos têm sido considerada como a principal fonte de informação escrita para os pacientes no Brasil.^{94,232} Segundo Lyra (2005), a linguagem técnica, a falta de escolaridade e a dificuldade visual, a tornaram um veículo de informação inacessível aos idosos.⁹⁴ Silva *et al.* (2000)²³² consideraram que a ausência de informações importantes nas bulas reduz o seu valor enquanto material educativo.

Um dos grandes problemas, apontados pelos farmacêuticos e balconistas, que contribuíam para a falta de habilidade dos profissionais era o fato da grande maioria dos produtos **apresentar lacre**. Os relatos abaixo ilustram esse aspecto:

“como vem tudo lacrado, a gente não abre a caixinha(...).” F.14

“... quando o paciente compra o dispositivo, ele abre a caixa e vê aquele negócio lá. Você olha para ele, ele olha para você, não dá para você imaginar o que é para fazer com aquilo.” F.16

Outra profissional chamou atenção para a falta interesse do profissional, mesmo no caso dos produtos que não apresentam lacre, como exemplificado no relato a seguir:

“O Espaçador, por exemplo, a gente até vende na farmácia, mas não sei como usa, como é o funcionamento. Poderia ser uma coisa até mais fácil, porque está aberto...” F.2

O uso de placebos tem sido recomendado em diversos estudos para apoiar as orientações aos usuários.^{28,34,37,39,47,63,116,123,149} Como no início do estudo a empresa não disponibilizava nenhum modelo de dispositivos inalatórios (placebos), para fazer simulação junto ao usuário, verificou-se a necessidade de construir, um “Kit” (figura 13). De Blaquiere *et al* apud Basheti *et al* (2005)³⁹; Timothy *et al* (1990)³⁸; Chan *et al*, (2001)⁵⁸; aconselharam que os farmacêuticos reavaliem, de forma contínua, a técnica de uso junto ao paciente, de forma a reforçar o aprendizado e garantir a adesão.^{28,34,38,39,42,44,58} Aspecto importante sobretudo quando se trata de um usuário idoso, como descrito por F.2 e também abordado por Berrade *et al* (1999)⁴² e Jiménez (2000)⁴⁵.

6.1.6. Processos de formação anteriores ao programa educativo relativos a asma

Especificamente em relação à asma, o grupo estudado considerou que durante a formação universitária, os conhecimentos e habilidades desenvolvidas foram insuficientes. Esse aspecto coincide com outros estudos relativos asma e com um alerta da OMS, que descreve a falta de preparo dos profissionais de saúde para prestar atenção e educar os enfermos crônicos.^{50,53,54,159,168}

Somente duas farmacêuticas tiveram o primeiro contato com os dispositivos inalatórios ainda na faculdade, mas consideraram que a habilidade de manuseio “*não foi muito aprofundada*”.

Outros relataram que os temas teóricos abordados durante o período acadêmico apenas se restringiam a uma visão geral da asma e às classes de broncodilatadores e antiinflamatórios, principalmente dos corticóides. Os farmacêuticos com mais tempo de formados, lembraram que durante sua formação nem existia essa variedade de modelos de aparelhos disponíveis hoje e descreveram também deficiências em aspectos teóricos, como exemplificado na fala de F.11:

“Eu tenho vinte e sete anos de formada, nunca vi, nem sonhei ver isso na faculdade, nem lembro se vi broncodilatadores e corticóides...realmente, eu comecei do zero neste projeto.” F.11

Todos os farmacêuticos que participaram dos grupos focais relataram que em nenhuma das farmácias onde já trabalharam foi oferecido cursos práticos para o manuseio desses aparelhos. Alertaram ainda que nem os próprios laboratórios fabricantes desenvolvem iniciativas com esse enfoque.

6.1.7. Formação universitária/continuada e o contexto da prática profissional

A discussão sobre a formação universitária surgiu durante dois grupos focais (**GF 1 e GF 3**), que incluíram farmacêuticos que tinham entre dois e 29 anos de formados.

Um dos principais problemas na formação dos farmacêuticos apontados na literatura e identificados no grupo estudado se refere a *“fragmentação da profissão em habilitações”* e ao despreparo dos profissionais para atuarem na farmácia comunitária.^{93,152} Praticamente todos os farmacêuticos do grupo estudado tinham cursado alguma das habilitações do curso de farmácia (análises clínicas, indústria ou alimentos) e atuavam somente na farmácia comunitária, sem um preparo prévio, sobretudo, nas áreas de, dispensação, educação ao paciente e gerenciamento. Os relatos abaixo exemplificam alguns desses aspectos:

“...eu achava assim, que bioquímica durava rapidinho, são dois anos. Na verdade, bioquímica a gente sabe mais do que farmácia quando sai da faculdade mesmo não trabalhando na área. ..Outra coisa é a dinâmica da farmácia, em um estágio você não consegue ver todos os procedimentos, nas análises clínicas o que você aprende você repete todos os dias.” F.10

“A gente sai da faculdade com uma ideologia - a assistência farmacêutica, só que quando a gente chega no mercado de trabalho, a gente vê aquela competição... se realmente a gente for empregar essa assistência farmacêutica, a gente fica para trás, porque eles querem que você dê o retorno, você tem que dar lucro. Começamos a sentir frustrados...” F.29

Petris (1999), ao concluir sua dissertação de mestrado, alertou para o deslocamento da atuação dos farmacêuticos para a área da dispensação de medicamentos e a necessidade de ensino voltado a esta prática. Ele ainda propôs como estratégia estágios em ambientes externos às universidades e a criação de condições para o desenvolvimento de competências que possibilitassem uma atuação na assistência, prevenção e promoção da saúde.⁹³

Outro problema na formação universitária, conforme descrito pelos farmacêuticos, estava associado à falta de foco nas necessidades dos usuários dos cursos. Segundo F.15 eles não foram preparados “*para cuidar de pessoas*” e sim, segundo F.2, para estarem “*em laboratórios*”, sejam estes de pesquisa ou de análises clínicas. A falta de foco no usuário foi também refletida pelo baixo raciocínio clínico observado nos profissionais e por reações como “*correr para o banheiro*”. Esse último aspecto também indica um despreparo para trabalho em equipe, ou seja, junto ao usuário ou aos demais profissionais de saúde. De acordo com o relato de F.24 ela havia formado para “*ser uma fiscal e não para cooperar*”, sua percepção pode ser identificada na fala abaixo:

“Saí com uma visão errada que médico prescreve tudo errado, que paciente usa todos os medicamentos errados, que balconista não sabe vender medicamento... A gente critica tudo... é como se todos fossem os errados e você a certa. Na verdade você chega lá fora e encontra um cliente que quer que você o ajude e você pensa assim, nossa! Eu tenho que ajudar o cliente?... sai da faculdade com a sensação que tenho de combater e não ajudar... Na verdade nossa tarefa é ajudar e não fiscalizar e ai que é complicado, como é que eu vou ajudar se eu sempre estou com o dedo apontando o que está errado? F.24

Também foram citados a dificuldade de colocar em prática o conhecimento fragmentado recebido durante o período acadêmico, a falta de interação com os serviços de saúde e a baixa carga horária do estágio em farmácia.

Todos os problemas relatados pelos profissionais confirmam os diversos registros identificados na literatura e listados a seguir.^{93-97,105,132,159,164,188,212,213} Dentre eles, os identificados na proposta brasileira de Consenso para a AtenFar, que considera a formação dos farmacêuticos excessivamente tecnicista e incipiente na área clínica, existindo um descompasso entre a formação e as demandas dos serviços de atenção à saúde.¹⁰⁸ A prática tem priorizado as atividades administrativas em detrimento da educação em saúde e da orientação sobre o uso de medicamentos, revelando-se desconectada das políticas de saúde e de medicamentos.

A questão mercadológica, na qual os farmacêuticos e a empresa estão inseridos, foram preocupações de fundo que estiveram em muitas falas durante as entrevistas. Segundo o diretor 1, esse mercado está cada dia mais competitivo, devido a “concorrência predatória”, em que está estabelecida uma “guerra de preço, de desconto e de espaço” e falta de fiscalização e punição. Ele ainda relatou que esse contexto tem colocado em “risco a saúde das pessoas”, como demonstrado em sua fala a seguir:

“... hoje, infelizmente, no nosso mercado, a gente trata até com bandido, tem muito cliente, muito consumidor desavisado que cai em cada arapuca! Ele chega lá doente e corre o risco de sair morto! A gente sabe que tem gente que faz misérias. Não vamos falar só de sonegação e não registrar funcionários, mas é cada roubada: troca medicamento, remédio falso, enfim... A gente concorre até com isso também... não podemos acusar ninguém sem prova, mas a gente sabe que existe” **Diretor 1**

Além desses aspectos, alguns autores consideram que a farmácia no Brasil está caracterizada como um estabelecimento comercial desvinculado do processo de atenção à saúde, onde os produtos para a saúde são vendidos como simples bens de consumo e estão gerenciadas na maioria das vezes por leigos e comerciantes.^{58,135,152,226} Todos esses fatores reforçam a idéia de que no mercado capitalista de venda de medicamentos, somente o lucro é almejado e não há espaço para atender as necessidades da sociedade relacionadas aos medicamentos. Dessa forma, as farmácias representam hoje um modelo marcado por uma dicotomia entre o medicamento produto (interesse econômico) e a farmácia serviço (interesses de saúde) e que sofre numerosas influências externas (leis de mercado, indústria farmacêutica e regulamentação sanitária).^{93,94,108,118,164}

Esse modelo de farmácia, associado às deficiências na formação, pode ser considerado como as principais causas do conflito interno vivenciado pelos profissionais estudados e está caracterizado pela dissociação entre: “a teoria e a prática”; “ser farmacêutico e ser gerente”, “tempo para atividades técnicas e tempo para atividades administrativas” e “formação universitária e mercado de trabalho”. Os sentimentos resultantes desse conflito e expressos durante a pesquisa associavam-se à frustração, falta de motivação e de realização enquanto profissionais de saúde. Essa crise de identidade profissional tem conseqüências como a “falta de reconhecimento social e pouca inserção na equipe multiprofissional de saúde.”¹⁰⁸

Durante a pesquisa, o grupo estudado reconheceu como essencial o processo de educação continuada, mas considerou que muitas vezes é difícil para a empresa os liberarem para se atualizarem, devido ao quadro reduzido de farmacêuticos em cada farmácia da rede. Observou-se, porém, que mesmo diante destas barreiras, alguns conseguem superá-las, como exemplificado no relato abaixo:

“como é difícil em minha realidade conseguir ser liberada pela empresa para fazer cursos, visto que na farmácia onde trabalho somente eu sou a farmacêutica...Eu já pedi, mas não tem gente para ficar no meu lugar, então eu trabalho quinze dias direto, para poder fazer meu curso aos finais de semana...” F.24

Diante da rotina do dia a dia foi discutido também, a dificuldade do profissional buscar por si só o desenvolvimento de habilidades que poderiam aprimorar sua prática, como relatou F.29: *“...realmente nosso curso é muito teórico e a gente acaba não tendo tempo e oportunidade de partir para prática... Depois, na rotina do dia a dia a gente bitola, ninguém tem disposição e tempo para partir para esse lado.”*

Diversos autores têm considerado como necessário e crescente o papel das universidades e entidades de classe, na formação continuada diante do crescimento infinito e ilimitado, dos conhecimentos e transformações sociais.^{96,97,108,159,163,213} A este ponto acrescenta-se o papel das empresas, que segundo o médico *“devem criar uma espécie de espaço escolar”*. Ele ainda completou:

“Para lidar no mundo moderno, com a saúde das pessoas numa área tão específica e complexa como é a farmacoterapia, torna-se necessário estudo contínuo e uma disponibilidade maior do farmacêutico para a comunidade...atuando como um promotor de saúde.” Médico

6.1.8 - A cadeia: representante de indústria farmacêutica, médico e farmácia...

A influência dos representantes de laboratórios farmacêuticos em relação às prescrições de antiasmáticos foi um dos aspectos discutidos durante o grupo focal GF.1. Todos os participantes concordaram que a visita destes aos consultórios médicos reflete diretamente no que é vendido na farmácia. Lembraram que muitos “propagandistas” têm o hábito de avisar a farmácia que durante determinado período estarão trabalhando com um produto específico. Eles pedem aos farmacêuticos ou aos gerentes que não deixem faltar o produto, que mantenham um estoque maior do item que será anunciado, para não correr o risco de um paciente procurar o produto e não encontrá-lo. Os relatos abaixo ilustram esses aspectos:

“o efeito é rápido, o cliente chega no nosso balcão rápido, rapidinho e praticamente todas as prescrições chegam pelo nome comercial.” F2

“Eu já cheguei ao ponto de receber até telefonema de representante para saber se determinado produto tinha na farmácia. (...) Ele falou que estava me ligando porque estava visitando os médicos daquela região.” F.14

“Eles saem das clínicas, dos hospitais, passam na farmácia e avisam, previna-se.” F.18

A percepção do grupo estudado em relação à influência dos representantes de laboratórios farmacêuticos, ao comportamento dos prescritores, confirma o que vários autores têm descrito na literatura.^{226,227} Em um artigo de revisão, Lexchin apud CEBRIM (2004)²²⁶, descreve uma associação consistente entre o uso da informação fornecida pelo representante e a prescrição inadequada. Ele relata que clínicos gerais no Canadá e na Grã-Bretanha classificaram esses “propagandistas” como a primeira ou segunda fonte de informação mais freqüentemente empregada.²²⁶ E alerta que esses representantes transmitem somente informação positiva sobre os produtos de seu laboratório. Efeitos colaterais e contra-indicações são raramente mencionados e informações freqüentemente são imprecisas e não servem aos interesses dos pacientes. Várias evidências sugerem que o contato pessoal tem uma eficácia maior sobre o comportamento do prescritor (Harvey *et al.*, 1986; American College of Physicians, Health and Public Policy Committee, 1988).²²⁷ Esse é um dos fatores que contribui para que metade dos gastos com publicidade das empresas farmacêuticas recaia sobre esse tipo de profissional.²²⁷ A relação de representantes é de cerca de 10 a 15 para cada médico, com um custo anual em torno de cinco bilhões de dólares.^{226, 227}

Discutiu-se também, durante o GF1, que atitudes o farmacêutico poderia ter, a fim de contribuir para que as prescrições fossem mais racionais e os tratamentos mais acessíveis aos pacientes. Uma das sugestões foi a discussão do preço com o médico, pois *“muitos não têm noção do preço do produto que está sendo propagandiado pelo representante”*. Outra sugestão seria atuar junto aos médicos quando identificarem problemas nas prescrições, como exemplificou F.18: *“Atendo muita gente de classe baixa e já consegui muitas alterações em prescrições discutindo com o médico...”* Para conseguirem atuar de forma adequada neste ciclo, foi considerada pelos farmacêuticos a necessidade de uma formação mais clínica e de tempo para estudos.

Sub-capítulo VI. 2

DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA EDUCATIVO

Como apresentado no capítulo metodologia, o Programa educativo envolveu duas estratégias educacionais: um **programa de formação** e a **construção de materiais educativos**, os quais estão descritos a seguir.

6.2.1. A Implantação do Programa Formação

No capítulo percurso metodológico foi descrito na tabela 4, a estruturação do programa de formação e na figura 3, a seguir, apresenta-se por meio de um fluxo, a distribuição cronológica das atividades desenvolvidas durante a implantação do programa de formação.

A primeira reunião com os farmacêuticos foi realizada no início de março de 2004. Foram apresentadas a proposta e os objetivos do programa educativo, e avaliou-se também o interesse da equipe em participar. Aproveitou-se esse momento para: aplicar o questionário **Q.2** e agendar e estruturar as atividades 1 e 2. Posteriormente foram realizados vários encontros para a implantação da proposta conforme descrito a seguir.

Atividade 1 - Mini-Exposição e Trabalho de Grupo: Reflexão sobre o processo saúde-doença e seus determinantes psico-socioculturais.

Considerando que a estrutura do programa educativo objetivava uma formação centrada nas necessidades das pessoas com asma e na deficiência da formação dos profissionais farmacêuticos (geralmente com formação centrada apenas nos medicamentos), sentiu-se necessidade de iniciar o programa educativo refletindo sobre o processo saúde–doença e seus determinantes psico-socioculturais. Para essa abordagem foi realizada uma mini-exposição por um médico, seguida de atividade em grupo. Quatro horas foram necessárias para essa atividade e o roteiro utilizado para a atividade de grupo encontra-se no anexo 15.

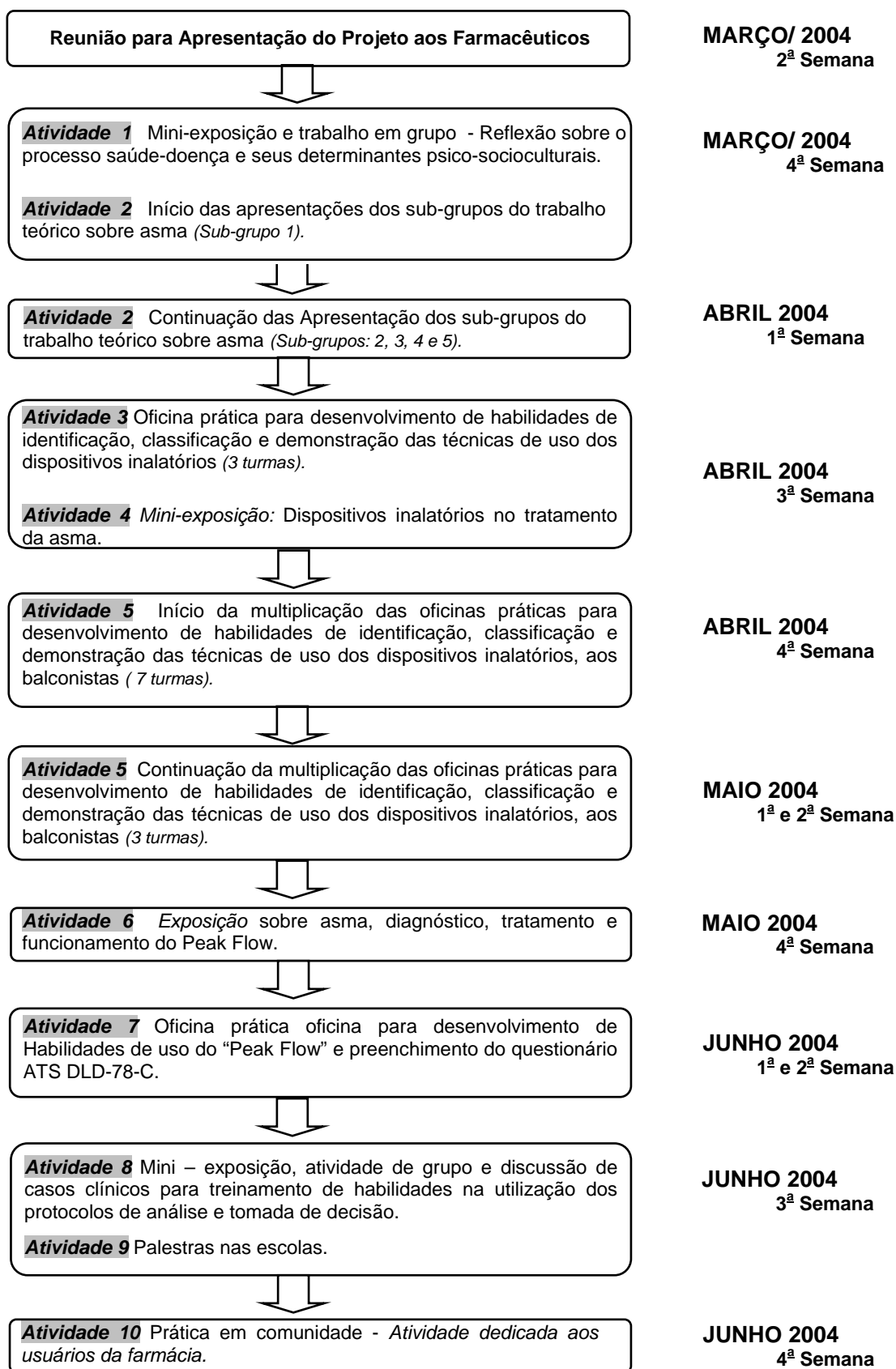


Figura 3 : Etapas de implantação do Programa de Formação

Atividade 2 - Atividade de grupo: Aspectos teóricos da asma

Foram trabalhados nesta atividade os seguintes tópicos relativos à asma: epidemiologia, conceito, sintomas, classificação, diagnóstico, tratamento farmacológico (broncodilatadores e antiinflamatórios) e não farmacológico (controle de fatores desencadeantes de crises asmáticas), além de uma introdução sobre as técnicas de uso dos dispositivos inalatórios. Outro aspecto abordado foi uma reflexão sobre o papel do farmacêutico, com enfoque centrado em atender as necessidades dos usuários com asma.

Para realização desta atividade, os farmacêuticos foram divididos em cinco grupos e cada grupo teve como tarefa preparar e apresentar uma parte dos tópicos descritos anteriormente em forma de seminários. Foi definido uma hora e 30 minutos para a apresentação de cada grupo. Eles receberam os seguintes materiais de apoio para elaboração do seminário: lista de sites relacionados à asma, III Consenso Brasileiro de Asma⁶, I Consenso Brasileiro de Educação em asma¹⁹, Guia de Seguimento Farmacoterapêutico sobre Asma Bronquial³³, Practical Guide for the Diagnosis and Management of Asthma¹, Protocolo Clínico de Asma Grave do Ministério da Saúde²³³. Essa atividade foi coordenada pela pesquisadora.

Atividade 3 – Oficina prática para o desenvolvimento de habilidades de identificação, classificação e demonstração das técnicas de uso dos dispositivos inalatórios

Essa oficina foi elaborada baseando-se no levantamento inicial das principais necessidades de habilidades a serem desenvolvidas, identificadas nas entrevistas individuais filmadas (EF 1) e no primeiro grupo focal realizado (GF 1).

A dinâmica dessa oficina teve dois momentos: no primeiro, os profissionais foram divididos em grupos para terem contato com os diferentes dispositivos (identificação) e tinham como tarefa classificá-los nos grandes sistemas de inalação (“spray”, pó seco e nebulização). Este primeiro momento foi registrado na folha de atividades, que se encontra no anexo 18 e ilustrado na figura 4. No segundo momento, cada grupo trabalhou com um sistema de inalação e se orientou a partir do manual de

técnicas construído durante a implantação do projeto. O objetivo dessa atividade era que ao final, cada grupo demonstrasse por meio de simulação as diferentes técnicas de uso de cada um dos representantes do sistema de inalação.

Para favorecer o processo de aprendizagem, essa oficina foi realizada com um número pequeno de participantes, cerca de dez em cada uma das três oficinas realizadas. A carga horária necessária a cada oficina foi de quatro horas. Essas foram coordenadas pela própria pesquisadora e um médico.



Figura 4: Farmacêuticos no momento 1 da oficina prática

Atividade 4 – Mini-exposição: Dispositivos inalatórios no tratamento da asma

Para reforçar os conhecimentos e habilidades desenvolvidas na oficina prática, foi realizada uma mini-exposição por um pneumologista, com duração de uma hora, abordando o uso dos dispositivos inalatórios na asma.

Atividade 5 – Oficina Prática: Desenvolvimento de habilidades para manuseio dos dispositivos inalatórios. (Multiplicação para os balconistas)

Os farmacêuticos, após participarem da atividade 3, reforçaram seus conhecimentos e habilidades à medida que atuaram como multiplicadores dessa proposta. Eles realizaram dez oficinas práticas e atenderam a um público de 153 balconistas da empresa. Dos 25 farmacêuticos que concluíram o programa educativo, cinco não participaram como multiplicadores da oficina prática por motivos administrativos, como por exemplo, mudança de unidade em que trabalhava. Os farmacêuticos mais atuantes neste processo foram F.19, que esteve em nove das dez oficinas realizadas e F.18, que participou de seis. De modo geral os outros 18 profissionais que atuaram como multiplicadores estiveram presentes em uma ou duas oficinas.

A farmacêutica F.19 assumiu uma posição diferenciada nesta atividade, a de coordenação de todas as oficinas. A dinâmica dessa oficina envolveu os dois momentos descritos anteriormente na atividade 3. Em cada um dos grupos, sempre existia um farmacêutico atuando como facilitador da atividade. A figura 5 exemplifica este formato.



Figura 5: Balconistas durante a oficina prática, trabalhando em grupos

Atividade 6 – Exposição sobre asma, diagnóstico, tratamento e funcionamento do “Peak Flow”

Para concluir a etapa teórica do programa de formação, foi proferida por um pneumologista e por um representante do Laboratório de Função Pulmonar do Hospital das Clínicas/UFMG, uma exposição com duração de uma hora e 30 minutos, abordando o tema: Asma - diagnóstico e tratamento.

Essas apresentações foram realizadas na Associação Médica de Minas Gerais e além dos farmacêuticos estiveram presentes os estudantes que ajudaram os profissionais durante a prática em comunidade.

Atividade 7 – Oficina para desenvolvimento de habilidades de uso do “Peak Flow” e preenchimento do questionário ATS DLD-78-C:

Os profissionais e estudantes participaram de atividade específica sobre os procedimentos a serem utilizados na Prática em Comunidade (Atividade 10), que envolveu: o desenvolvimento de habilidades na técnica de uso do “Peak Flow” (Anexo 16) e preenchimento de questionário de sintomas-ATS DLD-78-C (Anexo 4). Esses dois momentos estão ilustrados nas figuras 6 e 7.

Para essa atividade dividiram-se os farmacêuticos e estudantes em sete grupos, sendo necessário três horas para cada grupo. Após contato com as técnicas foi simulada pelos profissionais a utilização das mesmas. Os facilitadores dessa atividade foram a pesquisadora e um representante do Laboratório de Função Pulmonar do Hospital das Clínicas/UFMG.

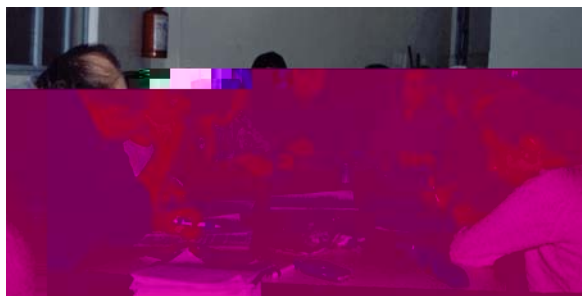


Figura 6: *Farmacêuticos e estudantes na oficina prática para desenvolvimento de habilidade para o preenchimento correto do questionário*



Figura 7: *Farmacêuticos e estudantes na oficina prática para desenvolvimento de habilidade para o uso do Peak Flow*

Atividade 8 – Mini – exposição, atividade de grupo e discussão de casos clínicos para desenvolvimento de habilidades na utilização dos protocolos de análise e tomada de decisão.

Para trabalhar esse tema, foram necessários uma mini-exposição, atividade de grupo e discussão de casos clínicos para desenvolvimento de habilidades na utilização do protocolo de análise e tomada de decisão.⁶ (Anexo 5). O protocolo foi revisado por um pneumologista e elaborado segundo as diretrizes estabelecidas pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia⁶. Essa atividade foi

construída a partir de situações-problemas/casos clínicos identificadas durante o projeto piloto e foi coordenada pela pesquisadora e por um médico. Foram necessárias duas horas para realização das atividades propostas.

Atividade 9 – Palestra nas escolas.

Por meio de contato prévio dos componentes do núcleo técnico administrativo com representantes de escolas públicas e privadas de ensino fundamental e médio, localizadas próximo às farmácias da rede, foi elaborado um programa de palestras. Essas foram ministradas pelos farmacêuticos e tiveram como objetivo levantar a questão da asma como um problema real na comunidade escolar, integrar o profissional à comunidade, valorizar o desenvolvimento de habilidades de comunicação, reforçar o conhecimento teórico aprendido e refletir sobre o papel social do farmacêutico frente a diferentes realidades sociais. Sete farmacêuticos, ministraram 90 palestras, em escolas públicas e particulares da região metropolitana de Belo Horizonte, alcançando um público aproximado de 3.000 pessoas. Essas tiveram duração de 40 minutos a 2 horas, dependendo da disponibilidade da escola, do interesse das turmas, dentre outros aspectos. Na grande maioria delas utilizou-se retroprojetor como recurso educacional. Os seguintes temas foram abordados nas palestras:

- *A profissão farmacêutica* (diferentes áreas de atuação do profissional) e
- *Aspectos teóricos da asma* (epidemiologia, conceito, sintomas, diagnóstico, tratamento farmacológico e não farmacológico e uso correto dos medicamentos inalatórios).

Todos os assuntos foram transmitidos utilizando-se linguagem adequada ao público-alvo. Dois diferentes conjuntos de “slides” foram preparados, um modelo atingia o público até a quarta série do primeiro grau e, o outro a partir da quinta série (Anexo 14).



Figura 8: Farmacêutica ministrando palestra em escola

Atividade 10 – Prática em comunidade.

Essa atividade teve como objetivo aplicar os conhecimentos e habilidades desenvolvidas ao longo do projeto e melhorar o atendimento das pessoas com asma na farmácia. Realizou-se um evento à população denominado: “campanha de orientação sobre asma”, durante uma semana do mês de junho em 13 farmácias da rede. Esse teve como slogan: **“Prevenir é tão importante quanto respirar”**.

Os usuários foram convidados a participar por meio de chamada no “jornal do ônibus”, cartazes nas farmácias da rede e divulgação no rádio. Os que tiveram interesse em participar de forma espontânea, foram atendidos pelo farmacêutico que avaliou a utilização dos medicamentos, mediu a capacidade respiratória (“Peak Flow”) e coletou algumas informações que o ajudou a avaliar o caso. Baseado no protocolo testado em projeto piloto²²⁰ (Anexo 5), o profissional tomou decisão sobre a necessidade de orientar o paciente ou de encaminhá-lo ao médico.

Os usuários que apresentavam qualquer alteração de normalidade, segundo o protocolo, foram encaminhados ao médico a fim de contribuir para a detecção precoce da asma, ou melhorar controle da doença no caso dos pacientes com diagnóstico médico estabelecido. A tabela 5, a seguir, apresenta o número de pessoas atendidas a cada dia da prática em comunidade por unidades de atendimento. O público participante durante aquela semana foi de cerca de 2.500 pessoas. As figuras 9 e 10 ilustram o atendimento aos usuários durante a semana de prática em comunidade.



Figura 9: Farmacêutica atendendo uma pessoa durante a prática em comunidade, na unidade 1



Figura 10: Uma pessoa realizando o teste de "Peak Flow", durante a prática em comunidade, na unidade 3

Tabela 5: Número de pessoas atendidas por dia, durante a prática em comunidade, em cada uma das 13 unidades da rede

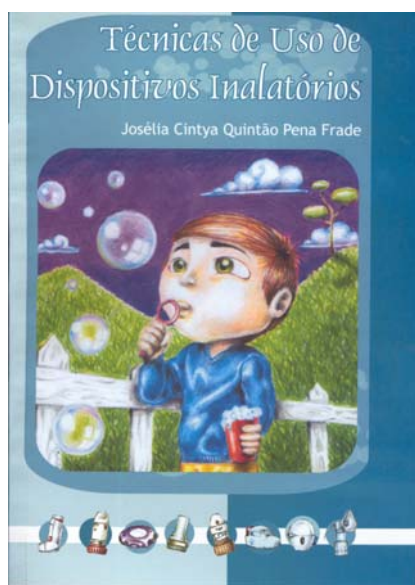
Unidades	DIA 21	DIA 22	DIA 23	DIA 24	DIA 25	Total unidade
1	26	37	53	78	60	254
2	43	63	44	56	70	276
3	20	24	25	37	60	166
4	10	31	45	31	47	164
5	3	28	19	30	28	108
6	26	32	53	64	60	235
7	18	16	26	32	28	120
8	16	11	30	18	22	97
9	21	28	52	64	60	225
10	13	18	32	32	25	120
11	27	46	56	49	52	230
12	26	20	61	64	62	233
13	41	52	68	52	75	288
Total por dia	290	406	564	607	649	
Total Geral						2516

6.2.2. Construção de Materias Educativos durante o Programa Educativo

O livro...

Durante o projeto piloto foi iniciada a construção de um manual de técnicas de uso de dispositivos inalatórios. Posteriormente este foi enriquecido pelos farmacêuticos do subgrupo 5, os responsáveis pelo seminário sobre uso correto dos dispositivos inalatórios previsto durante a atividade 2 do programa de formação. Dessa forma, o texto foi construído de forma participativa, a partir de informações de diversos artigos, manuais, protocolos de sociedades médicas e documentos oficiais, bem como das orientações presentes em bulas e materiais educativos produzidos pelo próprio fabricante ou distribuidores.

Após a revisão realizada por um pneumologista professor da Faculdade de Medicina da UFMG, o manual foi formatado e tornou-se um livro, intitulado: Técnicas de uso de dispositivos inalatórios. O lançamento aconteceu em 24 de setembro de 2005, no 8º Congresso de Farmácia e Bioquímica de Minas Gerais. A figura 11 apresenta a capa do livro e uma de suas páginas internas. Encontra-se no anexo 17 um exemplar do livro.



A



B

Figura 11: Capa do Livro (A) e Miolo do Livro - página 18 (B)

Cada um dos aspectos presentes no livro foi cuidadosamente elaborado e testado nas oficinas práticas. Ao longo do texto são encontrados detalhes de cada técnica de uso dos dispositivos inalatórios, presentes no mercado brasileiro.

Para escolher o ilustrador do livro, foi realizado um concurso de desenho junto aos usuários com asma que participaram da atividade 10. Foi solicitado a eles que expressassem, por meio da arte, como se sentiam no momento de uma crise de asma. Foram inscritos 50 desenhos e a avaliação dos mesmos foi feita por quatro examinadoras, duas psicólogas e duas produtoras gráficas. Cada dupla avaliava os desenhos a partir de

Outros materiais educativos...

Além do livro outros materiais educativos foram desenvolvidos, dentre eles:

- Manual de orientação sobre fatores desencadeantes (Anexo 13) também construído de forma participativa;
- Conjunto de “slides” para ser utilizado nas palestras à comunidade (Anexo 14);
- Protocolo para padronizar as intervenções, que buscava orientar e desenvolver um raciocínio clínico no farmacêutico a para tomada de decisão diante dos problemas identificados e descontrolado da asma (Anexo 5).
- Kit de produtos para simulação da técnica junto ao usuário. Os participantes receberam um kit, que continha os principais dispositivos inalatórios comercializados pela empresa, dois modelos de espaçadores e um pote com cápsulas vazias, como ilustrado na figura 13.



Figura 13: Foto do Kit para simulação da técnica correta de uso dos dispositivos inalatórios

1) Dois modelos de espaçadores, 2) Três modelos de “aeroliser”, 3) Pote com cápsulas vazias, 4) Modelo de “Turbuhaler”, 5) Modelo do “Diskus”, 6) Modelo do Aerossol Dosimetrado 7) Bolsa para acondicionar os dispositivos inalatórios e espaçadores

A fim de melhorar a informação e motivação dos funcionários sobre o processo educativo foi criado um boletim interno que comunicava todos os passos da implantação do projeto.

Sub-capítulo VI. 3

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA EDUCATIVO

Neste sub-capítulo será apresentada a avaliação geral do programa educativo, na visão dos diferentes atores que participaram do processo. Ele foi dividido em três grandes eixos analíticos: **ESTRUTURA**, **PROCESSO** e **RESULTADOS**, que serão descritos a seguir.

VI. 3. 1. ESTRUTURA

As idéias que faziam referência à avaliação estrutural do programa educativo foram agrupadas nesse primeiro eixo analítico. Essas foram subdivididas nas categorias apresentadas na tabela 6, construídas a partir dos dados coletados no questionário Q.4 (Anexo 7). Os farmacêuticos para responderem o questionário Q.4, utilizaram uma escala que variava de **0** a **4**; sendo zero considerado ruim e quatro ótimo.

Tabela 6: Distribuição dos farmacêuticos segundo avaliação dos aspectos estruturais do programa educativo

Aspectos sob avaliação	ESCALA				
	0	1	2	3	4
I. Local de Realização dos treinamentos					
a) Conforto	1 (4%)	9 (36%)	8 (32%)	6 (24%)	1 (4%)
b) Luminosidade	-	5 (20%)	9 (36%)	6 (24%)	5 (20%)
c) Nível de ruído	4 (16%)	9 (36%)	9 (36%)	3 (12%)	-
d) Temperatura	1 (4%)	10 (40%)	6 (24%)	7 (28%)	1 (4%)
e) Acesso	-	1 (4%)	9 (36%)	7 (28%)	8 (32%)
f) Lanche	-	-	9 (36%)	10 (40%)	6 (24%)
II. Recursos Instrucionais Utilizados					
a) Material fornecido: Consenso, disquetes com artigos, lista de sites	-	-	1 (4%)	10 (40%)	14 (56%)
b) Recursos audiovisuais utilizados	-	1 (4%)	1 (4%)	11 (44%)	12 (48%)
III. Carga Horária					
a) Carga Horária total do Programa Educativo	-	3 (12%)	8 (32%)	7 (28%)	7 (28%)
b) Carga Horária dos Treinamentos Teóricos	-	3 (12%)	10 (40%)	6 (24%)	6 (24%)
c) Carga Horária dos Treinamentos Práticos	-	3 (12%)	6 (24%)	9 (36%)	7 (28%)
d) Carga Horária da interação Teórico – prático (Campanha)	-	2 (8%)	8 (32%)	10 (40%)	5 (20%)
IV. Palestrantes					
a) Conhecimento e domínio sobre o assunto	-	-	2 (8%)	9 (36%)	14 (56%)
b) Habilidade na utilização dos recursos didáticos	-	1 (4%)	4 (16%)	7 (28%)	13 (52%)
V. Conteúdo					
a) Relação entre conteúdo programado e ministrado	-	-	4 (16%)	12 (48%)	9 (36%)

A avaliação das categorias presentes na tabela 6 revelou que de maneira geral, os recursos humanos e materiais utilizados durante a implantação do programa foram

satisfatórios. O local de realização do programa de formação foi o mais questionado, devido principalmente ao nível de ruído. Os farmacêuticos sugeriram um período mais prolongado para o programa de formação, na tentativa de conciliar melhor o trabalho ao estudo.

Nenhum dos temas trabalhados foi apontado como desnecessário. Quanto ao *núcleo técnico administrativo*, pode-se considerar que os participantes compreenderam a proposta da pesquisa que envolvia um “fazer com” e não um “fazer para” os funcionários da rede de farmácias. Eles consideraram que o processo de implantação possibilitou “revelar talentos” e “descobrir parceiros”. Conseguiram perceber que nesse projeto, por se tratar de uma pesquisa científica, existia sempre uma preocupação constante em padronizar todos os procedimentos e de “cada indivíduo saber o porquê de atuar segundo uma padronização”. As falas abaixo ilustram alguns desses aspectos:

“outros projetos... usam pessoal de fora e este não! Foi um projeto que envolveu toda a equipe. Os funcionários mais do que nunca se sentiram valorizados com isso...uma vez engajados no projeto eles estavam se sentindo “gente”.
Coordenadora dos Farmacêuticos F.23

“soube valorizar as pessoas...e o acompanhamento dos procedimentos foi muito bem feita, a preocupação de na hora de medir a altura não pode ter nada, nem para baixo, nem para o lado, tem que estar reto...Isso é muito legal! Vamos usar uma régua de madeira porque a outra pode entortar, olha o nível de detalhe. Para nós do censo comum, e, daí? E, se chegar um deficiente, olha o nível de preocupação, vamos atender a todos e com muita técnica... Foi rico por isso, o pessoal não só fez, mas sabia o que estava fazendo e estudaram para isso...”
Comunicação

Aspectos também valorizados diziam respeito ao projeto “*não ter sido pontual*” e “*de ter sido baseado em experiências anteriores*”.

O boletim se mostrou como um importante veículo para comunicar aos funcionários sobre a implantação e os resultados do projeto. Proporcionou também motivação à funcionária que ficou responsável por sua produção, como revelado a seguir:

“Achei muito bacana a gente ter conseguido implementar o boletim... eu realmente senti que estava contribuindo com uma coisa que eu realmente sei fazer e que eu gosto de fazer.. Foi muito legal criar uma peça exclusiva do projeto e, que deu o recado, que tinha que dar...”
Comunicação

VI. 3. 2. PROCESSO

Agrupou-se neste grande eixo idéias referentes à avaliação: **1)** das atividades implantadas durante o programa de formação, **2)** dos materiais educativos e **3)** dos métodos de ensino aprendizagem. Buscou-se identificar em cada uma delas os pontos fortes e os questionados pelos farmacêuticos. A seguir será apresentado um resumo desse processo de análise.

6.3.2.1 Avaliação das atividades implantadas durante o programa de formação

a - Pontos Fortes

De maneira geral, os principais pontos fortes apontados pelos farmacêuticos se referiam aos efeitos do programa de formação, ou seja, os ganhos em termos de conhecimentos e habilidades. Valorizaram a possibilidade de aplicar os saberes aprendidos e desenvolvidos nas práticas em comunidade e profissional. Aspectos relativos à atuação dos palestrantes e facilitadores, a disponibilidade de materiais, o planejamento e a organização das atividades também foram registrados como pontos fortes.

Especificamente em relação à avaliação das atividades teóricas, ressaltaram as **mini-exposições** como a base do programa educativo e consideraram que esta estratégia permitiu: acrescentar novos conhecimentos; revisar informações prévias e esclarecer dúvidas, como exemplificado abaixo:

“como eu tenho agora uma visão da asma, totalmente diferente do que eu tinha...Hoje eu sei que é uma doença inflamatória, isso foi uma surpresa para mim, porque antes eu não sabia...” F.2

Em relação ao **trabalho em grupo**, verificou-se que esta atividade foi considerada como a que permitiu maior integração do grupo de farmacêuticos e “retornar aos estudos”. Valorizaram o empenho, a disponibilidade e a dedicação dos membros dos grupos. O médico que acompanhou o processo de implantação do programa, ainda relatou: “ajudou a enriquecer e a facilitar o processo de aprendizagem.”

Quanto às oficinas práticas, foi muito valorizado o pequeno número de pessoas presentes em cada grupo, a possibilidade de esclarecerem dúvidas e de manusearem produtos que geralmente se apresentavam lacrados na farmácia. Os relatos a seguir ilustram alguns desses aspectos:

“me marcou mesmo foi a parte prática..aprender a mexer com os dispositivos. A primeira vez, ai meu Deus, deu vontade de enfiar debaixo da mesa de vergonha. Pegava aqueles negócios e ficava virando, não sabia como abrir, nem o que tinha lá dentro.... E, agora, nós temos o domínio da técnica.” F.6

*“eles tiveram a oportunidade de não apenas aprender com uma técnica diferente, mas também de estreitar o relacionamento... aqui sentada ouvindo um palestrante, eu entro e saio, sem conhecer o meu colega, e quando eu estou ali na prática, numa dinâmica, numa simulação eu sou obrigado a passar para ele e eu até me observo melhor... **Comunicação***

A responsável pelo setor de Recursos Humanos descreveu que o interesse dos funcionários durante as oficinas práticas a levou a refletir e modificar a metodologia que utilizava nos “treinamentos” para os recém contratados pela empresa. Como pode ser verificado no relato abaixo ela reconheceu as vantagens e a importância da metodologia utilizada nas oficinas práticas e a incorporou em seu processo de trabalho, ou seja, na avaliação e alocação dos perfis profissionais.

*“...no treinamento introdutório do RH, que realizo para os funcionários novatos, antes apenas falava, falava, falava...agora... eu copieei entre aspas, os treinamentos que vi acontecendo no projeto... eu monteiuma simulação.. dividi o grupo em duplas: vendedor e cliente... com a prática, eu pude ter uma noção da pessoa. Isso foi muito válido para mim... para eu conhecer melhor, ter noção mais próxima da realidade do perfil da pessoa que seleciono para a empresa...” **Recursos Humanos (GF)***

Em relação à oficina prática dedicada aos balconistas, avaliou-se detalhadamente 153 registros desses profissionais e foram agrupados em diferentes sub-categorias: *avaliação geral, atuação dos farmacêuticos, metodologia, aplicabilidade, aprendizagem, causa da desinformação, segurança, melhor atendimento, aspectos estruturais e continuidade*. De maneira geral, elas revelaram que os balconistas valorizaram a forma como a oficina foi estruturada, a atuação dos farmacêuticos como multiplicadores e o enfoque no manuseio dos produtos, que para a maioria era desconhecido. Em muitas das falas foi considerada a possibilidade de aplicação dos conhecimentos e habilidades desenvolvidas no atendimento aos usuários. Sentiram-se também muito motivados pela proposta e sugeriram novas oficinas práticas. Muitos ainda destacaram a importância da continuidade desse processo educativo

como estratégia de crescimento profissional. Os relatos a seguir ilustram esses aspectos:

“As farmacêuticas explicaram com bastante clareza, mostrando empenho e conhecimento...todas as minhas dúvidas foram esclarecidas.” B.11

“Gostei muito de ser menos integrantes nos grupos e pelo fato de poder praticar, não só ouvir o palestrante.” B.39

“ vou aproveitar no meu dia a dia, atrás do balcão da farmácia.” B.47

“...na verdade descobri que não sabia nada sobre esses produtos.” B.88

“ Aprendi muita coisa que não tinha conhecimento, mesmo trabalhando a 6 anos em farmácia.” B.137

“Antes deste treinamento, era quase impossível, saber como funcionava cada medicamento, já que todas as caixas vêm lacradas...não podíamos nem ser curiosos, pois, corríamos o risco de perder doses do medicamento.” B.117

“Não tinha segurança para explicar e dar informações ao paciente. E agora, com esse curso, estou bem mais seguro, para orientar os clientes.” B.134

As informações apresentadas anteriormente podem ser reforçadas pelos relatos de alguns farmacêuticos, que durante os grupos focais realizados ao final do programa educativo, descreveram como *“o primeiro curso que eu vi os balconistas elogiarem”* e F.13 completou:

“Um dos balconistas, da farmácia onde trabalho, não queira vir de jeito nenhum...não ia vir, e, falou que estava passando mal. Era mentira...oferecemos outro dia e ele foi, achou o máximo e elogiou até...” F.13

Ao final do programa educativo, a pesquisadora foi informada durante o GF.4, que F.19 estava em uma fase pessoal um pouco difícil e que assumir a coordenação das oficinas práticas serviu de estímulo para aumentar sua auto-estima e interação com outros setores da empresa. A própria F.19 fez um relato emocionado, durante o GF.3, como demonstrado a seguir:

“Apesar de não parecer...eu tenho muita timidez...inclusive não queria apresentar hora nenhuma dentro do meu grupo (atividade 2)... aí de repente eu comecei a estar relatando, muito bem. Eu sou muito emotiva...(ela pára um pouco pois se emocionou) O fato de eu ter muita segurança durante a oficina, fazia com que minha timidez fosse embora... Eu fiquei tão feliz, o meu ego foi lá em cima por saber que o mais importante disso tudo é eu estar ajudando outra pessoa a utilizar isso. Eu não sei se vocês estão entendendo a dimensão do que eu senti. Eu estar colocando todo o meu conhecimento adquirido com segurança. Como eu já falei, estou me sentindo aliviada, eu me senti como uma asmática aliviada após a utilização dessas bombinhas, de broncodilatador, que o efeito é imediato. Então, para mim isso tudo que aconteceu foi uma experiência profissional e pessoal. Eu acho que talvez até mais pessoal, por saber que eu sirvo para alguma coisa. No dia a dia, a gente que é gerente não tem uma satisfação pessoal, a gente tem satisfação muitas vezes é da rotina, do corriqueiro, então; saber que eu fui útil para alguma coisa, me dá uma empolgação... Então, tudo isso me deu mais segurança também para que eu possa

fazer mais alguma coisa além do que eu sei, como pessoa e como profissional, eu acho que todo mundo está feliz com ele mesmo...” F.19

Diante dos vários relatos positivos sobre essa atividade pode-se considerar que ela contribuiu para reforçar as habilidades dos farmacêuticos e motivá-los.

Em relação às palestras nas escolas, os profissionais relataram que o tema asma foi considerado de grande relevância pela a comunidade escolar, devido à presença da doença naquele meio, como demonstrado na fala abaixo:

“Percebi onde tivemos que, quem não era asmático, tinha um sobrinho, tinha um irmão ou tinha uma mãe com o problema e se interessavam em dividir experiências, compartilhar coisas...” F.16

De maneira geral, houve grande interesse dos alunos, da direção da escola e dos professores tanto das escolas públicas quanto das privadas em relação a essa atividade. O tema asma despertou curiosidade e a possibilidade de associá-lo ao currículo e o interesse em conhecer a profissão farmacêutica foi verificado em algumas turmas.

Os profissionais se sentiram acolhidos pela comunidade escolar que demonstrou muito receptiva a proposta e consideraram que vivenciar essa experiência em diferentes realidades lhes permitiu muitas reflexões, aprendizagens e ganhos, como exemplificado nas falas abaixo:

“... Cheguei na 1ª escola, todo mundo muito simples e receberam a gente de braços abertos. Eles diziam: não acredito que alguém vai vir aqui de graça!...as pessoas estão sedentas por uma gota de informação e de cuidado.” F.1

“Existem muitos tratamentos para amenizar o sofrimento, maneiras mais baratas, maneiras mais caras, maneiras até preventivas...nós temos uma gama de informações que podem ser aplicadas em várias circunstâncias... Fui dar palestra numa comunidade muito pobre, então pensei, a prevenção será a coisa mais importante para falar, porque provavelmente essas pessoas vão depender de custos para tudo, são pessoas muito miseráveis. Mas a prevenção...todo mundo pode fazer e a gente pode ajudar. O que falta no nosso país é educação, assim, a prevenção faz parte da educação...” F.2

“Eu acho que foi uma experiência que me ajudou em muitos sentidos... tive de estar diante de uma platéia... Fomos em uma escola muito carente...sem nenhuma estrutura, mas as pessoas precisam, elas querem saber! É importante nós estarmos perto delas para falar... Eu fui sabendo pouco, mas elas não sabiam nada, menos do que eu. A experiência é muito enriquecedora. A gente recebe mais do que a gente dá, isso era uma coisa que eu sempre escutei falar e eu não sabia o que era, mas é verdade, nós sentimos isso...” F.2

“descobri que eu sou capaz de ensinar. Eu sempre pensei que era tímida e que não era capaz de ensinar. Pensava que precisava de muito conhecimento técnico, de muito rigor como ter um doutorado e eu vi que não. Eu posso passar a mensagem, é

só eu colocar com segurança e estudar... Passei a pensar em investir nisso. Com o projeto eu achei um caminho...” F.11

“...eu peguei só adolescentes. Eu entrava na sala de aula morrendo de medo de deles, assustadíssima... Mas, você olha a carinha deles...tão novinhas e tão sofridas...! Já tinham usado tantos medicamentos e estavam cheios de mitos...” F.16

“ Outra coisa que me marcou .. numa sexta-feira à noite nós fomos dar palestra e pensamos: esse povo não vai querer saber de nós aqui não e foi sensacional!.” F.16

Não era previsto no início do projeto que os profissionais tivessem de viver a experiência de terem como públicos especiais de suas palestras pessoas com problemas de surdez ou com Síndrome de Down. Nas descrições a seguir, são revelados os sentimentos dos que vivenciaram aquele momento:

“Nós fomos numa escola para dar a palestra para um grupo de suplência e o pessoal havia sido dispensado por algum motivo. Acabou que nós pegamos uma turma de... surdo-mudos. Isso me marcou muito, só para citar a profundidade de onde fomos atingir. No início eu os menosprezei, porque tinha um tradutor e eu pensei: eles não vão conseguir, eu vou falar e eles não vão entender. Eu nunca tinha tido nenhuma experiência nesse sentido. Eu fui falando e eles prestando atenção no tradutor. Ao final levantaram o dedo e perguntavam para o tradutor e o tradutor me perguntava. Chegou um momento em que colocamos a transparência (porque a escola era muito carente, não tinha datashow, não tinha nada) e perguntei: - por que este ambiente pode provocar uma crise no asmático? E pensei: agora é a hora! Pedi ao tradutor para eles se manifestassem... No primeiro segundo que coloquei, quatro levantaram o dedo. Eu tinha falado, mas estava pensando que eles não estavam absorvendo absolutamente nada. Um deles foi lá na frente, ele praticamente repetiu tudo que eu tinha falado “tim tim por tim tim” e o outro foi falando, numa organização! Todos eles agradeceram no final. Tinha um asmático na turma, ele tirou todas as dúvidas. Eles ficaram felizes e gratos de nós termos ido lá falar de uma doença.” F.1

“foi uma experiência inesquecível.” F.11

Quanto à prática em comunidade, essa foi considerada como o ápice do conhecimento, uma vez que os possibilitou colocar em prática todas as habilidades desenvolvidas e conhecimentos construídos. Essas idéias podem ser identificadas nos relatos a seguir:

“...todos os casos clássicos que nós vimos na teoria, nós encontramos na prática...nós trabalhamos na campanha a coragem para nos colocar de cara a tapa mesmo. Pode vir aqui e perguntar qual dispositivo que você quiser que eu te ensino como usa. Nós ganhamos confiança, ganhamos oportunidade de chegar perto do cliente.” F.16

“...tudo aquilo que nós estudamos... tivemos oportunidade de ver lá.” F.2

“A campanha foi a escola de todo o nosso aprendizado, onde nós fomos os orientadores da escola. Foi a prática de todos os treinamentos que tivemos.” F17

“Foi o momento em que a gente juntou tudo.” F17

A farmacêutica F.23 completou essa fala ao afirmar: “...juntou o paciente e o farmacêutico. Ficamos no frente a frente...teve casos que eu falei: Gente! Tudo que eu aprendi eu pude aplicar nessa pessoa! Vivenciando a coisa...”

Expressões como: “*motivação*”, “*segurança*”, “*o desejo de fazer certo*”, “*interação do pessoal como um todo*”, “*domínio do assunto e entusiasmo*”, foram utilizadas ao se referirem à forma como a equipe atuou durante esta atividade. E, outras como: “*receptividade*”, “*curiosidade*” e “*satisfação*”, foram utilizadas para expressarem a reação da população frente a este atendimento diferenciado.

O médico ressaltou em uma entrevista que acredita que prática em comunidade poderia ser replicada também a outras instituições pois permite: “*apresentar a sociedade o que é o papel de um farmacêutico...*”

Para finalizar a avaliação dos pontos fortes, vale destacar alguns pontos. As palestras nas escolas e a prática em comunidade, atingiram grande número de pessoas e possibilitou aos profissionais conhecer mais de perto a realidade da comunidade, divulgar o papel do farmacêutico, desenvolver habilidades de comunicação, reforçar e aplicar os conhecimentos e as habilidades desenvolvidas. A boa receptividade a proposta, por parte das escolas e dos usuários durante a “campanha da asma” e a sensação de “ser útil enquanto profissional de saúde” funcionaram como fatores motivadores. **Interação** foi uma palavra que perpassou todo o processo de avaliação das atividades implantadas. Ela apareceu referindo-se a interação dos farmacêuticos com os usuários, os estudantes de farmácia e fisioterapia, os balconistas, os integrantes das escolas onde as palestras foram realizadas e entre os próprios farmacêuticos.

b - Pontos Questionados e sugestões

O principal ponto questionado estava associado ao **tempo**, principalmente pela dificuldade de conciliar as tarefas profissionais com o programa de formação. Foi sugerido um aumento da carga horária do programa de formação e um maior período para a implantação.

Em relação às mini exposições, a farmacêutica F. 16 considerou que alguns conteúdos poderiam ter sido aprofundados, mas não os descreve. E, a F3 sugeriu que seria interessante se tivessem tido uma apostila para acompanharem as apresentações.

Quanto ao trabalho em grupo, cinco farmacêuticos consideraram como aspecto dificultador o fato de terem de encontrar um horário que conciliasse a disponibilidade de cada um dos membros do grupo. Quatro outros apontaram questões referentes à dinâmica do próprio grupo trabalhar: *“alguns deram mais de si”* ou da *“falta de didática”* no momento da apresentação dos trabalhos.

Em turmas muito grandes foi verificado um pouco de indisciplina e conversas paralelas durante as palestras nas escolas.

Em relação à prática em comunidade, discutiu-se no **GF.3** as inconveniências dos farmacêuticos gerentes permanecerem em suas farmácias de origem durante essa atividade. O principal ponto apontado foi a interrupção dos balconistas para resolver problemas rotineiros.

Enquanto quatro farmacêuticos questionaram a *“pouca divulgação”*, outros 12 valorizaram a grande demanda da população durante esse atendimento, e sugeriram que o tempo fosse ampliado, como relata F.13: *“Acho que o horário de atendimento foi curto.”* O tamanho da equipe frente ao grande número de usuários, em alguns momentos, também foi considerado como um fator dificultador, exemplificado por F.13: *“em certos momentos, acho que a deficiência foi o número de profissionais que participaram.”*

Devido ao pouco espaço interno de muitas unidades da rede, optou-se na maioria dos casos por montar a estrutura de suporte para o atendimento da população no estacionamento das farmácias. Porém, as farmacêuticas F.8 e F.18 consideraram este *“local com muito barulho.”* Outro aspecto foi apontado por F.25, com relação ao questionário ATS-DLD-78-C utilizado: *“as perguntas...eram cheias de detalhes, isso tornou a atividade mais lenta”*.

Apesar da maioria dos profissionais, apontar de forma positiva, a participação dos estudantes, a F.1 relatou que em alguns momentos, “*notava um certo desinteresse dos estudantes*” que a ajudaram nesta atividade. Acredita-se que essa avaliação tenha sido influenciada pela localização da farmácia onde F.1 atuou, pois esta foi a unidade mais difícil para alocar estudantes devido a distância.

6.3.2.2 - Avaliação dos materiais educativos

a - Pontos Fortes

Dentre os materiais educativos construídos durante o programa educativo, os mais valorizados pelos profissionais foram o manual de uso dos dispositivos inalatórios (protótipo de livro) e o kit para simulação. Estes receberam de 90% dos farmacêuticos nota entre quatro e três no questionário **Q3**. Foram considerados como: **1)** um suporte para orientar de maneira mais adequada os usuários durante a dispensação, **2)** um substituto da principal fonte de informações anteriormente utilizada - a bula dos produtos, além de **3)** possibilitar esclarecimento de dúvidas e reforço dos conhecimentos e habilidades desenvolvidas. Aspectos estes discutidos durante os grupos focais GF.2 , GF.3 e ilustrados nas falas abaixo:

“Ajudou muito! Tanto para mim, quanto para os funcionários também. Eles gostaram muito... podem tirar suas dúvidas e da pessoa que estiver comprando. Serve para eles darem uma olhada, mesmo quando não estou.” F.14

“ele está ótimo, mesmo a pessoa que não se lembra de tudo do curso, lendo o manual e fazendo com o paciente, passo a passo, vai dar para entender perfeitamente.” F.6

“Em caso de dúvida agora temos onde consultar.” F.1

Durante o grupo GF.3 também foram comentados outros aspectos referentes ao manual, como a linguagem e a utilidade da informação. Esses tópicos podem ser identificados nas informações a seguir:

“...Tanta informação útil... F.19

“...explica de maneira fácil como a pessoa pode falar para o paciente ... ele está bem didático. Você tem que usar uma linguagem simples para a pessoa entender, aquela pessoa quer o simples. Então, tem que ser simples. Nele também encontramos o porquê das coisas, isso não vemos na bula” F.19

“devemos sempre consultar e não deixar no esquecimento, o protocolo e o Kit...o de melhor que temos para auxiliar o paciente.” F.10

Verificou-se na literatura outro programa educativo dedicado a farmacêuticos que também disponibilizou ao final um Kit contendo os placebos de dispositivos inalatórios.³⁶

b - Pontos Questionados e propostas

Foi relatado por alguns farmacêuticos como ponto negativo o fato do kit não ter todos os modelos de dispositivos. Vale ressaltar que, apesar de várias tentativas junto aos laboratórios, ainda ficaram faltando os seguintes modelos: “novolizer”, “handihaler” e “pulvinal”. Foi interessante notar que os profissionais saíram de uma situação em que não tinham disponível nenhum modelo de dispositivo para simulação para outra em que conseguiram apontar a falta de alguns modelos como ponto negativo.

Outro ponto questionado estava relacionado à pasta fichário, utilizada para organizar os manuais construídos e todos os procedimentos padronizados para o atendimento de uma pessoa com asma. Observou-se que a opinião sobre esse modelo de pasta variou durante os grupos focais, conforme exemplificado pelos relatos a seguir:

“eu achei tão lindo aquele fichário... Dá para colocar um monte de projeto...” F.19

“...manusear o fichário, é muito chato, eu preferia encadernar... as folhas do fichário, você vai usando e elas vão rasgando..” F.13

A farmacêutica F3 que também havia gostado do formato fichário propõe uma solução: “*Existe uns plásticos...*” F.13 comenta: “*isso é bom, ... eu nem pensei nisso.*”

6.3.2.3- Avaliação dos métodos de ensino aprendizagem

Nesta categoria foram agrupados relatos que se referiam à avaliação das estratégias de ensino empregadas no programa educativo além de descrições que o comparavam com os treinamentos realizados anteriormente pela empresa.

Pode-se considerar que as técnicas de ensino utilizadas no programa educativo atingiram os objetivos propostos e coincidem com as apontadas por Evans (2004)¹⁶⁶ como as mais efetivas em programas de formação direcionados a profissionais de saúde. Os farmacêuticos compreenderam a proposta metodológica utilizada em cada uma das atividades desenvolvidas. Partiu-se de problemas identificados na realidade, conhecimentos prévios e dificuldades dos profissionais. Ao longo do processo foram construídos novos conhecimentos e habilidades, culminando com a sua aplicação prática. Como exemplificado nos relatos a seguir:

“O projeto me permitiu compactar os conhecimentos e aplicar... foi como tivessem falado para mim: pega tudo que você já sabe, mais o que estou te ensinando e vai aplicar aqui dessa forma.... Antes tinha tudo muito disperso...eu sabia da doença, mas hoje eu tenho uma nova visão...eu posso atuar também na prevenção para não deixar o paciente entrar em crise... acho que foi a mudança de postura... Sai dessa postura de conhecedor fragmentado para usar a técnica dentro da realidade... Eu vivia no mundo, com os meus conhecimentos fragmentados, a realidade lá fora e eu dentro da empresa, achando que estava tudo ótimo” F.1

“É o pegar e fazer... Que o ensinar não é uma coisa passiva, ele tem duas mãos, tem que ir e voltar. E enquanto você está ensinando, você está aprendendo também...A partir do momento, que você fica lá no pedestal, pensando eu sei tudo, e, bla, bla, bla, bla, bla, bla, bla, bla, bla, não funciona! Se fosse assim, mãe pegava o menino, falava na cabeça dele até, e, chegava lá na frente, um cidadão maravilhoso sem problemas. A gente sabe que não assim...Já fiz cursos anteriores com esse bla, bla, bla e saí do mesmo jeito que entrei” F.11

Não foi observado em nenhum dos estudos encontrados na literatura direcionados a aos profissionais de saúde a subdivisão do programa de formação seccionada em teórica, prática e interação teórico-prática. Não se identificou a construção compartilhada de materiais educativos e sua carga horária era menor que a do presente estudo.^{36,51,76,166-168}

Dentre os estudos direcionados aos farmacêuticos observou-se que Wilcock (1998)³⁴ realizou em sua investigação várias sessões práticas com cerca de cinco participantes, centradas nas técnicas de uso dos dispositivos inalatórios (DI), atingindo um total de 55 farmacêuticos. Outro estudo centrado em aspectos práticos foi realizado por Cain (2001)⁵¹, que promoveu por meio de um único encontro individualizado o desenvolvimento de habilidades para o manuseio do AD, “turbuhaler” e “diskus”. Erickson (2000),⁷⁶ por sua vez, abordou aspectos teóricos da asma bem como prática sobre o manuseio do aerossol dosimetrado (AD) e do “Peak Flow”. Seu programa de formação contou com a participação de 32 farmacêuticos e teve 4 horas de duração. No estudo de Kisti (2001)¹⁶⁸, o modelo

utilizado era de educação à distância. No grupo intervenção participaram 315 farmacêuticos, subdivididos em pequenos grupos de no máximo oito profissionais. Casos eram utilizados para conduzir a discussão e os efeitos eram medidos em termos da percepção dos profissionais sobre o seu papel no manejo da asma e suas habilidades para aconselhar o uso de DI.

A metodologia da oficina prática proposta nesta dissertação compreendeu o desenvolvimento de habilidades de 10 técnicas de uso de aparelhos utilizados na asma e comercializados nas farmácias da rede. A maioria dos estudos encontrados na literatura envolvendo profissionais de saúde estava focado no aprendizado ou na avaliação de habilidade prévia de manuseio de apenas um DI, sendo o principal deles o AD.^{36,43,49,50-55,76,168} O número máximo de técnicas avaliadas em um mesmo estudo foi quatro (AD, AD com espaçador, “turbuhaler” e “diskus”)⁵⁴.

A organização da oficina em dois momentos diferentes também não foi identificada em nenhum outro estudo e possibilitou desenvolver uma visão de agrupamento das técnicas em classes, permitir ao profissional uma primeira aproximação com os DI, compreender as informações presentes no rótulo dos produtos, “quebrar barreiras”, perceber limitações e buscar respostas. As situações simuladas durante as oficinas práticas permitiram aos profissionais contextualizar as habilidades desenvolvidas.

A discussão de casos utilizada na atividade 8 mostrou-se como uma técnica adequada para possibilitar o desenvolvimento de raciocínio clínico e desenvolvimento de habilidades de uso do protocolo (Anexo 5) pelos profissionais.

Quanto às atividades que envolveram a parte teórica do programa de formação, pode-se observar que os farmacêuticos perceberam, ao final do curso, a importância de cada conteúdo trabalhado, a relação dos conteúdos com as habilidades desenvolvidas e com a aplicação prática. Isso nos remete à reflexão sobre a importância de, ao estabelecer-se uma proposta didático-pedagógica, definir estratégias que possibilitem um “*pensar para agir e agir para pensar melhor*” (Cabral, *apud L'Abbate*, 1999).²¹²

As atividades que envolveram interação teórico-prática foram muito valorizadas pelos profissionais, conforme apresentado no item 6.3.2.1. Dentre elas, merece

destaque a “campanha da asma”, que serviu como agente motivador na medida em que foi percebida pelos profissionais como “o grande momento”, “o ápice”, que possibilitou aplicar na realidade os conhecimentos e habilidades desenvolvidas durante o processo de aprendizagem. A aproximação do farmacêutico ao contexto escolar, além das possibilidades enumeradas no item 6.3.2.1, permitiu conhecer a carência da comunidade escolar em termos de conhecimentos em saúde. Esse tipo de intervenção tem sido realizado por farmacêuticos de outros países e recomendado por Bell (2000).⁷⁹ Apesar do trabalho necessário à organização das atividades dessa etapa, acredita-se que as possibilidades oferecidas por elas justificaram sua realização.

Neste programa educativo a figura do usuário enquanto “foco” ou centro da atuação farmacêutica esteve no primeiro plano, onde a visão instrumental e mercadológica da indústria farmacêutica e das farmácias foi questionada, incorporando uma visão mais humanista dos pacientes e de suas necessidades. O ser humano deixou de ser visto apenas como “consumidor”. Dessa forma, uma atuação mais técnica/clínica dos farmacêuticos como profissionais de saúde foi proposta e permitiu diversas reflexões aos participantes sobre sua prática e diferentes possibilidades de atuação. Eles perceberam esses aspectos e consideram o contato direto com as pessoas como uma estratégia importante para o processo de aprendizagem, como exemplificado abaixo:

“O projeto nos colocou muito mais próximos do paciente... de frente...Então é isso que mudou...a faculdade me formou para ir para uma sala de: laboratório, fábrica, pesquisa ou de aula.” F.2

“...nós tivemos a oportunidade de ter contato estreito com o paciente. A amplitude, o alcance que nós conseguimos com ele. Eu consegui em dois momentos, nas palestras e durante a campanha.” F.16

“... é com o paciente que adquirimos aprendizagem.” F.13

“...é maravilhoso ver a diferença de todos, antes e depois. Foi engrandecedor o contato que tivemos com as pessoas.” F.17

*“Para a promoção da saúde...com a preocupação no paciente...Saber em que grau que ele estava e encaminhar ao médico quando necessário...era uma responsabilidade muito grande....” **Coordenadora dos Farmacêuticos F.23***

“...foi muito interessante a visão de profissional da área da saúde trabalhada no projeto.” RH

Pode-se considerar que o processo adotado permitiu atingir outros beneficiários secundários, dentre os quais 153 balconistas que participaram de oficinas práticas e

mais de 2500 pessoas atendidas durante a “campanha da asma”. Além desses, beneficiaram-se também os educandos que assistiram às 90 palestras ministradas pelos farmacêuticos em diversas escolas de Belo Horizonte e os 50 estudantes de farmácia e fisioterapia que tiveram a oportunidade de trabalhar em equipe e prestar um trabalho à comunidade.

As estratégias educativas implantadas durante o programa educativo cumpriram os objetivos propostos e estes coincidem com os apresentados na literatura: proporcionar a interação do grupo, permitir troca de experiências, transmitir conhecimentos e desenvolver habilidades.^{166,167,215,234}

Tais aspectos são reconhecidos pelos profissionais, como demonstrado nos relatos abaixo:

“...a questão da gente se conhecer melhor e a troca de experiências... aqui a gente tem varias gerações de farmacêuticos com formações diferentes..” F.11

“Até os conhecimentos básicos, algumas vezes a faculdade não dá pra gente... A gente captou tudo...consequimos captar conhecimento com a população, com um colega mais capacitado...” F.7

“O que eu gostei foi perceber minhas dificuldades e facilidades... pois exigiu de mim, buscar minha autoconfiança e enfrentar minhas dificuldades.” F.1

“quando você tem uma questão prática, você procura a resposta, o aprendizado é melhor do que você ir jogando as informações... Essa foi a diferença..” F.10

“O projeto fez com que eu tivesse uma outra visão do que é uma oficina, do que nós fazemos em uma oficina... então a visão da gente, eu acho que mudou muito, com relação ao jeito de ensinar.” F.19

Comparação entre o modelo de “treinamento” realizado na empresa e o programa educativo implantado

Durante os grupos focais, realizados ao final da implantação do programa educativo, foram discutidas pelos profissionais as diferenças entre este e os “treinamentos” realizados anteriormente na empresa. Os relatos a seguir ilustram os principais pontos:

“...os laboratórios vem e apresentam o produto, sem nenhum tipo de preocupação com a doença, com o paciente, era especificamente com o produto dele... A gente ainda não tinha tido, uma experiência nesse nível de treinamento, para atendimento ao paciente diretamente....o foco foi outro, completamente diferente!...Não era vender o medicamento, era conhecer o paciente” F. 23

“eu acho que foi um projeto totalmente diferente dos treinamentos que a gente tinha... não havia treinamento voltado para o farmacêutico, existia só para o setor de

vendas e administração...o que o projeto proporcionou ao corpo farmacêutico, nunca foi feito pela empresa. O suporte dado durante o projeto foi uma coisa que não tem nem como comparar, porque nunca houve nada assim. Antes a gente era mesmo treinado pra venda..." F.3

Os funcionários demonstraram à pesquisadora, durante o período de campo, certa insatisfação com esse "modelo de capacitação". A responsável pelo setor de recursos humanos reconheceu que os treinamentos realizados na empresa eram "muito teóricos". Observou-se também que, apesar de ela ter uma visão de novas possibilidades de atuação de uma farmácia, não existia na empresa estratégias de educação continuada ou projetos na área de atenção farmacêutica, promoção de saúde, prevenção e controle de doenças.

A F.17 relatou que considerava que parte da situação em relação ao modelo de "treinamentos" que recebiam era culpa do próprio farmacêutico, que não lutava dentro da empresa por um planejamento de educação continuada que acreditasse ser importante. Essa afirmação não obteve consenso no grupo, como apresentado a seguir:

"Muitas vezes os cursos são direcionados para gerenciamento e vendas...Mas, eu acho assim, isso muitas vezes é culpa nossa... porque nós permitimos." F.17

"Eu acho que não é culpa da gente não...a gente anda vivendo numa correria tão grande que muitas vezes não estamos pensando nessa questão social. Se a empresa deu suporte para esse projeto, graças a Deus e durante ele tivemos um conhecimento maior,uma visão social diferente..." F.19

Nos relatos apresentados, pode-se observar uma satisfação dos profissionais com o modelo de programa implantado, além de uma indicação para a necessidade de se modificar a abordagem dos treinamentos técnicos realizados pela empresa.

VI. 3. 3. RESULTADO

Neste grande eixo analítico, serão abordados os efeitos do programa de formação a partir da comparação dos dados coletados no início e no final do programa educativo. Cada profissional foi considerado controle de si mesmo. Para avaliar melhor o alcance do projeto, também foram incluídos, neste grande eixo, relatos de outros atores do contexto.

Na tentativa de melhor compreender os resultados, construiu-se as **grandes categorias**, que serão apresentadas a seguir:

- VI 3.3.1. *Conhecimentos iniciais e finais;*
- VI 3.3.2. *Habilidades para identificar, classificar e manusear os DI;*
- VI 3.3.3. *Habilidade para identificar problemas nos tratamentos das pessoas com asma;*
- VI 3.3.4. *Reflexões dos profissionais sobre as principais necessidades das pessoas com asma e atividades a serem desempenhadas na prevenção e controle dessa doença;*
- VI 3.3.5. *Reflexões sobre os ganhos com o projeto para o público interno e externo à empresa;*
- VI 3.3.6. *Reflexões sobre o papel do farmacêutico;*
- VI 3.3.7. *Avaliação geral do programa educativo implantado.*

VI. 3.3.1. CONHECIMENTOS INICIAIS E FINAIS

Visando uma melhor avaliação dos conhecimentos prévios e posteriores dos farmacêuticos relativos à asma e aos dispositivos inalatórios, criaram-se quatro categorias: *Definição de asma; Sintomas da asma; Tratamento da asma e Dispositivos inalatórios*. As informações agrupadas em cada uma delas foram coletadas por meio do questionário **Q.2** e o processo de análise encontra-se no anexo 20.

Ao comparar as informações da categoria **definição da doença**, observou-se que houve um grande avanço dos profissionais em reconhecer a asma como uma doença inflamatória crônica. No início somente oito mencionavam a asma como tal e, ao final, 24. Vale ressaltar que os farmacêuticos incorporaram também outros pontos, como a localização da inflamação no aparelho respiratório e a limitação do fluxo aéreo.

Em relação à **categoria sintomas**, observou-se no início do programa que 16% dos farmacêuticos não conseguiram relatar nenhum dos sintomas clássicos da asma e 72% deles relataram somente um, sendo “falta de ar” o mais descrito. Identificou-se, ao se comparar as respostas do pré e pós-teste, um aumento de 60% e 20%, respectivamente, no relato simultâneo dos quatro e três sintomas ao final do programa educativo. Além disso, observou-se a substituição de expressões que não tinham uma relação direta com essa doença por termos mais técnicos.

Quanto à categoria **tratamento da asma**, houve um ganho de conhecimento no que se refere a uma visão mais completa e correta do tratamento dessa doença, estando 48% desse aumento associado a uma compreensão da importância do uso de antiinflamatórios e broncodilatadores e 40% ao aspecto da educação. Ao final, uma redução de 48% foi observada no número de profissionais que tinham uma visão reduzida ou equivocada do tratamento. Com relação aos grupos farmacológicos, antileucotrienos e cromonas, esses foram muito pouco citados nos relatos e considerados pelos farmacêuticos como as classes menos dispensadas em sua prática diária.

Como apresentado no anexo 20, ganhos de conhecimento sobre **dispositivos inalatórios** foram observados nas cinco sub-categorias criadas (*aerossol dosimetrado, espaçadores, inaladores de pó e nebulização e aspectos comuns*). Apesar de o AD ter sido o dispositivo mais conhecido pelos profissionais no início do estudo, nenhum deles conseguia descrever estratégias para verificar a quantidade de medicamento no cilindro, visto que esse não tem marcador de dose. Outro desconhecimento identificado se referia à importância do uso do AD acoplado ao espaçador. O baixo nível de conhecimentos prévios referentes a esses dois aspectos não coincide com o identificado por Kesten (1993)⁵⁰.

No caso dos inaladores de pó, observou-se um desconhecimento geral dessa classe ao se iniciar o processo educativo. Porém, ao final, foi identificada situação inversa. Os farmacêuticos passaram a identificar o marcador de dose nos aparelhos que o apresentavam e o barulho produzido pelo “turbuhaler” ao ser movimentado. O desconhecimento inicial com relação ao “turbuhaler” coincide com os achados de Plaza *et al* (1997).⁵² Ao avaliar o nível de conhecimentos de 34 médicos, 34

residentes e 50 enfermeiras, observou que somente 6%, 3% e 2% deles, respectivamente, conseguiam responder de maneira correta cinco questões envolvendo tal dispositivo. O maior percentual de erros estava associado ao desconhecimento do som produzido ao se agitar o aparelho e ao procedimento de limpeza.⁵² Kesten (1993) demonstrou que 51% dos farmacêuticos estudados conseguiram descrever como identificar que esse dispositivo estava vazio.⁵⁰ Em 1994, no Canadá, avaliou-se, por meio de uma entrevista orientada por 11 perguntas sobre os dispositivos inalatórios, o conhecimento de 30 pneumologistas, 30 enfermeiras e 30 médicos de família. O percentual de acerto foi, respectivamente, 67%, 39% e 48%. Os maiores erros identificados estavam relacionados ao Turbuhaler (determinar quando está vazio, limpeza e sensação na boca do paciente durante o uso).⁵³

Os maiores ganhos observados em relação ao conhecimento sobre os nebulizadores foram associados à descrição da necessidade de se manter a boca aberta durante o processo de nebulização e das diferenças entre os aparelhos a jato e os ultrassônicos. Por outro lado, os menores ganhos estavam relacionados ao processo de limpeza.

Quanto à sub-categoria aspectos comuns, merece destaque a informação da importância de se lavar a boca após o uso de corticóides. Ela era conhecida apenas por uma profissional no início do programa de formação. Essa situação é contrária à identificada no estudo de Kesten (1993), em que se verificou que a maioria dos farmacêuticos estudados reconheciam a importância de lavar a boca após a administração de corticóides inalatórios.⁵⁰ Por outro lado, um aspecto que coincidiu nos dois estudos foi o desconhecimento prévio dos farmacêuticos sobre a importância de se administrar primeiro broncodilatadores, para aumentar a efetividade dos corticóides inalatórios, quando os usuários necessitarem do uso simultâneo dessas duas classes farmacológicas.⁵⁰

De maneira geral observou-se, nas quatro subcategorias relativas aos dispositivos inalatórios, que o programa de formação possibilitou um aumento de conhecimento: **1)** das vantagens e desvantagens de cada uma das classes de inaladores; **2)** da associação dos modelos de dispositivo com as faixas etárias; **3)** da identificação da

quantidade de doses disponíveis nos dispositivos; **4)** da durabilidade; **5)** da maneira de realizar a limpeza correta, especialmente dos inaladores de pó (IP) e **6)** da visão de classes dos inaladores.

A avaliação prévia do conhecimento dos farmacêuticos estudados confirmou o que a literatura aponta, o desconhecimento de diferentes profissionais de saúde sobre a asma e seu tratamento.^{39,46,50,52-54,63,74,166,168,235} No estudo de Madueño (2000)⁵⁴, dos 56 médicos e residentes avaliados, somente 27% deles obtiveram nota A, que significava, na escala adotada, que mais de 75% das 13 questões sobre dispositivos inalatórios haviam sido respondidas de maneira correta.

Em diversos estudos realizados com pacientes, a falta de conhecimento se repete e recomendações para a necessidade de formação dos profissionais de saúde são apontadas.^{20,23,31,35,38,39,42,43,58,66,71,76,116,236}

Autores advertem para o pequeno número de estudos que avaliam conhecimentos e habilidades relativos à asma.^{46,50,51} Dentre os encontrados na literatura, ganhos de conhecimento foram proporcionados por intervenção educativa, mas os resultados foram apresentados em termos de modificações em “scores”.^{36,50,51,76,166-168} Esse fato dificultou a comparação dos resultados deste estudo com os encontrados na literatura consultada.

Um maior conhecimento sobre a asma e seu tratamento foi revelado ao se comparar os resultados do pré e pós-teste. Os farmacêuticos passaram a ter uma visão mais ampla do uso da via inalatória no tratamento da asma. A análise das categorias e sub-categorias apresentadas neste item confirmam os aspectos discutidos anteriormente, na avaliação dos métodos de ensino aprendizagem (item 6.3.2.3). Sugere-se que uma maior carga horária seja acrescentada ao processo a fim de reforçar os conhecimentos e aprofundar conteúdos, como os grupos farmacológicos antileucotrienos e cromonas, o reconhecimento da educação como parte integrante do tratamento, o caráter reversível do fluxo aéreo e a limpeza dos dispositivos.

VI. 3.3.2. HABILIDADES PARA IDENTIFICAR, CLASSIFICAR E MANUSEAR OS DISPOSITIVOS INALATÓRIOS

Esta grande categoria foi construída a partir da tentativa de se compreender as habilidades dos farmacêuticos, prévias e posteriores ao programa de formação, relacionadas aos dispositivos inalatórios. Esse processo buscou:

- Conhecer como os farmacêuticos classificavam cada dispositivo inalatório segundo as classes de inaladores;
- Conhecer como os farmacêuticos identificavam e utilizavam os dispositivos inalatórios e
- Identificar os erros mais freqüentes cometidos pelos profissionais durante a demonstração da técnica de uso dos aparelhos.

O reconhecimento desses aspectos aconteceu por meio da demonstração prática, durante as entrevistas filmadas (EF1 e EF2). Sete farmacêuticos foram avaliados no início e seis no final do estudo. A seguir serão apresentados os resultados desse processo.

a. **Classificar os dispositivos em sistemas de inalação – HABILIDADE 1**

Frente aos diferentes modelos de dispositivos avaliados nesta investigação e distribuídos em uma mesa, cada farmacêutico entrevistado os classificava nos três grandes sistemas de inalação (*aerossol dosimetrado, inaladores de pó, nebulizadores*). Observou-se no **início** do programa educativo que nenhum dos farmacêuticos avaliados apresentou habilidade para realizar esse agrupamento e que, ao **final**, a situação inverteu-se, uma vez que todos passaram a classificar de maneira correta os dispositivos utilizados nesta pesquisa.

b. **Identificar os dispositivos inalatórios – HABILIDADE 2**

A segunda habilidade avaliada estava associada à capacidade dos profissionais de identificar os dispositivos inalatórios. A tabela 7 resume os resultados encontrados.

Tabela 7: Distribuição do número de farmacêuticos segundo capacidade de identificar os dispositivos inalatórios

DISPOSITIVOS	HABILIDADE PARA IDENTIFICAR	
	Início n=7	Final n=6
Aerossol dosimetrado (AD)	7	6
Espaçador COM MÁSCARA	6	6
Espaçador COM BOCAL	0	6
Nebulizador	7	6
Aerolizer	6	6
Turbuhaler	0	6
Diskus	4	6
Pulvinal	0	6
Novolizer	1	6
Handihaler	-	5
Peak Flow	-	6

Os aparelhos mais conhecidos pelos profissionais, no **início** do programa educativo, eram o nebulizador e o aerossol dosimetrado. Este último, denominado por eles como “bombinha” ou “spray”, era o mais vendido na empresa e tem sido o mais prescrito pelos médicos.^{44,45,53,55} Outro aparelho também muito relatado foi o espaçador com máscara, porém nenhum dos farmacêuticos avaliados demonstrou habilidade para montá-lo (Flumax® foi o modelo avaliado) e capacidade de identificar o espaçador JET. **Ao final**, a situação inverteu-se, sendo que todos reconheceram os espaçadores, souberam diferenciá-los quanto à presença de bocal ou máscara, identificaram os modelos específicos para criança (In-alair®, Luftchamber® e Aerochamber®) e demonstram habilidade para montar o Flumax®.

Quanto aos dispositivos de pó, observou-se grande aumento na capacidade de identificação de seus representantes, pois a maioria era desconhecida no **início** do programa de formação. O “*aerolizer*”, por exemplo, o mais conhecido, era denominado pelos profissionais como “*o aparelho de cápsula*” e, ao **final**, quatro passaram a utilizar o termo técnico. A farmacêutica que demonstrou conhecer previamente o “*novolizer*” não sabia relatar o nome dele. O “*handihaler*”, apesar de não ter sido avaliado no **início** do programa educativo, não foi lembrado por nenhum farmacêutico, durante a avaliação, como um modelo recém lançado e vendido há pouco tempo na empresa. Vale ressaltar que, como o programa visava uma construção coletiva, o dispositivo “*handihaler*” foi incorporado posteriormente, como

forma de valorizar a iniciativa da **F.19**, que o apresentou ao grupo. Ao **final** do programa, observou-se que apenas uma farmacêutica não identificou esse modelo de dispositivo e outra o reconheceu, demonstrou corretamente a técnica de uso, mas não lembrou o nome técnico.

O desconhecimento inicial pelos farmacêuticos da existência de vários modelos dispositivos de pó coincide com outros estudos, que envolveram diferentes profissionais de saúde e avaliaram, além do Aerossol dosimetrado, o “Turbuhaler” e o “Diskus”.^{24,50,53,54} Nesses estudos, os modelos menos conhecidos foram os dois últimos.

c. **Uso dos Dispositivos Inalatórios – HABILIDADE 3**

A terceira habilidade avaliada nesta investigação foi a demonstração do uso dos dispositivos inalatórios. Para facilitar a compreensão do leitor, as dez técnicas analisadas foram agrupadas em cinco subcategorias: *aerossol dosimetrado com e sem espaçador, inaladores de pó, nebulizadores e Peak Flow*. No anexo 21 encontra-se a descrição detalhada do processo de análise de cada uma das técnicas e, na tabela 8, um resumo das avaliações realizadas no início e no final do programa educativo.

Tabela 8: Distribuição do número de farmacêuticos segundo domínio das técnicas de uso dos dispositivos inalatórios

DISPOSITIVOS	DOMÍNIO DA TÉCNICA					
	TOTAL		PARCIAL		NÃO DOMINA	
	Início n=7	Final n=6	Início n=7	Final N=6	Início n=7	Final n=6
Aerossol dosimetrado (AD)	-	4	7	2	-	-
AD acoplado a espaçador* COM MÁSCARA	-	2	3	4	4	-
AD acoplado a espaçador COM BOCAL	-	4	-	2	7	-
Nebulizadores de jato	3	6	3	-	1	-
Aerolizer	-	6	4	-	3	-
Turbuhaler	-	6	-	-	7	-
Diskus	-	6	2	-	5	-
Pulvinal	-	5	-	1	7	-
Novolizer	-	6	1	-	6	-
Handihaler	-	-	-	5	-	1

Observou-se no **início** do programa que, das dez técnicas avaliadas, somente a técnica do nebulizador de jato era dominada completamente por três farmacêuticos. Acredita-se que isso tenha relação com a falta de lacre na caixa desse equipamento e com a rotina de avaliação do funcionamento do mesmo no momento de sua venda nas farmácias da rede. A segunda, melhor habilidade prévia identificada, foi a de uso do aerossol dosimetrado (AD). Esses resultados coincidem com afirmações de alguns outros que consideram que o domínio das técnicas é proporcional ao período de tempo que o dispositivo está em uso na clínica.^{49,50,51,53}

Ao comparar as habilidades prévias e posteriores do uso do AD, com ou sem espaçador, avanços foram identificados. A técnica de uso desse aparelho *sem espaçador* é considerada na literatura como a de mais difícil assimilação, principalmente pela etapa que exige coordenação entre a ativação e a inspiração.³⁴ Esse aspecto foi confirmado nesta investigação, pois apesar do domínio parcial apresentado pelos profissionais no início do estudo, nem todos conseguiram demonstrar a técnica de maneira correta ao final. Vale destacar que, quando acoplado ao espaçador com máscara, observou-se que dois profissionais dominaram completamente o uso deste dispositivo ao final do processo. Além disso, três dos quatro que dominaram parcialmente essa técnica não se lembraram de relatar o tempo necessário de respiração em volume corrente.

Um fato que chamou atenção durante a avaliação de uso do AD com ou sem espaçador foi que, durante a avaliação final, a F.14 passou a posicionar corretamente o spray. O inverso aconteceu com a F.2, que possuía 29 anos de formada. Na verdade, pode-se considerar que a farmacêutica F.14 aprendeu a técnica e, no caso da F.2, acredita-se que o posicionamento correto do “spray”, na análise inicial, tenha sido uma coincidência. Seis meses após a oficina prática, em um contato direto com F.2 na farmácia onde ela trabalhava, foi reavaliada a técnica e, neste segundo momento, a utilização aconteceu de forma correta. No estudo realizado por Felez *et al* (1991), 6,4% dos profissionais de saúde avaliados também posicionaram esse aparelho de maneira incorreta. Apesar do AD ser um produto que está no mercado há mais de 40 anos, ele ainda continua sendo usado inadequadamente.⁵⁵ No início da pesquisa, os principais erros cometidos pelos farmacêuticos, ao utilizarem esse aparelho, estavam associados: **1)** à falta de

sincronia entre a ativação e intensidade correta da inspiração, **2)** ao tempo da apnéia e **3)** a não agitar o dispositivo antes do uso. Esses achados são compartilhados com os de outros estudos, realizados com diferentes profissionais de saúde.^{49-51,53} No estudo de Plaza (1998), somente o último item não foi identificado com tanta frequência e ele destaca os dois primeiros como os passos mais críticos da técnica.^{23,43} A inspiração lenta e a manutenção da apnéia possibilitam maior efeito do medicamento utilizado.^{34,53} Agitar o cilindro permite que o princípio ativo se distribua de maneira uniforme ao propelente e doses corretas sejam disponibilizadas.³⁴

Quanto ao AD acoplado ao espaçador com máscara, o tempo adequado para respiração em volume corrente foi a principal deficiência identificada na técnica de uso pelos profissionais, no início e final do estudo.

Em relação ao AD acoplado ao espaçador com bocal, após a oficina prática o erro mais cometido foi não expirar antes de colocar o aparelho na boca. Tal achado também foi relatado por Kesten *et al* (1993).⁵⁰

Quanto a categoria inaladores de pó, observou-se na literatura que as técnicas de uso dos modelos que compõem essa classe têm sido consideradas como as de mais fácil aprendizado, provavelmente por eliminarem a etapa crítica, relatada anteriormente, do AD.^{22,23,49,51-53} Essa afirmação foi confirmada neste estudo, pois a classe dos IP foi a que sofreu maior variação ao se compararem os resultados iniciais e finais. Por outro lado, vale destacar que, quando os profissionais não estão familiarizados com esses modelos mais recentes, sua técnica pode chegar a ser mal utilizada, como demonstrado nos resultados iniciais deste estudo e também por Kesten *et al* (1993).⁵⁰ Somente 33% dos farmacêuticos estudados por ele conseguiram acertar pelo menos dois passos da técnica de uso do “turbuhaler”.⁵⁰

Os profissionais pesquisados partiram de uma situação inicial em que nenhum dos participantes dominava completamente as seis técnicas dos IP, para uma situação final em que:

- quatro técnicas foram dominadas completamente por todos os profissionais (“aerolizer”, “diskus”, “turbuhaler” e “novolizer”).

- as técnicas do “pulvinal” e “handihaler” foram demonstradas corretamente ao final por cinco farmacêuticos, dentre os seis avaliados.

Os principais erros apontados na literatura associados ao uso do “turbuhaler” por profissionais de saúde são não expirar antes de colocar o inalador na boca e não realizar a apnéia após a inalação.^{49,52,53} Tais aspectos também foram identificados por Jácome (2004) no uso do “diskus”.⁴⁹ Esses não puderam ser comparados ao presente estudo, porque os farmacêuticos passaram a dominar completamente essas técnicas ao final.

O “Peak Flow” era um aparelho desconhecido dos profissionais no início do estudo e também demonstrou possuir uma técnica de uso de aprendizado fácil. Uma pesquisa realizada em Barcelona em 1992 com médicos generalistas mostrou que somente 43% deles tinham medidor de pico de fluxo e, dentre eles, apenas 21% os utilizava.⁴⁶

Uma das novidades da presente investigação foi avaliar simultaneamente 10 técnicas em um grupo de farmacêuticos brasileiros. Acredita-se que a opção por utilizar na oficina prática todas as classes ao mesmo tempo demonstrou ser uma estratégia interessante, visto que os profissionais desenvolveram uma visão de classe e passaram a reconhecer que muitas etapas de uma técnica podem se repetir em outras.

Os resultados negativos iniciais observados, quanto à falta de habilidade dos farmacêuticos para o manuseio dos dispositivos inalatórios, confirmam os achados de outros estudos realizados com diferentes profissionais de saúde.^{43,49,50,52-55,211} Madueño (2000), ao avaliar quatro modelos de aparelhos (AD com e sem espaçador, “turbuhaler” e “diskus”) identificou que menos de 10% dos profissionais conseguiram utilizar de maneira correta os dispositivos avaliados.⁵⁴ Pesquisa realizada na Espanha em 2004, com 28 farmacêuticos comunitários, identificou que 55,9%, 49,4%, 47,4% dos profissionais utilizaram, respectivamente, “turbuhaler”, “diskus” e AD, de maneira correta.⁴⁹ Felez *et al* (1991) e Plaza (1998) descreveram que cerca de 25% do grupo estudado utilizavam corretamente o AD.^{43,55} Por outro lado, somente 6% e 16,3% dos farmacêuticos, respectivamente, conseguiram identificar todas as etapas da técnica de uso desse dispositivo no estudo de

Erickson *et al* (2000) e de Casset *et al* (2004).^{76,211} Outros dados foram apresentados a introdução da dissertação.

Dentre os estudos encontrados na literatura que avaliaram habilidades, a maior parte estava direcionada à realização de diagnóstico da situação e poucos utilizavam esse indicador para avaliar os efeitos de um programa de formação.^{36,51,167} Foi observado por Wilcock *et al* (1998) que farmacêuticos desenvolveram habilidades após participarem de um programa educativo relativo à asma.³⁶ No estudo de Cain *et al* (2001), o autor concluiu que uma única sessão instrutiva proporcionou um aumento significativo nas demonstrações corretas de uso dos inaladores, sendo o percentual de melhora 17,1%, 22,6% e 38%, para os respectivos dispositivos: AD, “Turbuhaler” e “Diskus”.⁵¹

A associação entre a falta de habilidade dos profissionais de saúde e falhas na educação dos pacientes tem sido um aspecto discutido por alguns autores, dentre eles, Hanania *et al* (1994)⁵³ e Felez *et al* (1991)⁵⁵.

A má utilização dos inaladores pelos usuários tem sido apontada por diversos estudos^{21,22,28,29,31,34,35,38,42-45,48,60} e considerada como um problema que contribui para a crescente morbidade da asma apesar do lançamento, no últimos anos, de novos fármacos e sistemas de inalação.⁵⁴

Independentemente do lançamento de novos dispositivos com técnicas “teoricamente” mais simplificadas, enquanto os profissionais não se familiarizarem com os aparelhos, a técnica de uso ficará comprometida, como afirmou F.2 ao final do grupo focal GF.2: “Os dispositivos são todos de difícil utilização a princípio. Se a pessoa não for treinada, provavelmente ninguém vai usar certo.”

As causas para o baixo domínio no manuseio dos inaladores pela equipe de saúde têm sido associadas a deficiências na formação, à atitude pouco pró-ativa dos profissionais em busca de conhecimento e à falta de iniciativas educativas promovidas pelos fabricantes e pelas instituições formadoras^{50,52-54} Todos esses aspectos também foram identificados nesta investigação.

De acordo com as categorias apresentadas neste item (VI. 3.3.2.) o programa educativo possibilitou grande aumento na habilidade de identificar, classificar e utilizar os aparelhos avaliados e confirmou a necessidade de desenvolvimento de programas educativos direcionados àquele público.

VI. 3.3.3. HABILIDADE PARA IDENTIFICAR PROBLEMAS NOS TRATAMENTOS DAS PESSOAS COM ASMA

Foram agrupados, nesta grande categoria, relatos dos farmacêuticos que abordavam a descrição de problemas identificados por eles durante a prática em comunidade (Atividade 10) ou nos atendimentos realizados na farmácia na fase de implantação do programa educativo.

A maioria dos problemas descritos estava associada à técnica de uso do “spray”, aparelho sobre o qual os farmacêuticos tiveram maior oportunidade de orientar os usuários durante o projeto. Os erros mais freqüentes cometidos pelos usuários eram: **colocar a “bombinha” diretamente na boca** durante o uso e **não manter a distância** conforme padronizado na técnica. Os relatos abaixo ilustram esses aspectos:

“99% dos pacientes que atendi usavam a bombinha diretamente dentro da boca.”
F.16

“A gente também viu isso. Isso foi unânime.” **F.1**

“eu também não sabia que não podia colocar direto na boca... Isso eu descobri aqui no curso e orientei varias pessoas...” **F.15**

Dois casos de pacientes que colocavam metade do envoltório plástico dentro da boca foram identificados; eles tinham dificuldade para acionar o dispositivo e estavam com a boca “machucada”. Um deles agia dessa forma porque acreditava:

“que ia fazer efeito mais rápido e além de fazer isso ele lambia dentro do bocal depois do uso, porque pensava que isso iria economizar remédio.” **F.15**

Outros erros também foram encontrados, como o **uso da “bombinha” de cabeça para baixo**, **não agitar** o dispositivo antes de iniciar a técnica, **dificuldade para coordenar a inspiração e acionar a bombinha** simultaneamente por duas vezes, quando o médico prescrevia “aplicar dois puffs”. Os relatos abaixo exemplificaram esses aspectos:

“ela usava a bombinha de cabeça para baixo...” F.16

“Dos principais erros que eu vi foram: falta de agitar e da hora de puxar o ar.” F.28

“Dos 10 (dez) casos do primeiro dia, oito faziam isso, apertavam 2 (duas) vezes seguidas.” F.16

“Tinha uma que agitava e na hora que batia ela soprava e reclamava que não funcionava de jeito nenhum e outra que apertava o spray e fechava a boca.” F. 28

“Os dois puff ela dava direto e ela não sabia o que era aquele puff na receita...” F.21

O desconhecimento dos usuários em relação a **identificar se o cartucho estava cheio ou vazio** também foi descrito, como exemplificado a seguir:

“Uma senhora nunca sabia quando estava vazia e eu perguntei se teve alguma vez que havia usado sem sentir o efeito? E ela disse que várias vezes.” F.13

“Todos os usuários de spray na campanha, a gente ensinou a verificar se está cheio e vazio e a técnica.” F.1

Além do contato pessoal do farmacêutico com os usuários, a F.19 relatou, ainda, que até por telefone passou a orientar melhor, como descreveu durante o GF.3:

“uma cliente me ligou porque ela não sabia se a bombinha tinha acabado. O filho estava passando mal, ai eu expliquei para ela. E, ela falou assim: nossa você ajudou demais...” F.19

No relato apresentado a seguir, a F.16 descreve os **temores** dos pacientes em relação à “bombinha” como um dos problemas que identificou:

“atendi um paciente asmático que jurou para mim que a bombinha viciava. Ele falava: esse negócio vicia minha filha!!! Ele relatou que quando usava a bombinha ele ficava bem e quando ele não usava, ficava mal. Ele tinha a impressão de estar usando um alucinógeno, uma droga. Então ele achava, que quando ele tinha falta de ar, este sintoma não era a asma dele que provocava - para ele era a falta da bombinha. F.16

Foram citados também como problemas a falta de adesão devido ao “gosto ruim sentido após a aplicação” e a automedicação. A F.8 atendeu uma mãe que passou a usar por conta própria o mesmo medicamento prescrito para seu filho e “os dois usavam a mesma bombinha e com a técnica errada”.

A pesquisadora presenciou o atendimento de uma senhora durante a prática em comunidade, após o qual a paciente, ao ter recebido orientação sobre o uso correto do spray, relatou que: “nunca tinha respirado tão bem com esse remédio.” **Anotação de campo 22/06/04**

Os diversos problemas na técnica de uso do AD identificados pelos farmacêuticos coincidem com os estudos descritos na literatura.^{22,23,31,34,35,42,78} Porém, em nenhum

destes, o erro de “colocar o bocal do AD diretamente na boca” na hora do uso foi tão valorizado.

Foi observado pelos profissionais que o espaçador é pouco prescrito e, dentre os pacientes que já foram orientados pelos seus médicos a utilizarem-no, parte deles não adere. Os profissionais acreditavam que esse era influenciado pelo “não saber” ou pelo “não querer” utilizá-lo. Os exemplos a seguir ilustram essas idéias:

“Atendi uma senhora que não sabia e tinha medo de usar o spray com espaçador. Ela tinha um guardado em casa, fechadinho...Não tinha coordenação motora para usar o spray sozinho. Aí expliquei, mostrei para ela, ensinei ela a usar e fiz ela montar.” F.28

“Todos que tinham espaçador em casa estava com ele guardado. Às vezes comprou a bombinha com o espaçador e ninguém nunca falou para que servia aquilo.” F.1

“O curioso é que o espaçador é indicado, mas não tem adesão. O paciente não vê a diferença de usar com ou sem o espaçador. Eu acho que na cabeça do paciente ele pensa que este tubo afasta do medicamento e vai diminuir o efeito do remédio, e acham que quanto mais próxima a bombinha estiver da boca, maior será o efeito. Pensam que o espaçador dificulta o tratamento, pegar a bombinha e colocar na boca é mais rápido...o médico prescreve, eles compram e guardam.” F.16

O “não saber” das mães foi valorizado por F.6, que relatou durante o GF.2 ter orientado muitas a respeito do espaçador, já que *“elas eram muito carentes de informação sobre este aparelho”*.

O baixo uso de espaçadores pelos pacientes tem sido também apontado por diversos autores.^{22,28,31,42,46,49} As câmaras foram desenvolvidas para que os usuários de AD pudessem beneficiar-se das vantagens da terapia inalatória além de possibilitar diminuição da frequência de efeitos secundários locais e sistêmicos (corticóides), aumento da deposição pulmonar do fármaco, facilitar a técnica de uso e promover a separação adequada entre o propelente e o fármaco.^{6,18,22,23,26}

Problemas com limpeza do espaçador também foram verificados, como demonstrado no relato de F.14: *“Tinha uma que no final de semana fervia a máscara para fazer a limpeza.”*

O espaçador JET, por ter um formato muito diferente dos demais disponíveis no mercado, era desprezado pelos pacientes e balconistas, que não reconheciam sua verdadeira função, como demonstrado nos relatos abaixo:

“JET é um espaçador pequeno. Toda pessoa que compra acha que é para jogar fora, não sabe o que é.” F.2

“Um funcionário me relatou que pensava que o espaçador JET, era uma espécie de apoio, para não deixar o medicamento balançando na caixa e que poderia ser jogado fora.” F.2

Dentre os inaladores de pó, os mais prescritos e conseqüentemente orientados pelos farmacêuticos foram: “aerolizer”, “diskus” e “turbuhaler”.

Dois problemas associados ao uso “AEROLIZER” chamaram a atenção da pesquisadora. Um deles se referia aos usuários que **engoliam a cápsula** em vez de inalarem. Acredita-se que esse problema possa ter correlação com um erro de dispensação, pois o refil do medicamento (“blister” com cápsulas) é mais barato que a caixa que contém as cápsulas e o “aerolizer”. Portanto, o usuário prefere adquirir o mais acessível, e quem o atende na farmácia muitas vezes não sabe argumentar sobre a diferença de preço e necessidade de se comprar a caixa completa. O outro problema foi baseado no relato de F.19 sobre uma cliente que queria **jogar a cápsula dentro da água fervendo** e ficar inalando o vapor: *“a cliente queria jogar cápsula dentro da água fervendo e ficar inalando ...eu orientei, falei com ela como deveria fazer e eu me senti como se fosse ela depois de inalar ... Eu fiquei aliviada.”* Acredita-se que a confusão gerada, como demonstrado no exemplo anterior, deva-se ao fato da presença da seguinte frase na caixa do produto: “cápsulas para inalação”. Também foi relatada por F.16 a dificuldade que o paciente não orientado enfrenta para entender a função do dispositivo, como exemplificado a seguir: *“....a pessoa toma a cápsula e dá o dispositivo para a criança brincar, acha que veio de brinde.”*

Os dois problemas descritos anteriormente nos alertam para a necessidade dos serviços de farmacovigilância e futuras entidades ligadas à questão de “erros de medicação” estarem atentos a situações como essas e proporem mudanças nas informações disponíveis nas embalagens dos medicamentos.

Erros durante a **inspiração, apnéia** e **limpeza** do “aerolizer” também foram relatados, como ilustrado a seguir:

“..para inspirar todo medicamento ela tinha que repetir o procedimento três vezes... além disso ela segurava, prendia a respiração só um pouquinho e logo voltava a respirar. Ela sugava devagar o pó... como estivesse utilizando a bombinha. Porque ela utilizou a bombinha por três anos... Expliquei para ela que uma das forma de se

orientar era pelo barulhinho da cápsula rodando lá dentro, esse seria o sinal de que a senhora estará fazendo correto. Ela ouviu a vibração da cápsula durante minha demonstração” F.1

“...Ela fazia todo o procedimento e quando ela abria de novo, a cápsula estava na metade. ... tinha quase oito meses que estava usando o mesmo dispositivo e a lâmina não estava cortando... As lâminas estavam todas enferrujadas. Aí perguntei: como a senhora lava isso?.. Há... coloco debaixo da torneira e lavo com água e sabão...” F.1

“Ela furava e puxava ao mesmo tempo. Ela estava furando com o negócio na boca e com dedo no botão... depois ela voltou e me falou que estava melhor.” F.8

No caso do “DISKUS”, dois problemas foram citados. Um se referia à **falta de acesso** a ele devido ao custo, e o outro a um erro identificado em uma prescrição. Os casos a seguir ilustram esses aspectos:

“Um paciente falou: Eu usava o Diskus e eu parei porque eu sou hipertenso e tenho glaucoma, então eu tive que escolher qual remédio comprar e no momento eu optei por tratar dessas outras doenças, mas eu sei que preciso voltar.” F.14

“eu falei assim, você deve voltar ao médico, para conferir a dose deste medicamento... Eu pensei: Diskus nunca poderia ser, pois como ele iria encaixar no espaçador, que também havia sido prescrito?” F.10

O último relato estava associado a um erro de prescrição. O medicamento que havia sido prescrito para uma criança recém-nascida apresentava concentração compatível com o dispositivo “diskus”. A farmacêutica F.10 percebeu a necessidade de ajuste da prescrição para a dose do “spray” e orientou a mãe da criança a retornar ao médico.

Em relação ao “TURBUHALER”, foi identificado o seu uso da seguinte forma:

“...ela não sentia o pó, então ela batia o pó na língua para sentir o medicamento na boca e depois tomava água. Assim não obtinha efeito....após começar a usar direito percebeu que o medicamento estava fazendo efeito, ela agradeceu.” F.15

Soma-se ainda aos problemas no processo de uso dos inaladores de pó a **falta de adesão do paciente** por não ter sido orientado corretamente, como demonstrado no exemplo abaixo:

“Tinha uma senhora que falou que tinha usado quase todos esses (mostra os da classe de pó). Só que ela não estava usando corretamente. Parou com eles e voltou para a bombinha por conta dela...” F.14

Quanto aos nebulizadores, os exemplos apresentados a seguir ilustram como as farmacêuticas F.1 e F.16 desenvolveram capacidade de identificar a **não produção de névoa no aparelho** e o **não funcionamento**.

“Um pai relatou que ficou 40 minutos com a criança no colo, brincando e tentando distraí-la...mas o aparelho não formava a névoa...o soro continuava no copinho do

nebulizador... a menina não melhorou...conversando com o pai percebi logo que aquela peça azul que provoca a névoa não estava encaixada no aparelho...na verdade ele utilizava a peça no bico do frasco de soro para tampá-lo..." F.16

"Como o nebulizador era o ultra-sônico, montei para a cliente e expliquei que deveria colocar água para não danificar o aparelho. Depois ela volta com o aparelho apresentando problemas. Se fosse em outra época eu teria que pegar o aparelho, estudá-lo primeiro, ficar imaginando... No caso que relatei, ela já teria levado o aparelho para casa e poderia tê-lo usado errado e queimado. Assim, teria perdido a assistência técnica.... Eu tive argumentação com o fornecedor do aparelho... Neste caso ela usou certo e o problema era de um fusível que havia queimado.... eu acho que é a postura mesmo que mudou e isso é que é o mais importante, se prontificar, colocar, montar, mostrar para o cliente... Antes eu nem me arriscaria a fazer isso." F1

"O aparelho não funcionava porque o ajuste da voltagem estava errado." F.24

A F.1 também descreveu que os usuários consideraram complicada a montagem dos nebulizadores: *"O aparelho é muito cheio de tubos, confuso"*. Apesar de esses aparelhos serem considerados como dispositivos de segunda escolha para o tratamento da crise de asma, eles ainda são muito vendidos nas farmácias da rede estudada.²³⁷

Um dos assuntos discutidos durante os dois últimos grupos focais foi a necessidade de o paciente ser orientado a ter cuidado, durante a **limpeza do nebulizador**, para não perder a peça azul, denominada venturi, e manter o aparelho em condições adequadas para o uso.

De maneira geral, as percepções dos farmacêuticos sobre o processo de uso dos medicamentos na asma melhoraram. Eles passaram a descrever importantes aspectos apontados na literatura, dentre eles o grande número de pessoas que utilizavam apenas broncodilatadores,^{14,46,238} o fato de o uso de corticóide inalatório não estar acompanhado do processo de lavar a boca⁴² e o baixo número de prescrições de antiinflamatórios.^{14,46,126,238-242} Eles identificaram que o menor uso da via inalatória acontecia nas regiões mais carentes. Os relatos abaixo ilustram esse parágrafo:

"o que pude observar é que os pacientes fazem apenas o tratamento dos sintomas, 90% dos pacientes que participaram da campanha, ou faz o tratamento sintomático ou não faz tratamento algum, além do uso incorreto dos dispositivos" F.8

"Outro caso foi uma senhora que não lavava a boca e ficava com a boca toda machucada." F.19

"A única que atendi que lavava a boca, engolia a água." F.1

"Lá... nem bombinha, só xarope." F.15

“a nebulização é de utilização maior nos postos do SUS. O que a gente viu mais foi spray ou então xarope.” F.16

Os farmacêuticos conseguiram, a partir das experiências vivenciadas, refletir sobre a dificuldade de acesso dos usuários aos dispositivos inalatórios e aos médicos especialistas. Durante o GF3, a F.8 apresentou algumas de suas reflexões:

“foi uma experiência muito boa...lá o poder aquisitivo é muito baixo, o pessoal é carente demais. Atendi uma mulher que o resultado do pico de fluxo dela deu baixo e ela estava esperando um otorrino à cinco meses, pneumologistas eles nem sabem se vão conseguir...” F.8

“...ela estava usando Aerolin® comprimidos, mas não tinha dinheiro pra comprar mais.. Fui conversando com ela, orientando, ela virou e falou, olha; você quer saber de uma coisa, eu não tenho dinheiro nem pra comprar leite lá pra casa, lá em casa não está tendo comida...Me envolvi demais!...sofri muito, aprendi muito. Mas, foi muito bom. Eu me senti útil...” F.8

Os farmacêuticos comentaram também que muitos pacientes desconheciam o nome do aparelho que utilizavam, resultado semelhante ao apontado no estudo de Berrade (1999), em que 70% dos pacientes estudados não sabiam relatar o nome do aparelho em uso.⁴²

Quanto aos aspectos relativos ao tratamento não farmacológico, os farmacêuticos perceberam que muitos usuários apresentavam dificuldades para identificar os fatores desencadeantes de crises. No caso da poeira, a F.28 descreveu o seguinte caso:

“Em termos de prevenção o que mais me marcou é que as pessoas não sabem porque estão tendo uma crise, o que desencadeia. Uma senhora falou comigo que não sabia porque estava com crise. Ela esteve na casa de uma amiga para ajudar na limpeza, bateu muita poeira e começou a ter crise. Ela não tinha a noção do que provocou a crise, não sabia porque começou a ter a crise após a limpeza, não sabia a importância do controle do ambiente doméstico.” F.28

Como descritos por alguns autores^{28,92,102,122,155} e apontado pelos farmacêuticos durante este estudo, as pessoas com asma e seus familiares carecem de conhecimentos e habilidades sobre o tratamento farmacológico e não farmacológico. Além disso, devido ao caráter crônico da asma, os pacientes estão sujeitos a várias consultas, às vezes com diferentes médicos, possibilitando, dessa forma, várias prescrições, o que favorece a duplicidade no uso de determinados princípios ativos.

Pode-se considerar, diante dos relatos apresentados, que o grupo estudado desenvolveu habilidades para identificar variados problemas relacionados ao processo de uso dos dispositivos inalatórios e às medidas de controle do ambiente.

VI. 3.3.4. REFLEXÕES DOS PROFISSIONAIS SOBRE: AS PRINCIPAIS NECESSIDADES DAS PESSOAS COM ASMA E ATIVIDADES A SEREM DESEMPENHADAS NA PREVENÇÃO E CONTROLE DESSA DOENÇA

Esta grande categoria foi construída a partir da análise das respostas dos profissionais a duas questões presentes no questionário Q.2. A primeira delas se referia à visão dos farmacêuticos sobre as **principais necessidades das pessoas com asma** e a segunda às **atividades que poderiam ser realizadas** para suprir tais necessidades. A partir das respostas, construíram-se as categorias e subcategorias apresentadas no anexo 22. Uma análise resumida dos resultados encontra-se descrita a seguir.

Principais necessidades das pessoas com asma

Ao comparar os dados iniciais e finais, a maior alteração observada na categoria necessidades das pessoas com asma aconteceu na sub-categoria *desenvolvimento de habilidades*. Essa passou a receber, no final do estudo, 36% de registros a mais. Observou-se ao final que os farmacêuticos passaram a não restringir habilidade apenas ao uso correto da “bombinha” ou do nebulizador. Eles incorporaram a palavra “dispositivo” em seus registros, como descrito por F.12: “..*manuseio correto dos dispositivos*”.

Quanto às sub-categorias *aumento de conhecimentos* e *controle da doença*, observou-se que no início do programa educativo os farmacêuticos ficavam muito restritos às informações centradas no medicamento e à associação de eficácia do tratamento apenas ao controle de sintomas agudos. Ao final uma visão mais ampliada dos profissionais foi observada, na qual eles conseguiram perceber a importância da terapia antiinflamatória no controle da asma, como demonstrado nos relatos a seguir:

“a necessidade que mais chamou-me a atenção, foi o fato de que a maioria dos pacientes, principalmente as crianças, usarem apenas broncodilatadores e não usam os corticóides, pois os médicos não os prescrevem com muita frequência.” F. 11

Como a sub-categoria atitude recebeu poucas contribuições, acredita-se que isso reflita a necessidade de maior ênfase durante o programa de formação à importância do autocuidado como parte integrante do tratamento.

Atividades que poderiam ser realizadas no manejo da asma

A partir da comparação dos relatos do pré e pós teste, pode-se considerar que os profissionais ampliaram também sua visão em relação ao segundo questionamento, que se referia às atividades que poderiam desenvolver objetivando a prevenção e controle da asma (questionário Q.2). Dentre as sub-categorias que abordaram esse aspecto, a *educador em saúde* foi a que recebeu maior número de contribuições. Observou-se alteração de 44% na capacidade dos profissionais descreverem de forma simultânea que uma atuação como educador deveria estar focada, tanto no aumento de conhecimentos quanto no desenvolvimento de habilidades. Como exemplificado pelo relato de F.18: “...*Orientação sobre a doença, sobre os sintomas, sobre o controle do ambiente, sobre o uso adequado e correto dos dispositivos. Orientação total.*”

Alterações também foram identificadas nas outras subcategorias: *triagista, acompanhar pacientes e não sei.*

Pode-se considerar que os achados deste estudo são compatíveis com os resultados encontrados em Kisti *et al* (2001), em que se identificou mudanças na percepção dos farmacêuticos quanto ao seu papel no manejo da asma após sua participação em um programa de formação.¹⁶⁸ Erickson *et al* (2000) também encontraram como efeito de um processo educativo um aumento nas atitudes e crenças dos farmacêuticos quanto à importância de educarem as pessoas com asma sobre o uso correto do AD.⁷⁶

Um fato que chamou atenção durante a comparação das análises das duas categorias apresentadas anteriormente foi que maioria dos farmacêuticos não conseguia fazer uma correlação entre necessidades das pessoas com asma e atividades que poderiam desempenhar. As respostas às duas questões do Q.2 não tinham uma relação direta. Ao perceber esse aspecto, a pesquisadora elaborou o anexo 23, que consiste na busca de interação entre esses dois aspectos, situando-

os na história natural da asma. A proposta apresentada nesse anexo visa facilitar o entendimento de futuros farmacêuticos que, mesmo não estando preparados para o “Pharmaceutical Care”, poderão centrar suas ações nas necessidades das pessoas e atuar na prevenção primária e secundária por meio de outros serviços cognitivos.

Na medida em que os farmacêuticos assumam a responsabilidade **1)** pelos resultados em saúde de um tratamento, **2)** pelo processo de uso e **3)** pela promoção da saúde e prevenção de doenças, poderão realmente ser considerados pela sociedade como “profissionais de saúde”. Afinal de contas, a sociedade não tem investido na formação de um profissional apenas para tornar os medicamentos disponíveis e com qualidade. Essas responsabilidades exigirão dos farmacêuticos novas competências, habilidades e atitudes.^{95-97,150}

VI. 3.3.5. REFLEXÕES SOBRE OS GANHOS COM O PROJETO PARA O PÚBLICO INTERNO e EXTERNO À EMPRESA

Esta grande categoria foi construída para agrupar todos os relatos dos diferentes atores do contexto da farmácia sobre os resultados positivos do programa educativo como um todo. As reflexões apresentadas a seguir reforçam os achados anteriores. Devido a numerosas contribuições, dividiu-se esta grande categoria da seguinte forma:

- Ganhos para o público interno
- Ganhos para o público externo
- Ganhos para a empresa de maneira geral

6.3.3.5.1. Ganhos para o público interno

Esta foi a categoria que agrupou mais informações que associavam os efeitos positivos do programa diretamente aos colaboradores internos da empresa sob vários aspectos, entre eles:

- Conhecimentos e habilidades
- Tendência a novas atitudes
- Interação
- Motivação

A seguir, será descrito cada um desses aspectos.

- Conhecimentos e Habilidades

Os diferentes atores do contexto consideraram que o programa educativo contribuiu para a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades, como demonstrado nos relatos a seguir:

Os Farmacêuticos...

“Eu vou ser bem verdadeira. Antes eu não teria nenhuma habilidade. E, colocando na balança, eu acho que não saberia, ficaria insegura...meu conhecimento sobre asma compactou, reforçou e aperfeiçoou os conhecimentos técnicos anteriores sobre o assunto.” F.1

“houve mudanças principalmente de conhecimentos que aumentaram despertando um maior interesse pela profissão farmacêutica.” F.15

“...veio enriquecer o nosso conhecimento, tanto o teórico quanto o prático...a gente sabia muito pouco da doença e habilidade aqui ninguém tinha!” F.23

Esses aspectos também foram apontados por outros **atores não farmacêuticos**.

“se sentiram aliviados diante do desaparecimento da sua ignorância no sentido de desconhecimento de lidar tanto com os aspectos teóricos quanto práticos de orientação aos clientes”. Médico

*“E o interessante que antes dos treinamentos, alguns gerentes ligavam para perguntar como é que usava o produto, porque vinha lacrado, hoje isso não ocorre....o pessoal está bem treinado para trabalhar com esses produtos”
Coordenador do setor de compras*

Observou-se também que os funcionários com asma passaram a estar mais conscientes de sua doença e os que utilizavam dispositivos inalatórios de forma incorreta aprenderam a otimizar o uso. Essas constatações apontam para a necessidade de que as empresas modernas construam um processo de educação continuada em saúde e transformem-se em um espaço de diálogo das questões de saúde junto aos seus colaboradores.

Verificou-se ganhos de outros conhecimentos, como informações associadas ao conceito de Atenção farmacêutica (AF) que, apesar de não ter sido um tema central do programa de formação, foi discutido ao longo do processo informalmente. Anteriormente ao projeto o termo AF era utilizado de forma incorreta nos panfletos institucionais da empresa. Isso remete a uma reflexão sobre a falta e a necessidade

de apoio técnico a um setor importante como o de comunicação. Essas questões podem ser identificadas nos relatos a seguir:

*“...a gente colocava em folderes institucionais, Atenção Farmacêutica efetiva. É uma expressão que o Diretor de Marketing gosta muito de usar... eu não tinha um conceito de Atenção farmacêutica teórico, tão formal como foi passado no projeto. Para mim Atenção farmacêutica era ter farmacêutico na farmácia. Eu acho que a diretoria pensava assim também, porque se não, não seria usada a expressão Atenção Farmacêutica efetiva. Na verdade descobri que não temos...isso para mim foi importante como da área de comunicação de uma empresa destas” **Comunicação***

*“ me estendendo um pouco mais na Atenção Farmacêutica, eu imagino que seja uma coisa realmente efetiva. Não é uma coisa esporádica de um cliente vai aparecer hoje e daqui um mês retornar. É de uma pessoa que verá no farmacêutico a pessoa que estará a disposição dele quando ele precisar a que horas forem. Um único cliente acredito que irá demandar um tempo do farmacêutico, porque será com aquele farmacêutico que ele irá fazer o acompanhamento. Então, não será por exemplo, somente no momento de um crise de asma, será quando tiver gripe, ou qualquer coisa que achar necessário passar na farmácia... se eu tivesse uma farmácia que me fornecesse um farmacêutico para estar por minha conta, eu ia usar e abusar dele, para qualquer coisa que eu precisasse. É de graça, é ali mesmo que vou comprar o remédio, ele já me dá uma dica. Realmente tem que ser uma pessoa para ficar por conta.” **Comunicação***

Foi expressa pelo médico, em uma entrevista, a compreensão de vários componentes da Atenção Farmacêutica, como pode ser observado em sua fala abaixo:

*“aprendemos aqui... que no processo de caminhada da situação de doença para a recuperação da saúde um dos problemas que podem ocorrer são os chamados PRM's – os problemas relacionados com os medicamentos, são vários esses problemas... as vezes dúvidas quanto a necessidade ou não daquele medicamento que o cliente está usando, dúvidas quanto a efetividade...a segurança...se o paciente está tendo uma adesão adequada e usando de forma correta. Então a Atenção Farmacêutica vai poder detectar, vai poder num trabalho conjunto com o médico trocar idéias... discutir a ocorrência destes chamados”. **Médico***

Ele ainda acrescentou:

*“cada pessoa é uma pessoa, cada organismo é um organismo, às vezes um tipo de medicação que absolutamente não pode ter nenhum tipo de problema para um indivíduo, pode ter para outro. Então o atendimento realmente tem que ser individualizado, claro que a medida que se forem fazendo mais e mais atendimentos vai começar a brotar espontaneamente uma visão epidemiológica, uma visão de grupos de pacientes submetidos a determinados medicamentos...Então a importância da Atenção Farmacêutica ser individualizada creio eu é muito sabia.” **Médico***

A coordenadora dos farmacêuticos, no Grupo Focal (GF.4), colocou que, independentemente de onde os funcionários estejam, eles levarão esse conhecimento e estarão mais receptivos aos novos avanços da indústria farmacêutica, contribuindo para uma atitude pró-ativa deles. A curiosidade e o interesse pelo assunto foram despertados, como é exemplificado no relato abaixo:

“...independente de onde ele estiver ele vai poder levar este conhecimento... E à longo prazo, tudo que aparecer de novo em relação a asma eles estarão mais

atentos. Esse conhecimento que eles adquiriram, essa nova atitude...é para o resto da vida!” **Coordenadora dos Farmacêuticos**

Os farmacêuticos relataram que aprenderam a identificar as seguintes informações nos rótulos dos produtos: o nome comercial, o princípio ativo (classificando se era broncodilatador ou corticóide) e principalmente o nome do dispositivo.

O supervisor de gerencia encerrou o grupo focal GF.4. falando:

“É difícil mensurar o que os farmacêuticos fazendo isso pegaram, o que os próprios empresários, o que nós como funcionários...” **Supervisor**

O médico relatou na entrevista que *“à medida que os conhecimentos teóricos e os conhecimentos práticos (habilidade) foram adquiridos, isso refletiu em mudança de atitude e ampliou o campo de atuação dos funcionários.”* Ele acrescentou ainda:

“...eles descobriram que podem ampliar muito o campo de atuação deles...é como se fosse uma espécie de alegria, de uma descoberta de uma ampliação do papel deles, tanto como farmacêuticos, como funcionários da empresa.” **Médico**

- Tendência a novas atitudes

A representante do setor de comunicação relatou que uma das mudanças mais visíveis foi o envolvimento espontâneo e o compromisso demonstrado pelos farmacêuticos durante a implantação do projeto, e seu relato abaixo exemplifica esse aspecto:

“Eu vi muitas atitudes mudarem, a primeira atitude com relação a todos, foi um envolvimento muito espontâneo (acho que a RH vai concordar comigo), sabe, em outras situações dificilmente a gente vê um grupo tão grande se aderir a um projeto que precisou de tanto esforço, de tanto tempo e com tanto compromisso, como foi feito. Eu senti as pessoas muito comprometidas com o projeto. Eu vi nos farmacêuticos e por parte de alguns sub-gerentes e vendedores, um comprometimento que nem sempre sinto neles....” **Comunicação**

Os diferentes atores durante as entrevistas descreveram tendências a novas atitudes e uma maior reflexão sobre novas formas de atuar. As principais mudanças de postura apontadas foram: **a)** dos farmacêuticos e dos balconistas frente às pessoas com asma, **b)** dos farmacêuticos frente aos balconistas e, **c)** de alguns farmacêuticos com eles mesmos. Esses aspectos serão abordados a seguir.

a) Principais mudanças dos farmacêuticos e dos balconistas frente às pessoas com asma

Observou-se no final do programa educativo que os farmacêuticos não mais precisavam “*esconder-se no banheiro*”, “*debaixo do balcão da farmácia*” ou ainda “*sair da farmácia*” quando eram procurados por uma pessoa com asma, como demonstrado nos relatos a seguir:

“antes do treinamento se me chamassem eu ia para fora da loja ou esconderia debaixo do balcão, mas eu não ia atender porque eu não sabia... para mim foi um alívio, ter passado por esse treinamento.” F.3

“Antes eu não sabia orientar...Eu achei o máximo conseguir orientar, porque antes eu ia correr para o banheiro. Ah!!! Eu vou no banheiro ...” F.13

Observou-se, em uma das grandes categorias apresentadas anteriormente, que os farmacêuticos começaram a identificar e resolver problemas associados ao tratamento da asma. Verificou-se, ainda, que passaram a utilizar muitas vezes estratégias como imagens, desenhos, uma linguagem mais simples para favorecer a comunicação e simulação de uso dos dispositivos inalatórios. Esses aspectos podem ser identificados nos relatos a seguir:

“...durante a campanha eu utilizei uma máquina digital e fotografava o antes e o depois...você tem que justificar e não apenas falar para o paciente... comigo só funciona assim eu só consigo fazer as coisas se eu entendo o porquê...eu orientei e eu falei o motivo...” F. 17

“Eu fiz um desenho de um pulmão e expliquei...é justamente pegar tudo isso grande e transformar em pequeno, tudo para que o paciente entenda...” F.1

“nem sei quantos espaçadores eu já montei, ensinei limpar, todos os dispositivos eu tive a oportunidade de ensinar a mexer” . F.11

“...para todo mundo eu falei de controle de ambiente, eu falei tudo, revi técnica, fiz tudo que eu podia fazer.” F.8

“Hoje eu demonstro para o cliente, mas antes tinha até medo de montar os dispositivos, de fazer uma bagunça na frente do cliente e ser um maior vexame.” F.1

Todos concordaram, durante os grupos focais realizados no final, que houve mudança na **maneira dos clientes serem orientados**, como apresentado nos relatos abaixo:

“...a questão de relação balconista-farmacêutico com o cliente, mudou totalmente!... A nossa atitude com o cliente é outra. Eles, os próprios clientes, têm mais segurança de chegar!... A relação balconista com o paciente também mudou completamente. Eles não vão mais se sentir meros entregadores de caixinhas, eles vão poder estar orientando o cliente com o conhecimento de causa... apesar deles estarem na dependência do farmacêutico... Se esse projeto não tivesse vindo para a farmácia

estava tudo do mesmo jeito! Foi por isso que começou esta nova mentalidade... liberou o potencial.” F.23

“Foi um despertar da consciência, antes queríamos vender, ótimo que ela vai levar. Hoje não, se a gente vê a pessoa comprando, a gente vai querer saber se o que ela está comprando realmente é o certo e se ela vai utilizar da forma correta, então a visão da gente mudou.” F.29

“mesmo depois do projeto, eu já tive várias oportunidades de usar esses conhecimentos...eu aprendi coisas que eu realmente, não sabia” F.11

“...antes chegava uma prescrição desses medicamentos, eu simplesmente ia lá na prateleira e atendia, como qualquer um outro, agora já estou vendo o outro lado. Da pessoa que vai usar... Essa minha visão mudou com o projeto, antes era uma receita como qualquer uma outra.” F.6

Relatos como os apresentados a seguir confirmaram a importância dos conhecimentos construídos e habilidades desenvolvidas para a mudança de postura do profissional frente o usuário: *“Minha postura com o cliente asmático melhorou porque hoje sei lidar com os aparelhos e conheço tudo o que diz respeito à asma.” F.7*

Observou-se também uma atitude diferenciada diante do cliente no que diz respeito a ter argumentos para permiti-lo optar por um aparelho ou outro, como pode ser identificado no caso abaixo:

“o cliente estava em dúvida se ele levaria o nebulizador ultrassônico ou outro. Eu coloquei os dois para funcionar e ele achou o ultrassônico mais complicado, pelo fato de ter que colocar água dentro dele. Ele não gostou porque...ficou com medo da babá machucar a criança...Se ele chegasse antes do projeto, eu não saberia que o ultra-sônico teria outra limitação também que seria não poder o usar o corticóide e é mais caro. Que por sinal foi outro motivo dele não querer levar...eu não daria as informações que ele iria precisar para fazer esta escolha, eu teria dúvidas e ele teria dúvidas e talvez ele até voltasse ao médico.” F.8

A F.16 chamou a atenção, durante o GF.2, para a importância da *“orientação do paciente, principalmente quando for a primeira vez que ele utilizará o produto”*.

b) Principais mudanças dos farmacêuticos frente aos balconistas

Mudança de postura dos farmacêuticos frente à sua equipe de trabalho também ocorreram. Eles consideraram que passaram a observar melhor os balconistas no momento da venda dos dispositivos inalatórios, como exemplificado a seguir:

“Sempre que eles estão fazendo essa venda e eu estou perto observando. Eu peço para eles perguntarem ao paciente se já usam, se sabem usar e se tem alguma dúvida”. F.16

Perceberam também que o projeto contribuiu para que eles fossem vistos de forma diferente pela equipe. Isso pode ser verificado no relato abaixo:

“Os balconistas começam a te ver de outra forma...trouxe segurança... eles sabem que podem contar com alguém...eles sabem que você pode ajudá-los e eles ficam mais tranquilos, com mais respeito...Se você não tem esse tipo de respeito eles acham que você sabe menos do que eles, o que acontece muito. Isso tudo é ruim para sua cultura sob todos os âmbitos dentro da equipe, quando eles vêem que você sabe e consegue ajudá-los, eles também te respeitam mais sob todos outros âmbitos.” F.24

c) Principais mudanças dos farmacêuticos frente a eles mesmos.

No caso específico dos farmacêuticos, pode-se considerar que, além de ganhos profissionais, houve também relatos de ganhos pessoais. A seguir serão abordados esses aspectos.

Ganhos pessoais

Alguns farmacêuticos, em seus relatos finais, colocaram que o programa educativo possibilitou um crescimento pessoal, como pode ser identificado nos relatos a seguir:

“Posso considerar que sou uma pessoa antes e outra depois... eu cresci demais...” F.8

“O crescimento pessoal foi imensamente maior à partir das experiências realizadas com os colegas farmacêuticos, médicos, a empresa e principalmente com o público – população carente de informação, cuidado e principalmente atenção e respeito à saúde.” F.1

A farmacêutica F.13, durante o último grupo focal realizado, pediu a palavra para realizar uma autoavaliação. Ela relatou que se arrependeu amargamente por não ter participado dos trabalhos de grupo no início do projeto, que queria ter participado mais e na verdade estava tendo dificuldade para conciliar a carga gerencial com o projeto. Na prática em comunidade, ela percebeu a importância de cada etapa do projeto. Foi interessante notar que vários elogios foram feitos à profissional durante o grupo focal com o núcleo técnico-administrativo. As diferentes atitudes positivas que ela foi assumindo ao longo do projeto surpreenderam inclusive o setor de recursos humanos, como pode ser observada nos relatos apresentados abaixo:

“Gente, eu não acredito que F.13, está tão empenhada e tão preocupada. Será o que teve de tão diferente neste projeto..? Eu acho que mexeu muito com a moral das pessoas.” Recursos Humanos

“...Acredito que ela se conheceu melhor e descobriu coisas que nem ela sabia, porque ela mudou de atitude em tudo que ela faz. Realmente ela é uma pessoa antes e outra depois do projeto.” **Comunicação**

“ eu consigo ver o potencial que foi despertado em alguns gerentes e que continua... eu também não esperava isso dela...” **Supervisor**

Durante o GF.4, a coordenadora dos farmacêuticos citou: “*também me chamou muita atenção o F.20...*”. E a representante do setor de comunicação lembrou de outro farmacêutico cujas ações refletiram ganhos pessoais, conforme relatado por ela na descrição a seguir:

“*gente que se sentia deprimida, da gente saber de casos que a pessoa as vezes tem momentos difíceis e que ela nem consegue se desempenhar tão bem e que se desempenhou, se superou, porque tinha algo mais...eu realmente me surpreendi com muita gente!...A F19 virou uma outra pessoa, assim de ir pra frente, de ser positiva...Ela abraçou tanto isso, que acredito que este projeto fez um bem enorme, para a vida dela.* **Comunicação**

O relato do médico, apresentado a seguir, completa as afirmações descritas anteriormente no GF.4:

“ *comoveu muito ver como os olhos de muitos farmacêuticos até brilhavam de felicidade neste trabalho... a auto estima dos farmacêuticos aumentou...cresceram muito enquanto pessoas.....*” **Médico**

Ganhos profissionais

Relatos como os apresentados a seguir reforçam os ganhos profissionais alcançados pelo programa educativo:

“*Senti um crescimento muito grande...como profissional dentro da farmácia, para poder estar ajudando as pessoas, a comunidade, principalmente porque trabalho em uma região muito carente e a gente é solicitado o dia todo...*” **F.15**

“... eu não conhecia nada destes dispositivos, ...então você poder não ter a vergonha de ir pra o balcão e falar assim...” **F.17**

“*Mudou a postura frente ao portador de asma.*” **F.9**

“*a segurança no atendimento e aconselhamento.*” **F.4**

“... melhorou a minha habilidade em orientar os pacientes.” **F.14**

“...o projeto foi toda uma realização profissional.. a gente se sentiu valorizado como profissional, por estar exercendo a profissão da gente mesmo...uma interação entre o paciente e farmacêutico...” **Coordenadora dos Farmacêuticos**

“O projeto me fez perceber que eu posso sim, gerenciar...e ao mesmo tempo dar essa assistência farmacêutica sem ter que atropelar, pois nosso papel social é tão importante, o projeto me fez resgatar isso.” **F.29**

Um outro ganho, apontado nos relatos a seguir, refere-se à oportunidade de projetos como este ajudarem a valorizar a categoria farmacêutica a medida que revela os potenciais do farmacêutico a comunidade:

“...poder prestar um serviço à comunidade e as pessoas passarem a conhecer nosso trabalho...de uma maneira geral o público desconhece. Isso profissionalmente, é muito gratificante e aí entra a questão da valorização profissional do farmacêutico.”
Diretor 2

*“...estar promovendo saúde, mudar esta história de que a gente é mero entregador de caixinhas mesmo! **Coordenadora dos Farmacêuticos F.23***

Pode-se observar no relato do médico que acompanhou todo o processo de implantação do programa educativo, apresentado a seguir, que o projeto serviu como uma base para se implantarem novas práticas profissionais mais complexas.

“...eu acho que o alicerce para iniciar o processo de Atenção Farmacêutica propriamente dito está pronto... o processo da campanha foi extremamente educativo, foi uma espécie de desbastamento geral do trajeto, onde a estrada será construída....” **Médico**

O retorno que os farmacêuticos receberam dos pacientes permitiu que refletissem sobre que tipo de atuação profissional que os satisfazia como profissionais de saúde. O exemplo a seguir ilustra isso:

“Simplesmente orientar o paciente a ir ao médico, ... é um tipo de orientação não traz prazer. Orientação boa é aquela que você, realmente consegue fazer a diferença, você está realmente ensinando alguma coisa, passando alguma coisa boa e é muito interessante quando você fala e aquele cliente te dá retorno positivo.” **F.24**

Observou-se que mesmo os profissionais que apresentavam uma atitude diferenciada no início do programa e tiveram a oportunidade de estudar um pouco a asma antes do programa educativo avaliaram de forma positiva o processo vivenciado. Passaram a identificar mais problemas e a resolvê-los com maior agilidade. Relatam que isso foi conseguido mediante o ganho de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades. Os relatos a seguir ilustram esses ganhos:

“Teve coisas que lembrei, que estava lá no fundo e você resgata. E tinha coisas que acrescentou, que aprendi...o maior presente para a gente foi a capacidade de estar olhando no olho do paciente...Por várias questões, as pessoas não sabem que você está ali dentro da farmácia, que você está tão perto, às vezes elas não sabem do seu potencial, da sua capacidade.... Nós ganhamos confiança que a gente precisava ...a gente ficou mais curioso, a gente presta mais atenção...” **F.16**

“Eu acho que foi o momento para compactar e acrescentar meu conhecimento. Foi como pegar tudo que estava espalhado e juntar. Nós pudemos pegar esse monte de conhecimentos todos fragmentados e às vezes incompletos e juntar, fazer uma união perfeita... Aprendi a importância de sempre estar procurando, a querer ficar na ponta e não ficar fechado naquilo que você sabe, esse foi meu primeiro aprendizado. O

segundo foi como aplicar, como pegar isso tudo e esmiussar, foi o mais difícil... chegar lá no paciente, e explicar...” F.1

“Comecei a enxergar o paciente asmático...Ai você já começa a se perguntar assim, bom, será que quando ele chegar em casa, vai saber como usar isso?” F.1

Em um dos grupos focais realizados no final do estudo, a farmacêutica F.2 relatou que a mudança aconteceu também na forma como os participantes se vêem como profissionais de saúde e não apenas em termos de medicamentos. Todos concordam com a afirmação:

“Acho que o que mudou foi a forma de nos encararmos como um profissional de saúde, isso levantou a gente...nós não precisamos trabalhar só com as drogas. Foi uma descoberta!! Nós estamos aptos e estamos em campo, porque a prevenção tem que ser agir antes, agir é ação, nós não nos acostumamos a agir...estarmos em campo é muito difícil, é mais fácil estarmos de frente aos livros, aos professores...” F.2

Foi apontado pelos farmacêuticos F.1 e F.11 que o projeto permitiu também que refletissem sobre a importância da formação continuada e de aspectos que necessitavam desenvolver ao longo do tempo, como ilustrado nos registros abaixo:

“Ficou que a aprendizagem deve ser continuada, não paramos de aprender nunca...” F.1

“Estimulo a estudar a parte clínica.” F.11

No relato apresentado a seguir, alguns dos aspectos descritos anteriormente encontram-se resumidos:

“O programa nos deu mais segurança, conhecimento frente a nós mesmos e frente ao cliente, ganhando com isto nós, os pacientes, a equipe como um todo, a população, muitas vezes carente que não tem outro acesso senão o do balcão da farmácia.” F.26

Para finalizar essa subcategoria, é ainda necessário abordar dois aspectos, interação e motivação.

- Interação

Um outro aspecto considerado por todos os atores entrevistados foi que o projeto possibilitou a interação entre diferentes setores da empresa. A noção de grupo se fortaleceu, auxiliando a criação de uma identidade de grupo. Os relatos abaixo ilustram esses pontos:

“Passaram a agir como uma equipe não como unidades distantes, houve interação entre setores, gente que mal se via, que mal se falava, até por falta de oportunidade

... então teve a descoberta do colega ali como ser humano, uma pessoa legal. Travaram-se até amizades...” **Diretor 1**

“...Foi uma oportunidade de entrosamento dos diversos setores...colocar para trabalhar juntos pessoas dos mais diferentes setores...essa turma toda teve que começar a se conhecer melhor e a trabalhar juntos...isso aproximou mais as pessoas... trouxe um envolvimento de todo mundo...todo esse trabalho levou a uma interação entre os diferentes setores da empresa sem dúvida nenhuma.” **Médico**

Esses achados reforçam a avaliação sobre este aspecto realizada pelos farmacêuticos no questionário Q3. Cerca de 80% deles consideraram a interação do grupo durante o programa educativo como ótima ou muito boa.

A responsável pelo setor de Recursos Humanos colocou, no grupo focal, que a interação ocorrida a permitiu avaliar seu processo seletivo, pois:

“... eu confirmei que cada pessoa está exercendo sua função no lugar certo, a pessoa está no lugar certo como supervisor, a pessoa da comunicação está na área certa, porque nós tivemos uma integração...estreitou mais o relacionamento...” **Recursos Humanos**

Após a fala anterior, outros acrescentaram que consideravam que a interação foi inter-pessoal e entre setores. Também foi consenso no grupo que houve cooperação e disponibilidade de um para ajudar o outro, como apontado na fala abaixo:

“...um ajudando sempre o outro... Então foi muito legal, foi muito rico e satisfatório no meu ponto de vista...deu para identificar muitos parceiros, colegas, quem realmente eu posso contar, contribuiu para que conhecêssemos um pouco mais cada um.... a integração é tão legal... porque parecia que entendia sem falar... O envolvimento das pessoas foi muito grande.” **Recursos Humanos**

“a gente pode contar com a gente mesmo...a espontaneidade da equipe.” **Comunicação**

- Motivação

Nesta última subcategoria relacionada aos ganhos para o público interno, observou-se nos relatos que todos os atores, em suas falas, expressavam a motivação com que os participantes vivenciaram o processo. Isso pode ser exemplificado nas descrições a seguir:

“...motivou o pessoal...a satisfação de cada um estar podendo ser útil ao nosso semelhante e de contribuir para a questão da saúde... acho que cada um viu o que é capaz de conseguir quando se tem envolvimento, interesse e quando se sente a importância do trabalho.” **Diretor 2**

*“...eles descobriram que podem ampliar muito o leque deles, o campo de atuação...se sentiram...mais valorizados, mais confiantes...porque estavam dominando a situação.” **Diretor 1***

*“...a sensação de utilidade perante a sociedade aumentou muito...se sentiram motivados, viram assim, como eles podem contribuir de uma forma extremamente rica para a saúde das pessoas.” **Médico***

A motivação dos participantes foi consequência da descoberta de um novo campo de atuação, dos conhecimentos e habilidades desenvolvidas, da sensação de ser útil ao semelhante, do sentir importância no trabalho que realizam. Como descreveu F.8: *“... a sensação de ter sido útil para as pessoas e ter tido a oportunidade de ouvir e ajudar pessoas... Eu me senti útil, todo mundo sentiu, foi uma satisfação muito grande, você se sentir útil, sabe?...” **F.8***

Foi interessante observar os termos utilizados pelo médico para expressar a sua visão do processo, especialmente dos ganhos em curto prazo, como podem ser identificados nos relatos abaixo:

*“...desenvolveu um espécie de euforia nos farmacêuticos e nas pessoas que nunca tinham passado por isso...foi como um vendaval, que mexeu com todo mundo na farmácia... diríamos sem nenhuma comparação infeliz, como se fosse um tsunami, como se fosse uma movimentação muito grande que mexeu muito positivamente com todos os farmacêuticos, com todos os funcionários da empresa.” **Médico***

Além dos termos descritos anteriormente ele também cita choque, oxigenação e energização.

6.3.3.6.2. Ganhos para o Público Externo

Os entrevistados consideram que os benefícios também atingiram os clientes e citaram, como principais ganhos, as orientações recebidas, os problemas identificados e resolvidos pelos farmacêuticos e os encaminhamentos dos casos sem controle ao médico. Esses aspectos podem ser identificados nos relatos abaixo:

*“o cliente também externo que sai ganhando.” **Diretor 1***

*“...há relatos dos farmacêuticos de pessoas que vieram agradecer...Inúmeras pessoas com asma, estavam com a medicação equivocada ou não tinham adesão ao tratamento e foram orientados...” **Médico***

Foi considerado também que o aprendizado extrapolou a empresa, atingindo os familiares e amigos dos funcionários. Esses aspectos podem ser identificados nos relatos a seguir:

“Eu tenho um parente que usava o medicamento errado, ele abria, colocava na boca e sugava, tudo ao mesmo tempo. Ele perdia a dose, abria o dispositivo com ele na boca.” F.1

“Meu filho antes do projeto fazia nebulização de boca fechada”. F.28

“Minha mãe utilizava a bombinha diretamente na boca”. F.15

*“Teve farmacêuticos que não sabiam lidar com filhos que tinham asma e aprenderam aqui. Inclusive levaram informação para dentro de casa e para o âmbito de amizade deles”. **Coordenadora dos Farmacêuticos***

Também foi lembrado, pela coordenadora dos farmacêuticos, que o grande número de pessoas que participaram da “campanha” indica a receptividade da população de iniciativas como esta.

O médico, em entrevista, ressaltou os ganhos para a comunidade escolar, como exemplificado abaixo:

*“...a boa reação do corpo docente das escolas. Algumas até falaram, nós nem acreditamos...que coisa boa, uma instituição como esta trazendo informações sobre uma coisa tão importante! Temos esse problema aqui na escola com a meninada, tem meninos que faltam a aula, tem casos até de morte. Como isso foi esclarecedor!”
Médico*

O diretor 2 também considerou como ganho o interesse despertado nos representantes dos laboratórios sobre o projeto que estava acontecendo na empresa, pois “no momento da venda dos produtos deles os clientes passaram a receber informações diferenciadas”.

6.3.3.5.3. Ganhos para a empresa

De maneira geral, outros ganhos foram descritos especificamente em relação à empresa. Durante o grupo focal GF.4, foi considerado pela representante do setor de comunicação e pelo supervisor dos gerentes que a forma como o programa educativo foi estruturado e implantado proporcionou mudanças na estrutura da empresa, como exemplificado a seguir:

*“Mexeu na estrutura...quebrou cadeias, liberou eles para participarem de outras coisas, para ensinar outras coisas, para conversar mais com o cliente, eles estão mais preparados para isso.” **Supervisor***

Durante as entrevistas, percebeu-se de maneira consensual que os atores consideraram que empresa ganhou de imediato uma equipe de colaboradores melhor qualificada e, como consequência, **1)** um melhor atendimento dos clientes, **2)**

diminuição de perdas de produtos que eram trocados de forma incorreta, **3)** aumento de demanda dos produtos da linha respiratória, e **4)** regularidade de estoque dos produtos inalatórios nas diversas farmácias da rede. Esses aspectos são ilustrados abaixo:

“...muitos dispositivos eram devolvidos porque o cliente não sabia usar e o funcionário não sabia instruir...isso era uma perda para a empresa...” **Coordenadora dos Farmacêuticos**

“A gente tinha procura esporádica, hoje não, a gente tem venda do produto e o produto é encontrado em todas as lojas.” **Coordenador do setor de compras**

“a partir do momento que tem um conhecimento do produto que se vende, você faz a venda tranqüila, a demanda na loja cresce e aí uma coisa puxa a outra...a partir do momento que a gente tem informação de como se usa o produto, você vende o produto e orienta o cliente. A partir do momento que você passa a informação correta do uso, o cliente vai usar corretamente e não vai haver devolução, isso é o que tem ocorrido ” **Coordenador do setor de compras**

Foi considerado por vários atores que a implantação desse trabalho diferenciado promoveu uma maior visibilidade para a empresa, como apontado nos exemplos abaixo:

“...a instituição teve o ganho além da satisfação própria como instituição de estar contribuindo para um benefício social, um aumento da visibilidade perante o público em geral, a ponto posteriormente a campanha, ouvimos comentários de várias pessoas: pode ir lá....que a respeito de asma o pessoal entende de tudo agora.” **Médico**

“A empresa ganhou o que não imaginava ganhar, a empresa ampliou relacionamento com a comunidade, com as escolas, com classe médica...” **Comunicação**

“Eles perceberam que algo diferente estava acontecendo aqui....nós fizemos um diferencial...até hoje tem gente que liga para a empresa para saber se continua... eu acho que para a instituição este foi um ganho que ninguém mete a mão mais” **Coordenadora dos Farmacêuticos**

O reflexo desse aumento de visibilidade foi exemplificado ao relatarem que os farmacêuticos passaram a ser convidados para ministrar palestras e para realizar a campanha da asma em outras instituições, como demonstra o médico em sua fala a seguir:

“A empresa recebeu e tem recebido inúmeros convites para estender esse trabalho, essas orientações e informações para os diversos segmentos da sociedade, escolas, outras empresas, a comunidade em geral. Abriu um leque admirável de ofertas...” **Médico**

Segundo registros dos profissionais, eles realizaram a prática em comunidade para os funcionários das quatro unidades do Minas Tênis Clube, em Belo Horizonte, e na Semana de Prevenção de Acidentes da AMBEV. Além dessas empresas, participaram também de eventos da OAB Mulher, da semana da Saúde do Shopping

Cidade e do Parque das Mangabeiras. Ministraram também palestras para os funcionários do EPA/MART PLUS, para alunos do curso técnico em Farmácia do SENAC e também em um Centro Comunitário.

Diante do contexto do mercado em que a farmácia está inserida, o diretor 1 acredita que projetos como este possibilitam à empresa concorrer de forma sadia. Ficou explicitada na fala abaixo a existência de um conflito entre uma concorrência no mercado atual capitalista e o valor de concorrer de uma forma mais sadia.

*“é evidente que isso aí está dentro da concorrência sadia que é a que a gente quer praticar...o consumidor mais consciente vai notar: poxa! Aquele ali está realmente focado na saúde, está realmente interessado no cliente... ele percebe que você é diferente daqueles que trocam receita, que indicam um antibiótico sem nenhuma bactéria...verdadeiros médicos entre aspas, atrás do balcão da farmácia, detonando a saúde dos outros.” **Diretor 1***

Alguns dos entrevistados consideraram que se a farmácia modificar sua forma de atuar existe, inclusive, possibilidade de aumentar o número de clientes no médio e longo prazos e, assim, manter-se no mercado. Na verdade, o interesse é que a população perceba a preocupação da empresa com a saúde dos usuários já que, afinal, esta gera lucros. Os relatos abaixo ilustram esses aspectos:

*“E, dando informação correta o cliente volta para comprar...” **Coordenador do setor de compras***

*“valorizando a imagem da empresa...gera maior confiança da comunidade com a empresa e que isso pode reverter em maior fluxo de clientes.” **Diretor 2***

*“eu acho que é realmente o diferencial de atendimento... de assumir mesmo um papel mais humano, mais social da farmácia e com isso, conseguir continuar no mercado.” **Diretor 1***

Durante o processo de análise, observou-se que os ganhos alcançados pelo projeto geraram expectativas nos diferentes atores do contexto. O diretor 1 espera que esse programa seja mais do que um simples treinamento de seus funcionários; que seja, na verdade, “a base para o estabelecimento de uma nova cultura dentro da empresa”. Para a coordenadora dos farmacêuticos a grande expectativa é que “a diretoria enxergue que o farmacêutico precisa de mais tempo para atuar diretamente junto aos usuários e que seja capacitado de forma continuada para exercer uma função mais assistencial”. E, além disso, ela espera que tenha sido despertado na equipe o “ideal de fazer a atenção farmacêutica”. No caso do médico, ele acredita que o modelo do projeto desenvolvido na empresa “permitirá não apenas uma

diferenciação junto aos clientes, mas também junto à classe médica”. Para o futuro ele acredita que resultados de intervenção diferenciada dos farmacêuticos poderão ser apresentados em simpósios e permitirão mostrar à sociedade “como pode ser profícua e boa a relação de trabalho entre esses dois tipos de profissionais”.

VI. 3.3.6. REFLEXÕES SOBRE O PAPEL DO FARMACÊUTICO

Nesta categoria serão apresentadas algumas reflexões dos diferentes atores que participaram do processo sobre o papel do farmacêutico. Além disso, estão aqui incluídas alternativas que visem disponibilizar mais tempo dos profissionais para a área técnica.

Durante entrevista com o médico, ele fez um relato pessoal da descoberta do farmacêutico como um profissional da saúde, conforme apresentado abaixo:

“não sei se posso dizer por toda a classe médica, mas a impressão que a gente tem é que a visibilidade do farmacêutico para o médico ainda é muito pequena, é como quase eu diria que ele fosse invisível. Os médicos, por uma série de fatores e deficiências na própria formação, ainda não compreenderam, ainda não descobriram a importância do farmacêutico como membro de uma equipe multidisciplinar no atendimento a saúde” Médico

“Eu posso dar meu testemunho pessoal, eu tenho 30 anos de medicina... e só de uns anos para cá, fui percebendo o papel do farmacêutico... E, ao mesmo tempo, que eu tive muita alegria em descobrir isso, eu tive também, uma espécie de tristeza, ou frustração de ter aberto os olhos tão tarde para a importância desse profissional junto com a gente...nenhum profissional sozinho dá conta das coisas, e, especificamente em relação ao manejo da farmacoterapia é impossível para o médico dar conta de tudo... Nós profissionais médicos perdemos quando não temos na nossa equipe um farmacêutico, que nos ajude a fazer um raciocínio farmacoterapêutico mais adequado...Com a aceleração histórica e científica, você não dá conta de acompanhar, então, que bobagem não ter um profissional do lado pra te ajudar...” Médico

Em outra fala, o médico afirmou o que a literatura tem recomendado uma atuação mais ampla do farmacêutico em termos de prevenção primária e secundária. Essa visão é compatível com os modelos de projetos propostos pelo Fórum Farmacêutico das Américas e Fórum Europeu de Farmácia/OMS. Assim, uma atuação ampliada do farmacêutico, levando em conta seu papel como profissional de saúde, possibilitaria diversificadas práticas profissionais.

“Em países como o nosso, onde as pessoas não têm oportunidade de acesso a serviços médicos, a farmácia poderia ser um centro de promoção e atenção à saúde, onde, principalmente a prevenção primária poderiam ocorrer...muitas pessoas sem

*aparente problema, procuram o farmacêutico para conversar...e, se o farmacêutico tiver um treinamento bem adequado para ouvir de uma forma técnica e humana esta pessoa, ele vai poder fazer muita orientação, muito encaminhamento para serviços médicos específicos ou postos de saúde.” **Médico***

O médico acredita que projetos como o implantado na empresa contribuem para mudar a forma como as farmácias são vistas pela população e pela classe médica. Torna-se necessário à farmácia e ao farmacêutico assumir um papel mais social, como exemplificado a seguir:

*“...esse projeto ajudou a mostrar que o farmacêutico ao invés de ser uma figura apagada na farmácia, um mero entregador de caixinhas de medicamentos, ele pode exercer um papel extremamente importante, na promoção a saúde, na orientação dos clientes e na construção de uma farmácia como um centro de atenção a saúde...Um mero depósito onde se adquire medicamentos, pode...no futuro, ser transformado em máquinas para pegar medicamentos, como existe máquinas para pegar refrigerantes. Mas, esse não é o papel da farmácia, o papel da farmácia é trazer o ser humano técnico, preparado, para atender as pessoas que estão usando medicamentos. As pessoas que tem uma história pessoal, humana, afetiva e cultural...” **Médico***

Alguns atores acreditam que o projeto ajudou a repensar o papel mais técnico do farmacêutico na rede de farmácias, que estava muito centrado em aspectos administrativos. Observou-se, ao final do programa educativo, que os farmacêuticos estavam mais reflexivos quanto ao seu papel profissional e demandavam tempo para uma atuação mais técnica.

*“... nosso papel social é tão importante! O projeto me fez resgatar isso...a gente tem que saber conciliar, o gerenciamento com o nosso lado farmacêutico...” **F.29***

*“Eu já estava meio decepcionado com a profissão...Estava... tentando voltar pra área de alimentos por causa do esquema de funcionamento da rede mesmo, da gerência...era como se eu tivesse perdido aquilo que eu sempre estava buscando e agora, a gente teve esse resgate, essa idéia de estarmos cuidando mesmo da pessoa, pra ela não chegar a ficar doente. Não só vender o medicamento e orientar...” **F.15***

*“a gente tinha uma angústia dentro da gente...mas onde começar????...O projeto, foi o nosso grito...a gente precisava. Eu, com sinceridade, não ia ter condições de fazer um projeto destes sozinha.” **F.11***

*“É, eu creio que todo mundo buscava isso...Acho que este projeto alavancou essa nossa fome, essa nossa sede de estar fazendo esse papel social e profissional.” **F.19***

*“Eu acho que o projeto foi bacana, pois mostrou olha, a gente pode dar muito mais do que a gente vem dando para a população.” **Comunicação***

A fala a seguir do médico conclui os aspectos abordados anteriormente:

“Então esse projeto mostrou que esse papel precisa ser revisto. O farmacêutico não pode exercer um trabalho exclusivamente, na área administrativa ou gerencial, o público precisa dele na arte específica dele que é um agente de saúde, uma pessoa

que pode dar uma contribuição imensa no trabalho global e multidisciplinar de atenção a saúde das pessoas. Médico

Também foram expressos, nos grupos focais realizados no final do programa educativo, relatos dos farmacêuticos sobre a essência da prática profissional, os limites da atuação desta categoria profissional, bem como o papel social frente à dicotomia assistência e atuação gerencial, como demonstrado a seguir:

“A pessoa chega na farmácia e quer que você a consulte...mas esse não é o nosso papel. O brasileiro é assim, a maioria não tem acesso ao médico...então ele chega na farmácia e quer que você resolva o problema dele, você não pode fazer isso...não fazemos diagnóstico. Temos que saber nos colocar, somos profissionais de saúde, mas nós não fazemos diagnóstico, isso é competência médica. A gente orienta o uso correto...o controle do ambiente doméstico e uma orientação quanto ao uso do medicamento...a prevenção...no sentido de ajudar a pessoa a não ficar doente.” F.10

“O programa me levou a posicionar mais como farmacêutica...nosso papel é estar de frente para a população”. F.2

“como tenho deixado de lado a minha profissão, sendo sufocada pelos procedimentos administrativos e como a população é carente de nossa atenção e como eles ficam gratos quando fazemos isso.” F.3

“Eu pensava na assistência como você orientando um doente e agora em você cuidar da pessoa doente...despertou um maior interesse pela profissão farmacêutica” F.15

“fomos capazes de mostrar, que nós como farmacêuticos somos tão bons como somos gerentes...nós não temos só a função de gerente, nós somos farmacêuticos e temos responsabilidade técnica pela loja, isso destacou o grupo farmacêuticos dentro da empresa...” F.29

“Nosso papel também é preventivo.” F.29

Com relação à categoria “papel do farmacêutico”, foi visível a reflexão que o programa proporcionou para que tal atuação fosse revista. A análise das falas dos diversos atores aponta também na direção da importância da retomada de um papel mais específico dos farmacêuticos dentro da farmácia. Há uma sintonia da demanda do público interno e externo da farmácia, desejoso de um profissional mais presente e mais disponível.

Kirsti *et al* (2001), ao avaliar um programa de formação, também consideraram que ele permitiu um aumento da percepção dos farmacêuticos quanto ao seu papel no manejo da asma.¹⁶⁸

VI. 3.3.7. AVALIAÇÃO GERAL DO PROGRAMA EDUCATIVO IMPLANTADO

Nesta grande categoria foram agrupados relatos associados aos sentimentos dos profissionais após participarem do programa de formação, bem como uma visão da satisfação expressa pelos diferentes atores. Incluíram-se também os pontos questionados relativos ao programa como um todo. A seguir serão apresentadas as categorias que abordarão cada um desses aspectos.

a. Os sentimentos...

Um dos aspectos positivos que chamou a atenção durante o processo de avaliação foi o relato dos farmacêuticos sobre os sentimentos que expressavam a experiência de ter participado do programa educativo.

A palavra **segurança** foi a mais utilizada por eles. Os profissionais descreveram que a sensação de segurança que experimentaram terá como consequência o aumento da credibilidade e segurança também do usuário para com o profissional, conforme apresentado nos relatos a seguir:

“Com certeza aumentou a segurança. Antes eu pegava o negócio e ficava quebrando a cabeça lá com o paciente e ele olhando com aquela cara. Hoje a gente tem muito mais segurança, sabe como usa, sabe dar todas as orientações que o paciente precisa...a pessoa confia mais na informação que estamos dando...Me sinto muito satisfeita de ter essa segurança.” F.6

“ter segurança é muito melhor, você passa credibilidade...” F.17

“Senti muito bem ao ver que estou conseguindo ajudar. Antes não conseguia passar a informação para o cliente com tanta segurança.” F.14

Outras palavras também foram utilizadas ao expressarem os sentimentos, como “alívio”, se “sentir capaz” e “não ter medo”.

“Para mim foi um alívio, ter passado por esse treinamento.” F.3

“não ter medo de chegar perto do aparelho...” F.24

“foi um alívio pra gente poder se preparar, aprender para servir melhor a pessoa que está precisando dessa assistência”. F.1

“eu me sinto muito capaz de poder ajudar nessa área...hoje eu sou capaz e antes eu era totalmente incapaz...O caminho percorrido foi muito longo, nós estamos a uma distância de onde nós estávamos muito grande...” F.2

“Me sinto mais capaz, mais farmacêutica, com outros interesses” F.18

Kisti *et al* (2000) também relataram em seu estudo que os farmacêuticos, após participarem do programa de formação em asma, sentiam-se mais seguros e confiantes.¹⁶⁸

Os farmacêuticos comentam também a sensação de alegria ao perceberem que o usuário saiu satisfeito com a orientação recebida durante o programa educativo.

“Interessante foi ver a cara de gratidão dela....Ela saiu de lá como se eu tivesse dado uma caixa de medicamento para ela.” F.1

“Após orientar aquela cliente...eu me senti como se fosse ela depois de inalar jato de bomba? Eu fiquei aliviada.” F.19

“Foi ótimo sentir que podemos fazer diferença na vida das pessoas.” F.11

“A gente chega até a esquentar as bochechas, porque a gente fica feliz...” F.24

b. Satisfação

Durante o processo de análise dos dados, foi observada uma satisfação geral dos diferentes atores que participaram do processo em relação ao programa educativo implantado na empresa. Eles ressaltaram ainda que a satisfação superou qualquer cansaço frente ao trabalho extra, necessário durante a etapa de implantação.

“...o projeto foi um sucesso, foi bem realizado..” Diretor 2

“...a experiência foi extremamente rica para a instituição e para todos.... é um projeto muito rico, muito bonito, muito abrangente...” Médico

“... eu acho que tanto os farmacêuticos, quanto os funcionários todos só tiveram a ganhar...eu estou satisfeita, cansada, mas feliz.” Coordenadora dos Farmacêuticos

“O cuidado, o protocolo com cada documento. Eu gosto muito da palavra diligência, e gosto de usá-la como sinônimo de zelo, como cuidado, com fazer com dedicação. E a gente via isso, essa é a palavra.” Supervisor

“Foi uma gratificação pessoal ter participado deste projeto maravilhoso, F.13

Esses achados reforçam os dados encontrados no questionário Q3, em que 88% dos farmacêuticos avaliaram como ótima ou muito boa a satisfação de suas expectativas em relação ao programa educativo.

Ao questionar os diretores entrevistados sobre a possibilidade de financiarem novamente projetos dessa natureza, ambos afirmaram de forma positiva que estariam dispostos. O relato do diretor 2 ilustra essa posição: *“Sem dúvida, financeira. Agora, já sabendo como foi, com certeza!”*

Foi consenso entre os membros do núcleo técnico administrativo, ao serem questionados se estariam dispostos a participar novamente de um modelo de projeto como o implantado na rede de farmácias, que o fariam.

Em todas as formas de coletas de dados, seja nas entrevistas, seja no grupo focal, verificou-se que todos os atores apoiavam a continuidade do projeto e sugeriram que outros temas fossem abordados, inclusive a possibilidade de chegar a se desenvolver um programa de Atenção Farmacêutica. Isso expressa mais uma vez a satisfação deles com o processo vivenciado e remete também a reflexão de que os pontos positivos se sobrepuseram aos negativos.

“Para finalizar acredito que esse processo de educação tem que ser continuado ele não pode parar” Médico

“Tanto dos balconistas quanto os profissionais querem continuidade.” F.2

“Agora é o farmacêutico não deixar morrer o que brotou lá dentro... isso foi a base para se fazer uma atenção farmacêutica...” F.23

Foi discutida e aprovada pela diretoria a criação de um núcleo de educação continuada em saúde na empresa. Esse teve suas atividades iniciadas em dezembro de 2004. Ele nasceu da atuação dinâmica e integradora do núcleo técnico administrativo e contou com a participação de outros colaboradores internos da empresa, como balconistas, gerentes não farmacêuticos, representante do setor de perfumaria, dentre outros. A atuação desse grupo iniciou-se estabelecendo as prioridades de formação dentro da empresa.

c. Pontos questionados e estratégias propostas

O principal ponto questionado pelos farmacêuticos na avaliação geral do programa educativo foi a questão do tempo. Eles se referiam ao tempo para estudar (F.11, F.10), ao tempo dedicado ao aspectos teóricos (F.3, F.14) e à prática em comunidade, pois houve grande demanda da população pelo atendimento do farmacêutico (F.15).

A questão do tempo também foi apontada por outros atores do contexto, durante o grupo focal GF.4 ou em entrevistas. Eles se referiam ao tempo de diversas formas, como, por exemplo, o tempo dedicado aos treinamentos. Foi considerado que um

maior tempo permitiria uma dedicação individual de cada farmacêutico para aprofundarem nos temas de interesse trabalhados durante o projeto, como demonstrado a seguir:

“...tempo meio curto...se tivéssemos um tempo mais estendido, mais uns dois meses poderiam ser aprimorados certos treinamentos do pessoal...os que sentissem necessidade de um pouco mais de aprofundamento poderiam se dedicar...” Médico

“ O tempo foi o que mais pesou...Porque o tempo foi curto, ficou muito arroxado.” Coordenadora Farmacêuticos

O pouco tempo também dificultou o contato com as escolas, como demonstrado na fala abaixo:

“tempo também para o contato com as escolas, as vezes chegávamos em algumas e o calendário já estava fechado, não havia possibilidade e colocavam-se disponíveis para a próxima.” Supervisor

O problema do tempo também foi associado ao tempo necessário de dedicação ao projeto, além das atividades de rotina. Consideraram que tiveram muito trabalho e que toda a dedicação exigiu uma sobrecarga de trabalho, não apenas por parte dos farmacêuticos, como também por outros atores que apoiaram a implantação do programa educativo.

“...deu muito trabalho... Toda boa idéia dá muito trabalho...” Representante do Setor de Compras

“... foram algumas tardes enfiadas para noite adentro.” F23

“Na verdade a correria para que tudo acontecesse antes do inverno chegar. Me refiro que necessitamos de um tempo maior, antes na fase de preparo, assim poderíamos termos nos programado melhor e não ter acumulado tanta coisa.” Comunicação

Como a maioria dos farmacêuticos da empresa assumiam também funções administrativas, essa sobrecarga de funções e o fato de a grande maioria das farmácias ter apenas um profissional foram fatores que dificultaram a saída deles das farmácias. Enfrentaram durante o projeto momentos em que foi difícil conciliar as atividades do programa de formação com as da rotina diária. Esses aspectos podem ser identificados nos relatos abaixo:

“Enfrentamos durante o projeto dificuldade de tirar o pessoal das lojas. Em alguns horários foi complicado tirar o gerente da loja...” Recursos Humanos

“em muitos momentos tive de ir no peito e na raça, porque acreditava no projeto.” F.1

“Você nos deu um empurrão e a gente foi, tropeçando muitas vezes na correria, no sufoco, dividindo as responsabilidades de gerência...” F.6

“Eu acho que o grande problema foi o dilema enorme entre a “farmacêutica e a gerente” ...Eu me sentia assim, dividida... F.16

Por outro lado, foi interessante notar nos relatos dos farmacêuticos que, apesar das dificuldades, eles se envolveram no projeto porque acreditaram na proposta, como exemplificado abaixo:

“Não fizemos nada para agradar diretor, nada para ser promovido...foi porque eu acreditei realmente no projeto e achei que valeria a pena, como valeu.” F.6

“nós não fizemos isso para agradar diretoria, não fizemos isso para receber aumento...” F.16

A falta de tempo tem sido apontada por diversos autores como uma das barreiras mais importantes para se implantar serviços cognitivos na farmácia.^{39,76,96,97,216}

Um aspecto que não obteve consenso no grupo focal GF.4 dizia respeito ao número de farmácias participantes da “campanha da asma”. A coordenadora dos farmacêuticos considerou que seria melhor que menos farmácias estivessem envolvidas no processo, pois concentraria um número maior de profissionais em um único local.

Foi interessante notar que os próprios entrevistados, ao questionarem algum ponto, propunham estratégias para melhorar aquele aspecto em futuros projetos.

Como estratégias para disponibilizar mais o farmacêutico ao usuário, a F.24, propôs que *“o ideal seria ter dois profissionais por farmácia, assim enquanto um se dedicava a questões administrativas o outro poderia desempenhar funções técnicas”*. Ela ainda considerou que o fato de o farmacêutico estar mais tempo no balcão poderia minimizar erros de atuação do balconista, como exemplifica na fala abaixo:

“Se dois, um estaria no balcão corpo presente o tempo todo...hoje muitas vezes na hora que um erro acontece ninguém precisou de você, ninguém te chama...o erro não é nem identificado.” F.24

A F.24 ainda considerou que essa proposta ideal poderia ser inviável, no caso de pequenas farmácias. Nesse caso, o farmacêutico como gerente deveria atuar em atividades rápidas, como fazer pedido de medicamentos, olhar funcionários e tomar decisões. Ela apresentou como outras estratégias para esta segunda opção a contratação de um funcionário para atuar na área administrativa, que *“seria uma*

espécie de secretária, para desempenhar atividades que outras pessoas poderiam estar fazendo, não necessariamente o farmacêutico". Quando questionada que atividades seriam estas, ela relatou: *"fazer troca de produtos, verificar se as etiquetas estão sujas, atender telefone, olhar a organização da loja, verificar produtos que estão em falta nas gôndolas, fazer transferência de mercadoria entre lojas."*

Na visão da F.19, além das atividades descritas anteriormente, foi sugerida a manutenção de um estoque maior e regular de produtos em cada farmácia da rede, pois isso evitaria *"perder tempo para ficar correndo atrás de mercadoria"*. Outra proposta seria a informatização do caixa, visto que *"fazer caixa manual toma muito tempo"*.

Uma tarefa que demanda tempo extra dos profissionais é o preenchimento manual do livro de controlados. Vários deles durante o período de campo reclamaram da demora em implantar a informatização deste.

Outro fato observado durante o período de campo foi que, em algumas das farmácias da rede, existiam em seu quadro de funcionários cargos de sub-gerentes ou gerentes não farmacêuticos. Esses eram profissionais que auxiliavam os farmacêuticos em questões administrativas. Verificou-se como problema o fato de o horário de trabalho entre eles e os farmacêuticos não ser compatível. Dessa forma, realmente, faltava alguém para *"dar suporte"* aos farmacêuticos.

A coordenadora dos farmacêuticos ainda considerou que poderia não ser o ideal iniciar serviços cognitivos pela Atenção Farmacêutica, devido à complexidade dessa prática. Ela exigiria dos profissionais novos conhecimentos, habilidades, foco de atuação centrado no paciente e raciocínio clínico, não vivenciados durante o período acadêmico. Ela acredita que *"a participação de farmacêuticos em programas de educação em saúde, como o vivenciado neste projeto, antes de iniciar o acompanhamento farmacoterapêutico, poderia ser uma alternativa interessante"*. No relato a seguir ela deixa muito claro seu ponto de vista:

"Antes do projeto nunca! Como é que eu vou fazer uma atenção farmacêutica se eu nunca tinha feito uma medida de pico na minha vida? Não tinha sido treinada para isso! Os dispositivos eu já conhecia, mas não sabia manusear... como é que eu ia lidar com aquela pessoa no estado que ela estava, eu não tinha nem jogo de cintura"

para saber. Gente! Eu vou mandar essa mulher agora para o médico, como é que eu faço? Como eu poderia fazer uma atenção farmacêutica, acompanhamento, se eu não tivesse adquirido todos esses conhecimentos teóricos e práticos?... depois de um projeto desse tudo fica muito mais fácil...” **Coordenadora dos Farmacêuticos F.23**

Diante da necessidade de mudanças, especialmente estruturais, necessárias para iniciar na empresa um trabalho mais assistencial, a coordenadora dos farmacêuticos sugeriu:

“...acredito que um serviço destes inicialmente não precisa estar em toda a rede, se tiver focos onde tem um farmacêutico a disposição, ter núcleos de atendimento...”
Coordenadora dos farmacêuticos

O médico considerou que após o trabalho desenvolvido “a turma dos farmacêuticos da empresa está com a base pronta” para iniciar uma próxima etapa rumo a Atenção Farmacêutica. Essa visão também foi compartilhada por outras pessoas.

Diante dos dados avaliados e das observações da realidade de trabalho dos farmacêuticos, vários fatores podem ser considerados como barreiras para se implantarem serviços direcionados ao usuário (denominado na literatura de serviços cognitivos em farmácia), dentre eles **1)** dificuldades de ordem operacional e estrutural e **2)** formação centrada no medicamento, que dificultava o raciocínio clínico e a tomada de decisões.

O tempo sempre foi apontado, durante o processo de avaliação, como um dos principais problemas e uma das barreiras que os impediam de estar mais disponíveis aos usuários. Dessa forma, estratégias como as apresentadas anteriormente pelos profissionais poderiam ser um primeiro passo que contribuiria para diminuir a sobrecarga gerencial. Acredita-se que a superação dessas barreiras possibilitaria uma atuação mais assistencial dessa categoria profissional.

Gostaria de finalizar os resultados desta dissertação com a descrição motivadora de um farmacêutico com mais de 29 anos de formado:

“Diante de tantas coisas positivas que aconteceram neste processo de educação, se aconteceram fatos negativos foram tão insignificantes que nem ao menos eu os lembro neste momento. Obrigado de coração ! F.20

VII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

“ Ciclo da pesquisa é entendido como um processo de trabalho em espiral que começa com um problema ou uma pergunta e termina com um produto provisório capaz de dar origem a novas interrogações “ Minayo (2001, p.25 e26)

Como começar as considerações finais de um longo, prazeroso e trabalhoso projeto, um projeto que permitiu muito mais que o exercício de um trabalho científico? Sinto-me neste momento privilegiada pela oportunidade de “mergulhar” nesses dois anos na descoberta da pesquisa científica, conhecer um pouco mais a prática farmacêutica, a asma e as barreiras e possibilidades para a implantação de serviços cognitivos nas farmácias. Desde o início tive clareza da proposta ousada que assumi: a de realizar, em curto período de tempo, um diagnóstico em um contexto desconhecido, para a partir dele, planejar, implantar, avaliar um programa de formação e desenvolver materiais educativos. Além disso, fiz a opção por analisar os dados por uma metodologia desconhecida a princípio.

Alguns componentes apresentados ao longo desta dissertação serão retomados neste capítulo. A pergunta que direcionou todo o ciclo da pesquisa foi norteadada pela tentativa de compreender a necessidade e os efeitos de um programa de formação relativo à asma, direcionado a um grupo de farmacêuticos funcionários de uma rede de farmácias de MG. Iniciou-se o processo contextualizando o impacto sanitário e humano dessa doença, apontando os principais problemas no seu tratamento e os resultados positivos de intervenções educativas direcionadas às pessoas com asma e seus familiares. Abordou-se também o processo de transformação sofrida pela profissão farmacêutica ao longo do século XX, as mudanças nos marcos legais que regem essa profissão, os resultados positivos de intervenções dos farmacêuticos direcionadas aos pacientes com asma e uma reflexão sobre as mudanças necessárias na formação universitária e continuada desses profissionais. Buscou-se também contextualizar a prática farmacêutica e os principais serviços que os farmacêuticos podem disponibilizar à sociedade. Isso resultou na identificação de lacunas e de possibilidades de intervenção, pois não existia nenhuma iniciativa em nosso país, de um programa de formação dedicado aos farmacêuticos relativo ao manejo da asma. Portanto, na perspectiva da ES, foi desenvolvido um programa educativo relativo à asma (PEA) para esses

profissionais.

O estudo de caso realizado permitiu por meio da análise qualitativa dos dados, fundamentado em Bardin (1977) e Minayo (2001) e estruturada segundo o modelo de Donabedian, me aproximar dos profissionais, ouvi-los e questioná-los e concluir que a proposta adotada os possibilitou, apesar de seu perfil heterogêneo, uma melhoria em sua prática no que se refere a melhor compreensão e participação no manejo da asma. Esses aspectos foram abordados nos grandes eixos analíticos, categorias e subcategorias, apresentados no capítulo resultados e discussão.

O baixo nível de conhecimentos e habilidades prévias foi associado à falta de formação relativa a doença em questão e ao fato dos produtos apresentarem lacre, não havendo iniciativa por parte dos profissionais de testar o seu uso.

Observou-se ao final da pesquisa grande satisfação dos atores envolvidos com o processo vivenciado, revelada na avaliação de estrutura, processo e resultados do programa. Dentre os materiais educativos construídos, os mais valorizados foram o livro de técnicas de uso dos dispositivos inalatórios e um “kit” de placebos para simulação junto aos usuários. A análise dos resultados propriamente dita demonstrou um aumento de conhecimento sobre asma, seu tratamento e desenvolvimento de habilidades para identificar, classificar e utilizar os dispositivos inalatórios trabalhados (10 técnicas). Além de maior capacidade para identificar problemas e intervir no processo de uso dos inaladores. Relatos evidenciaram uma tendência a novas atitudes e maior percepção dos profissionais sobre o seu papel no controle da doença.

Os ganhos do programa não ficaram restritos ao público alvo, ao alcançar ainda 153 balconistas que participaram das oficinas práticas, mais de 2.500 pessoas que foram atendidas durante a “campanha da asma”, cerca de 3.000 alunos de escolas públicas que assistiram às 90 palestras ministradas pelos farmacêuticos e 50 estudantes de farmácia e fisioterapia que atuaram como monitores no trabalho. Também foram verificados benefícios imediatos para a empresa, além

de uma equipe de colaboradores melhor qualificada, a diminuição de perdas de produtos que eram trocados de maneira incorreta e a possibilidade de realizar um trabalho diferenciado.

Em relação ao eixo processo, pode-se considerar que as atividades planejadas cumpriram seu papel. Favoreceram o aprendizado, permitiram reflexões da prática e do contexto, bem como possibilitaram uma integração entre teoria e prática, motivação e interação do grupo. Os conhecimentos e habilidades desenvolvidas foram aplicados à realidade de trabalho à medida em que identificavam problemas no tratamento da asma e propunham soluções para a sua resolução por meio do raciocínio clínico desenvolvido. Este estudo confirmou a necessidade de programas de formação direcionados aos farmacêuticos ao implantar ou melhorar os serviços cognitivos em farmácia.

Ao longo do texto, algumas propostas de adequação estrutural do programa foram sugeridas como: inserir na oficina prática a simulação de limpeza dos dispositivos inalatórios, aumentar a carga horária dos conteúdos asma na infância e aos grupos farmacológicos cromonas e antileucotrienos. Sugeriram também que a implantação do programa acontecesse de maneira mais gradual. Futuros estudos envolvendo a avaliação de um programa de formação dedicado a farmacêuticos poderão avaliar outras variáveis, como por exemplo, as de impacto no paciente da atuação dos profissionais (indicadores clínicos, humanísticos e econômicos). Desenhos metodológicos incluindo grupo controle e a avaliação em outros contextos poderiam também ser utilizados.

O modelo proposto nesta dissertação dificilmente poderá ser reproduzido na maioria das farmácias brasileiras, pois a maior parte delas conta apenas com um farmacêutico em sua equipe. Porém existe a possibilidade de sua aplicação em outras redes de farmácia ou em grupos de farmacêuticos vinculados ao setor público, a entidades profissionais, entre outros. Outra estratégia seria a utilização de parte da proposta, como a oficina prática para desenvolvimento de habilidades de uso dos dispositivos inalatórios. Essa foi aplicada com sucesso

pela pesquisadora, com apoio de 10 profissionais participantes deste estudo, em seis cursos direcionados a farmacêuticos de diferentes contextos: público, privado e universitário, atingindo cerca de 300 pessoas.

Os resultados alcançados nesta investigação correspondem ao primeiro passo rumo a um melhor atendimento das pessoas com asma na rede estudada, mas vale ressaltar que mudanças organizacionais, sobretudo a redefinição do papel desses profissionais, se fazem necessárias para que os farmacêuticos tenham mais tempo, preparo e recursos para atuarem junto aos usuários.

Pouco se tem discutido sobre a importância da Educação em Saúde (ES) na formação de profissionais de saúde. Essa pode ser uma importante ferramenta na construção de uma farmácia que atenda as necessidades da população e também no reencontro dos farmacêuticos com o seu verdadeiro papel social. O programa de formação avaliado demonstrou ser uma estratégia para fazer cumprir as metas iniciais propostas pelo Fórum Farmacêutico Europeu (1998), em relação à atuação dos farmacêuticos junto às pessoas com asma. Assim, em curto período de tempo, o aumento de conhecimento, a maior habilidade de uso da TI e de comunicação para orientação dos usuários dotou os profissionais de segurança para responder às necessidades dos pacientes, o que indicou o potencial do PEA para um maior controle dessa doença no nível primário.

A América Latina necessita de um modelo de prática farmacêutica que realmente seja aplicável a nossa realidade e que contribua, sobretudo, para transformá-la. Uma prática para cumprir esse papel precisa estar ancorada em um processo educativo que além de contemplar as dimensões do conhecimento (SABER) e das habilidades (SABER FAZER), também esteja preocupada em estreitar o “gap” existentes entre essas duas e o FAZER/AGIR. Precisamos, enquanto profissionais de saúde, aprender a valorizar o “saber” e as “experiências” dos que precisam de nosso cuidado.

“São quatro horas da manhã, hoje terminou a minha última disciplina do mestrado, não consigo dormir, parece que meus dados querem me dizer algo. Parece que o trabalho intenso para analisar minhas últimas entrevistas, me

*ajudaram a compreender o quanto a educação em saúde poderá nortear a transformação de nossa prática profissional a medida que realmente considerar as dimensões do SABER, SABER FAZER e AGIR. Para compreender e ter um exercício profissional direcionado às necessidades dos usuários, muitas barreiras necessitam ser transpostas. Primeiramente necessitamos de práticas educativas transformadoras que contribuam para nosso empoderamento. Assim... transformando a nós mesmos poderemos atuar na realidade... Está sendo muito rico mergulhar nos dados, explorá-los e tentar descobrir o que eles estão querendo me dizer". **Anotação de campo 22/10/05***

Finalizo essa dissertação com a descrição da experiência de uma pessoa que tinha asma, um ilustre latino americano. Por coincidência, durante a implantação do Programa Educativo, avaliado nesta dissertação, foi lançado o filme: "Diários de Motocicleta". Ele conta a história de um jovem argentino, Ernesto Che Guevara, que juntamente com um amigo bioquímico, partem de seu país rumo a Machu Picchu, em uma moto, com o objetivo de conhecer a América Latina. Nele podemos ver cenas que retratam momentos das crises de asma vividos por Che. No momento da redação final deste texto, recebi um e-mail de minha orientadora com os trechos que serão apresentados a seguir. O escritor argentino Abel Posse, em um de seus livros, publicado em 1998, apresenta relatos de entrevistas com Ernesto Che Guevara.

El Che padeció como todos los asmáticos

"Morir de vida. Vivir de muerte"... Cuándo nos nace la muerte? En mi caso, la Compañera apareció temprano. La Dama del Alba. De algún modo la que me trajo a la vida, mi madre, me trajo a la muerte. Mi recuerdo de aquel día es muy vago, pero es el primer recuerdo de algo decisivo, de algo que el niño de dos años, que tiritaba en la playa del río sabía o intuía como decisivo. Era un día frío, ya mayo, y ella me había abrazado con su pecho helado, pues venía de nadar. Me dijo que me enseñaría. Creo recordar su pecho fresco donde allá al fondo palpitaba la tibieza de su corazón. Ella emergía y después me llevaba hacia lo profundo, hacia la noche de las aguas del río al atardecer. Mi terror, seguramente, cedió poco a poco en la placidez, en el abandono, de dejarme morir sobre su tibieza. Inefable sensación de retornar a la muerte a través de la madre, realizando el camino inverso...

- Formidable madre, Celia querida!: sabiamente me alimentabas de muerte, me amamantabas con mi propia muerte.

Ya en la playa, yo estaría lívido, porque ella me daba friegas en las mejillas y en las muñecas y empezó, tal vez por primera vez, ese sonido ronco, profundo, involuntario, como un rugido o un ronroneo de gato. El asma.

Asma para siempre. Como quien dice muerte de por vida...

Nadie puede saber más del asma que yo. El asma de los médicos me parece

una teoría pueril. Merodean perdidos como una bandada de chingolos en la niebla. (Cómo decirles que la mía era un asma sin Dios? (Qué mi asma no había ido hacia la contemplación o la mística como el asma de los poetas o de los religiosos?. En mí se había endurecido el asma del guerrero, que acecha y salta por encima de la debilidad de su enemigo, el cuerpo. (Cómo explicarles a los médicos que puede haber un asma que, en vez de buscar el tiempo perdido, osa crear el nuevo tiempo del mundo? Los doctores confían en un triunfo de su ciencia. Obviamente Vázquez/Mena se alegra, debe lanzar miradas con brillo irónico detrás del cristal de sus grandes gafas. No hay peligro mayor para una vida debidamente normal que la contemplación o una inmoderada inclinación a la aventura. Quien creó mi enfermedad creó mi vida...

Morir de asma. Vivir de asma.

O sofrimento e as necessidades que emergem desse relato retratam a situação de numerosas outras pessoas, a qual é um estímulo para educadores, pesquisadores e profissionais que querem contribuir não apenas para diminuir a morbimortalidade causada por medicamentos.

As angústias de Che expressam as necessidades de cuidarmos melhor de tantas outras pessoas, não tão célebres, mas comuns, e que estão bem próximas de nós e requerem a nossa atenção especializada e comprometida.

Que nossa prática esteja direcionada pela luta em prol da VIDA! Que as necessidades da população guiem nossa prática!

Que os farmacêuticos descubram o verdadeiro sentido de serem profissionais de saúde:

“fazer a diferença na vida do outro”

Ramalho apud Atenção...(2005)¹⁰⁹

VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. National Institutes of Health National Heart, Lung and Blood Institute. Practical Guide for the Diagnosis and Management of Asthma [s.l.]: NHLBI, oct 1997.
2. The International Study Of Asthma And Allergies In Childhood (ISAAC) Steering Committee. Worldwide variations in the prevalence of asthma symptoms. *Eur Resp J* 1998; 12: 315-35.
3. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Traducido al castellano e impreso por la Organización Panamericana de la Salud (Unidad de Enfermedades No Transmisibles) [online]. Washington, D.C., 2004: 198 [capturado 8 nov. 2005] Disponível em: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.htm>
4. Mcfadden JER. Asma. In: Fauci AS et al. Harrison Medicina Interna. 14 ed, Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 1998. v.2.
5. Fonseca MTM, Fontes MJF, Fonseca MM; Camargos PAM. História natural da asma. *Rev Pediatr Ceará* 2004; 4(2):11-18.
6. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia/Alergia e Imunopatologia/ Pediatria. III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma. *J Pneumol* 2002 jun; 28 (Supl 1): s4-s26.
7. Nogueira LFS. Diagnóstico e avaliação da gravidade da asma na unidade básica de saúde. In: Curso Pneumoatual Asma em Saúde Pública – Aula 3 [online]. Brasil, 2004:15-22 [capturado 10 nov. 2004] Disponível em: <http://www.pneumoatual.com.br>
8. National Institutes of Health National Heart, Lung and Blood Institutes. Global initiative for asthma (GINA) - Global Strategy for Asthma Management and Prevention [online]. [s.l.]: NHLBI/WHO; 1995. [capturado 2 maio 2005]; Disponível em: <http://www.ginasthma.com/Guidelineitem.asp??i1=2&i2=1&intId=30>
9. Chatkin JM. Manejo racional da asma em saúde pública. In: Curso Pneumoatual Asma em Saúde Pública – Aula 1 [online]. Brasil, 2004:30-41 [capturado 10 nov 2004] Disponível em: <http://www.pneumoatual.com.br>
10. National Institutes of Health National Heart, Lung and Blood Institutes. Global initiative for asthma (GINA) - Global Strategy for Asthma Management and Prevention [online]. [s.l.]: NHLBI/WHO; 2004. [capturado 2 maio 2005]; Disponível em: <http://www.ginasthma.com/Guidelineitem.asp??i1=2&i2=1&intId=60>
11. Organização Mundial de Saúde. Bronchial asthma the scale of the problem. [online]. [s.l.] [s.d] [capturado 23 de ago. 2004] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs206/en/>
12. Centers for Disease Control and Prevention. Asthma Prevalence, Health Care Use and Mortality, 2000-2001. [online] [s.l.] [s.d] [capturado 23 de ago. 2004] <http://www.cdc.gov/nchs/products/pubs/pubd/hestats/asthma/asthma.htm>
13. Camargos PAM. Organização, acompanhamento e avaliação de programas de atenção a asmáticos na rede pública. In: Curso Pneumoatual em Saúde Pública - Aula 8 [online]. Brasil, 2004: 58-71 [capturado 10 nov. 2004] Disponível em: <http://www.pneumoatual.com.br>
14. Vale SA. Estudo de utilização dos medicamentos inalatórios no Programa “Criança que Chia”. Belo Horizonte; 2003. Mestrado [Dissertação em Ciências Farmacêuticas] - Faculdade de Farmácia/UFMG.
15. Calazans GMC, Lasmar LMLBF, Fontes MJF. Um programa de controle da asma para crianças e adolescentes: o caso de Belo Horizonte. In: Curso Pneumoatual Asma em Saúde Pública – Aula 6 [online]. Brasil, 2004:42-52 [capturado 10 nov. 2004] Disponível em: <http://www.pneumoatual.com.br>
16. Chatkin M, Menezes AMB, Albernaz, Elaine A, Victora CG, Barros FC. Fatores de risco para consultas em pronto-socorro por crianças asmáticas no Sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública* 2000 out; 34(5): 491-8.

17. Barnes PJ, Jonsson B, Klim JB. The cost of asthma. *Eur Respir J* 1996; 9: 636-642.
18. Fuente MDF. Guia para la administración de fármacos por vía inhalatoria [online]. [s.l.] 2000. [capturado 25 fev 2005] Disponível em: www.asmayepoc.com
19. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia/Alergia e Imunopatologia/ Pediatria. I Consenso Brasileiro de Educação em Asma Plano de Educação e Controle da Asma. *J Pneumol* [online]. 1996; 22(Supl 1):1-24 [capturado 5 maio 2004] Disponível em: <http://www.sbpt.org.br/>
20. Burgos F. Terapia inhalada sin educación, un fracaso anunciado. *Arch Bronconeumol* 2002; 38(7): 297-9.
21. Ibiapina CC, Cruz AA, Camargos PAM. Hidrofluoralcano como propelente dos aerossóis pressurizados de dose medida: histórico, deposição pulmonar, farmacocinética, eficácia e segurança. *J Pediatr (Rio de J.)* 2004; 80(6): 441-6.
22. Rivera JMO, Figueroa BEG, Purroy AIT, Puebla MJA, Bienpica MR, AbeteJE, et al. Evaluación de la efectividad del uso de tres sistemas de inhalación en pacientes asmáticos: estudio comparativo entre pacientes entrenados en distintos niveles de la asistencia sanitaria. *Rev Esp Alergol Immunol Clin* 1997; 12(3):179-85.
23. Estarriol MH, Castaner CL, Barnuevo CM, Martínez MJA, Puerta MDM. Utilidad de la enseñanza del manejo del cartucho presurizado y el sistema Turbuhaler en los pacientes hospitalizados. *Arch Bronconeumol* 2002; 38(7):306-10.
24. Montesinos AMG, Aranzabal GO, Lopez JG, Lara MAB, Jiménez R, Iñigo MVR. Manejo de inhaladores por los profesionales sanitarios de un servicio de urgencias. Centro de Salud. [online]. 2002; 221-3 [capturado 4 mar. 2005]; Disponível em: <http://www.medynet.com/elmedico/publicaciones/ctrosalud2002/4/221-223.pdf>.
25. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia/Alergia e Imunopatologia/ Pediatria. II Consenso Brasileiro no Manejo da Asma. Dispositivos para administração de aerossóis. *J Pneumol* 1998; 24(4) 239-244.
26. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. Normativa sobre la utilización de fármacos inhalados, SEPAR 22 [online]. 2003:1-13 [capturado 10 dez. 2004]; Disponível em: http://db.separ.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/separ/separ2003.pkg_publicaciones.muestradoc?p_id_menu=14
27. Pereira LFF. Como usar drogas por via inalatória. In: Curso Pneumoatual Asma em Saúde Pública – Aula 5 [online]. Brasil, 2004:30-41 [capturado 10 nov. 2004] Disponível em: <http://www.pneumoatual.com.br>
28. Blundell DB, Zarzuelo CR, Sánchez BS, Jiménez BS, Jiménez AMR, Álvarez JLG. ¿Utilizan correctamente los inhaladores los pacientes de una farmacia comunitaria? *Pharmaceutical Care España* 2004; 6(1): 15-21.
29. Canadian Medical Association. Summary of recommendations from the Canadian Asthma Consensus Report [online]. Canadian, 1999:1-13 [capturado 10 mar. 2005] Disponível em: http://www.cmaj.ca/content/full/161/11_suppl_2/S1
30. Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Plan Regional de Atención al Niño y Adolescente con Asma. Oviedo, 2001:72-9.
31. Escriche XF, Mas MR, Álvarez LG, Luque IA. ¿Siguen utilizando incorrectamente los inhaladores nuestros pacientes asmáticos? *Aten Primaria* 2003; 32(5):269-75.
32. Jiménez JAG, Herrero RD, Castillo FM, Moriana EA, Taberné CA, Torres LAP. Efectividad de una intervención educativa para el uso correcto de los sistemas de inhaladores en pacientes asmáticos. *Medicina de Familia (And)* 2000; 1(2):132-6.

33. Castro MMS, Valls LT. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre Asma Bronquial. Granada: Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica; 2004.
34. Martínez¹ AL, Martínez DC. Uso correcto de la vía inhalatoria en el tratamiento del asma bronquial. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2001;17(5):413-7.
35. Giner J, Macián V, Hernández C. Estudio multicéntrico y prospectivo de “educación y enseñanza” del procedimiento de inhalación en pacientes respiratorios (estudio EDEN). *Arch Bronconeumol* 2002;38(7):300-5.
36. Wilcock M, White M. Asthma training and the community pharmacist. *Pharm J* 1998 feb; 260: 315-7.
37. Landa BGB. La administración de especialidades farmacéuticas complejas por vía inhalatoria: actitudes, aptitudes y herramientas. *Pharmaceutical Care España* 2004; 6(4):181-8.
38. Timothy MR, Timothy SH, Self EG. Evaluation of pharmacist's practice in patient education when dispensing a metered-dose inhaler. *Ann Pharmacother* 1990 Oct; 24:927-30.
39. Basheti IA, Reddel HK, Armour CL, Bosnic-Anticevich SZ. Counseling About Turbuhaler Technique: Needs Assessment and Effective Strategies for Community Pharmacists. *Respir Care* 2005;50(5):617–23.
40. Hussar DA. Cumplimiento del paciente. In: Gennaro AL. Remington Farmacia. Buenos Aires: Panamericana; 1998. p. 2748-85.
41. Castro MS. Atenção Farmacêutica: efetividade do seguimento farmacoterapêutico de pacientes hipertensos não controlados. Porto Alegre; 2004. Doutorado [Tese em Ciências Médicas] - Faculdade de Medicina/UFRS
42. Berrade E, Torrea S. Manejo de los inhaladores en pacientes bronquíticos [online]. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 1999; 22(1) [capturado em 01 dez 2005] Disponível em: http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/v_vol22/biblio1/benfer.html
43. Plaza V, Sanchis J. Medical personnel and patient skill in the use of metered dose inhalers: a multicentric study. CESEA Group. *Respiration* 1998; 65:195-8.
44. Benito OL, Perez SFC, Nieto SMP, Saiz MML, Crespo F P, Aldecoa ASC. Use of inhaled bronchodilators by primary care patients. *Aten Primaria* 1996 Nov 30;18(9):497-501.
45. Hueto J, Borderías VM, Eguía JE, González-Moya JE, Colomo A, Vidal MJ, et al. Evaluación del uso de los inhaladores. Importancia de una correcta instrucción. *Arch de Bronconeumol* 1990;26:235-38.
46. Olmedo PJM. El papel del médico de familia en el control del asma. *Medicina de Familia (And)* 2000; 1: 59-67.
47. Van der Palen J, Klein JJ, Kerkoff AH, Van Herwaarden CL, Seydel ER. Evaluation of the long-term effectiveness of three instruction modes for inhaling medicines. *Patient Educ Couns* 1997;32(Suppl 1):87-95. (Resumo).
48. Duarte M, Camargos P. Efficacy and safety of a home-made non-valved spacer for bronchodilator therapy in acute asthma. *Acta Paediatr* 2002; 91(9):909-13.
49. Jácome JA, García AI, Ruitz JH, García NR. Conocimiento de la técnica de inhalación de medicamentos antiasmáticos por farmacéuticos comunitarios. *Pharmaceutical Care España* 2004; 6(4): 191-194.
50. Kesten S, Zive K, Chapman KR. Pharmacist knowledge and ability to use inhaled medication delivery systems. *Chest* 1993;104(6):1737–42.

51. Cain WT, Cable G, Oppenheimer JJ. The ability of the community pharmacist to learn the proper actuation techniques of inhaler devices. *J Allergy Clin Immunol* 2001; 108(6): 918-20.
52. Plaza V, Giner J, Gómez J, Casan P, Sanchis J. Conocimientos y destreza en el manejo del inhalador turbuhaler por parte del personal sanitario. *Arch Bronconeumol* 1997; 33: 113-117.
53. Hanania NA, Wittman R, Kesten S. Medical personnel's knowledge of and ability to use inhaling devices. *Chest* 1994; 105(1):111-6.
54. Madueño Caro AJ; Martín Olmedo PJ; García Martí E, Benítez Rodríguez E. Evaluacion del conocimiento teorico-practico de los sistemas de inhalacion en médicos de atención primaria, postgrados, en formacion y pregrado. *Aten Primaria* 2000; 25:639-43.
55. Felez MA, Gonzalez JM, Cardona Q, Monserrat JM, Picado C. Destreza en el manejo de los aerosoles por parte del personal sanitario. *Rev Clín Esp* 1991; 188:185-7.
56. Alvim CG, Ricas M. Asma na infância: adesão ao tratamento e educação para a saúde. *Rev. Med* 2002; 12(2):91-8.
57. Chrystyn H. Do patients show the same level of adherence with all dry powder inhalers? *Int J Clin Pract Suppl* Dec 2005; (149):19-25.
58. Chan DS, Callahan WC, Moreno C. Multidisciplinary education and management program for children with asthma. *Am J Health Syst-Pharm* 2001 aug; 58: 1413-17.
59. Fernandez ALG. Educação e auto-manejo em asma. In: Curso Pneumoatual em Saúde Pública - Aula 4 [online]. Brasil, 2004:23-9 [capturado 10 nov. 2004] Disponível em: <http://www.pneumoatual.com.br>
60. Andres JJ, Iñesta GA. Estudio prospectivo sobre el impacto de un servicio de atención farmacéutica comunitaria en personas asmáticos. *Rev Esp Salud Pública* 2003; 77:393-403.
61. Knoell DL, Pierson JF, Marsh CB, Allen JN, Pathak DS. Measurement of outcomes in adults receiving pharmaceutical care in a comprehensive asthma outpatient clinic. *Pharmacotherapy* 1998;18(6):1365-74.(Resumo).
62. Tomson Y, Hasselstrom J, Tomson G, Aberg H. Asthma education for Swedish primary care physicians--a study on the effects of "academic detailing" on practice and patient knowledge. *Eur J Clin Pharmacol* 1997;53(3-4):191-6.(Resumo).
63. Cordina M, McElmay JC, Hughes CM. Assessment of a community pharmacy-basead program for patients with asthma. *Pharmacotherapy* 2001; 21(10): 1196-203.
64. Pauley TR, Magee MJ, Cury JD. Pharmacist-managed, physician-directed asthma management program reduces emergency department visits. *The Ann Pharmacother* 1995;29(1): 5-9. (Resumo).
65. Mulloy E, Donaghy D, Quigley C, McNicholas WT. A one-year prospective audit of an asthma education program in an out-patient setting. *Ir Med J* 1996; 89: 226-8.
66. Bettencourt ARC, Oliveira MA, Fernandes ALG, Bogossian M. Educação de pacientes com asma: atuação do enfermeiro. *J Pneumol* 2002 jul-ago, 28(4): 193-200.
67. Griffiths C, Foster G, Barnes N, Eldridge S, Tate H, Begum S, et al. Specialist nurse intervention to reduce unscheduled asthma care in a deprived multiethnic area: the east London randomised controlled trial for high risk asthma (ELECTRA). *BMJ* 2004 Jan; 328:144-50.
68. Herborg H, Soendergaard B, Froekjaer B, Fonnesbaek L, Jorgensen T, Hepler CD, et al. Improving drug therapy for patients with asthma-part 1: Patient outcomes. *J Am Pharm Assoc* 2001 Jul-Aug;41(4):539-50.

69. Herborg H, Soendergaard B, Jorgensen T, Fønnesbaek L, Hepler CD, Holst H, et al. Improving drug therapy for patients with asthma-part 2: Use of antiasthma medications. *J Am Pharm Assoc* 2001 Jul-Aug;41(4):551-9.
70. McLean W, Gillis J, Waller R. The BC Community Pharmacy Asthma Study: A study of clinical, economic and holistic outcomes influenced by an asthma protocol provided by specially trained community pharmacists in British Columbia. *Can Respir J* 2003; 10(4):195-202.
71. Närhi U, Airaksinen M, Tanskamen P, Erlund H. Therapeutic outcomes monitoring by community pharmacists for improving clinical outcomes in asthma. *J Clin Pharm Ther* 2000; 25:177-183.
72. Saini B, Krass I, Armour C. Development, implementation, and evaluation of community pharmacy-based asthma care model. *Ann Pharmacother* 2004 nov; 38: 1954-60.
73. Liu MY, Jennings JP, Samuelson WM, Sullivan CA, Veltri JC. Asthma patients' satisfaction with the frequency and content of pharmacist counseling. *J Am Pharm Assoc* 1999; 39(4):493-8. (Resumo)
74. Osman LM, Bond CM, Mackenzie J, Williams S. Asthma advice giving by community pharmacists. *Int J Pharm Pract* 1999 mar; 7:12-7.
75. Barbanel D, Eldridge S, Griffiths C. Can a self-management programme delivered by a community pharmacist improve asthma control? A randomised trial. *Thorax* 2003 Oct; 58(10): 851-4.
76. Erickson S R, Landino HM, Zarowitz BJ, Kirking DM. Pharmacist' understanding of patient education on metered-dose inhaler technique. *Ann Pharmacoter* 2000 nov; 34:1249-56.
77. Schulz M, Verheyen F, Muhlig S, Muller JM, Muhlbauer K, Knop SE, et al. Pharmaceutical care services for asthma patients: A controlled intervention study. *J Clin Pharmacol* 2001; 41(6): 668-76.
78. Martí R, Via MA, Capdevila C, Fernández MP. Atención farmacêutica a pacientes con patología respiratória. Estudio pluridisciplinar entre hospital y la atención primária. *Pharmaceutical Care España* 2004, 6(3):225-34.
79. Bell HM, McElnay JC, Hughes CM, Gleadhill I. Primary schoolteachers' knowledge of asthma: the impact of pharmacist intervention. *J Asthma* 2000; 37 (7): 545-55.
80. Hunter KA, Bryant BG. Pharmacist provided education and counseling for managing pediatric asthma. *Patient Educ Couns* 1994 Oct; 24(2):127-34.
81. Cairns C, Eveleigh M. Involving community pharmacists in asthma care: lessons from a pilot study.

76.

87. Gibson PG, Powell H, Coughlan J, Wilson AJ, Hensley MJ, Abramson M, Bauman A, Walters EH. Programas limitados (información solamente) de educación de pacientes para adultos con asma [online]. 2006 [capturado em 01 fev 2006] Disponível em: <http://www.update-software.com>.
88. Santana LFSCA, Bastos RCS, Martinez-Silveira MS, Souza LSF. Intervenções educativas em asma na infância: uma revisão analítica da literatura. *J Bras Pneumol* [online]. 2005; 31(5):445-458 [capturado 20 fev. 2006] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132005000500013&lng=pt&nrm=iso
89. Jardim JR. Farmacoeconomia de um programa de asma. In: Curso Pneumoatual em Saúde Pública - Aula 2 [online]. Brasil, 2004:8-14 [capturado 10 nov. 2004] Disponível em: <http://www.pneumoatual.com.br>
90. Hepler CD, Strand LM. Oportunidades y responsabilidades en atención farmacéutica. *Pharmaceutical Care España*. 1999; 1(1): 35-47.
91. Baena M I, Calleja M A, Martinez F, Faus MJ. De la farmacia clínica a la Atención Farmacéutica. Cambio o continuación? In: Formación Continuada en Farmacia Hospitalaria [online]. Barcelona, 2000 [capturado 20 fev. 2005] Disponível em: <http://www.sefh.es>
92. Conselho Federal de Farmácia. Projeto Piloto: exercício profissional face aos desafios da farmácia comunitária [online]. Brasília, 2005 [capturado 20 fev. 2006] Disponível em: http://www.cff.org.br/Cebirim/Projeto_farm%C3%A1cia_comunit%C3%A1ria_setembro_2005.pdf
93. Petris AJ. A prática farmacêutica e sua relação com o ensino: Um estudo sobre os farmacêuticos de Londrina/PR. Londrina; 1999. Mestrado [Dissertação em Saúde Coletiva] - Centro de Ciências da Saúde/UEL.
94. Junior DPL. Impacto de um programa de Atenção Farmacêutica nos resultados clínicos e humanísticos de um grupo de idosos, assistidos na Unidade Básica Distrital de Saúde Dr. Ítalo Baruffi, Ribeirão Preto (SP). Ribeirão Preto; 2005. Doutorado [Tese em Ciências Farmacêuticas] - Faculdade de Ciências Farmacêuticas/USP.
95. Van Mil, JWF. Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria en Europa, retos y barreras. *Pharm Car Esp* 2000; 2: 42-56.
96. Gastelurrutia MA, Fernandez-Llimos F, García-Delgado P, Gastelurrutia P, Faus MJ, Benrimoj SI. Barreras y facilitadores para la diseminación e implantación de servicios cognitivos de la farmacia comunitaria española. *Seguim Farmacoter* 2005; 3(2): 65-77.
97. Gastelurrutia MA. Elementos Facilitadores e dificultades para la diseminación e implantación de servicios cognitivos del farmacéutico em la farmácia comunitária española. Granada; 2006. Doutorado [Tesis en Farmacia Asistencial] - Universidad de Granada. Facultad de Farmacia.
98. Cipolle RJ, Strand L, Morley PC. El Ejercicio de la Atención Farmacéutica. 1 ed. Madrid: McGraw-Hill; 1998.
99. Johnson JA, Bootman JL. Drug-related morbidity and mortality: a cost-of-illness model. *Arch Int Med* 1995; 55: 1949-56.
100. Hepler CD. Poniendo las bases del sistema de gestión de medicación. *Pharmaceutical Care España* 2001; 3:283-306.
101. Ernst FR, Grizzle AJ. Drug-related morbidity and mortality: Updating the cost-of-illness model. *J Am Pharm Assoc* 2001; 41(2): 192-99.
102. Hepler CD. Práctica y formación farmacéutica para el 2010. *Farm Clin* 1997, 14(2):127-42.
103. McDonnell PJ, Jacobs MR. Hospital admissions resulting from preventable adverse drug reactions. *Ann Pharmacother* 2002; 36: 1331-6.

104. Winterstein AG, Sauer BC, Hepler CD, Poole C. Preventable drug-related hospital admissions. *Ann Pharmacother* 2002; 36: 1238-48.
105. Faus MJ, Martínez R. La Atención Farmacéutica en farmácia comunitária: evolución de conceptos, necesidades de formación, modalidades y estrategias para su puesta en marcha. *Pharmaceutical Care España* 1999, 1:52-61.
106. Organização Mundial de Saúde. El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud. Informe de un grupo de consulta de la OMS. Tokio, 31 de agosto a 3 de septiembre de 1993. Ginebra: OMS; 1995.
107. El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud. Informe de la reunión de la Organización Mundial de la Salud. Tokio (Japón), 1993. *Pharmaceutical Care España* 1999; 207-211.
108. Ivama AM, Noblat L, Castro MS, Oliveira NVBV, Jaramillo NM, Rech N. Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2002. 24 p.
109. Atenção farmacêutica implantação passo a passo. Belo Horizonte: Faculdade de farmácia,UFMG ; 2005.
110. Fernandez-Llimos F, Faus MJ, Martin CM. Análisis de la literatura sobre Pharmaceutical Care: 10 años. Granada: Universidad de Granada; 2001. 20p.
111. Machuca M, Fernandez-Llimos F, Faus MJ. Método Dáder. Guia de Seguimento Farmacoterapêutico. Granada: Universidad de Granada, 2003.
112. Martinez-Romero F et al. Programa Dáder de seguimiento del tratamiento farmacológico-Resultados de la fase piloto. *Ars Pharm* 2001 ; 4(1):53-65.
113. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. FRAKES M. Resultados del ejercicio de la Atención Farmacéutica. *Pharmaceutical Care España* 000; 2: 94-106.
114. Álvarez de Toledo F et al. Atención Farmacéutica en personas que han sufrido episodios coronarios agudos (Estudio TOMCOR). *Rev Esp de Salud Publica* 2001; 75(4): 375-87.
115. Armando PD, Semería N, Tenllado MI, Sola N. Programa Dáder en Argentina: Resultados del primer trimestre de actividades Dáder. *Pharmaceutical Care España* 2001; 3:196-203.
116. Blundell DB, Zarzuelo CR, Jiménez AMR, Sánchez BS, Álvarez JLG, Jiménez BG. Problemas relacionados con medicamentos detectados em pacientes que utilizan medicación antiasmática de uma farmácia comunitária. *Pharmaceutical Care España* 2004; 6(4): 202-9.
117. Pereira ML. reDescobriendo a Atenção Farmacêutica: uma visão qualitativa da implantação de um serviço de Atenção Farmacêutica em farmácia comunitária. Belo Horizonte; 2006. Mestrado [Dissertação em Ciências Farmacêuticas] - Faculdade de Farmácia/UFMG.
118. Silva RR. Acreditação de farmácias: a construção de um modelo. São Paulo; 2003. Doutorado [Tese em Saúde Pública] - Faculdade de Saúde Pública/USP.
119. Renovato RD. Implementação da atenção farmacêutica para pacientes com hipertensão e distúrbios cardiovasculares. *Infarma* 2002; 14(7/8):52-6.
120. Rossinholi PS, Souza RAP, Paula MCR. Resultados iniciais do acompanhamento farmacoterapêutico: a experiência da farmácia Usimed, Curitiba-PR. *Infarma* 2002; 14(7/8):81-4.
121. Comité de Consenso. Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos. *Ars Pharmaceutica* 2002; 43(3-4): 175-84.

122. World Health Organization/EuroPharm Forum. Projects [online]. Copenhagen, Denmark; 2005 [capturado em 09 nov 2005] Disponível em http://www.euro.who.int/europharm/Activities/20020227_1
123. World Health Organization/EuroPharm Forum. Pharmacy-based asthma services – Protocol and Guidelines [online]. Denmark; 1998 [capturado em 09 nov 2005] Disponível em: http://www.euro.who.int/europharm/Activities/20020227_1
124. World Health Organization Panamericana de la Salud. Forum Farmacéutico das Américas [online]. Washington, 2005 [capturado em 09 nov 2005] Disponível em: <http://www.paho.org/Portuguese/AD/THS/EV/ffa-home.htm>
125. Foro Farmacéutico de las Américas. Proyecto Atención Farmacéutica en Diabetes Mellitus (AF/DM). OPAS / FIP, jul/2002. Jan 2001
126. Andres JJ, Iñesta GA. Problemas relacionados con medicamentos identificados en pacientes asmáticos. *Pharmaceutical Care España* 2004; 6(4): 210-17.
127. Kheir N, Emmerton L, Shaw J. Can pharmacists influence the health-related quality of life of patients with asthma? The New Zealand Pharmaceutical Care experience. *SQU Journal for Scientific Research: Medical Sciences* 2001; 3(2) 69-75.
128. Sleath B, Collins T, Kelly HW, McCament-Mann L, Lien T. Effect of including both physicians and pharmacists in an asthma drug-use review intervention. *Am J Health Syst-Pharm* 1997 Oct; 54(19): 2197-200.
129. Burton MA, Burton DL, Simpson MD, Gissing PM, Bowman SL. Respiratory function testing: The impact of respiratory scientists on the training and support of primary health care providers. *Respirology* 2004; 9: 260–4.
130. Inesta A. Atención Farmacéutica, estudios sobre uso de medicamentos y otros (Editorial). *Rev Esp Salud Publica* 2001; 75:285-90.
131. Organização Mundial de Saúde. El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud. Informe de un grupo de consulta de la OMS. Nueva Delhi, 13 a 16 de diciembre de 1988. Ginebra: OMS; 1990.
132. Quirino-Barreda CT, Del Castillo B. Los Retos de la Armonización Curricular en Farmacia. *Ars Pharmaceutica* 2003; 44(1): 23-42.
133. Conselho Federal de Farmácia. Comissão de Fiscalização. Estatística sobre farmácia – dezembro de 2003 [online]. Brasília, 2003 [capturado em 01 mar 2005] Disponível em: <http://www.cff.org.br/cff/mostraPagina.asp?codServico=14>
134. Sindicato dos Farmacêuticos de Minas Gerais. Sinfarmig Pesquisa. *Princípio Ativo/Encarte especial* 2005 mai; 53:1-4.
135. Naves JOS, Merchan-Hamann E, Silver LD. Orientação farmacêutica para DST: uma proposta de sistematização. *Ciênc. saúde coletiva*, out./dez. 2005; 10(4):1005-14.
136. Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica. Mercado Farmacêutico – Brasil: Valor Nominal das Vendas Período: Janeiro de 1997 a Outubro de 2004 [online]. São Paulo: Febrarma, 2004. [capturado em 09 nov 2005] Disponível em: <http://www.fcepharma.com.br/imprensa.html>
137. Brasil. Lei 5.991 de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências [online]. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 19 de dez de 1973 [capturado em 6 dez 2005] Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/leis/5991_73.htm
138. Brasil. Lei 6.360 de 23 de setembro de 1976. Dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes

e outros produtos, e dá outras providências [online]. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 24 de set de 1976 [capturado em 6 dez 2005] Disponível em: <http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=178>

139. Brasil. Decreto 74.170 de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei 5.991 de 17 de dezembro de 1973, que dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências [online]. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 11 de jun de 1974 [capturado em 6 dez 2005] Disponível em: <http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=242>

140. Brasil. Decreto 79.094 de 05 de janeiro de 1977. Regulamenta a Lei 6.360 de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos, e dá outras providências [online]. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 05 de jan de 1977 [capturado em 6 dez 2005] Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/decretos/79094_77.htm

141. BRASIL. Lei 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências [online]. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 20 set. 1990 [capturado em 26 ago 2003] Disponível em: <http://www.presidencia.gov.br/ccivil/LEIS/L8080.htm>

142. Conselho Federal de Farmácia. Resolução no 308 de 02 de maio de 1997. Dispõe sobre a assistência farmacêutica em farmácias e drogarias [online]. Brasília: CFF; 1997 [capturado em 26 dez 2003] Disponível em: http://www.cff.org.br/legis/resolucoes/res_308_97.html

143. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução 328 de 22 de julho de 1999: Dispõe sobre requisitos exigidos para a dispensação de produtos de interesse à saúde em farmácias e drogarias [online]. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 26 de mai de 1999 [capturado em 16 fev 2005] Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/328_99.htm

144. Conselho Federal de Farmácia. Resolução no 357 de 20 de abril de 2001. Aprova o regulamento técnico das boas práticas em farmácia [online]. Brasília: CFF; 2001 [capturado em 26 dez 2003] Disponível em: http://www.cff.org.br/legis/resolucoes/res_357_2001.htm

145. Organização Mundial de Saúde Press Office. The role of the pharmacist in the healthcare system: preparing the future pharmacist. Geneve: WHO; 1997.

146. Organização Mundial de Saúde Press Office. The role of the pharmacist in self-care and self-medication. Report of the 4th WHO consultive Group on the role of the pharmacist. Geneve: WHO; 1998.

147. Organización Mundial de la Salud. El papel del farmaceutico en el sistema de atencion de salud.

153. ARIAS, Tomás D. *Glossário de Medicamentos: Desarrollo, Evaluación y Uso*. Washington DC: OPS, 1999.
154. Anacleto TA. Erros de dispensação em uma farmácia hospitalar de Belo Horizonte - Minas Gerais. Belo Horizonte; 2003. Mestrado [Dissertação em Ciências Farmacêuticas] - Faculdade de Farmácia/UFMG.
155. Fernández B, Ibáñez VJS, González LB. Demanda de información en la Farmacia Comunitaria. *Pharmaceutical Care España* 2004; 6(3):136-44.
156. Barbero A, Alfonso Galán T. Consulta de Indicación Farmacéutica en una farmacia comunitaria. *Pharmaceutical Care España* 2002; 4: 106-17.
157. Evans SW, John DN, Bloor MJ, Luscombe DK. Use of nonprescription advice offered to the public by community pharmacists. *Int J Pharm Pract* 1997; 5:16-25.
158. Pla R, García D, Martín MI, Porta A. Información de medicamentos. In: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Farmacia Hospitalaria [online]. Madrid: [sd]. [capturado 8 nov. 2005] Disponível em: http://sefh.interguias.com/libros/tomo1/Tomo1_Cap2-8.pdf
159. Organización Mundial de la Salud. Preparación de los profesionales de la atención de salud para el siglo XXI . El reto de las enfermedades crónicas. Ginebra: OMS; 2005.
160. Coelho SLB. Pedagogia das competências: conteúdos e métodos [online]. Brasil, 2004 [capturado 23 ag 2004] Disponível em: www.senac.br/informativo/bts
161. Wallerstein N. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? [online]. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2006 : WHO [capturado 23 fev 2006] Disponível em:<http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>
162. Buss PM. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. *Cad Saúde Pública* 1999 Jan; 15(supl.2): 177-85.
163. Del Arco J, Gastelurrutia MA, Monteagudo I, Trincado G. Prioridades em Formación Continuada para Farmacêuticos comunitários. *Pharmaceutical Care España* 2003; 4(4):177-81.
164. Mitsue A, Pianetti GA, Bueno D. Termo de referência para a Oficina 4 da Rede Unida: A implantação das diretrizes curriculares nos cursos de Farmácia: avanços e desafios. VI Congresso Nacional da Rede Unida. Belo Horizonte (MG), 2 a 5 de julho de 2005.
165. BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional da Educação. Parecer Nº: CNE/CES 1300/01 – Colegiado :CES. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia [online]. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasília, DF, 07 dez. 2001, Seção 1, p. 25. [capturado 8 nov. 2005] Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/130001farmodonto.pdf>
166. David E, Sheares BJ, and Vazquez TL. Educating health professionals to improve quality of care for asthma. *Paediatr Respir Rev* 2004; 5:304–10.
167. Cicutto L, Burns P, Brown N. A Training Program for Certified Asthma Educators: Assessing Performance. *J Asthma* 2005; 42 (7):561-5.
168. Vainio KK, Korhonen MJ, Hirvonen AM, Enlund KH. The perceived role and skills of pharmacists in asthma management after in-house training. *Pharm World Sci* 2001 Feb; 23(1):6-12.
169. Costa FA, van Mil JWF, Duggan CA, Mata PL, Caramona M. Evaluación de las formas de documentación para atención farmacéutica a pacientes con asma. *Seguim Farmacoter* 2004; 2(3): 153-71.

170. Costa FP, Duggan C, Van Mil JW. Assessing the pharmaceutical care needs of asthmatic patients. *Pharm World Sci* 2004 Dec; 26(6): 313–8.
171. Schall VT. Alfabetizando o corpo: o pioneirismo de Hortênsia de Hollanda na Educação em Saúde. *Cad Saúde Pública* 1999; 15 (supl 2): 149-59.
172. Schall VT, Massara CL, Diniz MCP. Educação em Saúde e participação comunitária no controle da esquistossomose. In: Lenzi H, Coelho PMZ, Carvalho OS. Esquistossomose. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
173. Organização Mundial de Saúde. Atenção Primária de Saúde. Conferência Internacional de Alma-Ata. [online]. Genebra, 1978. [capturado 18 de ago. 2004] Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>
174. Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde. [online]. Ottawa; novembro de 1986; Ministério da Saúde. [capturado 18 de ago. 2004] Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>
175. Declaração de Jacarta. Quarta Conferência Internacional sobre promoção da saúde. [online]. Jacarta, Indonésia, 21-25 de julho de 1997; [capturado 18 de ago. 2004] Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Jacarta.pdf>
176. Ornellas CP. Educação em saúde: prática sanitária ou instrumento de ação ideológica. Rio de Janeiro; 1981. Mestrado [Dissertação em Saúde Pública] - Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz.
177. Schall VT. Debate sobre o artigo de Briceño-León. *Cad Saúde Pública* 1996; 12(1): 18-9.
178. Candeias NMF. Conceitos de educação e promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Rev Saúde Pública* 1997 abr; 31(2): 209-13.
179. Schall VT, Struchiner M. Educação em Saúde: novas perspectivas. *Cad Saúde Pública* 1999; 15 (supl 2); 4-6 (Editorial).
180. Morh A. A natureza da Educação em Saúde no ensino fundamental e os professores de ciências. Florianópolis; 2002. Doutorado [Tese em Educação - Ensino de Ciências Naturais] - UFSC, v.1.
181. Schall VT. Saúde e afetividade na infância: o que as crianças revela e sua importância na escola. Rio de Janeiro; 1996. Doutorado [Dissertação em Educação] - PUC-RIO.
182. Glanz K, Lewis FM, Rimer BK. Health Behavior and Health Education. São Francisco : Jossey-Bass Publishers; 1990.
183. Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. *Cad Saúde Pública* 2004 jul/ago; 20(4): 1088-95.
184. Teixeira MB. Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde. Rio de Janeiro; 2002. Mestrado [Dissertação em Saúde Pública] – ENSP/FIOCRUZ.
185. Freire P. Pedagogia do Oprimido. 41 ed. São Paulo: Paz e Terra; 2005.
186. World Health Organization. Knowledge Management Strategy [online]. Geneva: WHO; 2005 sep [capturado 8 nov. 2005] Disponível em: http://www.who.int/kms/about/strategy/kms_strategy.pdf
187. World Health Organization. Informe mundial sobre el conocimiento orientado a mejorar la salud Fortalecimiento de los sistemas sanitarios [online]. Ginebra, 2004 [capturado 8 nov. 2005] Disponível em: http://www.who.int/rpc/meetings/WR2004_spanish_report_summary.pdf

188. Fernández JM, Marcos MM, Santos JF. Evaluación de la formación continuada: de la satisfacción al impacto. A propósito de un programa formativo en cirugía menor en un área de salud. *Aten Primaria* 2001; 27:497-502.
189. Andrés NF et al. Perfil de los integrantes de los grupos de trabajo del Colegio de Farmacéuticos de Pontevedra. *Pharmaceutical Care España* 2000; 2:20-7.
190. Bartuccio G, Dodera G, Piottante L. Perfil del farmacêutico bonaerense. *Acta Farm Bonaerense* 2003; 22(4):365-72.
191. Posner GJ. Analyzing the curriculum. 2 ed. Estados Unidos: McGraw-Hill, 1995, p 80-81.
192. Senir F. Desenvolvimento de competências: de que ou de quem depende? [online]. [s.l.] [s.d] [capturado 15 de nov. 2004] Disponível em: <http://www.mercerhr.com.br/knowledgecenter/reportssummary.jhtml/dynamic/idContent/1096010>
193. Ruas R. Mestrado Modalidade Profissional: em busca da identidade. [online]. *Rae* 2003 Abr-maio, 43(2): 55-63 [capturado em 03 jan 2005] Disponível em: <http://www.rae.com.br/rae/index.cfm?FuseAction=Principal&Volume=43&numero=2&Ano=2003>
194. Chance JRF. Communication Theory and Health Behavior Chance. In: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. Health Behavior and Health Education. 3 ed, São Francisco: Jossey-Bass Publishers; 2002. p. 361-383.
195. Bedworth AE, Bedworth DA. The profession and practice of health education. 1 ed. Dubuque, EUA: Wm.C. Brown Publishers; 1992.
196. Moretto V. Qual a diferença entre Competências e Habilidades? [online] [s.l.] [s.d] [capturado 15 de nov. 2004] Disponível em: <http://www.centrorefeducacional.pro.br/compehab.htm>
197. Portilho EML. A questão do conceito. [online]. *Rev Aprender Virtual*; jan 2005. [capturado em 03 jan. 2005]. Disponível em: http://www.aprendervirtual.com/ver_noticia.php?codigo=107.
198. Marinho, LAB, Costa GMS, Cecatti JG et al. Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas em centros de saúde. [online]. *Rev. Saúde Pública*; out. 2003, 37(5): 576-582. [capturado em 21 set. 2004]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000500005&lng=pt&nrm=iso .
199. Minayo, MCS. Pesquisa Social – Teoria, método e criatividade. 19 ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2001.
200. Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002, p. 35-37.
201. Faria WM, Bogus CM, Mello FM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil / Focus groups: early experiences in health education programs in Brazil. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 1996 jun; 120(6):472-82.
202. Triviños ANS. Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais – A Pesquisa Qualitativa em Educação. São Paulo: Atlas. 1995.
203. Hartz ZMA. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. 1 ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 1997.
204. BARDIN L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.
205. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7 ed. São Paulo: Hucitec; 2000.
206. Gil AC. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 3 ed. São Paulo: Atlas; 1991.

207. Dawson S, Manderson L. *Le Manuel des Groupes Focaux*. 1 ed. Boston: Nutrition Foundation for Developing Countries (INFDC); 1993.
208. Aigner M. La técnica de recolección de información mediante los grupos focales. [online]. [s.l]; 2002 [capturado em 21 set. 2004]. Disponível em: http://huitoto.udea.edu.co/%7Ececo/Grupos_Focales.html
209. Pincetl S. Review of literature and key issues relating to focus group research methods. [online]. [s.l]; 2001 [capturado em 21 set. 2004]. Disponível em: [http://www.cab.int.co/pub/bscw.cgi/d82396/Pincetl,%20S.%20\(2001\).%20Review%20of%20literature%20and%20key%20issues%20relating%20to%20focus%20group%20research%20methods](http://www.cab.int.co/pub/bscw.cgi/d82396/Pincetl,%20S.%20(2001).%20Review%20of%20literature%20and%20key%20issues%20relating%20to%20focus%20group%20research%20methods)
210. Faculdade de Educação UFMG. Grupo Focal. [online]. Belo Horizonte; [s.d]; [capturado em 21 set. 2004]. Disponível em: <http://www.fae.ufmg.br>
211. Casset A, Rebotier P, Lieutier-Colas F, Glasser N, Heitz C, Saigne J, Pauli G, de Blay F. Pharmacists' role in the management of asthma: a survey of 120 pharmacists in Bas-Rhin. *Rev Mal Respir*. 2004 Nov; 21(5 Pt 1):925-33. (Resumo).
212. L'Abbate S. Educação e serviços de saúde: avaliando a capacitação dos profissionais. *Cad Saúde Pública* 1999; 5 (Supl.2): 15-27.
213. Sakai MH, Junior LC. Os egressos da medicina da universidade estadual de Londrina: sua formação e prática médica. *Revista Espaço para a Saúde*. [online]. 2004 Dez [capturado em 21 set. 2004]; 6(1):34-47. Disponível em: www.ccs.uel.br/espacoparasaude
214. Esteves AR. Adaptação e validação do questionário ATS-DLD-78-C" para diagnóstico de asma em crianças com até 13 anos. São Paulo; 1995. Mestrado [Dissertação em Pediatria] - Escola Paulista de Medicina/ Universidade Federal de São Paulo.
215. Bontempo VL, Frade JCQP, Val VMC, Perinni E, Drumond YA, Vale SA, Andrade WW, Miranda NA. Guia do facilitador: Curso de Gerenciamento em Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde. Belo Horizonte: SES/MG, em publicação; 2005. p.178.
216. Cairns C, Eveleigh, M. Involving community pharmacists in asthma care: lessons from a pilot study. *Pharm J* 2000 July; 265(7106):136-40.
217. Saúde em Movimento. Carta de Ottawa sobre a Promoção da Saúde [online]. Ottawa; 2002 [capturado 29 set. 2004] Disponível em: http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_exibe1.asp?cod_noticia=202
218. Silva, WB; Delizoicov, D. Aprendizagem baseada em problemas e metodologia da problematização: perspectivas epistemológicas, diferenças e similitudes. *Caderno de Resumos*. V Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências; 2005 nov. 28 a dez. 03; Bauru, São Paulo: Associação Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciências.
219. Batista N; Batista SH; Goldenberg P; Seiffert O; Sonzogni MC. O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(2)231-7.
220. Frade JCQP, Bandeira LC, Costa AO, Silva GCVO, Lage JG. Relatório da III Campanha de Asma da Farmácia Central. João Monlevade: Farmácia Central; 2004.
221. Gaia MCM. Saúde como Prática da Liberdade: as Práticas de Famílias em um Acampamento do MST e o Desenvolvimento de Estratégias de Educação Popular em Saúde. Belo Horizonte; 2005. Mestrado [Dissertação em Ciências ênfase em Saúde Coletiva] – Centro de Pesquisa René Rachou/Fiocruz.
222. Silva EV. Centro de informação sobre medicamentos: caracterização do serviço e estudo da opinião dos usuários. Brasília;2002. Mestrado [Dissertação em Ciências da Saúde] - Faculdade de Ciências da Saúde/UNB.

223. Damian BB, Zarzuelo CR, Sánchez B, Jiménez BG, Jiménez AMR, Álvarez JL. ¿Utilizan correctamente los inhaladores los pacientes de una farmacia comunitaria? *Pharmaceutical Care España* 2004; 6(1): 25-31.
224. Navarro FA, Hernández F. Nuevo listado de palabras de traducción enganosa en el inglés médico. *Med Clin* 1994; 102:(4)141-9.
225. Navarro FA. Tercer listado de palabras de traducción enganosa en el inglés médico. *Med Clin* 1995; 105: (13)504-14.
226. Centro de Informação sobre Medicamentos. Quem paga pelos brindes? *Farmacoterapêutica* [online]. 2004 mai/jun [capturado 8 nov. 2005] 3:1-6 Disponível em: <http://www.cff.org.br/cff/mostraPagina.asp?codServico=98&codPagina=89>
227. Barros JAC. A (des)informação sobre medicamentos: o duplo padrão de conduta das empresas farmacêuticas. *Cad Saúde Pública* 2000; 16(2):421-27.
228. Fernandez-Llimos F. La información sobre medicamentos para la farmacia comunitaria *Pharmaceutical Care España* 1999 abr; 1(2):90-6.
229. Fernandez-Llimos F. Información de medicamentos para la atención farmacéutica: análisis de las monografías proporcionadas por la industria. Santiago de Compostela; 1997. Licenciatura [Dissertação em Farmacologia] Departamento de Farmacología - Universidad de Santiago De Compostela.
230. Lexchin J. What information do physicians receive from pharmaceutical representatives? *Can Fam Physician* 1997; 43:941-5.
231. Mickle TR, Self TH, Farr GR, et al. Evaluation of pharmacists' practice in patient education when dispensing a metered-dose inhaler. *Ann Pharmacoter* 1990Oct; 24: 927-30.
232. SILVA, T, Dal-Pizzol F, Bello CM, Mengue SS, Schenkel EP. Bulas de medicamentos e a informação adequada ao paciente. *Rev Saúde Pública* 2000 abr, 34(2): 184-9.
233. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico de Asma Grave. In: Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – Medicamentos Excepcionais. Brasília: MS, 2002. p.10-124.
234. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, Departamento de Gerenciamento de Investimentos. Guia Do Monitor: Curso de Capacitação de Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde [online]. Brasília: MS, 2002 [capturado 8 nov. 2005] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/guia_monitor.pdf
235. Amirav I, Goren A, Pawlowski NA. What do pediatricians in training know about the correct use of inhalers and spacer devices? *J Allergy Clin Immunol* Oct 1994; 94:669-75.
236. Pérez PV, Pastor-Sanchés R. Actualización en asma bronquial para farmacéuticos comunitários. *Pharmaceutical Care España* 2004; 6(4):171-78.
237. Vieira JE, Cukier A, Stelmach R, Kasahara DI, Gannam S, Warth MPTN. Comparison of knowledge on asthma: doctors completing internal medicine residency and doctors completing medical school. *Sao Paulo Med J* 2001 May; 119(3):101-4.
238. Lasmar L, Goulart E, Sakurai E, Camargos P. Fatores de risco para hospitalização de crianças e adolescentes asmáticos. *Rev. Saúde Pública* 2002 Ago; 36(4): 409-19.
239. Cabral AL, Carvalho WA, Chinen M, Barbiroto RM, Boueri FM, Martins MA. Are International asthma guidelines effective for low-income Brazilian Children with asthma? *Eur Respir J* 1998;12:35-40.

- 240.** Camargos PAM, Profeta SC. Tratamento de manutenção da asma persistente à admissão em ambulatório de pneumologia pediátrica. *J. Pediatr (Rio J)* May/June 2003; 79(3): 233-38.
- 241.** Ward A, Willey C, Andrade S. Medications Prescribed to asthmatic children: an historical cohort study comparing clinical practice with NIH recommendations. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2000; 9: 511-20.
- 242.** Taylor DM, Auble TE, Calhoun WJ, Mosesso VN Jr. Current outpatient management of asthma shows poor compliance with international consensus guidelines. *Chest* 1999; 116(6): 1638-45.