

Construção e validação de um Modelo Lógico para implementação da prescrição farmacêutica no Brasil

Construction and validation of a Logical Model for the implementation of pharmacist prescribing in Brazil

Diego Carneiro Ramos¹, Lorena Ferreira², Genival Araujo dos Santos Júnior³, Lorena Rocha Ayres⁴, Carolina Dutra Degli Esposti²

DOI: 10.1590/2358-289820241428323P

RESUMO Este estudo teve como objetivo construir e validar o Modelo Lógico (ML) da prescrição farmacêutica no Brasil. Caracteriza-se como um estudo de avaliabilidade, com utilização de técnicas quantitativas e qualitativas. Para a construção da primeira versão do ML, utilizaram-se informações disponibilizadas em documentos oficiais, literatura científica e informantes-chave. Para validação, empregou-se a técnica de Delphi, com 19 especialistas que analisaram a pertinência e a relevância dos itens propostos, no período entre março e outubro de 2022. O ML apresentou, ao final, oito itens do elemento estrutura, 13 itens do elemento atividades, oito itens do elemento resultados intermediários e quatro itens do elemento impacto. Da versão original à final, houve relativamente poucas modificações realizadas a partir da contribuição dos especialistas, resultado dos altos níveis de consenso alcançados nas análises de pertinência e relevância. O ML validado apresenta plausibilidade de execução nas relações estabelecidas entre os elementos de atividades e de resultados, identificação da essencialidade no campo da estrutura e vislumbre dos resultados de sua execução em longo prazo, que incluem a promoção do uso racional de medicamentos, a expansão da atividade do farmacêutico no cuidado à saúde, melhoria da qualidade de vida do paciente e racionalização de custos ao Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE Assistência farmacêutica. Prescrições de medicamentos. Avaliação em saúde.

ABSTRACT *This study aimed to build and validate the Logical Model (LM) of pharmacist prescribing in Brazil. It is characterized as an evaluability study, using quantitative and qualitative techniques. To construct the first version of the LM, information made available by official documents, scientific literature and key informants was used. For validation, the Delphi technique was used, with 19 experts who analyzed the pertinence and relevance of the proposed items, in the period between March and October 2022. The LM presented, in the end, eight items from the structure element, 13 items from the activities element, eight items from the intermediate results element and four items from the impact element. From the original to the final version, there were relatively few modifications made based on the contributions of experts, a result of the high levels of consensus achieved in the pertinence and relevance analyses. The validated LM presents plausibility of execution in the relationships established between the elements of activities and results, identification of the essentiality in the field of structure and a glimpse of the results of its long-term execution, which include the promotion of the rational use of medicines, the expansion of the pharmacist's activity in health care, improving the patient's quality of life and rationalizing costs for the Unified Health System.*

KEYWORDS *Pharmaceutical services. Drug prescriptions. Health evaluation.*

¹Universidade Federal do Oeste da Bahia (Ufob) - Barreiras (BA), Brasil. diegocarneiroamos@gmail.com

²Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) - Vitória (ES), Brasil.

³Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) - Alegre (ES), Brasil.

⁴Universidade Federal de Catalão (Ufcat) - Catalão (GO), Brasil.



Introdução

O acesso aos medicamentos é um componente indispensável para uma cobertura universal e equânime de cuidados em saúde. Garantir esse acesso depende de uma complexa rede de atores públicos e privados que desempenham diferentes papéis em função do contexto econômico, político e social, devendo haver trabalho conjunto e união de esforços políticos, sociais e multiprofissionais em direção a soluções¹.

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil passou por um intenso processo de organização do seu sistema de saúde, sendo o medicamento considerado uma ferramenta essencial no processo de atenção à saúde². Para garantir o direito a uma assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, ação prevista na Lei nº 8.080/90, que regulamenta o SUS, foram formuladas diversas políticas públicas, com destaque para a Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF). Somadas, essas políticas apontaram uma necessária reorientação da assistência farmacêutica no País, de modo que ela englobasse atividades clínicas conduzidas por farmacêuticos³⁻⁵.

O aprimoramento dos papéis dos profissionais de saúde, com aumento do escopo de atuação, é considerado, portanto, fundamental para garantir o acesso e melhorar a qualidade da atenção à saúde⁶. A ideia de expandir para profissionais não médicos maior responsabilidade no manejo clínico dos pacientes, intensificando o processo de cuidado, tem propiciado alterações nos marcos de regulação das atividades de diversas categorias profissionais em vários países. Dentro desse aumento de escopo, está incluída a prescrição não médica, que vem oportunizando ao farmacêutico produzir novas formas de agir^{7,8}.

Modelos de prescrição farmacêutica foram estabelecidos com sucesso nos Estados Unidos, Reino Unido, Nova Zelândia e Canadá⁹, com vários outros países buscando regularizar a atividade, a exemplo de Nigéria, Quênia e Catar^{10,11}.

Apesar da diversidade de modelos utilizados nos diferentes países, de maneira geral, pode-se apontar duas modalidades de prescrição: a prescrição dependente e a prescrição independente. Na dependente, há um diagnóstico prévio e um plano de manejo clínico. Já na independente, o farmacêutico inicia a terapia, sem precisar de outro profissional ou de um protocolo para direcionar a decisão clínica¹².

A prescrição farmacêutica no Brasil, regulamentada por meio da Resolução do Conselho Federal de Farmácia (CFF) nº 586/2013⁷, completou dez anos em 2023. Pode ser considerada uma inovação na prática profissional e representa mudança de paradigmas, o que requer observação e análise. Stewart e colaboradores¹³ consideram que dois elementos são cruciais na implementação de novas práticas de prescrição por profissionais não médicos: desenvolvimento de modelos sustentáveis de atendimento; e pesquisa de avaliação robusta e rigorosa. Os autores afirmam, ainda, que não é incomum, na área da saúde, a existência de projetos-piloto bem-sucedidos que acabam não se sustentando ao serem expandidos. Seria, assim, extremamente importante considerar a base teórica para a implementação de qualquer grande desenvolvimento ou mudança na prestação de serviços, como é o caso da prescrição farmacêutica. Considera-se, portanto, necessária a avaliação da implementação dessa intervenção e de seus possíveis resultados e impactos, construindo um quadro sobre a prática por meio de pesquisas avaliativas.

Os estudos de avaliação baseiam-se na emissão de um juízo de valor sobre uma intervenção, fornecendo informações científicas legítimas, e podem contribuir para identificar se os objetivos definidos inicialmente são adequados para resolver o problema e se os responsáveis pela intervenção estão agindo conforme o previsto^{14,15}. O Estudo de Avaliabilidade (EA) é um tipo de estudo de avaliação que tem como finalidade determinar se programas ou intervenções estão prontas para serem avaliadas¹⁶. Em seu processo, é

capaz de identificar as necessidades de conhecimento das partes interessadas nesses programas ou intervenções, a fim de recomendar um enfoque e métodos de avaliação. Como método, pode ser realizado em quatro etapas: a) esclarecimento dos objetivos e metas da intervenção; b) desenvolvimento e pactuação do Modelo Lógico (ML) com os interessados; c) análise e comparação entre a realidade da intervenção e o ML; e d) apresentação de recomendações¹⁷.

O ML pode ser definido como uma ferramenta que resume o funcionamento de uma intervenção, apresentando-a na forma de um esquema visual. Utilizado para sistematizar e comunicar as relações causais existentes entre os recursos disponíveis, as atividades realizadas e os resultados esperados de uma intervenção, o ML descreve a sequência de eventos que levam a esses resultados^{18,19}. Nesse sentido, um ML da prescrição farmacêutica no Brasil pode contribuir para a produção de informações qualificadas e a compreensão da atividade.

Apesar da grande relevância dessa nova atividade farmacêutica, a prescrição, há escassez de estudos no Brasil sobre a incorporação dessa intervenção, assim como a respeito de uma avaliação sistematizada de seus resultados e impactos em serviços de saúde ou com populações específicas¹². Dessa forma, um EA pode ajudar a atender a essa demanda, ao verificar a viabilidade da realização de uma avaliação, gerando, no processo, a modelização da intervenção, visando a contribuir para a criação de instrumentos que ofereçam suporte teórico à avaliação da prática nas farmácias públicas e privadas do País. Considerando que um estudo avaliativo da incorporação de novas práticas na rotina dos profissionais e do impacto das ações implementadas pelos serviços de saúde sobre o estado de saúde da população pode contribuir para a reorientação dessas ações e serviços²⁰, objetiva-se, neste estudo, descrever o processo de elaboração e validação do ML da prescrição farmacêutica no Brasil.

Material e métodos

Trata-se de um EA da prescrição farmacêutica no Brasil, a partir de uma abordagem mista (qualitativa e quantitativa), com o objetivo de desenvolver um ML da prescrição farmacêutica no Brasil validado por especialistas no tema.

O modelo construído baseou-se nos objetivos da intervenção, a prescrição farmacêutica no Brasil, e na literatura que a fundamenta. Foi estruturado levando-se em consideração a tríade estrutura, processo e resultado²¹. Nesse contexto, para este trabalho, o ML foi desenhado com os seguintes elementos: componentes, estruturas, atividades, resultados intermediários e impactos.

Os componentes são as palavras-chave que agregam um conjunto de atividades do ML. O elemento estrutura é o conjunto de recursos (financeiros, humanos etc.), de regulamentos e de regras que definem como os recursos são repartidos e trocados e de valores que permitem aos atores envolvidos na intervenção se comunicarem entre si e darem sentido a suas ações. As atividades são todas as ações realizadas na intervenção para atingir os resultados esperados. Os resultados intermediários são os resultados de curto e médio prazos que a intervenção pretende propiciar. E os impactos são os resultados de longo prazo²².

Por fim, a organização espacial dos itens e dos elementos do ML deste trabalho foi inspirada nos modelos lógicos construídos por Medeiros et al.²³, Ferreira et al.²⁴ e Baratieri, Natal e Hartz²⁵.

Para a elaboração da primeira versão do ML, foram utilizadas: a) informações disponíveis em documentos oficiais (análise documental); b) informações na literatura científica sobre o tema da prescrição farmacêutica; e c) consulta a informantes-chave. A análise documental levou em consideração os seguintes documentos oficiais: Resolução CFF n° 586, de 2013⁷; Política Nacional de Medicamentos⁴; Política Nacional de Assistência Farmacêutica⁵; Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade – contextualização e arcabouço conceitual²⁶.

A seleção dos informantes-chave foi feita por conveniência. Na elaboração da versão inicial do ML, colaboraram dois sujeitos: um participante atuava como farmacêutico na Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Vitória-ES, e o outro como pesquisador em uma universidade federal no estado de Minas Gerais, ambos com experiência com o tema da prescrição farmacêutica.

Com a primeira versão do ML concluída, o passo seguinte foi realizar sua validação utilizando a técnica de Delphi. Trata-se de uma técnica de consulta a especialistas, de maneira individual e anônima, realizada por meio de questionários repassados continuadas vezes até que seja obtida uma convergência de respostas, gerando um consenso. É amplamente utilizada na pesquisa em saúde, sobretudo por ser acessível, requerer poucos gastos e permitir que um grande grupo de especialistas participe do estudo^{27,28}.

Os sujeitos considerados especialistas, convidados a participar da etapa de validação da pesquisa, eram farmacêuticos com conhecimento teórico e/ou prático sobre a temática da prescrição farmacêutica. Foram convidados 19 especialistas, que faziam parte de pelo menos um dos três grupos de ocupações seguintes: a) consultores do CFF na elaboração da Resolução CFF nº 586/13; b) integrantes do Grupo de Trabalho de Farmácia Clínica e Prescrição Farmacêutica, do Conselho Regional de Farmácia do Espírito Santo (CRF-ES); c) pesquisadores em Instituições de Ensino Superior (IES) brasileiras na área de assistência farmacêutica. As consultas aos especialistas foram realizadas via correio eletrônico e aconteceram em duas rodadas.

Em ambas as rodadas, o instrumento de pesquisa utilizado foi organizado em seis blocos de análise, dispostos da seguinte maneira: itens do elemento estrutura (bloco 1); itens do elemento atividades (bloco 2 ao 4); itens do elemento resultados intermediários (bloco 5); e itens do elemento impacto (bloco 6). Esse instrumento de pesquisa foi inspirado no instrumento desenvolvido por Ferreira²⁹.

Na primeira rodada, foi realizada a análise de pertinência dos itens constituintes do ML. Para isso, os autores enviaram, no primeiro contato, realizado em julho de 2022, os seguintes documentos: a) o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; b) uma carta de apresentação explicando aos sujeitos o objetivo do estudo, a importância da modelização da intervenção dentro da pesquisa avaliativa, as orientações para o preenchimento do instrumento de pesquisa e de como devolvê-lo; e c) o instrumento de pesquisa, contendo a primeira versão do ML, as questões a serem respondidas para análise de pertinência dos itens do modelo e um espaço para discorrerem livremente sobre cada item do ML caso não concordem com o que lhes for apresentado.

Em todos os blocos, os especialistas foram convidados a analisar todos os itens quanto à sua pertinência e a responder, quando afirmativamente, marcando a opção 'SIM', ou negativamente, com a opção 'NÃO'. Ao final de cada bloco, havia um espaço em branco, com um convite para que o participante emitisse livremente a sua opinião sobre a necessidade de inclusão de aspectos não considerados no ML.

A partir do retorno dos instrumentos de pesquisa da primeira rodada pelos especialistas, as respostas sobre a pertinência de cada item foram analisadas por meio de estatística descritiva, sendo o item considerado com alto nível de consenso quando recebesse pelo menos 80% de votos 'SIM' no quesito pertinência – do contrário, seriam reformulados ou excluídos. O percentual de consenso considerado em estudos de validação pelo método Delphi não encontra regra na literatura científica, sendo definido, geralmente, um valor arbitrário, decidido pelo pesquisador³⁰. Porém, há autores que consideram valores acima de 75% adequados para busca de consenso de grupos na aplicação do método Delphi para a elaboração de constructos teóricos^{31,32}.

Já as sugestões dadas pelos especialistas foram analisadas pelos pesquisadores, por meio de análise de conteúdo temática³³ e

avaliadas para modificações no ML, levando a uma nova versão. Essa nova versão do ML foi utilizada na segunda rodada com os participantes da pesquisa.

Na segunda rodada da validação pelo método Delphi, realizada em setembro de 2022, foram encaminhados, apenas aos respondentes da primeira rodada, os seguintes materiais: uma nova versão do ML; e um novo instrumento de pesquisa autoaplicável. Nessa rodada, foi realizada, por parte dos especialistas, a análise de relevância dos itens constituintes da segunda versão do ML. Com esse propósito, o instrumento de pesquisa oferecia, para cada item, uma escala do tipo Likert de quatro pontos para determinar seu valor de relevância, a saber: (0) nada relevante; (1) pouco relevante; (2) relevante; (3) muito relevante. A análise levou em consideração os pontos atribuídos às respostas, para cálculo da soma, da mediana e do intervalo interquartil. Nessa etapa, foram considerados com alto nível de consenso, quanto à relevância, os itens cujas pontuações finais alcançaram mais de 80% do valor máximo disponível (17 pontos de 21 possíveis) e que apresentaram alto nível de concordância, confirmado pela análise da mediana das respostas e do intervalo interquartil. Para os itens serem considerados muito

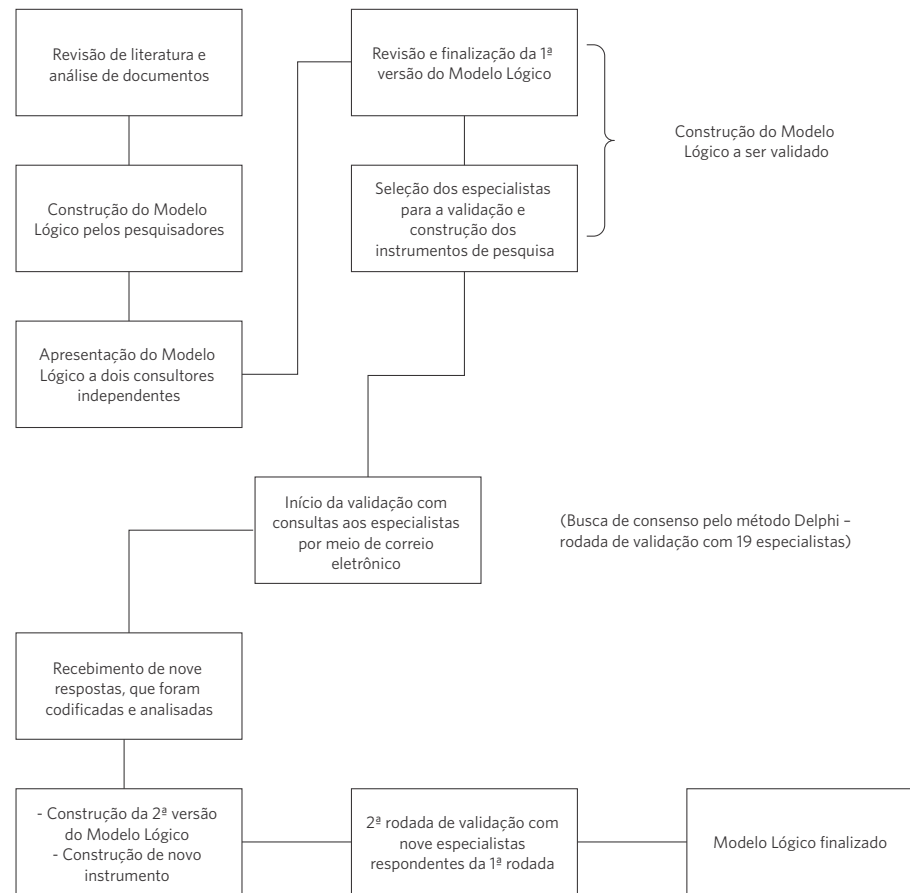
relevantes, o valor desejável de mediana (mas não obrigatório) foi 3, e o intervalo interquartil necessariamente deveria ser igual ou inferior a 1.

O número total de rodadas do processo de validação depende do nível de consenso alcançado. Quanto menos discordância entre os itens avaliados, mais rapidamente o processo pode ser concluído³⁴. Como neste trabalho foi observado um alto nível de consenso desde a primeira rodada, foram necessárias apenas duas rodadas para se atingir o objetivo proposto. O resultado desse processo é um ML final, validado por especialistas.

Apesar de, na primeira rodada, o prazo estabelecido para a devolução do material ter sido de 20 dias, muitos respondentes solicitaram extensão do tempo para responder às perguntas, a qual foi concedida com vistas a alcançar um número razoável de respostas. Assim, o tempo decorrido na primeira rodada foi de 58 dias. Já na segunda rodada, o tempo decorrido entre o envio do material e o recebimento de todas as respostas foi de 37 dias.

O processo de desenvolvimento e validação do ML ocorreu de março de 2022 a outubro de 2022. A esquematização das etapas desse processo está sintetizada na *figura 1*.

Figura 1. Processo de construção e validação do Modelo Lógico de implementação da prescrição farmacêutica no Brasil



Fonte: elaboração própria.

Este estudo cumpriu com os princípios éticos estabelecidos nas Resoluções de nº 466/2012³⁵ e nº 510/2016³⁶, do Conselho Nacional de Saúde. E foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Espírito Santo, sob CAAE nº 58364622.3.0000.5060 e parecer nº 5.439.309.

Resultados

O ML validado foi construído almejando uma aplicabilidade nacional, sem especificidades locais e visou a abranger as possibilidades da prática, abarcando variados estabelecimentos farmacêuticos e as duas modalidades de

prescrição possíveis (independente e dependente). O modelo proposto buscou: apresentar plausibilidade de execução nas associações estabelecidas entre os elementos de atividades e de resultados; racionalidade para identificar o que é essencial no campo da estrutura; e visão do contexto no qual a prescrição farmacêutica pode se situar no campo da saúde para medir a sua potencialidade, vislumbrando os resultados de sua execução em curto, médio e longo prazos junto aos interessados.

Para alcançar o objetivo de gerar um ML que fosse uma representação conceitual esquemática do que a prescrição farmacêutica representa, os autores elencaram 32 itens, assim distribuídos: sete itens do elemento estrutura; 13 itens do elemento atividades; oito itens do

elemento resultados intermediários; e quatro itens do elemento impacto. Para se atingir o objetivo de validação do ML, duas rodadas junto aos especialistas foram suficientes. E, ao fim, foi possível obter a análise da pertinência e da relevância de cada item do ML da prescrição farmacêutica no Brasil.

O maior desafio foi conquistar a participação dos especialistas. Todo o contato de convite foi feito por correio eletrônico. Além do e-mail inicial, com a apresentação do material e o convite formal para participação na pesquisa, e-mails adicionais foram enviados com os objetivos de: notificar a proximidade do encerramento do prazo de resposta; e, após o encerramento do prazo, perguntar se o especialista desejava mais prazo para responder. Essas estratégias se mostraram efetivas, angariando novas colaborações para o processo de validação, a partir da resposta ao instrumento de pesquisa.

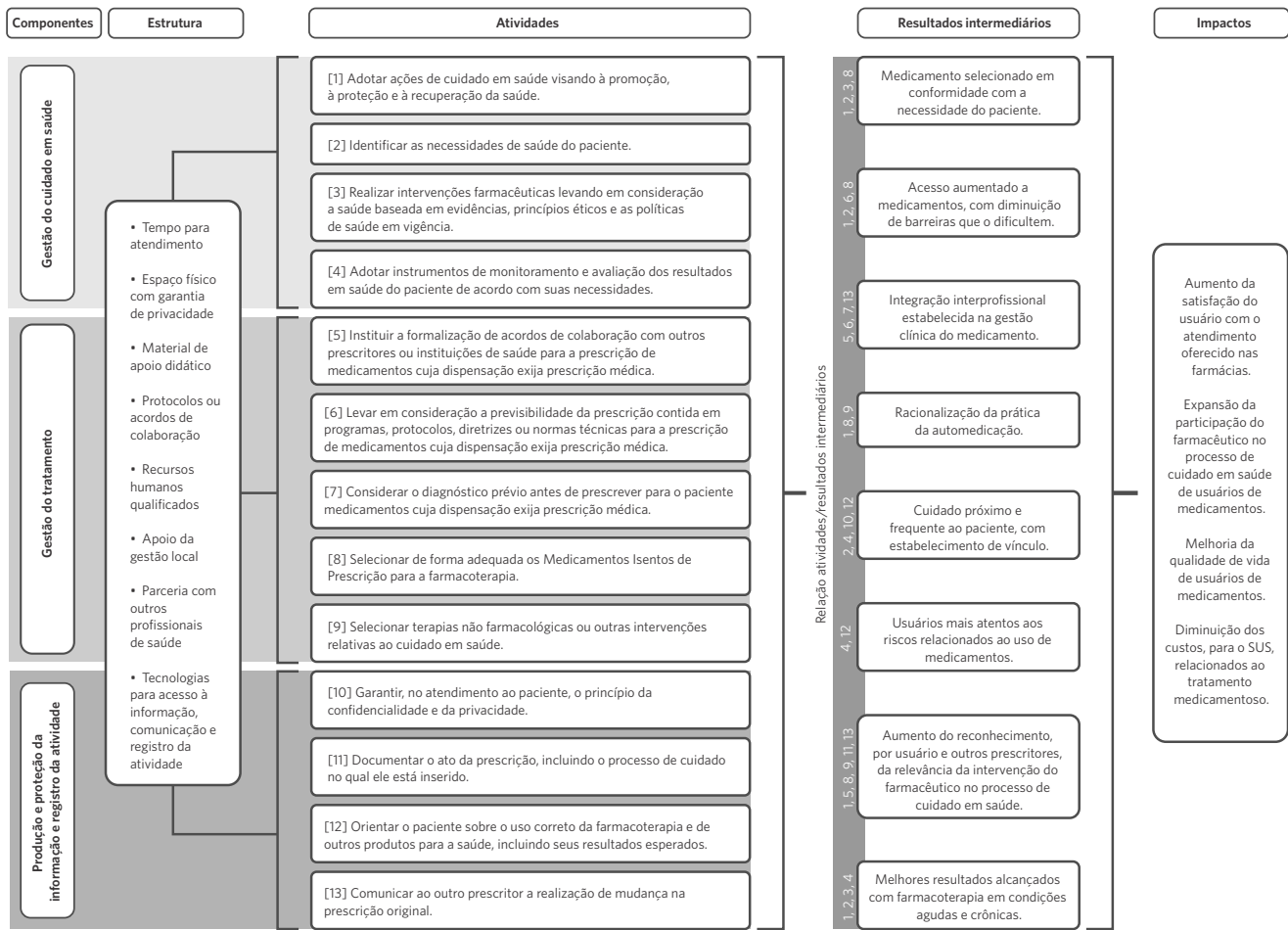
Dos 19 especialistas convidados para a validação, nove participaram da primeira rodada e sete da segunda rodada, com representação de todos os grupos previstos no critério de seleção (consultores, farmacêuticos do CRF-ES e pesquisadores em IES). Esses nove participantes, todos farmacêuticos, exercem suas atividades profissionais em sete diferentes unidades federativas do Brasil (DF, ES, MG, PR, RJ, SE e SP). Dos participantes, 55% eram do sexo feminino e 45% masculino. A titulação máxima dos participantes era, por ordem decrescente de frequência: doutorado (45%); pós-doutorado (33%); e especialização *lato sensu* (22%). Os campos de atividades dos participantes (sendo possível pertencer a mais de um campo) eram, em ordem decrescente de frequência: a pesquisa (66%); o ensino (66%); a gestão (44%); a atenção à saúde (44%); e, por fim, outros (11%). São profissionais experientes, que em média possuíam 21 anos decorridos desde a finalização da graduação em Farmácia. Esse tempo é distribuído da seguinte forma: menos de 10 anos (um participante); de 10 a

19 anos (três participantes); de 20 a 30 anos (quatro participantes); mais de 30 anos (um participante).

Após as duas rodadas de validação, o ML final apresenta 33 itens e a seguinte configuração: oito itens do elemento estrutura; 13 itens do elemento atividades; oito itens do elemento resultados intermediários; e quatro itens do elemento impacto. Entre as modificações realizadas a partir da contribuição dos especialistas, estão: acréscimo de um item de estrutura; sete alterações na redação de itens, para maior clareza e precisão do texto; quatro mudanças em correlações entre atividades e resultados; e alteração de um item do elemento impacto. A pouca necessidade de alterações foi coerente com os resultados alcançados de consenso quanto à pertinência e à relevância dos itens observados. Quanto à pertinência, todos os 32 itens originais tiveram consenso, sendo que 24 deles (75%) alcançaram consenso no nível máximo (100%), o que é possível quando todos concordam que o item é pertinente. Já na análise de relevância, todos os itens tiveram alto nível de consenso, sendo que 13 itens (39%) alcançaram consenso acima de 95% sobre o item ser muito relevante.

A *figura 2* apresenta o ML da prescrição farmacêutica no Brasil validado por especialistas por meio da técnica de Delphi, estruturado segundo a tríade estrutura, processo e resultados. Apresenta três componentes: Gestão do cuidado em saúde; Gestão do tratamento; e Produção e proteção da informação e registro da atividade. Cada componente relaciona-se a determinados itens de atividades. Essa relação está marcada pelas diferentes tonalidades de cinza da figura, em que cada tonalidade corresponde a um componente específico. No ML apresentado, cada atividade foi identificada por uma numeração, a qual foi reapresentada ao lado de cada resultado intermediário ao qual a atividade se relacionava, apontando, assim, a relação de causalidade entre os itens referidos.

Figura 2. Modelo lógico validado da prescrição farmacêutica no Brasil



Fonte: elaboração própria.

Os resultados da análise realizada na segunda rodada estão descritos na *tabela 1*, e incluíram, para cada item, o somatório total de

pontos alcançados na análise de pertinência, além dos valores da mediana e do intervalo interquartil.

Tabela 1. Descrição da análise da relevância dos itens de estrutura, atividades, resultados intermediários e impacto da Prescrição Farmacêutica, distribuídos de acordo com o total de pontos, a mediana e o intervalo interquartil

Item	Total de pontos	Mediana	Intervalo interquartil
Elemento estrutura			
Tempo para atendimento	20	3	0
Espaço físico com garantia de privacidade	18	3	1
Material de apoio didático	18	3	1
Protocolos ou acordos de colaboração	18	3	1
Recursos humanos qualificados	20	3	0
Apoio da gestão local	18	3	1
Parceria com outros profissionais da saúde	18	3	1
Tecnologias para acesso à informação, comunicação e registro da atividade	18	3	1
Elemento atividade			
Adotar ações de cuidado em saúde visando à promoção, à proteção e à recuperação da saúde.	20	3	0
Identificar as necessidades de saúde do paciente.	21	3	0
Realizar intervenções farmacêuticas levando em consideração a saúde baseada em evidências, os princípios éticos e as políticas de saúde em vigência.	19	3	1
Adotar instrumentos de monitoramento e avaliação dos resultados em saúde do paciente de acordo com suas necessidades.	20	3	0
Instituir a formalização de acordos de colaboração com outros prescritores ou instituições de saúde para a prescrição de medicamentos cuja dispensação exija prescrição médica.	19	3	1
Levar em consideração a previsibilidade da prescrição contida em programas, protocolos, diretrizes ou normas técnicas para a prescrição de medicamentos cuja dispensação exija prescrição médica.	17	2	1
Considerar o diagnóstico prévio antes de prescrever para o paciente medicamentos cuja dispensação exija prescrição médica.	20	3	0
Selecionar de forma adequada os Medicamentos Isentos de Prescrição para a farmacoterapia.	20	3	0
Selecionar terapias não farmacológicas ou outras intervenções relativas ao cuidado em saúde.	20	3	0
Garantir, no atendimento ao paciente, os princípios da confidencialidade e da privacidade.	21	3	0
Documentar o processo de prescrição, incluindo o processo de cuidado no qual ele está inserido.	21	3	0
Orientar o paciente sobre o uso correto da farmacoterapia e de outros produtos para a saúde, incluindo seus resultados esperados	20	3	0
Comunicar ao outro prescritor a realização de mudança na prescrição original.	18	3	1
Elemento resultados intermediários			
Medicamento selecionado em conformidade com a necessidade do paciente.	19	3	1
Acesso aumentado a medicamentos, com diminuição de barreiras que o dificultem.	19	3	1
Integração interprofissional estabelecida na gestão clínica do medicamento.	18	3	1
Racionalização da prática da automedicação.	19	3	1
Cuidado próximo e frequente ao paciente, com estabelecimento de vínculo.	19	3	1
Usuários mais atentos aos riscos relacionados ao uso de medicamentos.	19	3	1

Tabela 1. Descrição da análise da relevância dos itens de estrutura, atividades, resultados intermediários e impacto da Prescrição Farmacêutica, distribuídos de acordo com o total de pontos, a mediana e o intervalo interquartil

Item	Total de pontos	Mediana	Intervalo interquartil
Aumento do reconhecimento, por usuário e outros prescritores, da relevância da intervenção do farmacêutico no processo de cuidado em saúde.	18	3	1
Resultados melhores alcançados da farmacoterapia em condições agudas e crônicas.	20	3	0
Elemento impacto			
Promoção do uso racional de medicamentos.	19	3	1
Expansão da participação do farmacêutico no processo de cuidado em saúde de usuários de medicamentos.	18	3	1
Melhoria da qualidade de vida de usuários de medicamentos.	21	3	0
Diminuição dos custos, para o SUS, relacionados ao tratamento medicamentoso.	19	3	1

Fonte: elaboração própria.

Discussão

A pesquisa avaliativa corresponde ao julgamento que é feito sobre as práticas sociais (intervenções) a partir da formulação de uma pergunta ainda não respondida na literatura especializada sobre as características dessas práticas, em geral, ou em um contexto particular, empregando metodologias científicas³⁷. É nesse esteio que o EA da prescrição farmacêutica no Brasil se fez necessário.

A história da profissão farmacêutica é de profunda transformação. A função tradicional de produzir o medicamento para o paciente deu lugar à direção de tratar o paciente como o foco principal da atenção, em um esforço de proporcionar a ele resultados satisfatórios na saúde, melhorando sua qualidade de vida¹². A participação ativa do farmacêutico na atenção à saúde, com atendimento ao público dentro dos estabelecimentos de saúde, sejam públicos ou privados, é uma posição necessária e que precisa ser estimulada, com especial atenção para as farmácias comunitárias públicas e privadas.

Para buscar esses avanços no campo da atuação clínica da profissão farmacêutica no Brasil, um importante passo foi a publicação

das Resoluções CFF nº 585/13 e CFF nº 586/13, que regulam, respectivamente, as atribuições clínicas do farmacêutico e a prescrição farmacêutica^{7,38}.

Porém, o processo de consolidação de novas práticas profissionais pode se mostrar demorado por ser de difícil internalização, devido à complexidade inerente às inovações em saúde³⁹. Por essa razão, apesar de ter completado dez anos de sua regulamentação no ano de 2023, a prescrição farmacêutica ainda é um ato profissional pouco difundido no Brasil. Um sinal dessa ainda incipiente expansão da prática é o cenário de ausência de estudos publicados em periódicos ou eventos da área no País⁴⁰.

A formulação de intervenções, seguida pela implementação em si, pode não ser um processo naturalmente harmonioso. Isso pode ocorrer por discordâncias que envolvem as partes (a formulação e a execução), como, por exemplo: a implementação insuficiente ou inadequada por mau planejamento (ou baixa capacidade gerencial); um contexto político desfavorável; ou mesmo a pouca capacidade técnica daqueles que aplicam a intervenção. Dessa situação de conflito, emerge o valor do EA⁴¹.

A produção de um estudo avaliativo é útil, pois oferece suporte às transformações necessárias para responder às pressões por melhoramento, resolutividade e eficiência, que fazem parte do cotidiano da gestão em saúde⁴². A construção do ML, etapa prevista para os EA, pode ser considerada como de grande contribuição para a compreensão da intervenção, uma vez que define o que deve ser realizado e qual será a estrutura necessária para que os objetivos da intervenção sejam alcançados⁴³. A produção do ML acaba por conferir sentido e racionalidade a uma intervenção (aqui no caso representado pela prática da prescrição farmacêutica), ao conseguir esclarecer suas ideias (problemas e pressupostos) e suas hipóteses (estratégias, lógica e resultados esperados)⁴⁴.

A análise documental realizada durante a construção deste trabalho permitiu definir claramente os objetivos da intervenção, ancorando-se em literatura que contextualiza a atividade da prescrição farmacêutica, indo além da resolução do CFF que a regulamenta. Ademais, foi ratificada por especialistas no tema. Esse entendimento comum quanto aos objetivos da intervenção é primordial para sua operacionalização lógica, levando ao alcance dos resultados esperados²⁵.

A construção desse ML arregimentou atores importantes da área profissional farmacêutica no Brasil, com especial participação de sujeitos que contribuíram para a discussão e a elaboração da Resolução CFF nº 586/13, que regulamentou a prática da prescrição farmacêutica. A possibilidade de a validação ser realizada de forma remota favoreceu a inclusão de participantes que atuam em diferentes localidades do Brasil (sete unidades federativas de quatro regiões do País). Diante da característica de envolvimento dos *experts* com o tema, e de atuarem em diferentes localidades brasileiras, é possível esperar que o ML elaborado seja mais representativo de um cenário nacional e da prática corrente dos farmacêuticos nos estabelecimentos farmacêuticos.

O processo de validação pela técnica Delphi tem como vantagem a possibilidade de permitir o intercâmbio de ideias e percepções sobre um tema bem específico entre pessoas distantes geograficamente e com diferentes vivências e experiências sobre o objeto, o que confere uma maior credibilidade ao estudo^{34,45}.

A modelização com nível de detalhamento adequado contribui para o entendimento comum entre os interessados na intervenção a respeito do problema que se quer resolver, dos objetivos e dos resultados esperados⁴⁶. O ML, assim, pode ser utilizado como uma ferramenta para apresentar aos profissionais de saúde o que foi previsto e será realizado. É o conhecimento desses atores sobre esses aspectos que vai promover seu envolvimento no processo de implementação e, doravante, o sucesso da intervenção. E, por isso, é papel dos gestores nos serviços de saúde democratizar a informação, a fim de viabilizar uma participação ativa dos profissionais no SUS⁴³.

A construção e a divulgação do ML da prescrição farmacêutica são passos importantes para angariar apoio e comprometimento das partes interessadas (farmacêuticos, gestores na saúde, outros profissionais de saúde e pacientes) na implementação da prescrição farmacêutica em diferentes espaços que a oportunizam.

No ML, os objetivos da intervenção estarão apresentados, com a vantagem de o modo de atingi-los estar visualmente esquematizado. Assim, entre os interessados, o ML poderá ser utilizado para: a) acompanhar a aplicação dos recursos e seus resultados; b) melhorar o processo de gestão; c) esclarecer os resultados possíveis da intervenção; d) identificar facilitadores e obstáculos para o processo de implementação; e) ampliar a compreensão dos interessados sobre a prescrição farmacêutica; f) visualizar os impactos que a prática da intervenção pode provocar na atenção à saúde das populações e na sua qualidade de vida; g) ser um

instrumento capaz de esclarecer todas as atividades possíveis a serem desenvolvidas no exercício da prescrição farmacêutica.

Como o ML pode ser encarado como uma ferramenta funcional para o planejamento, a implementação e a definição da pesquisa avaliativa⁴⁷, este ML traz, ainda, contribuições à literatura científica sobre esse campo de atividade e conhecimento e tem potencial para servir de referência a futuros estudos avaliativos para a prática da prescrição farmacêutica. Quanto maior a necessidade de medir a adesão e a implementação da prática nos diferentes cenários farmacêuticos, mais relevante será a existência de estudos avaliativos.

Este modelo avaliativo apresenta potencialidades e fragilidades que podem ser numeradas. Como potencialidades, destaca-se o ineditismo da proposta desenvolvida. Sua introdução representa um acréscimo ao corpo teórico sobre a temática da prescrição farmacêutica no Brasil e pode contribuir para suscitar novos estudos sobre o tema, capilarizando-o no espaço acadêmico e profissional. Soma-se a isso a abrangência do ML, que não possui restrições de uso em realidades específicas de ambiente de execução ou região do País, possuindo, portanto, aplicabilidade nacional. Outra vantagem que pode ser citada é o perfil variado dos participantes envolvidos na validação e a sua qualificação técnica, evidenciada pelo alto grau de titulação dos sujeitos e por seu envolvimento com o tema em diferentes e relevantes cenários da área farmacêutica.

Como limitações do estudo, o mais importante é a dependência do engajamento dos participantes para a produção de respostas úteis para o trabalho coletivo de aperfeiçoamento do ML proposto. Esse engajamento torna-se desafiador devido à ausência de contato físico entre pesquisadores e participantes da pesquisa, que fez com que toda a comunicação do processo de validação fosse realizada por meio de correio eletrônico. A demora no aceite e a dificuldade em explicar a relevância do estudo foram características em comum deste estudo com os de outros autores⁴⁵.

Considerações finais

O ML da prescrição farmacêutica no Brasil exhibe uma intervenção em saúde relativamente complexa ao se apresentar com uma quantidade significativa de itens de atividades, correlacionadas a uma variedade de resultados intermediários possíveis. Ao esquematizar com clareza os componentes da intervenção e as relações entre eles, o ML aqui apresentado elucidou o tema da prescrição farmacêutica. Para farmacêuticos e gestores, serve como um instrumento importante (legitimado por diversos atores que compuseram as etapas de construção e validação deste estudo) para o planejamento e a implementação da intervenção nos espaços desejados.

Indubitavelmente, é, também, um instrumento de apoio para estudos mais aprofundados sobre o tema em questão. O que se espera, especialmente, é que a apresentação deste ML auxilie futuros estudos de avaliação sobre a prática da prescrição farmacêutica, sobremaneira estudos de avaliação de implantação. Considera-se que o presente ML contribuirá para fornecer uma estrutura capaz de apoiar futuros estudos avaliativos, auxiliando na interpretação dos resultados, bem como na identificação de novas perguntas avaliativas e áreas nas quais mais evidências são necessárias.

Importante acrescentar que o modelo construído neste estudo não é um material definitivo ou perpétuo. Pode ser revisado a qualquer momento, à medida que as diretrizes sobre a prática da prescrição farmacêutica sejam inovadas ou que novos olhares sejam necessários para definir que caminhos a prescrição farmacêutica deve seguir no Brasil.

Colaboradores

Ramos DC (0000-0003-0024-3259)* contribuiu para concepção e planejamento da pesquisa, coleta, análise e interpretação dos dados, escrita e aprovação final do manuscrito. Ferreira L (0000-0001-5707-5677)*, Santos

Júnior GA (0000-0002-5618-1846)*, Ayres LR (0000-0003-4346-5281)* e Esposti CDD (0000-0001-8102-7771)* contribuíram

igualmente para planejamento da pesquisa, revisão crítica do conteúdo e colaboração na redação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Álvares J, Guerra Junior AA, Araújo VE, et al. Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária no Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2017;51:20s. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007139>
2. Barros RD, Costa EA, Santos DB, et al. Acesso a medicamentos: relações com a institucionalização da assistência farmacêutica. *Rev Saúde Pública*. 2017;51:8s. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007138>
3. Presidência da República (BR). Lei nº 8.080, 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. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF. 1990 set 20; Edição 182; Seção I:18055-18059.
4. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF. 1998 nov 10; Edição 215-E; Seção I:18-22.
5. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2004 maio 20; Edição 96; Seção I:52-53.
6. Lim RHM, Courtenay M, Fleming G. Roles of the non-medical prescribing leads within organisations across a Strategic Health Authority: perceived functions and factors supporting the role. *Int. J. Pharm. Pract.* 2013;21(2):82-91. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.2042-7174.2012.00224.x>
7. Conselho Federal de Farmácia (BR). Resolução nº 586, de 29 de agosto de 2013. Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2013 set 26; Edição 187; Seção I:136-138.
8. Zhou M, Desborough J, Parkinson A, et al. Barriers to pharmacist prescribing: a scoping review comparing the UK, New Zealand, Canadian and Australian experiences. *Int J Pharm Pract.* 2019;27(6):479-489. DOI: <https://doi.org/10.1111/ijpp.12557>
9. Ogundipe A, Sim TF, Emmerton L. Health information communication technology evaluation frameworks for pharmacist prescribing: A systematic scoping review. *Res Social Adm Pharm.* 2023;19(2):218-234. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2022.09.010>
10. Mills T, Patel N, Ryan K. Pharmacist non-medical prescribing in primary care. A systematic review of views, opinions, and attitudes. *Int J Clin Pract.* 2021;75(3):e13827. DOI: <https://doi.org/10.1111/ijcp.13827>
11. Diab MI, Ibrahim A, Abdallah O, et al. Perspectives of future pharmacists on the potential for development and implementation of pharmacist prescribing in Qatar. *Int J Clin Pharm.* 2020;42(1):110-123. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11096-019-00946-9>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

12. Ramos DC, Ferreira L, Santos Júnior GA, et al. Prescrição farmacêutica: uma revisão sobre percepções e atitudes de pacientes, farmacêuticos e outros interessados. *Ciênc saúde coletiva*. 2022;27(9):3531-3546. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.19972021>
13. Stewart D, Jebara T, Cunningham S, et al. Future perspectives on nonmedical prescribing. *Ther Adv Drug Saf*. 2017;8(6):183-197. DOI: <https://doi.org/10.1177/2042098617693546>
14. Lemos LMA, Prado NMBL, Medina MG. Modelização do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade em um município baiano. *Saúde debate*. 2020;44(125):297-309. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012501>
15. Champagne F, Contandriopoulos A, Brousselle A, et al. A Avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A, et al., organizadores. *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. p. 41-60.
16. Natal S, Samico I, Oliveira LGD, et al. Estudo de avaliabilidade da rede de formação de Recursos Humanos da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. *Cad Saúde Colet*. 2010;18(4):560-571.
17. Leviton LC, Collins CB, Laird BL, et al. Teaching evaluation using evaluability assessment. *Evaluation*. 1998;4(4):389-409.
18. Centers for Disease Control and Prevention. Framework for program evaluation in public health. *MMWR Recomm Rep*. 1999;48(RR-11):1-40.
19. Champagne F, Brousselle A, Hartz Z, et al. Modelizar as intervenções. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A, et al., organizadores. *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. p. 61-74.
20. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. *Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.
21. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 1988;260:1743-1748. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>
22. Bezerra, LCA, Alves CKA, Reis YAC, et al. Identificação e caracterização dos elementos constituintes de uma intervenção: pré-avaliação da política Participa-SUS. *Ciênc saúde coletiva*. 2012;17(4):883-900. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400011>
23. Medeiros PFP, Bezerra, LCA, Santos NTV, et al. Um estudo sobre a avaliabilidade do Programa + Vida: política de redução de danos em álcool, fumo e outras drogas do município de Recife, Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2010;10:s209-217. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000500018>
24. Ferreira L, Ribeiro MS, Oliveira LZ, et al. Validação do modelo lógico de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária. *Trab Educ saúde*. 2020;18(2):e0026294. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00262>
25. Baratieri T, Natal S, Hartz ZMA. Cuidado pós-parto às mulheres na atenção primária: construção de um modelo avaliativo. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(7):e00087319. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00087319>
26. Conselho Federal de Farmácia (BR). *Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual*. Brasília, DF: CFF; 2016.
27. Wright JTC, Giovinazzo RA. DELPHI – uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. *Cad Pesq Adm*. 2000;1(12):54-65.
28. Revorêdo LS, Maia RS, Torres GV, et al. O uso da técnica Delphi em saúde: uma revisão integrativa de estudos brasileiros. *Arq Ciênc Saúde*. 2015;22(2):16-21.
29. Ferreira L. *Avaliação de Implementação da Política de Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária no município de Vitória, Espírito Santo [tese]*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2019.

30. Faro ACME. Técnica Delphi na validação das intervenções de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 1997;31(2):259-273. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62341997000200008>
31. Pereira RDM, Alvim NAT. Técnica Delphi no diálogo com enfermeiros sobre a acupuntura como proposta de intervenção de enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2015;19(1):174-180. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150024>
32. Borel MGC, Thofehrn MB, Arreguy-Sena C, et al. Teoria dos vínculos profissionais: descrição e análise teórica com base no modelo de Meleis com estratégia Delphi. *Rev Esc Enferm USP*. 2022;56:e20220054. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0054en>
33. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
34. Vitorino SAS, Cruz MM, Barros DC. Validação do modelo lógico teórico da vigilância alimentar e nutricional na atenção primária em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(12):e00014217. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00014217>
35. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2013 jun 13; Seção I:549
36. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2016 maio 24; Seção I:44
37. Vieira-da-Silva LM. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM, organizadoras. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 15-39.
38. Conselho Federal de Farmácia (BR). Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2013 set 25; Edição 186; Seção I:186-188.
39. Cane J, O'Connor D, Michie S. Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. *Implement Sci*. 2012;7:37. DOI: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-37>
40. Ramos DC, Ayres LR, Esposti CDD. Produção científica nacional sobre prescrição farmacêutica de 2013 a 2022. O que tem sido publicado em periódicos nacionais? In: *Anais do 13º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 2022 nov 21-24; Salvador*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva; 2022.
41. Mendes MFM, Cazarin G, Bezerra LCA, et al. Avaliação ou pré-avaliação de um programa. In: Samico A, Felisberto E, Figueiró AC, et al., organizadores. *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p. 57-64.
42. Tanaka OY. Avaliação em saúde: novos tempos, novas construções. In: Tanaka OY, Ribeiro EL, Almeida CAL. *Avaliação em Saúde: contribuições para Incorporação no Cotidiano*. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017. p 1-9.
43. Pereira NC, Luíza VL, Cruz MM. Serviços farmacêuticos na atenção primária no município do Rio de Janeiro: um estudo de avaliabilidade. *Saúde debate*. 2015;39(105):451-468. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002013>
44. Silva RR, Gasparini MFV, Barboza M. Avaliação sob medida – produzir estudos relevantes em serviços de saúde reais. In: Tanaka OY, Ribeiro EL, Almeida CAL. *Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano*. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017. p. 11-27.

45. Fabriz LA, Oliveira VC, Zacharias FCM, et al. Construction and validation of a matrix for normative evaluation of the integrated health system of the borders. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2021;29:e3433. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4141.3433>
46. Bezerra LCA, Cazarin G, Alves CKA. Modelagem de Programas: da teoria à operacionalização. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, et al., organizadores. *Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais*. Rio de Janeiro: Medbook; 2010. p. 65-78.
47. Mendes CSS, Souza PR, Rabelo A, et al. Logical model of telenursing program of a high complexity oncology care center. *Rev Esc Enferm USP*. 2022;56:e20220067. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0067en>

Recebido em 08/02/2023

Aprovado em 10/06/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Maria Lucia Frizon Rizzotto