



RELATÓRIO

PERFIL DOS FARMACÊUTICOS EGRESSOS DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA NO BRASIL

BRASÍLIA
2019

Comissão Executiva

Josélia Cintya Quintão Pena Frade
Hellen Karoline Maniero
Lucas Miyake Okumura
Patrícia Carvalho Baruel Okumura
Rafael Mota Pinheiro
Roberto Canquerini da Silva

Comitê de especialistas para validação do questionário

Aline Palma
Antonio Eduardo Matoso Mendes
Dayane Beserra Costa
Gisele Vinhote Aida
Inara Gondim de Souza
Iuri Vicente Camargo Morkis
Jéssica Weis Bonfanti
Gabriela Fumegalli
Marinei Campos Ricieri
Maurílio de Souza Cazarim
Romulo Pereira de Moura Sousa
Thais Piazza de Melo

Revisão técnica

Elisangela da Costa Lima Dellamora
Luiz Fernando Ramos Ferreira
Maely Peçanha Fávero Retto
Margô Gomes de Oliveira Karnikowski
Marina Weizenmann
Mario Jorge Sobreira da Silva
Tarcísio José Palhano
Wellington Barros da Silva
Zilamar Camargo Costa

Agradecimentos

Angelita Cristine de Melo
Eugenie Desirée Rabelo Néri Viana
Ilana Socolik
Selma Rodrigues de Castilho

Projeto Gráfico

Kiko Nascimento
K&R Artes Gráficas e Editora Ltda

Acompanhamento e revisão do projeto gráfico

Josélia Cintya Quintão Pena Frade
Ilana Socolik
Maria Isabel Lopes



**Conselho
Federal de
Farmácia**

RELATÓRIO

PERFIL DOS FARMACÊUTICOS
EGRESSOS DE PROGRAMAS
DE RESIDÊNCIA NO BRASIL

BRASÍLIA
2019



**Conselho
Federal de
Farmácia**

PRESIDENTE

Walter da Silva Jorge João

VICE-PRESIDENTE

Lenira da Silva Costa

SECRETÁRIO-GERAL

Erlandson Uchôa Lacerda

TESOUREIRO

João Samuel de Morais Meira

CONSELHEIROS FEDERAIS EFETIVOS

Romeu Cordeiro Barbosa Neto (2018/2021)	João Samuel de Morais Meira (2016/2019)
José Gildo da Silva (2016/2019)	Bráulio César de Sousa (2016/2019)
Marcos Aurélio Ferreira da Silva (2019/2022)	Elena Lúcia Sales Souza (2016/2019)
Carlos André Oeiras Sena (2018/2021)	Luiz Gustavo de Freitas Pires (2019/2022)
Altamiro José dos Santos (2018/2021)	Alex Sandro Rodrigues Baiense (2016/2019)
Luis Cláudio Mapurunga da Frota (2016/2019)	Lenira da Silva Costa (2016/2019)
Forland Oliveira Silva (2018/2021)	Lérida Maria dos Santos Vieira (2016/2019)
Gedayas Medeiros Pedro (2016/2019)	Erlandson Uchôa Lacerda (2018/2021)
Ernestina Rocha de Sousa e Silva (2019/2022)	Josué Schostack (2016/2019)
Luís Marcelo Vieira Rosa (2018/2021)	Paulo Roberto Boff (2016/2019)
Gerson Antônio Pianetti (2016/2019)	Maria de Fátima Cardoso Aragão (2019/2022)
Márcia Regina Cardeal Gutierrez Saldanha (2018/2021)	Margarete Akemi Kishi (2018/2019)
José Ricardo Arnaut Amadio (2018/2021)	Marttha de Aguiar Franco Ramos (2019/2022)
Walter da Silva Jorge João (2016/2019)	

Conselho Federal de Farmácia.

Relatório: perfil dos farmacêuticos egressos de programas de residência no Brasil / Conselho Federal de Farmácia. – Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2019.
46 p. : il.

ISBN 978-85-67011-36-3

1. Formação do farmacêutico. 2. Educação farmacêutica. 3. Assistência farmacêutica. 4. Formação profissional. I. Título.

CDU 615.1



Palavra do presidente

O perfil dos farmacêuticos egressos de programas de residência no Brasil é fruto do I Congresso Brasileiro de Ciências Farmacêuticas, realizado em Foz do Iguaçu, PR, no ano de 2017, e foi produzido com o objetivo de se discutir não apenas os programas de residência uni e multiprofissionais, mas também identificar a necessidade de se qualificar a discussão da formação do farmacêutico em diversos fóruns.

Muito além de aproveitar um espaço na programação daquele evento, a Comissão Executiva foi responsável por conduzir uma pesquisa de âmbito nacional e, com a ajuda dos egressos formados nesses programas, produzir um documento validado, e com potencial para subsidiar as discussões a respeito da educação farmacêutica no país.

A partir de 2014, o Conselho Federal de Farmácia (CFF) disponibilizou aos farmacêuticos brasileiros um hotsite a respeito de residência, com o objetivo de registrar a história dessa modalidade de formação, as normas que a regulamentam e os editais dos concursos publicados.

O perfil dos farmacêuticos egressos de programas de residência no Brasil representa uma contribuição do CFF para a sociedade. Espera-se que os resultados dessa pesquisa contribuam para identificar melhorias na formação dos farmacêuticos do Brasil.

Boa leitura!



Walter da Silva Jorge João

Sumário

LISTA DE FIGURAS	3
LISTA DE TABELAS	4
GLOSSÁRIO	5
RESUMO EXECUTIVO	8
1. APRESENTAÇÃO	12
1.1. Introdução.....	12
1.2. Breve histórico das residências em Farmácia no Brasil	12
1.3. Justificativas	13
2. OBJETIVOS GERAIS	14
2.1. Objetivos específicos.....	14
3. MÉTODOS	14
3.1. Participantes da pesquisa	14
3.2. Instrumento de coleta: desenvolvimento e validação	14
3.3. Amostra.....	15
3.4. Análise dos dados	15
4. RESULTADOS.....	15
4.1. Perfil sociodemográfico.....	16
4.2. Perfil estrutural	18
4.2.1. Estrutura das residências em especialidade clínica	18
4.2.2. Estrutura das residências em atenção básica	22
4.2.3. Estrutura das residências em apoio diagnóstico e terapêutico	24
4.3. Perfil dos preceptores e tutores.....	25
4.3.1. Perfil do preceptor que mais fez a diferença na formação do egresso	26
4.3.2. Perfil do tutor que mais fez a diferença na formação do egresso.....	26
4.4. Perfil dos processos que constituem um programa de residência em Farmácia	27
4.4.1. Processos em residências em assistência farmacêutica	27
4.5. Disciplinas do eixo transversal (obrigatórias).....	29
4.6. Resultados relacionados à residência	30
5. DISCUSSÃO	32
5.1. A residência como modalidade de formação para a atuação profissional.....	32
5.2. O impacto dos residentes nos serviços de saúde.....	33
5.3. Heterogeneidade dos programas de residência	34
5.4. A visão do egresso sobre os preceptores e tutores: formação e reconhecimento	35
5.5. Ações futuras	36
5.6. Limitações	36
6. CONCLUSÕES.....	37
REFERÊNCIAS	39



Lista de Figuras

Figura 1 - Fluxo de inclusão e seleção de respondentes	15
Figura 2 - Por onde o residente andou?	17
Figura 3 - Programas por Câmara Técnica da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional (CNRM)	17
Figura 4 - Programas por área de atuação	18

Lista de Tabelas

Tabela 1	Perfil sociodemográfico	16
Tabela 2	Cenários de prática em programas de residência em especialidades.....	19
Tabela 3	Setores ou atividades em programas de residência em especialidades, ligados à Farmácia.....	20
Tabela 4	Cenários de prática em programas de residência em especialidades, ligados às unidades clínicas	20
Tabela 5	Dedicação em horas semanais em cenários ou atividades práticas da residência	21
Tabela 6	Estrutura física oferecida aos programas de residência em especialidades	22
Tabela 7	Recursos oferecidos aos programas de residências em especialidades.....	22
Tabela 8	Cenários de prática em programas de residência em atenção básica	23
Tabela 9	Cenários de práticas relacionados à farmácia em programas de residência em atenção básica	23
Tabela 10	Estrutura física oferecida aos programas de residência em atenção básica	24
Tabela 11	Recursos oferecidos aos programas de residência em atenção básica	24
Tabela 12	Cenários e atividades de prática em programas de residência em apoio diagnóstico.....	25
Tabela 13	Estrutura oferecida aos programas de residência em apoio diagnóstico	25
Tabela 14	Características do preceptor que mais influenciou positivamente na formação do egresso	26
Tabela 15	Características do tutor que mais influenciou positivamente na formação do egresso	27
Tabela 16	Serviços farmacêuticos ofertados	28
Tabela 17	Atividades/competências do farmacêutico.....	28
Tabela 18	Processos relacionados à assistência farmacêutica	29
Tabela 19	Atividades realizadas durante a residência em assistência farmacêutica	29
Tabela 20	Satisfação com o eixo transversal (aulas).....	30
Tabela 21	Resultados relacionados à residência	31
Tabela 22	Ocupação profissional dos egressos em 2017	32

Glossário

Área de concentração	Delimitação e aprofundamento de uma área de conhecimento
Área temática ou Áreas das Câmaras Técnicas da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CT-CNRMS)	Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Especialidades clínicas, Especialidades cirúrgicas; Intensivismo, Urgência e Emergência, Atenção básica, Saúde da família e comunidade, Saúde Coletiva; Saúde Mental; Saúde Funcional; Saúde Ambiental e Animal
Atividades práticas	São aquelas em que a aprendizagem se desenvolve em território
Atividades teóricas	São aquelas em que a aprendizagem se desenvolve por meio de estudos individuais ou em grupo, em que o residente conta, obrigatoriamente, com o apoio de docentes ou convidados, visando à aquisição e elaboração conceitual e técnica
Atividades teórico-práticas	São aquelas em que a aprendizagem se desenvolve por meio de estudo individual/coletivo e apresentação pública, visando ao compartilhamento do conhecimento do residente e à apresentação de material escrito
Eixo específico do núcleo profissional	Atividades teóricas, teórico-práticas e práticas específicas de cada núcleo profissional, em cada área de concentração de um programa de residência multiprofissional
Eixo transversal da área de concentração	Atividades teóricas, teórico-práticas e práticas comuns aos núcleos profissionais de determinada área de concentração de um programa de residência multiprofissional
Eixo transversal	Atividades teóricas, teórico-práticas e práticas comuns a todas as áreas de concentração e aos núcleos profissionais do programa de residência multiprofissional
Núcleos e campos específicos de competência	Referem-se às competências específicas a serem desenvolvidas por cada núcleo profissional, em determinada área de concentração
Núcleos profissionais	Referem-se às áreas de formação e especialização profissional da saúde: biomedicina, biologia, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional
Preceptor	É o profissional contratado que atua no programa de residência multiprofissional, exercendo a função de facilitar a inserção e a socialização do residente no ambiente do trabalho, estreitando a distância entre teoria e prática
Tutor	É o profissional, da carreira docente ou não, que detém o maior grau de experiência em uma determinada área de conhecimento, tendo como função estabelecer, coordenar e desenvolver o conteúdo teórico e/ou teórico-prático que fundamenta sua profissão na respectiva área de concentração do programa no qual está inserido

Esse glossário foi construído com base em denominações adotadas pelo Ministério da Educação (MEC), em seu instrumento de avaliação de programas de residência. Acesso às denominações do MEC:

portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=16260-cnrms-instrucaodeavaliacao-final-09-pdf&category_slug=agosto-2014-pdf&Itemid=30192

Mensagens de valor

As mensagens de valor a seguir são dirigidas aos diferentes setores da sociedade, de preceptores a acadêmicos, de gestores e potenciais empregadores às comunidades científicas, e assim por diante.

Referem-se a possibilidades de aproveitar este relatório sob diferentes perspectivas, cujo objetivo maior é qualificar a discussão sobre

formação do profissional farmacêutico. É importante ressaltar que o mesmo foi elaborado com base em um questionário validado e construído a partir de documentos de sociedades organizadas, cartas de fóruns e outros meios representativos da profissão. Para mais informações, verificar o resumo executivo e o texto completo deste relatório.

Aos educadores

As disciplinas obrigatórias dos programas de residência (ex.: bioética, políticas públicas de saúde, sistema de saúde, epidemiologia, entre outras) foram avaliadas como muito relevantes à formação dos residentes. Embora muitas disciplinas sejam abordadas em diversas graduações, é possível que o processo teórico-prático das residências (vivência de casos reais) tenha contribuído com essa avaliação positiva dos egressos. O ambiente teórico-prático proporciona mais reflexões sobre a utilidade das informações, tornando-se propício ao ensino baseado por competências.

Aos pesquisadores

Os respondentes deste questionário têm potencial de produção científica relacionada ao impacto da atuação profissional em melhoria de processos locais e assistenciais. Trinta por cento (30%) dos artigos foram publicados em revistas indexadas. Deles, a maioria era >B2 pelos critérios Qualis/Capes 2013-2016. Em outras palavras, a vivência prática é superior a outras especializações lato sensu, com menos de 1.000h. É também competitivo ao se comparar com mestrados, em especial, os profissionais, uma vez que a residência proporciona a oportunidade de pesquisa - muitas vezes aplicada - e uma vivência profissional mais ampla.

Aos gestores e empregadores (setor público e privado)

Somado à constatação acima, durante dois anos de formação no programa de residência, o profissional egresso adquire uma ampla experiência de trabalho. Os resultados são expressos por melhorias locais e assistenciais, aliadas à formação teórico-prática em uma área específica de atuação. Foram identificados também diversos reconhecimentos (prêmios e menções honrosas) por sociedades profissionais do Brasil e do mundo.

Aos avaliadores de programas de residência

A heterogeneidade estrutural e de processos é marcante entre os programas de residência. Há de se considerar padrões mínimos para formar farmacêuticos especialistas por meio de avaliação dos locais de prática (presença de preceptor, horários, disciplinas e outras atividades). O processo de avaliação documental, com a constatação prática do que ocorre no programa (“diga-me e me mostre”), é essencial para identificar oportunidades e limitações.

Às sociedades e associações profissionais, científicas e civis

Pelo fato apontado no item anterior, essas entidades têm um papel primordial na elaboração de padrões para os programas e a oportunidade de usá-los para “chancelar” ou “certificar” a adequação ou as possibilidades de qualificação dos programas de residência no país. Essa participação ativa das entidades proporcionará melhorias dos programas, na medida em que despertará o interesse dos candidatos mais qualificados por instituições credenciadas. Estas, por sua vez, também serão beneficiadas por contar com profissionais mais capacitados.

Sobre o tutor que mais contribuiu com a formação do egresso

Farmacêutico, com especialização na área de formação do residente, com mestrado e doutorado em áreas afins, foi o perfil que mais contribuiu com a formação do residente. Em seguida, vieram médicos com as mesmas características acima citadas. Alguns tutores (16%) percebiam remuneração específica para esse cargo ou incentivo para progressão de carreira.

Sobre o preceptor que mais contribuiu com a formação do egresso

Farmacêutico, com especialização e mestrado ou doutorado, na mesma área de formação do residente, foi o perfil que mais contribuiu com a formação do residente. Em seguida, vieram médicos com as características acima descritas. Alguns preceptores (10%) percebiam remuneração específica para esse cargo ou incentivo para progressão de carreira.

Resumo Executivo

Apresentação

Os programas de residência em Farmácia são uma modalidade de formação em serviço, com uma carga horária total de 60 horas semanais de dedicação teórica e prática, em um curso de, no mínimo, 5.760 horas, em que os profissionais se tornam especialistas. Até a presente data, o conhecimento acerca dos cursos de residência farmacêutica no país se limita a resumos em congressos, trabalhos publicados em revistas indexadas em diversas bases de dados, conhecimento empírico dos envolvidos, guias elaborados por sociedades científicas e a outras fontes de informações esparsas. Com o incentivo do Conselho Federal de Farmácia, os resultados dessa pesquisa propiciam uma discussão qualificada sobre a formação do farmacêutico, além de trazer benefícios aos programas de residência vigentes, a tomadores de decisão (instituições e sistema de saúde), preceptores, tutores, residentes e os usuários beneficiados por essa estratégia de política pública de saúde e educação.

Objetivos

Objetivo geral: identificar o perfil dos farmacêuticos egressos de programas de residência.

Objetivos específicos: (a) identificar o perfil sociodemográfico de egressos; (b) conhecer as estruturas e os processos que fizeram parte da formação em serviço; (c) avaliar o impacto local das atividades oriundas de residências, as atividades dos egressos e as publicações oriundas do período da residência.

Métodos

Desenho do estudo: trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal, realizado por meio de questionário eletrônico, com 60 perguntas. Para preencher os critérios de inclusão, os farmacêuticos deveriam ser egressos de residências multiprofissional ou uniprofissional em saúde.

Crítérios de exclusão: CPF e data de nascimento inválidos e/ou não conclusão da residência, até março de 2017.

Validade do questionário: elaborado a partir de documentos de sociedades profissionais (ex.: Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde - Sbrafh), cartas de encontros de residentes e de congressos. O questionário foi validado por duas rodadas Delphi, com doze farmacêuticos egressos.

Variáveis coletadas: perfil sociodemográfico, características detalhadas dos programas de residência (estrutura e processos) e resultados alcançados por intermédio das residências.

Amostra: calculada com base em uma margem de erro na estimativa do número verdadeiro de egressos, inferiu-se que 100 respondentes seriam suficientes para representar a população de aproximadamente 1744 egressos, formados até 2017.

Análise: os dados obtidos foram organizados e analisados por estatística descritiva, considerando aspectos de estrutura, processo e resultado de programas de residência nas diversas áreas oferecidas.

Resultado geral

Perfil sociodemográfico

De 296 acessos ao questionário eletrônico, 199 foram incluídos no estudo. Após verificação dos critérios de inclusão e exclusão, foram incluídos somente aqueles que possuíam CPF e data de nascimento válidos, e currículo Lattes, LinkedIn ou outra rede social que confirmasse o ingresso e o término de um programa de residência, até 2017.

A maioria dos respondentes era do sexo feminino (79%), com idade média de 31 ($\pm 3,8$) anos e 3 (± 3) anos de conclusão do programa de residência. Os egressos eram oriundos das

Regiões Sudeste (34%), Sul (34%), Nordeste (26%) e Norte/Centro-Oeste (6%). A idade média para o ingresso nos programas foi de 25 (\pm 3) anos, sendo a maioria proveniente diretamente da graduação (82%) em faculdades de farmácia públicas (73%). Dos 50% dos respondentes com experiência profissional prévia à residência, 36% atuaram em farmácia comunitária sem manipulação e 32% em hospitais. A maioria dos residentes fez residência multiprofissional (62%) em instituição pública (88%). Ao todo, 56% dos egressos fizeram residência em instituição diferente daquela que lhe conferiu o título de farmacêutico.

Resultado - Estrutura

Assistência farmacêutica - especialidades clínicas

Cento e quarenta e quatro (144) respondentes nesta seção.

Serviço de saúde mais comum: hospitais de grande porte (69%).

Locais de prática mais comuns relacionados à farmácia: setor específico de farmácia clínica (84%) e setor da farmácia voltada à logística (81%).

Especialidades mais frequentes: terapia intensiva (46%) e clínica médica (44%).

Tempo de dedicação em assistência: mediana 55h (IQR = 44-60h semanais).

Cenários de prática mais comuns no primeiro ou segundo ano (R1 ou R2): unidades clínicas (70% ~ 80%), entre 30 e 40h semanais.

Disponibilidade de base de dados, artigos científicos e computadores, respectivamente: 77%, 74% e 83%.

Reunião clínica semanal, diária e acesso a leito do paciente, respectivamente: 79%, 51% e 85%.

Acesso à prescrição e ao prontuário em papel, respectivamente: 85% e 84%.

Acesso à prescrição e ao prontuário eletrônico, respectivamente: 56% e 47%.

Acesso e permissão para requisição de exames laboratoriais, respectivamente: 85% e 8%.

Assistência farmacêutica - atenção básica

Vinte e cinco (25) respondentes nesta seção.

Cenário de prática mais comum: posto de saúde (saúde da família), em zona urbana (64%).

Cenários de prática mais comuns relacionados à farmácia: farmácia de unidade de saúde (32%) e dispensários (28%).

Acesso à base de dados, artigos científicos e computadores, respectivamente: 52%, 52% e 88%.

Reunião clínica semanal, diária e acesso à casa/leito do paciente, respectivamente: 79%, 51% e 85%.

Acesso à prescrição e ao prontuário, conforme necessidade, respectivamente: 88% e 88%.

Acesso à prescrição e ao prontuário eletrônico, conforme necessidade, respectivamente: 40% e 52%.

Acesso e permissão para requisição de exames laboratoriais, respectivamente: 80% e 0%.

Assistência farmacêutica - apoio diagnóstico e terapêutico

Vinte e um (21) respondentes nesta seção.

Cenário de prática mais comum: hospitais de grande porte (52%).

Cenários de prática mais comuns relacionados a laboratório: bioquímica e hematologia (38%).

Acesso à base de dados, artigos científicos e computadores, respectivamente: 62%, 67% e 76%.

Perfil dos tutores

Cento e sessenta e sete (167) respondentes nesta seção.

Ao todo, o respondente teve contato com 4 tutores (IQR = 2 a 9), dos quais 56% tinham vínculo formalizado por minuta ou outro dispositivo oficial da instituição, 16% percebiam remunera-

ção específica para o referido cargo e 5% contavam com o incentivo de progressão na carreira da instituição.

O tempo de dedicação do tutor ao residente foi de 16h semanais (IQR = 4-12).

O perfil do tutor que mais contribuiu com a formação do residente: farmacêuticos especialistas e com mestrado na mesma área clínica do residente ou doutorado em área relacionada à saúde.

Perfil dos preceptores

Cento e sessenta e sete (167) respondentes nesta seção.

Ao todo, os residentes tiveram contato com 6 preceptores (IQR = 3 a 10), dos quais 55% tinham vínculo formalizado por minuta ou outro dispositivo oficial da instituição, 10% percebiam remuneração específica para este cargo e 5% possuíam o incentivo de progressão na carreira da instituição.

O tempo de dedicação do preceptor ao residente foi de 25h semanais (IQR = 10-50).

O perfil do preceptor que mais contribuiu com a formação do residente: farmacêuticos, com especialização e mestrado, na mesma área clínica do residente.

Resultado - Processos

Atuação do farmacêutico (assistência farmacêutica)

Cento e noventa e nove (199) respondentes nesta seção.

Serviços farmacêuticos disponíveis: acompanhamento farmacoterapêutico (56%), dispensação (59%), revisão da farmacoterapia (51%), educação em saúde (51%) e conciliação de medicamentos (43%).

Manter contato com atividades essenciais: gerenciar pessoas (45%), identificar necessidades em saúde do paciente (79%), fazer interven-

ções estabelecidas no plano de cuidado (82%), selecionar medicamentos e insumos (55%), administrar medicamentos e insumos essenciais (38%) e manipular preparações magistrais (40%).

Os residentes relataram que se sentiam aptos a realizar as seguintes atividades, após a residência: solucionar problemas farmacoterapêuticos, utilizar fontes, registros e buscas em bases de dados (45%), fazer distribuição de medicamentos e de outros produtos para a saúde (29%), desenvolver ações para investigar riscos assistenciais, farmacovigilância, tecnovigilância e hemovigilância (23%), gestão da qualidade, gestão de pessoas e gestão de serviços farmacêuticos logísticos (18%).

Carga horária teórica e disciplinas obrigatórias - eixo transversal

Cento e sessenta e oito (168) respondentes nesta seção.

Percentual de residentes que tiveram carga teórica equivalente a <20% da carga horária total (5.200h) e >20%, respectivamente: 16% e 30%.

Cinquenta por cento (50%) dos egressos afirmaram que todas as atividades teóricas contribuíram para a formação deles.

Uma parcela dos respondentes afirmou que não teve aula de bioética (22%), metodologia científica (7%), epidemiologia (16%), estatística (24%) e políticas públicas & SUS (8%).

Resultado - Impacto

Resultados relacionados aos programas de residência

Cento e vinte e nove (129) respondentes nesta seção.

Absorção pelo mercado de trabalho: 19% foram contratados pela mesma instituição em que fizeram a residência.

Méritos e reconhecimentos profissionais por sociedades e congressos: 24 prêmios, sendo

21 nacionais e 3 internacionais. Dos nacionais, 11 foram em congressos da área farmacêutica, 4 em congressos de outras áreas (ex.: cardiologia), três (3) foram concedidos por sociedades internacionais (ex.: *American College of Clinical Pharmacy*) e cinco (5) pelos conselhos, regional ou federal de Farmácia.

Impacto nos serviços locais: 76% afirmaram participar de melhorias ou na implementação de serviços e rotinas, incluindo conciliação de medicamentos, acompanhamento farmacoterapêutico a pacientes ambulatoriais e internados, entre outros.

Retorno dos egressos ao sistema de saúde: 22% atuam na área de formação da residência e 4% atuam e realizam pesquisa acadêmica na área de formação da residência.

Geração de conhecimento por meio de publicações relacionadas às melhorias implementadas: 19% dos egressos publicaram em revista indexada, totalizando 27 publicações. Mais de 85% das publicações foram classificadas como estrato B3 ou superior, mais de 50% eram pelo menos B2 e quatro eram do estrato A, conforme critérios Qualis/CAPES do quadriênio 2013 a 2016.

Ocupação atual dos residentes: a maioria (34%) está concluindo ou concluiu um progra-

ma *stricto sensu* (mestrado ou doutorado), 30% são celetistas ou possuem outro vínculo empregatício, 24% são concursados públicos e 4% estão concluindo ou concluíram uma segunda residência. Quando analisados de forma combinada, 14% dos respondentes fizeram uma segunda especialização e atuam na área em que fizeram a residência e outros 12% concluíram ou estão concluindo uma pós-graduação *stricto sensu*, e atuam na área de formação da residência.

Limitações

As impressões desse *survey* representam a perspectiva dos egressos, qualificando a discussão sob a ótica de quem cursou a residência. Por essa razão, algumas interpretações de carga horária e atividades, apesar do tamanho amostral ter sido respeitado ($n > 100$), a amostragem é retrato das regiões Sul, Sudeste e Nordeste, compreendendo >90% dos respondentes. Não obstante, algumas regiões menos representadas possuem menos programas, o que proporcionalmente pode refletir no número de respondentes.

Conclusões

Vide mensagens de valor.

1. Apresentação

1.1. Introdução

Com 5.760 horas de treinamento (80% de carga horária prática), em um período de dois anos, os programas de residência em Farmácia são uma estratégia diferenciada de especialização lato sensu e de formação de profissionais, por meio de imersão em serviço.¹

Da atenção primária à atenção hospitalar, ao longo dos últimos anos, mais de 3.000 farmacêuticos brasileiros se especializaram em diversas áreas como saúde da família, cardiologia, oncologia, pediatria, saúde mental, entre tantas outras. Há mais de vinte anos, segundo documento da Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde (Sbrafh)², muitas universidades e serviços de saúde vêm se dedicando à formação de profissionais diferenciados, contribuindo com a educação permanente dos que ingressam como força de trabalho e massa crítica, em consonância com os valores do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com o apoio institucional do Conselho Federal de Farmácia, cujo objetivo foi qualificar a *discussão sobre a formação profissional*, um diagnóstico inicial sobre o perfil dos farmacêuticos egressos formados por programas de residências seria importante para compreender o estado da arte dessa especialização em serviço. Do mesmo modo, por meio dele, será possível identificar limitações, oportunidades e experiências, aprimorando as discussões sobre a formação profissional no país.

1.2. Breve histórico das residências em Farmácia no Brasil

Os primeiros programas de residência para farmacêuticos, no Brasil, surgiram na década de

noventa²⁻⁴, antes da existência de normativas para todo o território nacional. As experiências pioneiras na área hospitalar surgiram nos estados do Rio de Janeiro (1997), Pernambuco (1999), Paraná (2001) e Ceará (2005). Na área de saúde da família, Bahia (2001), Santa Catarina (2003), Rio Grande do Sul (2004) e São Paulo (2005) serviram de inspiração para muitas outras instituições em todo o país.² Esses programas foram inicialmente criados no modelo “uniprofissional” (residência voltada à formação exclusiva de uma só profissão*) - modelo já vivenciado pela Medicina, há décadas - e puderam ser concretizados graças às iniciativas de serviços de saúde e de instituições de ensino que partilhavam o desejo de formar profissionais melhor qualificados para atender às necessidades do SUS. Vale destacar que a demanda existente no setor de saúde de “formar em serviço” foi implementada gradativamente, com sucesso.²

Adicionalmente a esse processo histórico, o Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS), juntamente com outros atores da reforma sanitária, esboçaram um modelo de residência baseado no seguinte pensamento⁵:

“... embora fossem preservadas as especialidades de cada profissão envolvida, seria criada uma área comum, especialmente vinculada ao pensamento da velha saúde pública, acrescida de valores como a promoção da saúde, a integralidade da atenção e o acolhimento.”⁵

Com base nos ideais acima, surgiram diversos programas de residência multiprofissional, a primeira das quais incluindo

* A residência multiprofissional foi criada em 2005, Lei nº 11.129 de 2005. Previamente à esta lei, havia especializações uni profissionais, sendo que muitas não eram reconhecidas como residência, mas cursos de especialização nos moldes de residência. Atualmente, muitos programas de residência incluem apenas vagas para farmacêuticos e por isso se classificam como uni profissionais; porém, muitos programas classificados como uni profissionais possuem atividades multiprofissionais, sendo essa classificação (uni e multi) mais representativa dos editais do que da prática.

vagas para farmacêuticos (segundo relatório do MS) em Sobral/CE. Em 2002, foram criadas 19 residências multiprofissionais em saúde da família, com formatos diversificados, porém com a perspectiva de trabalhar de forma integrada a todas as profissões.⁵

As residências multiprofissionais em área profissional da saúde foram regulamentadas pela lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que não só oficializou os cursos de pós-graduação lato sensu, como também criou a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). A partir daí, foram publicadas diversas portarias e resoluções referentes aos programas de residência. Com o apoio do Ministério da Educação (MEC) e do MS, o número de vagas para residências farmacêuticas aumentou significativamente, de dois programas (antes de 2000) para 24, em 2002.

Grande parte dos programas foi efetivada após a publicação da normativa de 2005, que instituiu, também, um programa nacional de pagamento de bolsas de fomento, ofertadas pelo MEC e pelo MS. As áreas de atuação também se expandiram, até chegar aos moldes atuais, com diversas modalidades (uniprofissionais ou multiprofissionais) e especialidades. Atualmente, existem programas de residência em assistência farmacêutica e em análises clínicas e, em 2016, teve início a primeira turma de residentes em farmácia industrial.²⁻⁴ Esses foram alguns marcos para o crescimento acelerado das residências multiprofissionais e uniprofissionais no país.

1.3. Justificativas

O diagnóstico do Perfil dos Farmacêuticos Egressos de Programas de Residência não se resume a identificar problemas e necessidades de melhorias locais.

Esse estudo se fez necessário devido à escassez de informações para subsidiar as reflexões e as tomadas de decisão, no que

tange a conhecer os processos de formação e o impacto da atuação do farmacêutico egresso dos programas de residência nos serviços de saúde e na sociedade. É, portanto, uma oportunidade de embasar decisões e projetos futuros para melhorar a qualidade da formação, da atenção à saúde e de pesquisas no Brasil.

Assim, essa pesquisa tem o potencial de beneficiar órgãos de regulação da profissão farmacêutica e da residência; gestores na área de saúde; sociedades profissionais e científicas; profissionais da saúde e farmacêuticos envolvidos na condição de preceptores, tutores e residentes; pesquisadores da área de educação farmacêutica e docentes e, principalmente, os usuários.

O presente trabalho visa ser o alicerce para melhorias em múltiplos setores da sociedade:

- aos órgãos de regulação e às sociedades científicas, é esperado que este documento oriente avaliações e padrões mínimos para a manutenção, qualificação e expansão de programas de residências
- aos gestores da área da saúde, espera-se que esta pesquisa auxilie na tomada de decisão sobre prioridades para alocação de recursos humanos, financeiros, materiais e de qualificação da formação nas instituições de saúde
- ao trabalho interprofissional na saúde
- aos farmacêuticos preceptores, tutores e residentes, espera-se que este documento auxilie na proposição de melhorias estruturais e novos processos
- aos usuários e ao SUS, principal motivo da existência desta política pública, espera-se que este documento proporcione um avanço da qualidade da atenção à saúde prestada.

2. Objetivos Gerais

Identificar o perfil dos farmacêuticos egressos e dos respectivos programas de residência profissional.

2.1. Objetivos específicos

- identificar o perfil sociodemográfico;
- conhecer as estruturas e os processos de formação em serviço;
- verificar a atuação dos egressos na sociedade e no serviço;
- avaliar o impacto local da inserção do egresso na sociedade e no serviço;
- identificar as publicações produzidas pelos egressos.

3. Métodos

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal realizado por meio de questionário eletrônico pré-estruturado (tipo *Survey*). Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília, via protocolo CAAE66945617.9.0000.5558.

3.1. Participantes da pesquisa

Foram incluídos farmacêuticos egressos de programas de residência multiprofissional e residência em área profissional da saúde (formados até o ano de 2017), sem restrições para as diferentes áreas e locais de especialização, de análises clínicas à assistência farmacêutica. Para participar, o egresso teria que concordar e assinar eletronicamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram excluídos os sujeitos que não inseriram o cadastro de pessoa física (CPF) válido ou que não mencionaram a data de nascimento de forma correta. Essa etapa foi essencial para

rastrear identificadores válidos no Ministério da Fazenda (<http://cpf.receita.fazenda.gov.br/situacao/default.asp>) e verificar a veracidade da aprovação em concurso público e/ou conclusão de programas de residência em redes[†] sociais profissionais e redes acadêmicas, como currículo Lattes, LinkedIn e outros.

3.2. Instrumento de coleta: desenvolvimento e validação

O instrumento de coleta eletrônico foi desenvolvido por meio da plataforma *Survey Monkey*[®]. A elaboração do questionário considerou informações constantes em cartas de fóruns de residências⁶⁻⁸, documentos oficiais de sociedades profissionais^{2,3,9}, na legislação da área das residências^{1,10}, do Ministério da Saúde[†] e em documentos oficiais do Conselho Federal de Farmácia^{11,12}, como “Competências para a Atuação Clínica do Farmacêutico”¹³ e “Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade - contextualização e arcabouço conceitual”¹⁴.

Após essa etapa, o instrumento foi validado por meio de duas rodadas Delphi¹⁵, por 12 farmacêuticos egressos, representando todas as regiões do país e compondo um painel de especialistas. Os egressos responderam ao questionário de forma independente e apontaram modificações a serem realizadas em cada item na primeira rodada. Ao término da segunda rodada, não houve mais sugestões de modificações. Sendo assim, o questionário foi considerado válido em termos de conteúdo.

O questionário final constitui-se de perguntas sobre o perfil sociodemográfico, o local e a área de formação (análises clínicas, assistência farmacêutica, ambas ou indústria). Dependendo de cada uma das áreas de formação, o respondente era automaticamente encaminhado a um questionário específico, de forma a responder questões sobre a estrutura de trabalho, características do processo de formação e outras sobre a formação. A parte final do questionário compreendeu perguntas sobre os resultados alcançados durante a residência, incluindo a aceitação

[†] Lattes (<http://lattes.cnpq.br>) e LinkedIn (<https://br.linkedin.com/>).

[‡] Lei n° 11.129 de 2005.

e o reconhecimento pelos serviços locais, o retorno do egresso ao sistema de saúde, a geração de conhecimento, as modificações de serviços locais, os méritos e reconhecimentos por sociedades e congressos científicos.

3.3. Amostra

O cálculo amostral se deu em três etapas: (1) estimativa do número de residentes formados baseada em registros oficiais da Sbrafh, para a área hospitalar², do Ministério da Saúde, para a área de Saúde da Família⁵ e do CFF^{4,16}; (2) definição de equação da reta (polinômio de quarto grau) e melhor estimativa do número de vagas até 2015, resultando no número de residentes egressos projetado para 2017; (3) cálculo amostral, considerando um erro de 10% da estimativa verdadeira e nível de confiança de 95%.

Sendo assim: (a) com base nos registros históricos das primeiras residências em atenção básica com farmacêuticos (Sobral/CE, 1 vaga em 2001) e em farmácia hospitalar (UFF/RJ, 2)⁶; (b) considerando até o ano de 2012, estima-se que 336 egressos teriam concluído essas especializações; (c) em 2017, o registro⁴ atualizado do CFF apontava 545 vagas para residência no país; (d) chegou-se a 1.744 egressos de programas de residência até 2017. Dessa forma, considerando uma margem de erro na estimativa do número verdadeiro de egressos em 10% no ano de 2017 e corte de significância estatística em 5%, o mínimo de 92 sujeitos de pesquisa (arredondado para n = 100) seria suficiente para representar a população supracitada.

3.4. Análise dos dados

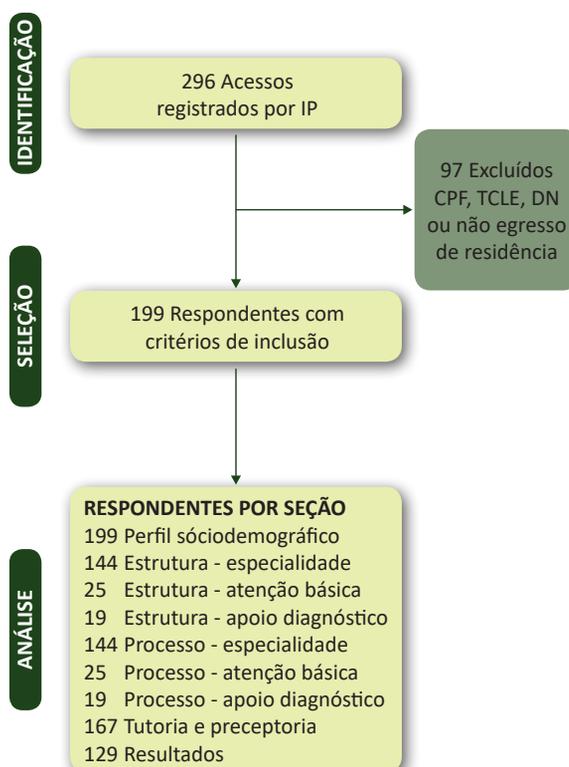
Os dados foram importados e tratados em planilhas do Microsoft Excel®, e analisados por meio do Software R. Objetivando traçar o perfil do egresso, apenas dados descritivos foram reportados nesse relatório. As variáveis numéricas foram avaliadas e reportadas conforme teste de normalidade (Kolmogorov-Smirnov e histograma), por meio de médias, medianas,

desvios-padrão e intervalos interquartílicos. Dados categóricos foram descritos como porcentagens e valores absolutos.

4. Resultados

De 296 acessos identificados pelo sistema eletrônico do questionário, 97 respondentes foram excluídos por não aceitarem o TCLE, não apresentarem CPF e data de nascimento válidos ou por não corresponderem aos critérios de inclusão pré-determinados, como conclusão de programa de residência^{1,2} (Figura 1). Sendo assim, foram considerados 199 respondentes para análise do Perfil dos Farmacêuticos Egressos de Programas de Residência.

Figura 1 - Fluxo de inclusão e seleção de respondentes



Legendas: IP ("Internet Protocol" é um número que identifica um dispositivo em uma rede, como um computador, impressora, roteador etc), CPF (Cadastro de Pessoa Física), DN (data de nascimento) e TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

⁵ O resgate histórico da residência em farmácia hospitalar no Brasil pode ser identificado no documento "Padrões para Residências Farmacêuticas em Hospitais e demais Serviços de Saúde Brasileiros", www.sbrafh.org.br/site/public/docs/ProgramaPaResWeb.pdf

4.1. Perfil sociodemográfico

De 199 respondentes nesta seção, a maioria (79%) era do sexo feminino. A média de idade ao responder esta pesquisa era 30 anos de idade e 26 anos ao ingressar na residência. Em média, os egressos tinham 3 anos de término do programa, sendo que 85% dos respondentes ingressaram nele entre os anos

2011 e 2015. Ao serem admitidos no programa, 82% possuíam apenas graduação. Metade (51%) possuía experiência profissional prévia, sendo farmácia comunitária sem manipulação (36%) e farmácia hospitalar (32%) as principais ocupações no período pré-residência (tabela 1).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico

Dados	n (%)
Sexo feminino	157 (79)
Idade ao responder o questionário, anos, média (dp)	30,7 (3,8)
Idade no momento que iniciou a residência	25,6 (2,9)
Tempo após a conclusão da residência, anos, média (dp)	3,2 (2,9)
Ano de início da residência	
<2000	2 (1)
2000 a 2005	5 (3)
2005 a 2010	23 (12)
2011 a 2015	169 (85)
Tipo de residência	
Uniprofissional	75 (38)
Multiprofissional	124 (62)
Tipo de instituição do local de residência	
Pública	175 (88)
Privada	24 (12)
Graduação	
Escola pública	146 (73)
Escola privada	53 (27)
Residência na mesma instituição de graduação	
Sim	88 (44)
Não	111 (56)
Formação na admissão à residência	
Graduação	163 (82)
Pós-graduação lato sensu	29 (29)
Residência	2 (1)
Mestrado	5 (3)
Experiência profissional prévia	
Sim	102 (51)
Não	97 (49)
Descrição de experiência prévia*	
Farmácia comunitária com manipulação	6 (6)
Farmácia comunitária sem manipulação	37 (36)
Distribuidoras	1 (1)
Farmácia hospitalar	33 (32)
Indústria	4 (4)
Serviço de apoio ao diagnóstico	4 (4)
Outras	17 (17)

Notas: Para esta análise, foram consideradas 199 respostas. Os dados foram representados em valores absolutos e relativos (%), a não ser quando indicado. Legendas:* calculado com base em n = 102 (participantes com experiência profissional prévia).

A maioria (62%) dos farmacêuticos egressos concluíram a sua formação em residências multiprofissionais em instituições públicas (88%). Grande parte dos egressos respondentes concluíram a graduação em instituições públicas (73%). Mais da metade (56%) cursou a residência em uma instituição diferente da graduação.

Em relação à caracterização geográfica dos respondentes (Figura 2), a maioria dos respondentes nasceu, graduou-se e concluiu a residência nas regiões Sudeste e Sul, seguidas pelas regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte.

Figura 2 - Por onde o residente andou?

Regiões	Norte	Nordeste	Centro Oeste	Sudeste	Sul
Nascimento	7 (5%)	52 (26%)	10 (5%)	68 (34%)	62 (31%)
Graduação	5 (4%)	55 (28%)	10 (5%)	61 (31%)	68 (34%)
Residência	4 (2%)	51 (26%)	9 (5%)	67 (34%)	68 (34%)

Notas: n = 199

Quanto à ênfase do programa (por áreas temáticas da Câmara Técnica da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde), a maior parte dos egressos era oriunda de residências em especialidades clínicas (52%), seguida por intensivismo, urgência e emergência (24%) e atenção básica, saúde da

família e saúde coletiva (13%) (Figuras 3 e 4).

Quanto à área de atuação, grande parte dos respondentes cursou residência em Gestão de Serviços Farmacêuticos, Farmácia Hospitalar e Farmácia Clínica (27%), Oncologia e Hematologia (15%) e Terapia Intensiva (10%).

Figura 3 - Programas por Câmara Técnica da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional (CNRM)



Notas: n = 199

Figura 4 - Programas por área de atuação



Notas: n = 199

4.2. Perfil estrutural

4.2.1. Estrutura das residências em especialidade clínica

Nas residências focadas em especialidades, os cenários de prática mais comuns foram hospital de grande porte (69%) e ambulatório de especialidades (50%) (tabela 2).

Em relação a atividades e cenários ligados à farmácia, a maioria dos respondentes desenvolveu atividades em setores relacionados à farmácia clínica** (84%), dispensação (81%), farmacovigilância (64%), central de abastecimento farmacêutico (61%) e farmácias satélites (54%) (tabela 3).

Em relação às unidades clínicas que mais fizeram parte da formação dos residentes, 65% afirmaram ter sido a Unidade de Terapia

Intensiva, 46% a Unidade de Clínica Médica ou Medicina Geral/Interna, 44% as Unidades Cirúrgicas e 35% as Unidades de Pediatria (tabela 4).

Quando questionados sobre o tempo de dedicação à assistência, 94% dos respondentes desta seção informaram que tiveram até 55h semanais (mediana) de prática, variando entre 44 e 60h (intervalo interquartil) (tabela 5).

Percebe-se que a dedicação dos egressos a campos de prática em especialidades clínicas é maior no segundo ano, tanto em termos percentuais (de 70% para 80% no segundo semestre do primeiro e do segundo ano, respectivamente), como em carga horária (mediana de 30 para 40h no segundo semestre do primeiro e do segundo ano, respectivamente).

** Farmácia clínica é área da Farmácia, voltada à ciência e à prática do uso racional de medicamentos, na qual os farmacêuticos prestam cuidado ao paciente, de forma a otimizar a farmacoterapia, promover saúde e bem-estar, e prevenir doenças. Este conceito está disponível em publicação do CFF no endereço http://www.cff.org.br/userfiles/Profar_Arcabouco_TELA_FINAL.pdf. Em muitos hospitais, Farmácia Clínica é um setor subordinado a uma gerência ou coordenação da farmácia hospitalar e difere em atividades de um outro setor com funções mais logísticas. <http://www.ebserh.gov.br/web/hu-furg/organograma> e <http://www.ebserh.gov.br/web/hulw-ufpb/organograma>

mente). Ao contrário, a gestão de insumos abriga uma menor participação percentual no segundo ano de residência, reduzindo de 45% para 33%, o que corresponde a uma redução de 20 para 10 horas na carga horária semanal (mediana). Para os outros cenários de prática, como serviços de urgência e emergência, unidades básicas, unidades cirúrgicas e comissões hospitalares, esse fenômeno de inversão de percentual e de carga horária não ocorre (tabela 6).

Quanto à estrutura oferecida aos residentes, observa-se que aproximadamente 75% desses profissionais têm acesso à base de dados, a artigos científicos e impressoras. O acesso a computadores compartilhados foi

uma realidade para 83% dos egressos na época da residência. Dez por cento (10%) dispunham de alojamento próprio e 21% de sala de repouso (tabela 7).

A tabela 7 sugere que aproximadamente 80% dos residentes tinham acesso ao leito do paciente internado, a visitas clínicas semanais, a material ou impresso padronizado para educação em saúde, ao prontuário, às prescrições e a exames laboratoriais. Metade dos respondentes tinha acesso a *rounds* clínicos diários, possuíam ficha padronizada pela instituição para realizar conciliação de medicamentos e prontuário eletrônico para facilitar o acesso do farmacêutico quando necessário.

Tabela 2 - Cenários de prática em programas de residência em especialidades

Local	n	%
Hospital de médio porte	44	31
Hospital de grande porte	100	69
Ambulatórios de especialidades	72	50
Laboratório de análises clínicas dentro do hospital de ensino	21	15
Laboratório de análises clínicas fora do hospital de ensino	1	1
Secretaria Local de Saúde - Gestão	9	6
Farmácia do componente especializado da assistência farmacêutica	28	19
Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM) - Programa HIV	30	21
Posto de Saúde com Equipe de Saúde da Família - zona urbana	44	31
Posto de Saúde com Equipe de Saúde da Família - zona rural	1	1
Centros de Saúde sem Estratégia Saúde da Família	5	3
Centros de Saúde com Núcleo de Apoio à Saúde da Família	12	8
Centros de Saúde sem Núcleo de Apoio à Saúde da Família	1	1
Sistema prisional	1	1
Unidade de Pronto Atendimento	17	12
Hospital de especialidade clínica exclusiva	16	11
Casas de longa permanência	5	3
Residência do próprio usuário de saúde	11	8

Notas: N = 144, dos quais 3 foram excluídos por admitirem que não conseguem responder a essa parte do questionário de forma precisa.

Tabela 3 - Setores ou atividades em programas de residência em especialidades, ligados à Farmácia

Local	n	%
Compras e licitação	45	31
Central de Abastecimento Farmacêutico	90	63
Dispensação em setor hospitalar / ambulatorial / farmácia comunitária	117	81
Farmácia(s) satélite(s)	75	52
Farmácia clínica	121	84
Ambulatório de cuidado farmacêutico	61	42
Produção de insumos (farmacotécnica de formulações orais, nutrição parenteral, antineoplásicos e citostáticos)	68	47
Farmacovigilância	92	64
Centro de Informação sobre Medicamentos	44	31
Farmácia de programas especiais	35	24
Comissão de Padronização de Medicamentos e outras comissões	53	37

Notas: N = 144, dos quais 3 foram excluídos por admitirem que não conseguem responder a essa parte do questionário de forma precisa.

Tabela 4 - Cenários de prática em programas de residência em especialidades, ligados às unidades clínicas

Local	n	%	Local	n	%
Unidade de clínica geral (sem divisão por especialidades)	66	46	Unidade de gestantes / parturientes	15	10
Unidade de cardiologia	46	32	Unidade de pediatria	50	35
Unidade de doenças infecciosas e parasitárias (infectologia)	45	31	Unidade de neonatologia	17	12
Unidade de nefrologia	21	15	Unidade de psiquiatria	12	8
Unidade de pneumologia	26	18	Unidades cirúrgicas (internação hospitalar)	63	44
Unidade de hepatologia	13	9	Unidade de Terapia Intensiva	94	65
Unidade de transplantes de órgãos sólidos	20	14	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica	35	24
Unidade de neurologia	28	19	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	25	17
Unidade de oncologia	49	34	Unidades de transplantes hematopoiéticos	17	12
Unidade de hematologia	34	24	Serviço de Urgência e Emergência	39	27
Unidade de geriatria / gerontologia	19	13			
Unidade de cuidados paliativos	19	13			

Notas: N = 144, dos quais 3 foram excluídos por admitirem que não conseguem responder a essa parte do questionário de forma precisa.

Tabela 5 - Dedicção em horas semanais em cenários ou atividades práticas da residência

	1º Semestre/Ano 1					2º Semestre/Ano 1				
	n	%	Mediana	IQR		n	%	Mediana	IQR	
Especialidades clínicas	97	67	30	20-44		101	70	30	20-40	
Serviço de Urgência e Emergência	26	18	34	8,5-47		26	18	35	10-48	
Unidade básica/Centros de saúde	25	17	10	8-20		35	24	10	7-22	
Unidades cirúrgicas	45	31	25	15-40		51	35	20	10-40	
Gestão do insumo	65	45	20	10-30		66	46	20	10-39	
Comissões hospitalares	36	25	10	3,5-13		34	24	5	3,3-10	
	1º Semestre/Ano 2					2º Semestre/Ano 2				
	n	%	Mediana	IQR		n	%	Mediana	IQR	
Especialidades clínicas	111	77	36	20-47		115	80	40	30-49	
Serviço de Urgência e Emergência	29	20	20	10-30		24	17	20	8,8-45	
Unidade básica/Centros de saúde	31	22	12	5,5-40		24	17	15	7,5-40	
Unidades cirúrgicas	54	38	30	13-44		49	34	20	10-40	
Gestão do insumo	47	33	10	10-20		49	34	10	10-20	
Comissões hospitalares	47	33	5	3-10		38	26	5	3,3-10	

Notas: N = 144, dos quais 3 foram excluídos por admitirem que não conseguem responder a essa parte do questionário de forma precisa. Medianas e IQR expressos em horas. Legendas: IQR (intervalo interquartil)

Tabela 6 - Estrutura física oferecida aos programas de residência em especialidades

	n	%
Sala para residentes	66	46
Computadores compartilhados	120	83
Impressoras	109	76
Literatura e base de dados da área da saúde	111	77
Literatura e base de dados específicas da área farmacêutica	89	62
Artigos científicos	106	74
Sala de repouso	30	21
Alojamento	15	10

Notas: N = 144, dos quais 3 foram excluídos por admitirem que não conseguem responder a essa parte do questionário de forma precisa

Tabela 7 - Recursos oferecidos aos programas de residências em especialidades

	n	%
Sala(s) para atendimento de pacientes e acompanhantes	67	47
Acesso ao leito ou à unidade em que o paciente está internado	123	85
Participação em visitas clínicas, <i>rounds</i> clínicos ou processos semelhantes (semanalmente)	114	79
Participação em visitas clínicas, <i>rounds</i> clínicos ou processos semelhantes (diariamente)	73	51
Realização de teste(s) de rastreamento em saúde	27	19
Acesso ou uso de material para educação em saúde (impressão de materiais, impressos padronizados e outros materiais)	114	79
Acesso a material (ficha) para conciliação de medicamentos	80	56
Uso de protocolo institucional para monitorização terapêutica de medicamentos	47	33
Uso de dosagem sérica (ou em outras matrizes biológicas) de fármacos	60	42
Acesso ao prontuário que estava sob os meus cuidados (papel ou eletrônico)	121	84
Acesso a prontuário eletrônico e disponível para acesso na farmácia ou em outro local	67	47
Acesso às prescrições	123	85
Acesso à prescrição eletrônica disponível para acesso na farmácia ou em outro local para o farmacêutico quando necessário	81	56
Acesso aos exames (laboratoriais, imagem e outros) dos pacientes	115	80
Permissão ou protocolo para solicitação de exames pelo farmacêutico	11	8

Notas: N = 144, dos quais 3 foram excluídos por admitirem que não conseguem responder a essa parte do questionário de forma precisa

4.2.2. Estrutura das residências em atenção básica

Nas residências em atenção básica, os cenários de prática mais comuns foram postos de saúde da família em zona urbana (64%), secretaria local de saúde - gestão (48%), hospital de grande porte (40%) e farmácias do componente especializado (tabela 8).

Em relação aos cenários ligados à farmácia, a maioria dos respondentes desenvolveu atividades em farmácias de unidades de saúde (32%),

dispensários de unidades de saúde (28%) e farmácias de centros de saúde (20%) (Tabela 9).

Após a análise da estrutura oferecida aos residentes, observa-se que aproximadamente 70% deles têm acesso a impressoras e 52% à base de dados da área da saúde e a artigos científicos. O acesso a computadores compartilhados foi uma realidade para 88% dos egressos na época (tabela 10).

A tabela 11 sugere que mais de 80% dos residentes realizavam visitas clínicas semanais, ela-

boravam material impresso para educação em saúde, tinham acesso ao prontuário, às prescrições e a exames laboratoriais. Cerca de 68% dos

respondentes utilizaram sala para atendimento de pacientes e acompanhantes, 56% tinham acesso ao leito⁺⁺ e 52% ao prontuário eletrônico.

Tabela 8 - Cenários de prática em programas de residência em atenção básica

Local	n	%
Hospital de pequeno porte	1	4
Hospital de médio porte	5	20
Hospital de grande porte	10	40
Ambulatórios de especialidades	9	36
Laboratório de análises clínicas, dentro do hospital de ensino	1	4
Laboratório de análises clínicas fora do hospital de ensino	1	4
Secretaria local de saúde - Gestão	12	48
Farmácia do componente especializado da assistência farmacêutica	10	40
Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM) - Programa HIV	7	28
Posto de saúde com Equipe de Saúde da Família - zona urbana	16	64
Posto de saúde com Equipe de Saúde da Família - zona rural	1	4
Centros de saúde sem Estratégia Saúde da Família	3	12
Centros de saúde com Núcleo de Apoio à Saúde da Família	7	28
Centros de Saúde sem Núcleo de Apoio à Saúde da Família	4	16
Sistema prisional	0	0
Unidade de Pronto Atendimento	3	12
Hospital de especialidade clínica exclusiva	1	4
Casas de longa permanência	0	0
Domicílio do usuário	8	32

Notas: N = 25

Tabela 9 - Cenários de práticas relacionados à farmácia em programas de residência em atenção básica

Local	n	%
Farmácias de centros de saúde	5	20
Farmácias de unidades de saúde	8	32
Dispensários em unidades de saúde	7	28
Farmácia do componente especializado	3	12
Farmácia em que havia dispensação do componente estratégico (somente tuberculose e hanseníase)	2	8
Farmácia em que havia dispensação do componente estratégico (tabagismo)	4	16
Farmácia em que havia dispensação do componente estratégico (TARV)	4	16
Farmácia em que havia dispensação do componente estratégico (outros não listados acima)	3	12
Unidade de dispensação de medicamentos	3	12

Notas: N = 25

Legendas: TARV (terapia antirretroviral)

⁺⁺ Alguns residentes da atenção básica mencionaram que permaneceram em ambientes hospitalares como campos de formação.

Tabela 10 - Estrutura física oferecida aos programas de residência em atenção básica

Local	n	%
Sala para residentes	9	36
Computadores compartilhados	22	88
Impressoras	18	72
Literatura e base de dados da área da saúde	13	52
Literatura e base de dados específicos da área farmacêutica	11	44
Artigos científicos	13	52
Sala de repouso	6	24
Alojamento	1	4

Notas: N = 25

Tabela 11 - Recursos oferecidos aos programas de residência em atenção básica

Local	n	%
Sala(s) para atendimento de pacientes e acompanhantes	17	68
Leito ou unidade em que o paciente está internado	14	56
Visitas clínicas, <i>rounds</i> clínicos ou processos semelhantes (semanalmente)	22	88
Visitas clínicas, <i>rounds</i> clínicos ou processos semelhantes (diariamente)	11	44
Teste(s) de rastreamento em saúde	11	44
Acesso ou uso de material educativo (impressão de materiais, impressos padronizados e outros)	23	92
Acesso a material (ficha) para conciliação de medicamentos	10	40
Protocolo institucional para monitorização terapêutica de medicamentos	9	36
Dosagem sérica (ou em outras matrizes biológicas) de fármacos	3	12
Prontuário que estava sob os meus cuidados (papel ou eletrônico)	22	88
Prontuário eletrônico, disponível para acesso do farmacêutico, na farmácia ou em outro local	13	52
Prescrições	22	88
Acesso a prontuário eletrônico e disponível para acesso na farmácia ou em outro local	10	40
Acesso aos exames (laboratoriais, de imagem e outros)	20	80
Permissão ou protocolo para solicitação de exames pelo farmacêutico	0	0

Notas: N = 25

4.2.3. Estrutura das residências em apoio diagnóstico e terapêutico

Nas residências sobre apoio diagnóstico e terapêutico, os cenários de prática mais comuns foram hospital de grande porte (52%) e ambulatório de especialidades (43%) (tabela 12). Dentro do laboratório, cerca de 40% dos residentes afirmaram ter feito estágio em setores como bioquímica e hematologia. Já microbiologia, uroanálise, coleta de material biológico e virologia foram realidade para 29%, 33%, 19% e 10% dos respondentes, respectivamente.

Após avaliação da estrutura oferecida aos residentes, observa-se que 76% deles tinham computadores compartilhados. O acesso a impressoras e base de dados na área da saúde foi realidade para cerca de 62% dos egressos em treinamento na época. Cinco por cento (5%) tinham alojamento próprio e 29%, sala de repouso (tabela 13).

Quando questionados sobre o tempo de dedicação à assistência, 76% dos respondentes desta seção informaram que tiveram até 50h (mediana) semanais de prática, variando entre 39 e 60h (intervalo interquartilício).

Tabela 12 - Cenários e atividades de prática em programas de residência em apoio diagnóstico

Local	n	%	Local	n	%
Hospital de pequeno porte	0	0	Sistema prisional	0	0
Hospital de médio porte	4	19	Unidade de Pronto Atendimento	0	0
Hospital de grande porte	12	52	Hospital de especialidade clínica exclusiva	2	10
Ambulatórios de especialidades	9	43	Casas de longa permanência	1	5
Laboratório de análises clínicas, dentro do hospital de ensino	7	33	Residência do próprio usuário de saúde	1	5
Laboratório de análises clínicas fora do hospital de ensino	1	5	Posto de saúde com Equipe de Saúde da Família - zona urbana	2	10
Secretaria local de saúde - Gestão	4	19	Centros de saúde com Núcleo de Apoio à Saúde da Família	1	5
Farmácia do componente especializado da assistência farmacêutica	4	19	Centros de saúde sem Núcleo de Apoio à Saúde da Família	1	5
Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM) - Programa HIV	7	33			
SETORES DO LABORATÓRIO					
Local	n	%			
Microbiologia	6	29			
Bioquímica	8	38			
Hematologia	8	38			
Virologia	2	10			
Uroanálise	7	33			
Coleta	4	19			

Notas: N = 21

Tabela 13 - Estrutura oferecida aos programas de residência em apoio diagnóstico

Local	n	%
Sala para residentes	5	24
Computadores compartilhados	16	76
Impressoras	13	62
Literatura e base de dados da área da saúde	13	62
Literatura e base de dados específicas da área farmacêutica	14	67
Artigos científicos	14	67
Sala de repouso	6	29
Alojamento	1	5

Notas: N = 21

4.3. Perfil dos preceptores e tutores

Embora sendo de caráter relevante, na seção 4.3, o foco do questionário não poderia se voltar a investigar profundamente a pre-

ceptor e a tutoria, uma vez que o escopo da pesquisa foi definido como o perfil do egresso. Mesmo assim, tendo em vista que são indispensáveis para a formação dos residentes, optou-se por caracterizar o preceptor e o tutor

como sendo os profissionais que “mais fizeram a diferença na formação deles”, definindo assim algumas características desejáveis para essas funções.

4.3.1. Perfil do preceptor que mais fez a diferença na formação do egresso

O egresso teve aproximadamente 6 preceptores (mediana; IQR = 3-10) durante o seu período de residência. Quando questionados sobre o preceptor que mais fez diferença na sua formação, de um total de 167 respondentes, 55%

tinham vínculo formalizado por minuta ou outro dispositivo oficial da instituição, 10% percebiam remuneração específica para o referido cargo, e 5% possuíam o incentivo de progressão na carreira da instituição. O tempo de dedicação do preceptor ao residente foi de 25h semanais (mediana; IQR = 10-50).

Quanto à formação do preceptor, percebeu-se que 82% eram farmacêuticos e 16% médicos, com especialização ou mestrado na mesma área clínica do residente (~ 20%) (tabela 14).

Tabela 14 - Características do preceptor que mais influenciou positivamente na formação do egresso

Formação do Preceptor	n	%
Farmacêutico	137	82
Médico	27	16
Enfermeiro	16	10
Nutricionista	5	3
Psicólogo	4	2
Fisioterapeuta	5	4
Terapeuta ocupacional	2	1
Outro	5	3
Titulação do Preceptor	n	%
Especialista na mesma área clínica	37	22
Especialista em área relacionada (saúde)	34	20
Especialista em área não relacionada	15	9
Mestrado na mesma área clínica	11	7
Mestrado em área relacionada (saúde)	33	20
Mestrado em área não relacionada	16	10
Doutorado na mesma área clínica (saúde)	6	4
Doutorado em área relacionada	10	6
Doutorado em área não relacionada	11	7

Notas: Foram permitidas múltiplas respostas

4.3.2. Perfil do tutor que mais fez a diferença na formação do egresso

O egresso teve aproximadamente 4 tutores (mediana; IQR = 2-9) durante o programa de residência. Quando questionados sobre o tutor que mais fez diferença na formação do egresso, de

um total de 167 respondentes, 56% tinham vínculo formalizado por minuta ou outro dispositivo oficial da instituição, 16% percebiam remuneração específica para esse cargo, e 5% possuíam o incentivo de progressão na carreira da instituição. O tempo de dedicação do tutor ao residente foi de 16h semanais (mediana; IQR = 4-12).

Em relação à formação do tutor, percebeu-se que 78% eram farmacêuticos e 15% médicos, com especialização e mestrado na

mesma área clínica do residente (~20%) e doutorado em área relacionada à saúde (19%) (tabela 15).

Tabela 15 - Características do tutor que mais influenciou positivamente na formação do egresso

Formação do Tutor	n	%
Farmacêutico	131	78
Médico	25	15
Enfermeiro	18	11
Nutricionista	9	5
Psicólogo	4	2
Fisioterapeuta	6	4
Terapeuta ocupacional	1	1
Outro	7	4
Titulação do Tutor	n	%
Especialista na mesma área clínica	31	19
Especialista em área relacionada (saúde)	20	12
Especialista em área não relacionada	11	7
Mestrado na mesma área clínica	14	8
Mestrado em área relacionada (saúde)	32	19
Mestrado em área não relacionada	19	11
Doutorado na mesma área clínica	7	4
Doutorado em área relacionada (saúde)	31	19
Doutorado em área não relacionada	14	8

Notas: Foram permitidas múltiplas respostas

4.4. Perfil dos processos que constituem um programa de residência em Farmácia

4.4.1. Processos em residências em assistência farmacêutica

Quando questionado aos residentes que fizeram residência em assistência farmacêutica (especialidades e atenção básica), de 199 respondentes, os serviços farmacêuticos frequentemente ofertados durante a residência foram: acompanhamento farmacoterapêutico (56%), dispensação (59%), revisão da farmacoterapia (51%), educação em saúde (51%) e conciliação de medicamentos (43%) (tabela 16).

Quando perguntado sobre as competências trabalhadas nesses programas, cerca de 80% dos respondentes afirmaram que gerenciaram processos administrativos e clínicos no cuidado à saúde, identificaram as necessidades e os problemas de saúde do paciente e fizeram intervenções farmacêuticas. Aproximadamente 70% dos respondentes afirmaram terem avaliado a organização dos serviços de saúde e sua integração com as redes de atenção à saúde, fizeram educação permanente, elaboraram plano de cuidado e avaliaram os resultados das intervenções realizadas (tabela 17).

Sobre as atividades trabalhadas durante a residência, mais da metade dos respondentes se en-

volveu com seleção e aquisição de medicamentos e insumos farmacêuticos, fracionamento de medicamentos e descarte correto de resíduos (tabela 18).

Uma parte (47%) dos egressos de residências em hospitais afirmou que não teve contato com manipulação de produtos estéreis (quimioterapia e nutrição parenteral, por exemplo); 52% com manipulação de não estéreis; 42% com metodologias para estudo de utilização de medicamentos; e 33% com comissões hospitalares. Quanto ao nível de atuação em cada área da assistência farmacêuti-

ca, as atividades que os egressos desempenharam de forma autônoma ou com supervisão indireta foram: solucionar problemas farmacoterapêuticos; avaliar fontes, registros e buscas em bases de dados (45%); realizar processos relacionados à distribuição de medicamentos e de outros produtos para a saúde (29%); proceder à investigação de riscos assistenciais, farmacovigilância, tecnovigilância e hemovigilância (23%); e fazer gestão da qualidade de pessoas e de serviços farmacêuticos logísticos (18%) (tabela 19).

Tabela 16 - Serviços farmacêuticos ofertados

Tipo de serviço	n	%
Rastreamento em saúde	30	15
Educação em saúde	101	51
Manejo de problema de saúde autolimitado	35	18
Dispensação	117	59
Conciliação	85	43
Revisão da farmacoterapia	101	51
Acompanhamento farmacoterapêutico	111	56

Nota: N = 199. O percentual não totaliza 100%, já que um mesmo respondente poderia ter participado de mais de um serviço farmacêutico. Os serviços farmacêuticos mencionados acima referem-se ao documento publicado pelo CFF: “Competências para a Atuação Clínica do Farmacêutico”¹³ e “Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade - contextualização e arcabouço conceitual”¹⁴.

Tabela 17 - Atividades/competências do farmacêutico

Atividades	n	%
Reconhecer e avaliar a organização dos serviços de saúde e sua integração com as redes de atenção à saúde	100	72
Fazer comunicação e gestão da tecnologia de informação em saúde e atuar com competência cultural	54	39
Gerenciar pessoas	63	45
Desenvolver comportamento ético, legal e responsabilidade profissional	122	88
Gerenciar processos administrativos e clínicos no cuidado à saúde	114	82
Gerenciar conhecimentos e educação permanente	102	73
Gerenciar políticas públicas de saúde	53	38
Fazer acolhimento	88	63
Identificar as necessidades e os problemas de saúde do paciente	110	79
Elaborar o plano de cuidado	93	67
Fazer intervenções estabelecidas no plano de cuidado	114	82
Avaliar os resultados das intervenções realizadas	98	71
Identificar e avaliar a demanda de saúde da comunidade	9	6
Planejar, executar e avaliar ações de saúde coletiva	56	40

Notas: N = 139. O percentual não totaliza 100%, já que o respondente poderia assinalar mais de uma opção. As atividades/competências mencionadas acima se referem-se a documentos publicados pelo CFF: “Competências para a Atuação Clínica do Farmacêutico”¹³ e “Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade - contextualização e arcabouço conceitual”¹⁴.

Tabela 18 - Processos relacionados à assistência farmacêutica

Processos	n	%
Selecionar medicamentos e outros insumos	76	55
Adquirir medicamentos e outros insumos	69	50
Garantir a disponibilidade e o uso racional de medicamentos e insumos essenciais em situações de redução de risco ou prevenção de desastres e emergências sanitárias	86	62
Planejar, fazer gestão e avaliar serviços farmacêuticos de forma integrada às redes de atenção à saúde	64	46
Administrar medicamentos e insumos essenciais	53	38
Fracionar medicamentos	97	70
Desenvolver e implementar um sistema de gestão da qualidade de produtos e serviços	43	31
Manipular preparações oficinais e magistrais	56	40
Realizar o descarte correto de resíduos e medicamentos	100	72

N = 137

O percentual não totaliza 100%, já que o respondente poderia assinalar mais de uma opção.

Os processos mencionados acima referem-se a documentos oficiais de sociedades profissionais^{2,3,9}.

Tabela 19 - Atividades realizadas durante a residência em assistência farmacêutica

Processos	0		1		2		3		4		5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Rotinas das comissões hospitalares*	46	33	50	36	11	8	19	14	4	3	7	5
Legislação farmacêutica e legislação aplicada à área hospitalar	26	19	48	35	9	6	30	22	9	6	14	10
Metodologias para seleção de medicamentos	40	29	46	33	11	8	25	18	4	3	9	6
Métodos de gestão de estoques, armazenamento e conservação de medicamentos e de outros produtos para a saúde	13	9	31	22	17	12	42	30	9	6	24	17
Sistemas de distribuição de medicamentos e de outros produtos para a saúde	12	9	24	17	20	14	40	29	7	5	33	24
Conhecimentos sobre metodologias de investigação de riscos assistenciais, farmacovigilância, tecnovigilância e hemovigilância	24	17	27	19	12	9	42	30	8	6	23	17
Gestão da qualidade, gestão de pessoas e gestão de serviços farmacêuticos logísticos	36	26	40	29	9	6	27	19	8	6	16	12
Informação sobre medicamentos dirigida à solução dos problemas farmacoterapêuticos: fontes, registros e buscas em bases de dados	8	6	11	8	14	10	41	29	22	16	40	29
Manipulação de produto estéreis (quimioterapia e nutrição parenteral)	66	47	22	16	4	3	22	16	7	5	15	11
Manipulação de não estéreis e doses unitárias	72	52	16	12	7	5	19	14	5	4	17	12
Metodologias para estudos de utilização de medicamentos	58	42	22	16	7	5	28	20	7	5	14	10

Notas: N = 136

Legendas: 0 (não teve contato), 1 (apenas observei durante a residência), 2 (desempenho a atividade no tema, com supervisão reativa), 3 (desempenho a atividade no tema, sob supervisão proativa), 4 (desempenho a atividade no tema, com supervisão indireta ou post hoc), 5 (além de fazer a atividade no tema, supervisionei R1 ou estagiários).

O percentual não totaliza 100%, já que o respondente poderia assinalar mais de uma opção.

* As comissões descritas nesta tabela referem-se à: nutrição parenteral, infecção hospitalar, terapia antineoplásica, padronização de materiais e medicamentos etc.

4.5. Disciplinas do eixo transversal (obrigatórias)

No geral, considerando a carga horária total da residência (5.760 horas), 16% dos

respondentes tiveram menos de 20% de carga horária teórica ou teórico-prática, enquanto 30% afirmaram que tiveram mais de 20% de carga horária teórica.

As disciplinas obrigatórias da residência, descritas na tabela 20, apontaram que mais de 50% dos egressos acreditam que todas as aulas contribuíram para a formação deles. Uma parce-

la dos respondentes afirmou que não teve aulas de bioética (22%), metodologia científica (7%), epidemiologia (16%), estatística (24%) e políticas públicas/SUS (8%).

Tabela 20 - Satisfação com o eixo transversal (aulas)

Disciplinas	1	%	2	%	3	%	4	%	5	%	6	%
Bioética	37	22	0	0	14	8	13	8	58	35	45	27
Ética Profissional	61	37	0	0	3	2	6	4	62	37	34	20
Metodologia Científica	11	7	4	2	19	11	17	10	69	41	46	28
Epidemiologia	27	16	4	2	15	9	11	7	74	44	36	22
Estatística	40	24	7	4	20	12	18	11	55	33	26	16
Políticas Públicas de Saúde/SUS	13	8	1	1	7	4	6	4	57	34	83	50

Notas: N = 168 respondentes

Legendas: **1** (não teve ou não fez esse conteúdo durante o programa), **2** (a aula não contribuiu em nada para a minha atuação), **3** (o conteúdo contribuiu pouco para a minha atuação), **4** (o conteúdo foi indiferente para a minha atuação), **5** (o conteúdo contribuiu para a minha atuação), **6** (o conteúdo contribuiu muito para a minha atuação).

4.6. Resultados relacionados à residência

Dos 129 respondentes na seção dos resultados atribuídos aos programas de residência, 19% retornaram aos serviços que os formaram. Em relação ao retorno dos egressos a serviços de saúde, 26% atuam ou realizam pesquisa na área em que fizeram residência (tabela 21).

Grande parte dos egressos (75%) afirmou participar da criação de melhorias de processos nos serviços em que esteve inserido. De forma geral, implantaram serviços farmacêuticos, como conciliação de medicamentos, atendimento ambulatorial de pacientes e acompanhamento farmacoterapêutico a pacientes internados (em UTI e pediatria, exemplos citados). Na farmácia, contribuíram para: a melhoria da dispensação de medicamentos sob controle especial; o desenvolvimento de indicadores de desempenho da farmácia; a criação de protocolos ou *checklists* farmacêuticos para a atuação clínica (hoje institucionalizados pelo hospital); a atuação em comissões de farmácia e terapêutica, e para o desenvolvimento de manuais sobre diluições,

interações medicamentosas e compatibilidade de fármacos intravenosos.

Ao todo, 19% dos egressos publicaram em revistas indexadas, totalizando 27 publicações, das quais 85% classificáveis como estrato A1 a B3, 50% no estrato A1 a B2 (Qualis Capes Farmácia, Quadriênio 2013-2016) e 15% classificadas como A1.

Essas publicações continham dados de pesquisa aplicada ao serviço, como conciliação de medicamentos (desfecho: detecção de problemas relacionados a medicamentos, antes não identificados pela falta desse serviço), melhores resultados clínicos e econômicos relacionados ao uso racional de antimicrobianos, detecção e resolução de problemas relacionados a medicamentos em pacientes internados e ambulatoriais, identificação de marcadores de pega do enxerto, entre outros.

Em relação ao reconhecimento do trabalho desenvolvido pelos residentes, houve 24 premiações, sendo a maioria proveniente de sociedades científicas ou de congressos na área farmacêutica. Outros reconhecimentos incluíram prêmios oriundos de conselhos regionais e Conselho Federal de Farmácia

(ex.: Prêmio Jayme Torres), sociedades internacionais (ex.: American College of Clinical Pharmacy) e de revistas indexadas (Prêmio Eric Roger Wroclawski, da revista do Hospital Albert Einstein).

Atualmente, 4% dos egressos finalizaram ou

estão concluindo mais uma residência. A maioria (26%) concluiu ou está concluindo uma pós-graduação stricto sensu; 54% estão empregados no serviço público ou na iniciativa privada. Destes, 22% trabalham na mesma área de formação da residência. (tabela 22).

Tabela 21 - Resultados relacionados à residência

Critérios	n (%)
Aceitação e reconhecimento local	
Egressos contratados pelo serviço em que fizeram a residência	24 (19)
Retorno dos egressos ao sistema de saúde	
Egressos que trabalham na área em que fizeram residência	28 (22)
Egressos que realizam pesquisa acadêmica na área em que fizeram residência	5 (4)
Geração de modificações locais	
Promoveram modificações nos serviços em que atuaram**	100 (76)
Geração de conhecimento*	
Egressos que publicaram em revista indexada	24 (19)
Total de publicações	27
Publicações A1	1 (4)
Publicações A2	3 (11)
Publicações B1	2 (7)
Publicações B2	9 (33)
Publicações B3	8 (30)
Publicações B4	0
Publicações B5	3 (11)
Publicações C	1 (4)
Méritos e reconhecimento profissional por***	
Sociedades científicas nacionais / congressos na área farmacêutica	11
Sociedades científicas nacionais / congressos de outras áreas	4
Sociedades internacionais	3
Conselho regional ou Federal de Farmácia	5
Revistas indexadas	1

Notas: Para esta análise, foi considerado um n = 129, relativo ao preenchimento desta seção do questionário.

Legendas: £ (válido para serviços privados), * (Qualis CAPES referente ao quadriênio 2013 a 2016 para Farmácia), ** (descritos qualitativamente), ***(número total).

Observação: o uso do Qualis/CAPES não é um critério que qualifica ou desqualifica um resultado. É um indicador compreendido, em especial no meio acadêmico, e expressa o potencial de um artigo ter sido aprovado por um processo de revisão por pares mais ou menos rigoroso. Neste relatório, é uma medida para se comparar a programas stricto sensu.

Tabela 22 - Ocupação profissional dos egressos em 2017

Situação dos egressos	n (%)
Formação acadêmica pós-residência	
Concluiu/concluindo mestrado ou doutorado	34 (26)
Concluiu/concluindo outra pós-graduação lato sensu	19 (15)
Concluiu/concluindo outra residência	5 (4)
Ocupação	
Acadêmico em instituição privada	5 (4)
Acadêmico em instituição pública	3 (2)
Farmacêutico aprovado em concurso público	31 (24)
Farmacêutico celetista ou com outro vínculo empregatício	39 (30)
Trabalha na área em que fez a residência	28 (22)
Trabalha em outra área	17 (13)
Não está empregado	2 (2)
Formação pós-residência + ocupação	
Mestrado/doutorado* + acadêmico + atua na área da residência	4 (3)
Mestrado/doutorado* + atua na área da residência	15 (12)
Mestrado/doutorado* + atua na área em que fez residência	7 (5)
Especialização adicional* + trabalha na área da residência	18 (14)
Especialização adicional* + trabalha em outra área	3 (2)

Notas: Para esta análise, foi considerado um n = 129, em que a soma das porcentagens não totaliza 100%. Ou seja, os respondentes podiam assinalar mais de uma opção descrita acima (formação e ocupação).
Legendas: * (concluído ou em conclusão).

5. Discussão

Idealizado pelo CFF, este é o primeiro relatório oficial no país, destinado a traçar o perfil dos farmacêuticos egressos de programas de residência. Os achados têm validade interna e externa, uma vez que são representativos de demandas formais, expressas por meio de Cartas de Encontros de Residentes⁶⁻⁸ e outros documentos, registrando a opinião do egresso, exposto a mais de 5.000 horas de treinamento em serviço. Do ponto de vista estatístico, o tamanho amostral pode ser considerado significativo (corte em 5%), levando em conta um erro de 10%.

É importante mencionar o universo de possibilidades de discussão deste documento. Para o presente relatório, voltou-se a seis achados principais, que podem embasar futuras discus-

sões por quaisquer setores da sociedade, sejam gestores, educadores, órgãos representativos da profissão, pesquisadores, tais como:

- a residência como modalidade de formação para a atuação profissional;
- o impacto dos residentes nos serviços;
- a heterogeneidade de estrutura e processos;
- a visão do egresso sobre preceptoria e tutoria (formação e reconhecimento);
- o perfil do egresso para ações futuras.

5.1. A residência como modalidade de formação para a atuação profissional

Tomando por base os dados dessa pesquisa, pode-se inferir que os programas de residência desempenham um papel importante ao oportunizar experiência de trabalho a recém-forma-

dos, sendo, em muitos casos, a porta de entrada no mercado de trabalho e uma grande oportunidade de qualificação para esses profissionais. Isso foi observado em 82% dos respondentes, os quais ingressaram diretamente em um programa de residência aos 26 anos de idade e concluíram aos 28 anos. Muitos eram provenientes de universidades públicas e, em 56% dos respondentes, a residência não foi cursada na mesma instituição da graduação em Farmácia. Quando tinham experiência prévia (18%), 5,4% trabalharam em farmácias comunitárias e outros 5,4% em hospitais.

Esse processo está alinhado à experiência de outros países no mundo, onde o recém-graduado em Farmácia busca por uma especialização, de preferência com a oportunidade de ter vivência prática, e mentores para se tornarem profissionais mais qualificados e aptos a exercer a profissão. Fora do país, especialistas¹⁷⁻¹⁹ na área de educação farmacêutica apontam que é recomendável para o desenvolvimento da carreira o ingresso em um programa de residência (1º ano, post-graduate year 1 / PGY1), seguido por certificação profissional na área de atuação (board certification). Opcionalmente, o ingresso em uma residência que proporcione treinamento em uma subespecialidade (2º ano, post-graduate year 2 / PGY2), com treinamento adicional em pesquisa aplicada, e um terceiro ano de “fellowship” ou doutorado acadêmico. Do mesmo modo, no Canadá²⁰ e na França^{21,22}, o ingresso em programas de residência precede a entrada no mercado de trabalho, ao se dar preferência a farmacêuticos com a credencial de ACPR (Accredited Canadian Pharmacy Resident, no Canadá), e com o diploma (Diplôme d’Études Spécialisées), na França. Esse caminho de treinamento profissional é uma exigência mínima para a docência na área prática nos países citados.^{20,23-27}

Ao final da residência, 19% dos egressos retornam à mesma instituição em que foram graduados. A graduação não é feita em serviço. Ao todo, 22% foram absorvidos pelo sistema de saúde em sua especialidade e 4% fizeram pesquisas na área em que foram formados na residência.

Por outro lado, mais de 76% dos egressos atuam em áreas diversas daquela da sua formação na residência. Desses, 30% em cargos ocupados por concurso, 26% retornam à academia para cursar mestrado ou doutorado, e outros 20% têm vínculo como celetista em outras áreas de atuação profissional. A taxa de desemprego foi de apenas 2%, segundo os respondentes.

Estudos americanos apontam que o percentual de egressos que se mantêm trabalhando nas especialidades de formação pode chegar a 71%.^{28,29} É evidente que o mercado brasileiro tem absorvido pouco os especialistas em suas respectivas áreas, possivelmente devido à pouca oferta de emprego (e de concursos) em especialidades. No Brasil, à exceção da oncologia,³⁰ ainda não se vê a contratação de especialistas por área de atuação (ex.: farmacêutico especialista em saúde da criança, ou em cardiologia), em contraste com a profissão médica e a de enfermagem, nas quais concursos e processos seletivos são direcionados a profissionais com experiência na área, ou seja, com especialização ou experiência reconhecida pelo respectivo conselho profissional.^{31,32}

5.2. O impacto dos residentes nos serviços de saúde

Os egressos tiveram a oportunidade de implantar ou aprimorar estruturas e processos nos ambientes em que foram formados. Segundo os respondentes, mais de 75% dos egressos criaram protocolos assistenciais, implantaram atividades de conciliação de medicamentos, orientação de alta hospitalar, visitas domiciliares e outras atividades assistenciais e logísticas nas instituições de formação. A exemplo das experiências relatadas por um dos respondentes (abaixo), os resultados deste relatório são compatíveis com a literatura publicada no Brasil.³³⁻³⁸

“...No hospital em que eu estava inserida, não havia o serviço de farmácia clínica implantado. Por não existir esse serviço, não havia formulários de conciliação

de medicamentos, tabelas para registrar as intervenções farmacêuticas, fichas para acompanhamento farmacoterapêutico. Então, eu e meu colega de residência tivemos que iniciar os serviços clínicos... ...implantamos serviços farmacêuticos em ambulatório para pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica que, ainda hoje, são mantidos com atendimentos realizados pelos residentes...”

Os achados acima condizem com artigos publicados em revistas indexadas, tais como as três experiências a seguir: egressos da área de saúde do idoso³⁹ relataram um total de 163 intervenções realizadas, para otimizar a farmacoterapia de pacientes hospitalizados e acompanhados por equipe multiprofissional. Outros relatos nas áreas de urgência e emergência⁴⁰ e de cardiologia apontam para a mesma direção, sugerindo o papel integrador do residente com a equipe de saúde, promovendo serviços diferenciados à população atendida, seja no componente logístico ou clínico.

O impacto da atividade dos egressos na geração e disseminação do conhecimento também foi avaliado nesta pesquisa, em especial por meio de publicações em revistas indexadas sobre as melhorias realizadas em serviço. Neste contexto, 19% dos respondentes publicaram 27 artigos científicos. Destes, 85% eram superiores ao conceito B3; 55% maiores que B2 e 4% das publicações participaram do estrato A1 Qualis/CAPES (quadriênio 2013 a 2016, Farmácia). Cabe ressaltar que a alusão ao número de publicações ou a fator de impacto não constituem indicadores de qualidade de residência ou da publicação em si, sendo questionados por diversos acadêmicos.⁴¹ No entanto, publicar em revistas indexadas e com alto fator de impacto são parâmetros para *benchmark*, pois supõe aprovação em uma revisão mais criteriosa pela revista, além de ser um indicador compreendido, comparável e imprescindível para programas de mestrado e de

doutorado no país. É possível afirmar que a produção científica dos egressos pode se equivaler à de mestrados profissionais e mestrados acadêmicos voltados à avaliação de serviços farmacêuticos. Tal fato poderia ser discutido entre formuladores de concursos e em outros documentos.

Em países onde as residências estão estabelecidas há mais tempo, em média, a publicação ocorre em 24 meses e a taxa de sucesso (aceito em revistas) é de aproximadamente 10%⁴²⁻⁴⁶. Os determinantes de sucesso para publicação não foram investigados neste relatório. Além disso, a taxa de 19% encontrada neste survey pode estar subestimada, uma vez que os egressos que finalizaram a residência em 2017 ainda não tiveram chance de publicar o resultado de seus projetos de conclusão de residência. Estudos prévios⁴⁶ sugerem que desenhos de estudos transversais (OR=3.6) sobre intervenções farmacêuticas (OR=2.1) e com vínculo universitário na produção da pesquisa (OR=2.6) aumentam as chances de aceite pelas revistas.

5.3. Heterogeneidade dos programas de residência

O presente relatório não tem como objetivo apontar regiões ou instituições com problemas de estrutura ou processo, além do que o TCLE inclui o anonimato em seu sentido mais amplo. Por outro lado, os achados desta pesquisa são úteis para visualizar oportunidades de melhoria no país. Heterogeneidade social e econômica é característica do Brasil e isso é também perceptível na estrutura e nos processos relatados por egressos dos programas de residência.

A discrepância é notada em aspectos sutis, como foi o caso em que 12% dos respondentes da área de atenção básica mencionaram não possuir computadores na farmácia ou em seu ambiente de prática. Observou-se também que 50% não tinham acesso a bases de dados ou artigos científicos pagos. Por outro lado, também há discrepâncias graves. Foi reportado que até 85% dos egressos de especialidades clínicas (assistência farmacêutica) tinham acesso às prescrições, o que significa

dizer que 15% não tiveram. Trata-se de um dado relevante para a avaliação dos programas em Farmácia. Muitas são as diferenças notadas, como por exemplo os programas que proporcionam *rounds* clínicos diários, semanais e aqueles que não proporcionam acesso à beira do leito. É necessário promover conceitos de padrões mínimos de atuação, a fim de promover uma formação mais homogênea no país.

A exemplo do que ocorre em outros países^{20,47}, o conceito de padrões mínimos e acreditação dos programas de residência se fazem necessários, de forma a oportunizar melhorias aos cursos existentes e fechamento daqueles que estão aquém do essencial para formar farmacêuticos especialistas.²⁰ A discrepância, no Brasil, é tamanha, que algumas instituições poderiam, com pequenos ajustes, se candidatar a um selo de acreditação internacional do programa de residência farmacêutica perante a *American Society of Health System Pharmacists* (ASHP)⁴⁸, como têm feito muitos hospitais da Arábia Saudita e outros países.⁴⁹ Por outro lado, algumas instituições necessitam de estruturas básicas para garantir uma formação adequada, conforme foi descrito neste relatório, como o acesso à prescrição, bases de dados ou fontes de informação sobre medicamentos. Nesse sentido, é oportuno inferir que as sociedades profissionais (da atenção primária à hospitalar) possam cancelar ou avaliar os programas de residência, objetivando qualificar esses ambientes e expor àquelas que cumprem com “o mínimo” e, assim, ofertar as melhores vagas às melhores demandas (candidatos). Esse conceito de acreditação é adotado pela ASHP, que pressiona o sistema a melhorar os programas, o que, por sua vez, atrai melhores profissionais, e assim sucessivamente.⁴⁴

Na atual conjuntura, conhecer mais sobre a instituição em que os residentes atuam, bem como o serviço e os processos em que estiveram inseridos, e os mentores responsáveis pela formação desses profissionais, faz a diferença na análise curricular de um egresso.

5.4. A visão do egresso sobre os preceptores e tutores (formação e reconhecimento)

O preceptor que mais contribuiu para a formação do egresso teve como características: ser farmacêutico da mesma especialidade e com mestrado na área de saúde. Depois vieram médicos de especialidades semelhantes às dos egressos, com mestrado na área da saúde.

No tocante aos tutores, os que mais contribuíram para a formação do residente tinham como características: serem farmacêuticos com especialização na mesma área clínica, mestrado ou doutorado em área relacionada. Em seguida, vieram médicos com as mesmas características citadas acima.

Vale lembrar que o presente relatório não teve como objeto de estudo a avaliação da qualidade dos preceptores e tutores. Neste sentido, este relatório permite a geração de hipóteses para contribuições voltadas a esse público em específico.

A escolha de farmacêuticos, como preceptores e tutores, contribuiu bastante para o crescimento profissional dos residentes. Do mesmo modo, os médicos foram importantes para a formação do egresso. Sabe-se que a formação proporcionada por outros profissionais não farmacêuticos agrega ao residente conhecimentos que vão além da Farmácia, aumentando a compreensão dos limites. As oportunidades de intervenções e interface entre profissionais da saúde constituem práticas interprofissionais que resultam de um ambiente de interação entre diferentes formações profissionais.

Por fim, poucos preceptores e tutores (<20%) tinham a possibilidade de progressão na carreira ou incentivos financeiros específicos para desempenhar atividades de mentoria de residentes. Essa demanda já foi visualizada em cartas e documentos de encontros de residências^{6,8}, sendo um importante passo a ser dado para aumentar a qualidade das preceptorias. Por outro lado, formar preceptores e tutores é um desafio em todo o mundo⁵⁰⁻⁵². É natural que

esse processo ocorra de maneira informal entre residentes do segundo ano e residentes do primeiro ano.⁵¹ Sugere-se uma investigação mais específica em todo o território nacional para avançar especificamente nessa pauta, com vista a melhorias neste importante componente dos programas.

5.5. Ações futuras

O perfil do egresso serve como marco para comparações, definições de padrões mínimos de qualidade e indicadores de resultados pretendidos com os programas de residência. Isso se deve à natureza dos dados gerados nesse relatório: (a) viés nacional, dada à abrangência da pesquisa; (b) opinião de quem fez a residência; (c) foco no produto final, “o profissional formado”; e (d) alinhamento dos achados às demandas discutidas em encontros e foros de residências.

Os achados deste relatório servem, também, de parâmetro para que ocorram melhorias locais e se definam padrões de prática, seleção e formação de farmacêuticos. Na graduação e na pós-graduação, há a oportunidade de usar este relatório para discutir os currículos farmacêuticos que vêm se desenhando ao longo dos últimos anos, por meio de novas pesquisas, eventos ou propostas de projetos pedagógicos. Em relação ao mercado de trabalho, ressaltam-se duas contribuições oriundas deste relatório: (a) os concursos públicos poderão diferenciar a experiência dos primeiros anos de um profissional que não fez residência com aquele que se dedicou a serviços de excelência, por mais de 60h semanais (hoje a residência é comparada a uma especialização teórica de 360h); e (b) esse material pode servir de base para que o mercado de trabalho reconheça e selecione profissionais com características positivas demonstradas nessa pesquisa, como: desenvolvimento de serviços, protocolos e outras características que são relevantes aos empregadores.

É oportuno lembrar que, na experiência de outros países, todos os anos, feiras profissionais

ocorrem nos principais congressos farmacêuticos, em que chefes de serviço, pesquisadores e empresários se sentam com milhares de egressos e futuros candidatos a uma posição no mercado, o que pode se reverter em um banco de dados mais qualificado e competitivo, reduzindo custos de seleção e promovendo networking entre os pares¹.

Isso é possível uma vez que a residência tem início e fim padronizados em todo o território nacional (fevereiro é o mês de início e conclusão dos programas de residência).

O uso deste relatório pode ser importante para as instituições representativas da profissão farmacêutica, uma vez que as informações poderão estrategicamente definir prioridades, programas de fiscalização e outras pautas para melhorias das condições de trabalho em geral.

5.6. Limitações

O presente relatório é limitado pelo tipo de desenho de estudo que foi proposto: um *survey* eletrônico. Detalhes sobre estrutura e processos somente poderão ser visualizados em auditorias ou avaliações presenciais. Importante ressaltar que a perspectiva deste relatório é a do egresso, sendo necessária uma interpretação cautelosa ao extrapolar os achados para outros públicos, como preceptores, tutores e demais perspectivas. Outra limitação é o cálculo da amostra por falta de base de dados sobre os concluintes. Por fim, a veracidade das informações e a abrangência das respostas poderiam ser questionadas, uma vez que foi utilizado um instrumento de coleta de dados eletrônico, com mais taxas de resposta no Nordeste, Sudeste e Sul do país. Por outro lado, a verificação do CPF e da data de nascimento, no Ministério da Fazenda, e a avaliação do currículo lattes ou LinkedIn® dos respondentes foram aspectos importantes para a exclusão de dezenas de respostas. Além disso, o Norte e o Centro-Oeste possuem menos centros cadastrados de residência, justificando, em parte, a taxa reduzida de respostas.

6. Conclusões

O perfil do farmacêutico egresso de programas de residência permite inferir que esse profissional tem vivência teórico-prática diferenciada de outros modelos de formação, como especializações de curta duração ou mestrado profissional. Sob a perspectiva

dos egressos, foi possível identificar oportunidades e limitações de diversos atores que poderão discutir com mais profundidade a formação do profissional (pontuadas abaixo). Tais discussões devem ser guiadas pelas evidências aqui expostas e pelo seguinte questionamento: ***a residência está formando profissionais para atuar no Sistema de Saúde? No ensino? Na gestão? Na pesquisa?***

Aos profissionais voltados ao ensino de graduação

As disciplinas obrigatórias dos programas de residência (ex.: bioética, políticas públicas de saúde, sistema de saúde, epidemiologia, entre outras) foram avaliadas como muito relevantes à formação dos residentes. Embora muitas disciplinas sejam abordadas em diversas graduações, é possível que o processo teórico-prático das residências (vivência de casos reais) tenha contribuído para essa avaliação positiva dos egressos. O ambiente teórico-prático proporciona mais reflexões sobre a utilidade das informações e promove um ambiente propício ao ensino baseado por competências. Por fim, os resultados desta pesquisa qualificam a discussão das Diretrizes Curriculares Nacionais.

Aos pesquisadores e pós-graduados/graduandos

Os respondentes deste questionário têm potencial de produção científica a respeito do impacto da atuação profissional na melhoria de processos locais e assistenciais. Em que pese o risco de subestimar o número verdadeiro, 30% dos artigos foram publicados em revistas indexadas. Desses, a maioria era >B2 pelos critérios Qualis/Capes 2013-2016. Em outras palavras, a vivência prática é superior a outras especializações lato sensu com menos de 1.000h. É também competitivo ao se comparar com mestrados, em especial os profissionais, uma vez que a residência proporciona a oportunidade de pesquisa - muitas vezes aplicada - e uma vivência profissional mais ampla.

Aos gestores e empregadores (setor público e privado)

Somada à constatação acima, durante dois anos de formação no programa de residência, o profissional egresso possui experiência de trabalho ampla em seus dois anos de formação assistida. Longe de reduzir a experiência acima ao número de horas de dedicação (60h semanais), os resultados são expressos por melhorias locais e assistenciais, aliadas à formação teórico-prática em uma área específica de atuação. Foram identificados, também, diversos reconhecimentos (prêmios e menções honrosas) por sociedades profissionais do Brasil e do mundo.

Aos avaliadores de programas de residência

A heterogeneidade estrutural e de processos é marcante entre os programas de residência. Há de se considerar padrões mínimos para formar farmacêuticos especialistas, por meio de avaliação dos locais de prática (presença de preceptor, horários, disciplinas e outras atividades). O processo de avaliação documental com a constatação prática do que ocorre no programa (“diga-me e me mostre”) é essencial para identificar oportunidades e limitações.

Às sociedades e associações profissionais, científicas e civis

Pelo fato apontado no item anterior, as comunidades profissionais e científicas possuem papel primordial na elaboração de padrões para os programas e de usá-los para “certificar” os programas de residência no país. Essa participação ativa das sociedades proporcionará melhorias dos programas, por demanda (candidatos) ou oferta (serviços) mais qualificadas.

Sobre o tutor que mais contribuiu para a formação do egresso

Farmacêutico, com especialização na área de formação do residente, com mestrado e doutorado em áreas afins, foi o perfil que mais contribuiu para a formação do residente. Em seguida, vieram médicos com as mesmas características acima. Alguns tutores (16%) percebiam remuneração específica para esse cargo ou incentivo para progressão de carreira.

Sobre o preceptor que mais contribuiu para a formação do egresso

Farmacêutico, com especialização e mestrado ou doutorado na mesma área de formação do residente, foi o perfil que mais contribuiu para a formação do residente. Em seguida, vieram médicos com as características acima. Alguns preceptores (10%) percebiam remuneração específica para tal cargo ou incentivo para progressão de carreira.

Referências

1. Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Portaria Interministerial nº 2.117, de 03 de novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. *Diário Of da União*. 2005;Seção 1.
2. Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar. *Padrões Para Residências Farmacêuticas Em Hospitais E Demais Serviços de Saúde Brasileiros - PaRes Sbrafh.*; 2017.
3. Conselho Federal de Farmácia. Residência Farmacêutica: o Sonho vira Lei. <http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/17/residencia.pdf>. Published 2005.
4. Conselho Federal de Farmácia. CFF divulga mapa de programas com vagas para farmacêuticos. 2016. <http://www.cff.org.br/noticia.php?id=2601>.
5. Ministério da Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf. Published 2006.
6. Fórum Nacional de Residências em Saúde. Carta de Curitiba. 2016. [https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/resenf/Carta de Curitiba - VI ENRS 2016.pdf](https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/resenf/Carta%20de%20Curitiba%20-%20VI%20ENRS%202016.pdf).
7. Fórum Nacional de Residências em Saúde. Carta do “3º Fórum da Residência em Área Profissional em Saúde: Construindo Competências do Residente na Rede SUS”. 2013.
8. Fórum Nacional de Residências em Saúde. Carta de Florianópolis. 2015.
9. Conselho Federal de Farmácia. Perfil do Farmacêutico no Brasil. 2015. [cff.org.br/userfiles/file/Perfil do farmacêutico no Brasil_web.pdf](http://www.cff.org.br/userfiles/file/Perfil%20do%20farmaceutico%20no%20Brasil_web.pdf).
10. Brasil. Ministério da Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. 2006. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf#page=229.
11. Conselho Federal de Farmácia. *Pharmaceutical Services Directly Aimed at the Patient, the Family and the Community: Contextualization and Conceptual Framework.*; 2016. http://www.cff.org.br/userfiles/Profar_Arcabouco_TELA_FINAL.pdf.
12. Conselho Federal de Farmácia. Matriz de Competências para a Formação do Farmacêutico na Área de Farmácia Clínica. 2016:29. [http://www.cff.org.br/userfiles/Matriz final 18_11_2016 \(site\)\(3\).pdf](http://www.cff.org.br/userfiles/Matriz%20final%2018_11_2016%20(site)%20(3).pdf).
13. Conselho Federal de Farmácia. Competências para a Atuação Clínica do Farmacêutico: Relatório do I Encontro de Educadores em Farmácia Clínica e Matriz de Competências para Atuação Clínica. 2017:124.
14. Conselho Federal de Farmácia. Serviços Farmacêuticos Diretamente Destinados ao Paciente, à Família e à Comunidade. 2016:200. http://www.cff.org.br/userfiles/Profar_Arcabouco_TELA_FINAL.pdf.
15. Okoli C, Pawlowski SD. The Delphi method as a research tool: an example, design considerations and applications. *Inf Manag*. 2004;42(1):15-29. doi:10.1016/j.im.2003.11.002.
16. Conselho Federal de Farmácia. Residência em Saúde. <https://comunicacaocff.wixsite.com/residencia>. Published 2014.
17. Dunn SP, Birtcher KK, Beavers CJ, et al. The Role of the Clinical Pharmacist in the Care of Patients with Cardiovascular Disease. *J Am Coll Cardiol*. 2015;66(19):2129-2139. doi:10.1016/j.jacc.2015.09.025.
18. American College of Clinical Pharmacy. A vision of pharmacy's future roles, responsibilities, and manpower needs in the United States. *Pharmacotherapy*. 2000;20(8):991-1020. doi:10.1592/phco.20.11.991.35270.
19. Engle JP, Erstad BL, Anderson DC, et al. Minimum qualifications for clinical pharmacy practice faculty. *Pharmacotherapy*. 2014;34(5). doi:10.1002/phar.1422.
20. Canadian Society of Hospital Pharmacists. Canadian Hospital Pharmacy Residency Board Accreditation Standards. 2010;(January):1-19.
21. Fardel O. Relationship between pharmacy residency examination rank and specialty choice for French pharmacy residency-admitted students. *Pharm Pract (Granada)*. 2017;15(1):1-8. doi:10.18549/Pharm-Pract.2017.01.912.
22. Buschauer A, Chemistry F. Pharmacy Education in. 1996;60(6):1-23.
23. Romanelli F, Ryan M, Smith KM. Board of Pharmaceutical Specialties-Certified Faculty: A Survey of United States Colleges of Pharmacy. *Pharmacotherapy*. 2004;24(3):395-400. doi:10.1592/phco.24.4.395.33183.
24. Haines ST. Does board certification really matter? *Pharmacotherapy*. 2014;34(8):799-802. doi:10.1002/phar.1472.
25. Haines ST, Andrus MR, Badowski M, et al. Board Certification of Pharmacist Specialists. *Pharmacotherapy*. 2011;31(11):1146-1149. doi:10.1592/phco.31.11.1146.
26. Toussaint KA, Pharm D, Watson K, et al. Prevalence of and Factors That Influence Board States Colleges and Schools of Pharmacy. 2013;33(1):105-111.

27. Saseen JJ, Pharm D, Grady SE, et al. Should Be Board-Certified Specialists American College of Clinical Pharmacy. 2006.
28. Bishop BM, Silvester JA, Martin CY BC. National survey of pharmacy residents nearing completion of the 2014-15 residency year. *Am J Heal Syst Pharm.* 2017;74(11):843-852.
29. Stanford MM, Oprinovich SM SM. Beyond the PGY-1 community pharmacy residency: Characterizing career pathways of residency graduates. *J Am Pharm Assoc (2003).* 2017;57(3S):S191-S196.
30. Conselho Federal de Farmácia. RESOLUÇÃO No - 640, DE 27 DE ABRIL DE 2017. Dá nova redação ao artigo 1º da Resolução/CFF nº 623/16, estabelecendo titulação mínima para a atuação do farmacêutico em oncologia. *Diário Of da União.* 2017;Seção 1:121.
31. Conselho Federal de Enfermagem. RESOLUÇÃO COFEN Nº 389/2011. Atualiza, no âmbito do Sistema Cofen / Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para registro de título de pós-graduação lato e stricto sensu concedido a enfermeiros e lista as especialidades. *Diário Of da União.* 2011;202(Seção 1):146.
32. Conselho Federal de Medicina. RESOLUÇÃO CFM Nº 2.149/2016. Homologa a Portaria CME nº 02/2016, que aprova a relação de especialidades e áreas de atuação médicas aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades. *Diário Of da União.* 2016;2(Seção 1):99.
33. Baruel Okumura PC, Okumura LM, Reis WC, Godoy RR, Cata-Preta BO, de Souza TT, Fávero ML CC. Comparing medication adherence tools scores and number of controlled diseases among low literacy patients discharged from a Brazilian cardiology ward. *Int J Clin Pharm.* 2016;38(6):1362-1366.
34. Nunes PHC, Pereira BMG, Nominato JCS, Albuquerque EM, Silva LFN CIRS de et al. Intervenção farmacêutica e prevenção de eventos adversos. *Rev Bras Cienc Farm.* 2008;44(4):691-699.
35. Costa EM, Rabelo ARM LJ. Avaliação do papel do farmacêutico nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos na atenção primária. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.* 2014;35(1):81-88.
36. Pinto IVL, Castro M dos S, Reis AMM. Descrição da atuação do farmacêutico em equipe multiprofissional com ênfase no cuidado ao idoso hospitalizado. *Rev Bras Geriatr e Gerontol.* 2013;16(4):747-758. doi:10.1590/S1809-98232013000400009.
37. Graduação DEPÓS, Promoção EM, Saúde DA, et al. Atuação do farmacêutico residente em uma unidade de pronto atendimento : contribuindo para a promoção da saúde contributing to the health promotion. 2017:4-7.
38. Okumura LM, Riveros BS, Gomes-da-Silva MM VI. A cost-effectiveness analysis of two different antimicrobial stewardship programs. *Braz J Infect Dis.* 2016;20(3):255-61.
39. Gerlack LF, Moreira LB, Serbim AK, Remor CB, Gavioli C, Motta DS, Pereira GN, Ceconello M, Klaesener R SV. Saúde do idoso: residência multiprofissional como instrumento transformador do cuidado. *Rev Ciência Saúde.* 2009;2(2):104-108.
40. Miranda FF, Martins JS, Castro NT, Sauzem PD. Multiprofissional Em Urgência E Emergência. 2015;(1).
41. Farias MR, Storb BH, Storpirtis S, Leite SN. Impact factor: An appropriate criterion for the Qualis journals classification in the pharmacy area? *Brazilian J Pharm Sci.* 2017;53(3):1-5. doi:10.1590/s2175-97902017000301001.
42. McKelvey RP, Hatton RC KC. Pharmacy resident project publication rates and study designs from 1981, 1991, and 2001. *Am J Heal Syst Pharm.* 2010;67(10):830-6.
43. Olson KL, Holmes M, Dang C, Patel RJ WD. Publication rates of abstracts presented by pharmacy residents at the Western States Conference. *Am J Heal Syst Pharm.* 2012;69(1):59-62.
44. O'Dell KM SS. Evaluation of pharmacy practice residents' research abstracts and publication rate. *J Am Pharm Assoc (2003)2.* 2012;52(4):524-527.
45. Byerly WG, Rheney CC, Connelly JF VK. Publication rates of abstracts from two pharmacy meetings. *Ann Pharmacother.* 2000;34(10):1123-1127.
46. Stranges PM, Vouri SM, Bergfeld F et al. based on abstracts from a regional meeting. *Curr Pharm Teach Learn.* 2016;7(6):780-786. doi:10.1016/j.cptl.2015.08.017.Pharmacy.
47. Teeters J. New ASHP pharmacy residency accreditation standards. *Am J Heal Syst Pharm.* 2006;63(11):1012-1018.
48. American Society of Health System Pharmacists. ASHP ACCREDITATION STANDARD FOR INTERNATIONAL PHARMACY PRACTICE RESIDENCY. 2018:1-21.
49. Al-Haidari KM A-JA. Establishment of a national pharmacy practice residency program in Saudi Arabia. *Am J Heal Syst Pharm.* 2010;67:1467-1470.
50. Mueller EW, Bishop JR, Kanaan AO, Kiser TH, Phan H YK. Research fellowship programs as a pathway for training independent clinical pharmacy scientists. *Pharmacotherapy.* 2015;35(3):e13-9.
51. Host BD, Stewart WS AM. Development of a novel longitudinal postgraduate year 1 residency training model. *Am J Heal Syst Pharm.* 2017;74(6):382-388.
52. Bolt J, Baranski B, Bell A SW. Assessment of Preceptor Development Strategies across Canadian Pharmacy Residency Programs. *Can J Hosp Pharm.* 2016;69(2):144-148.



**Conselho
Federal de
Farmácia**