

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Farmácia
Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência
Farmacêutica

Priscila Oliveira Fagundes

NECESSIDADES EDUCACIONAIS PARA A PRÁTICA CLÍNICA NA
PERSPECTIVA DE FARMACÊUTICOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Belo Horizonte
2024

Priscila Oliveira Fagundes

**NECESSIDADES EDUCACIONAIS PARA A PRÁTICA CLÍNICA NA
PERSPECTIVA DE FARMACÊUTICOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do grau de Mestra em Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

Orientadora: Prof.^a Dra. Simone de Araújo
Medina Mendonça

Belo Horizonte
2024

F156n	Fagundes, Priscila Oliveira. Necessidades educacionais para a prática clínica na perspectiva de farmacêuticos do Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico] / Priscila Oliveira Fagundes. – 2024. 1 recurso eletrônico (294 f. : il.) : pdf Orientadora: Simone de Araújo Medina Mendonça. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Exigências do sistema: Adobe Acrobat Reader. 1. Educação continuada – Teses. 2. Competência clínica – Teses. 3. Assistência farmacêutica – Teses. 4. Teoria fundamentada – Teses. 5. Farmacêuticos – Teses. 6. Sistema Único de Saúde – Teses. I. Mendonça, Simone de Araújo Medina. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Farmácia. III. Título. CDD: 362.1042
-------	--



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

FOLHA DE APROVAÇÃO

NECESSIDADES EDUCACIONAIS PARA A PRÁTICA CLÍNICA NA PERSPECTIVA DE FARMACÊUTICOS DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE

PRISCILA OLIVEIRA FAGUNDES

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, área de concentração MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.

Aprovada em 11 de dezembro de 2024 pela banca constituída pelos membros:

Simone de Araújo Medina Mendonça - Orientadora (FAFAR-UFMG)
Djenane Ramalho de Oliveira (UFMG)
Isabela Viana Oliveira (Hospital Militar/MG)
Yone de Almeida Nascimento (UFMG)



Documento assinado eletronicamente por **Simone de Araújo Medina Mendonça, Professora do Magistério Superior**, em 12/12/2024, às 10:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Isabela Viana Oliveira, Usuário Externo**, em 12/12/2024, às 21:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Djenane Ramalho de Oliveira, Professora do Magistério Superior**, em 15/12/2024, às 09:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Yone de Almeida Nascimento, Professora do Magistério Superior**, em 15/12/2024, às 23:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3810977** e o código CRC **7AABA551**.

AGRADECIMENTOS

A trajetória do mestrado vem enfim chegando a sua reta final. Momentos de desafios, insegurança, aprendizado e muita evolução pessoal fizeram parte de todo esse percurso. Chegar até esse momento não seria possível sem a presença de pessoas especiais e iluminadas pelo meu caminho. O reconhecimento e agradecimento ficam pequenos nessas palavras diante da importância de cada um, mas fica aqui a lembrança a todos que de alguma forma trouxeram um significado especial para esse momento.

Primeiramente, meu querido filho, Guilherme, obrigada pelo seu carinho e sua alegria que trouxeram acalento e conforto em momentos de cansaço e exaustão. Obrigada pela compreensão, nos seus tenros quatro anos, nos momentos em que a mamãe não podia brincar pois precisava estudar. Que esse percurso sirva de inspiração a você para trilhar o caminho do conhecimento como fonte de sabedoria e crescimento em sua vida.

À minha mãe, pela dedicação sem fim a nós (filhas), pelo apoio e suporte sempre que necessário e por estar sempre a postos com uma comidinha deliciosa esperando por mim em sua casa. Ao meu pai, que, à sua maneira, apoiou o meu caminhar e deu a sustentação para a nossa família.

Às minhas queridas irmãs, Vanessa, Letícia e Patrícia, fontes de inspiração e companheirismo, que me apoiaram, no que podiam cada uma, e torcem e comemoram sempre pelas vitórias alcançadas. Vocês são demais e motivo de muito orgulho pra mim!

Ao meu marido Edson, por vivenciar essa árdua experiência ao meu lado e por me tornar mais forte.

À querida Professora Simone, pelo prazer de ser sua orientanda e pela serenidade com que me conduziu por essa trajetória, diante de tantas dificuldades e atribuições que permearam nosso caminho. Obrigada pelas palavras acolhedoras e reconfortantes e pelos ensinamentos pelo mundo da pesquisa qualitativa.

À minha querida amiga Lídia, amiga de graduação e de mestrado, que me deu forças e apoio durante esse desafio e me permitiu dividir minhas angústias durante esse percurso; em quem me inspiro pela profissionalidade e empenho. Os dias de mestrado foram bem mais agradáveis podendo dividir com você.

À Kenya, farmacêutica exemplar, colega de trabalho e alma inquieta: obrigada pelo convite que deu início a todo esse caminho, por acreditar em mim e me apoiar nesse último ano.

À Grazielle Gontijo, pela confiança em mim depositada, pelo respeito mútuo e pelo apoio e entendimento quanto ao período de finalização desse mestrado.

Aos farmacêuticos da rede Fhemig que se dispuseram a participar dessa pesquisa e dedicaram parte do seu tempo e paciência em prol deste trabalho. Espero que consiga, de alguma forma, atingir os anseios de vocês e batalhar por um futuro de maior reconhecimento para a nossa prática clínica na Fhemig.

À FAPEMIG, pelo incentivo e fomento à pesquisa, por meio da concessão de bolsa do Programa de Capacitação de Recursos Humanos (PCRH).

À Fhemig, pelo espaço e concessão da disponibilidade de carga horária que viabilizaram o desenvolvimento deste trabalho.

Aos demais familiares e amigos que, distantes ou não, torceram por mim e que sei que vibrarão por essa vitória. Muito obrigada!

RESUMO

O Cuidado Farmacêutico apresenta-se como uma proposta de prática profissional apta a atender a demanda social atualmente existente de redução da morbimortalidade relacionada com o uso de medicamentos. Para sua operacionalização é esperado o desenvolvimento de competências clínicas e humanísticas que contribuam para a tomada de decisão racional em farmacoterapia. A carência de farmacêuticos com formação clínica é uma das barreiras para a efetivação e expansão da provisão do Cuidado Farmacêutico. A educação permanente mostra-se como uma ferramenta importante para minimizar essas lacunas de formação dos profissionais já atuantes no sistema de saúde. Assim, espera-se por meio deste compreender as necessidades educacionais de farmacêuticos do Sistema Único de Saúde, de forma a subsidiar a estruturação de um modelo de formação para a prática do cuidado, no contexto de trabalho dos profissionais. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, baseada na Teoria Fundamentada dos Dados. Para a coleta de dados utilizou-se um questionário estruturado e foram conduzidas entrevistas individuais com nove farmacêuticos de referência para a prática clínica dos hospitais da rede. A partir da análise sistemática dos dados, foram reveladas três categorias principais relacionadas ao processo de desenvolvimento de competências para a prática clínica farmacêutica: 1. Aprendendo com as experiências da prática – modos de aprendizagem da graduação à prática profissional; 2. ~~Não~~ Assumindo a responsabilidade pela farmacoterapia do paciente; e 3. Desenvolvendo as competências para a prática clínica. O modelo teórico desenvolvido revela que as competências clínicas do farmacêutico têm como base principal de motivação e aprendizagem as experiências vivenciadas na prática profissional, por meio das quais desenvolve a habilidade de reflexão crítica para melhoria da sua prática e a percepção de suas necessidades educacionais ao longo de sua trajetória profissional. A consciência quanto a responsabilidade profissional, fundamentada pela internalização da filosofia de prática profissional, apoia e fortalece o desenvolvimento das competências, uma vez que permite ao profissional maior discernimento quanto as suas atribuições e compreensão das atitudes, habilidades e conhecimentos necessários para a prática clínica, viabilizando ainda a integração do farmacêutico à equipe multidisciplinar. Por fim,

revela ainda que as competências clínicas envolvem um conjunto de atributos cognitivos e atitudinais que precisam ser desenvolvidos para alcançar a efetivação da prática clínica, dentre os quais sobressaíram o desenvolvimento do conhecimento teórico, a habilidade de comunicação e a padronização de um processo de cuidado. Espera-se, com este trabalho, que os conhecimentos gerados contribuam para a institucionalização de processos educacionais voltados para o desenvolvimento de competências clínicas por farmacêuticos que atuam no sistema de saúde.

Palavras-chave: educação permanente; competências clínicas; atenção farmacêutica; teoria fundamentada nos dados.

ABSTRACT

Pharmaceutical Care is a proposal for professional practice capable of meeting the current social demand for reducing morbidity and mortality related to the use of medications. For its operationalization, the development of clinical and humanistic competencies that contribute to rational decision-making in pharmacotherapy is expected. The lack of pharmacists with clinical training is a bias for the implementation and expansion of the provision of Pharmaceutical Care, and continuing education is an important tool to minimize these training gaps for professionals already working in the health system. Thus, it is expected to understand the educational needs of pharmacists in the Unified Health System, in order to support the structuring of a training model for the practice of care, in the context of the professionals' work. This is a qualitative research, based on the Grounded Theory. For data collection, a structured questionnaire was used and individual interviews were conducted with nine pharmacists who are references for clinical practice in the hospitals of the network. From the systematic analysis of the data, three main categories related to the process of developing competencies for clinical pharmaceutical practice were revealed: 1. Learning from practical experiences – learning methods from undergraduate studies to professional practice; 2. ~~Not~~ assuming responsibility for the patient's pharmacotherapy; and 3. Developing competencies for clinical practice. The theoretical model developed reveals that the pharmacist's clinical competencies are mainly motivated and learned by the experiences lived in professional practice, through which they develop the ability to critically reflect to improve their practice and the perception of their educational needs throughout their professional career. Awareness of professional responsibility, based on the internalization of the philosophy of professional practice, supports and strengthens the development of competencies, since it allows the professional to have greater discernment regarding their attributions and understanding of the attitudes, skills and knowledge necessary for clinical practice, also enabling the integration of the pharmacist into the multidisciplinary team. Finally, it also reveals that clinical skills involve a set of cognitive and attitudinal attributes that need to be developed to achieve effective clinical practice, among which the development of theoretical knowledge, communication skills and standardization of a care

process stand out. It is expected that, with this work, the knowledge generated will contribute to the institutionalization of educational processes aimed at the development of clinical competencies by pharmacists working in the health system.

Keywords: lifelong learning; clinical competencies; pharmaceutical care; grounded theory.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Lista 1 – Competências para execução do eixo cuidado em saúde previstas nas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Farmácia, de 2017.....	36
Lista 2 – Competências essenciais para o cuidado farmacêutico segundo Losinski, 2011	54
Figura 1 – Processo de cuidado em atenção farmacêutica proposto por Cipolle, Strand e Morley, 2012	42
Figura 2 – Sistematização da cascata do conhecimento para o presente estudo, conforme proposto por Daly (2007)	76
Figura 3 – Representação esquemática da amostragem teórica na Teoria Fundamentada nos Dados segundo Charmaz (2009)	88
Figura 4 – Proposta de modelo teórico para o processo de desenvolvimento de competências para a prática clínica	191
Quadro 1 – Conhecimentos necessários para a prática do cuidado farmacêutico	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Problemas relacionados aos uso de medicamentos conforme Cipolle, Strand e Morley, 2012	44
Tabela 2 – Categorização dos problemas relacionados ao uso de medicamentos adotada pela <i>Pharmacy Quality Alliance</i>	45
Tabela 3 – Competências para o cuidado farmacêutico segundo Cipolle, Strand e Morley (2012), Losinski (2011), CFF (2017) e as DCN de 2017 para o curso de graduação em Farmácia	56
Tabela 4 – Caracterização das unidades assistenciais que compõe a rede Fhemig	81
Tabela 5 – Perfil sociodemográfico e funcional dos farmacêuticos	107
Tabela 6 – Escolaridade e formação em clínica farmacêutica	108
Tabela 7 – Percepção dos farmacêuticos quanto as competências necessárias para a provisão de serviços clínicos	109
Tabela 8 – Percepções dos farmacêuticos quanto ao desenvolvimento de suas competências para a prática clínica farmacêutica	111
Tabela 9 – Categorias e subcategorias que descrevem o processo de desenvolvimento de competências clínicas para a prática do cuidado farmacêutico	118
Tabela 10 – Amostragem das respostas provenientes do questionário estruturado referente ao entendimento quanto ao papel do farmacêutico no cuidado em saúde	133

SUMÁRIO

1 MOTIVAÇÕES PARA O ESTUDO	14
2 INTRODUÇÃO	19
3 OBJETIVO GERAL	24
3.1 Objetivos específicos	24
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	25
4.1 Trajetória da profissão farmacêutica: mudanças históricas e evolução da profissão	25
4.2 Formação do farmacêutico: contexto histórico e as Diretrizes Curriculares Nacionais	31
4.3 Atenção Farmacêutica e Gerenciamento da Terapia Medicamentosa	38
4.4 Alinhamento de conceitos sobre a prática clínica farmacêutica: Farmácia Clínica, Atenção Farmacêutica e Cuidado Farmacêutico	48
4.5 Competências para a prática do cuidado farmacêutico	53
<i>4.5.1 Conhecimentos clínicos</i>	<i>58</i>
<i>4.5.2 Habilidades</i>	<i>60</i>
<i>4.5.3 Atitudes</i>	<i>63</i>
4.6 O SUS como ordenador da formação em saúde	64
4.7 Conceitos sobre Educação Permanente.....	66
5 METODOLOGIA	72
5.1 Cascata epistemológica	73
5.2 Teoria fundamentada nos dados	76
6 MÉTODOS	80
6.1 Local de estudo	80
6.2 Seleção dos sujeitos do estudo	84
6.3 Coleta de dados	88
<i>6.3.1 Questionário estruturado</i>	<i>89</i>
<i>6.3.2 Entrevistas semiestruturadas.....</i>	<i>90</i>
<i>6.3.3 Diário de campo.....</i>	<i>92</i>
6.4 Análise de dados	93
<i>6.4.1 Análise por estatística descritiva.....</i>	<i>94</i>
<i>6.4.2 Análise de conteúdo de Bardin</i>	<i>95</i>
<i>6.4.3 Codificação</i>	<i>96</i>

6.4.4 Redação de Memorandos.....	98
6.5 O rigor da pesquisa	99
6.6 Considerações éticas	100
7 RESULTADO E DISCUSSÃO	102
7.1 Perfil dos farmacêuticos no cenário de estudo	103
7.2 Construindo a compreensão das necessidades educacionais de farmacêuticos para a prática clínica.....	113
7.3 Aprendendo com as experiências da prática – modos de aprendizagem da graduação à prática profissional	119
7.4 Não Assumindo a responsabilidade pela farmacoterapia do paciente.....	131
7.5 Desenvolvendo as competências para a prática clínica	155
7.6 Desenvolvimento de competências pelo farmacêutico para a prática clínica: modelo teórico proposto.....	188
8 IMPLICAÇÕES PARA A EDUCAÇÃO E PARA A PRÁTICA.....	192
9 CONCLUSÃO	195
REFERÊNCIAS.....	197
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO.....	209
APÊNDICE B – TÓPICO GUIA.....	215
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	219
APÊNDICE D – PRIMEIRO ARTIGO DE RESULTADOS	223
APÊNDICE E – SEGUNDO ARTIGO DE RESULTADOS	244
APÊNDICE F – PROPOSTA DE PROGRAMA DE FORMAÇÃO	263
ANEXO A - DOCUMENTO DE APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFMG	267
ANEXO B – DOCUMENTO DE APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FHEMIG.....	271
ANEXO C – EDITAL FHEMIG Nº 1/2024 – FOMENTO À PESQUISA CIENTÍFICA	275
ANEXO D – CHAMADA PÚBLICA – GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE: GENTE QUE FAZ O SUS ACONTECER	292

1 MOTIVAÇÕES PARA O ESTUDO

A motivação para o desenvolvimento dessa pesquisa partiu da minha percepção a respeito de experiências vivenciadas no âmbito da minha prática de trabalho na tentativa de implantação de atividades e serviços clínicos dentro da instituição hospitalar em que atuo, que tiveram pouco sucesso. Tais experiências levantaram o questionamento quanto às possíveis causas para a dificuldade de implantação dos serviços clínicos e quanto ao baixo envolvimento dos profissionais. Um dos pontos que emergiram dessas reflexões foi quanto às dificuldades, dúvidas e anseios relacionados à prática do cuidado, tanto minhas quanto as apresentadas por outros profissionais ao meu redor, que acabaram levando a um maior interesse pela temática trabalhada nesta pesquisa. Analisando todo o meu processo de formação e meu percurso profissional, no entanto, identifico que tais percepções têm raízes muito mais profundas e que não dizem respeito apenas ao meu eu no momento atual em que me encontro, mas sim com a minha construção como farmacêutica, o que acredito poder ter semelhança com a de outros farmacêuticos que também se encontram no mercado de trabalho atualmente. Dessa forma, retomo aqui minha trajetória acadêmica e profissional, que será brevemente descrita neste tópico, para melhor entendimento de como cheguei até este ponto.

Sou farmacêutica. Graduada pela Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em 2006, época em que, após realizar a conclusão da graduação formal em farmácia, o aluno tinha a possibilidade, caso do seu interesse (e essa era uma prática corriqueira para praticamente todos os alunos de graduação de Farmácia), em realizar a complementação de sua formação com a habilitação em algumas das áreas ofertadas para atuação do profissional farmacêutico, sendo elas: a) indústria farmacêutica, b) bioquímica em análises clínicas e toxicológicas e c) alimentos. Graduei-me como farmacêutica com habilitação em análises clínicas e toxicológicas.

Nunca me imaginei farmacêutica, não era um sonho a ser alcançado, assim como não tive inspirações em quem me espelhar. Não tenho parentes próximos que sejam profissionais da saúde e muito menos farmacêuticos. A decisão de

seguir essa carreira na área da saúde veio a partir de testes vocacionais e leituras sobre profissões de uma jovem ainda imatura que nos seus dezessete anos se cobrava uma definição de sua vida profissional. Era um caminho novo a desbravar e não sabia muito bem o que me esperava e nem o que procurar ao certo e acabei deixando a própria faculdade ir me levando.

Toda a minha graduação foi baseada em uma formação voltada sobremaneira para o produto – medicamento – em suas diversas disciplinas de químicas, farmacologias e tantas outras. Talvez a própria imaturidade ou uma visão superficial da profissão, tenha feito com que eu não me adentrasse em busca de disciplinas optativas voltadas para o cuidado em saúde, tendo fortalecido minha visão do profissional farmacêutico puramente como o “profissional do medicamento” e não acrescido a esse profissional a perspectiva daquele que também cuida do paciente em uso do medicamento. As vivências da graduação, portanto, fortalecidas por uma estrutura curricular formal e com pouco espaço para as discussões e o aprofundamento a respeito do cuidado em saúde, determinaram a formação de uma profissional técnica e, de certa forma, distante do paciente e das necessidades individuais desses. E assim a graduação passou por mim e me formei em farmácia.

Logo após minha formação, me inseri no âmbito do sistema de saúde pública, como servidora pública estadual, tendo atuado, nos meus primeiros cinco anos como farmacêutica, na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Nesse local, me aprofundei profissionalmente nas ações relacionadas à gestão e organização da assistência farmacêutica no estado de Minas Gerais, desenvolvendo a visão para o ciclo da assistência farmacêutica e das políticas de saúde pública. Mesmo tendo sido um período de grande aprendizado, mais uma vez me vi inserida em um contexto de real afastamento entre profissional-paciente e algumas competências desenvolvidas no sentido de gestão de serviços e da assistência farmacêutica acabaram por inibir o desenvolvimento de outras competências direcionadas ao cuidado em saúde.

Após esse período, iniciei, em 2011, uma nova etapa na minha vida profissional na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig). Apesar de agora inserida em um ambiente amplamente assistencial e de cuidado ao paciente,

ainda sentia a dificuldade de identificação do farmacêutico como pertencente a esse meio. Por muito tempo, as atividades desenvolvidas pelos farmacêuticos dentro das unidades hospitalares da Fhemig, incluindo as minhas, encontravam-se voltadas essencialmente para as práticas gerenciais relacionadas ao ciclo logístico da assistência farmacêutica, como a aquisição e distribuição de medicamentos. O foco desses profissionais, portanto, continuava no produto (medicamento) e havia pouca atuação direta com o paciente. Tal situação acabou gerando lacunas na assistência ao paciente e, apesar de somarmos todos os esforços para ter a disponibilidade dos medicamentos para a terapêutica proposta aos mesmos, pouco se sabia sobre o real impacto do uso desses medicamentos nos indivíduos ali assistidos, principalmente com relação à sua efetividade, segurança, adesão do paciente e demais aspectos relacionados ao uso desses medicamentos. Com o fortalecimento da Farmácia Clínica e das discussões a respeito da Atenção Farmacêutica (ou, como mais recentemente nomeado, Cuidado Farmacêutico), no Brasil, tais aspectos passaram a ser melhor discutidos também no âmbito da Fhemig, com tentativas de fortalecer o serviço clínico farmacêutico dentro da instituição, porém ainda com iniciativas isoladas de atuação nesta área.

Como coordenadora de um serviço de Assistência Farmacêutica de uma das unidades hospitalares da Fhemig, me vi com a necessidade de fomentar novas práticas relacionadas ao cuidado ao paciente junto aos farmacêuticos que ali atuavam. Apesar dos diversos dificultadores encontrados, como escassez de profissionais, falta de apoio e de entendimento da alta gestão quanto a importância do serviço, falta de inserção na equipe multiprofissional de cuidado, dentre outros, um dos aspectos que mais me chamou a atenção foi a questão relacionada à insegurança dos farmacêuticos para atuarem no cuidado direto ao paciente. Por muitas vezes escutei frases como: *“Não sei como fazer isso!”* ou *“Nunca trabalhei com clínica, não sei por onde começar”* ou ainda *“Não vi nada de farmácia clínica na minha graduação, não sei como atuar”*. Todos esses posicionamentos me demonstraram que mais do que não saber como agir, o ponto principal seria que a falta de formação voltada para o cuidado ao paciente levava a um sentimento de despreparo para atuar nesse cuidado direto e ainda a não identificação do próprio farmacêutico como um profissional diretamente

ligado ao cuidado ao paciente. Assim, mesmo havendo a execução de atividades relacionadas à clínica (por uma determinação superior a ser executada), sem uma mudança de pensamento e de entendimento quanto ao porquê da sua importância na prática clínica, tais serviços estariam fadados a insucesso ou a falta de engajamento dos profissionais.

Diante dessas avaliações, coloquei-me no lugar desses profissionais e percebi que, mesmo após a realização de cursos e estudos sobre a temática relacionada aos cuidados em saúde pelo farmacêutico, aspectos relacionados à farmácia clínica e métodos para processo de tomada de decisão, faltavam competências também a mim para fomentar o engajamento desses profissionais e expandir os serviços prestados em direção ao cuidado ao paciente como foco. Assim, me desafiei a, em paralelo ao desenvolvimento dessa pesquisa e também como parte dela, me ressignificar como farmacêutica voltada para o cuidado ao paciente, a partir da minha formação profissional em Atenção Farmacêutica por meio das disciplinas disponibilizadas pela Faculdade de Farmácia da UFMG. A intenção é que todo o aprendizado adquirido possa ser utilizado para fomentar outros profissionais pela busca de oportunidades de aprendizado, tendo a educação permanente como uma ferramenta que amplifique o acesso ao conhecimento e a sustentabilidade dos serviços clínicos dentro da instituição.

No decorrer do percurso desse trabalho, assumi um novo cargo na gestão da Assistência Farmacêutica da instituição que abriu novos horizontes e possibilidade de ações de maior alcance para o fortalecimento do Cuidado Farmacêutico nos hospitais que compõem a rede Fhemig. A possibilidade mais palpável de atuação de forma estruturada e com maior embasamento traz grandes expectativas e anseio pelas mudanças quanto a visão do profissional farmacêutico na instituição. O reconhecimento do farmacêutico como parte integrante fundamental da equipe de cuidado e a afirmação da importância do seu papel e de sua valorização são frutos que se espera colher ao fim da jornada (que ainda é longa).

Questiono-me ainda como tornar essa percepção sobre o papel do farmacêutico no cuidado ao paciente, dentro das instituições de saúde, viável aos demais profissionais atuantes na instituição de forma alinhada e que defina, socialmente,

o papel do farmacêutico. Todos esses questionamentos, reflexões e desejos de transformação que emergiram foram contundentes para o delineamento e condução deste trabalho.

“Para criar uma visão para o futuro, no entanto, devemos aprender com o passado e não ser restringidos por ele”.

(LOSINSKI, 2011 – p. 8)

2 INTRODUÇÃO

“Every person around the world will, at some point in their life, take medicines to prevent or treat illness.”
(WHO, 2017 – p. 4)

É com a frase acima, extraída do documento *“Medication Without Harm”*, publicado pela Organização Mundial de Saúde, em 2017, que inicio este trabalho. A constatação de que todas as pessoas ao redor do mundo, em algum momento de suas vidas, acabarão lançando mão de um medicamento para prevenir ou tratar alguma condição de saúde que lhes afete, demonstra quão impactante os medicamentos se apresentam para a nossa sociedade atualmente. A medicina e o desenvolvimento da indústria farmacêutica alteraram de forma contundente e significativa a nossa existência e capacidade de conviver com algumas doenças. Os medicamentos tiveram um efeito positivo sem precedentes na saúde, levando à redução da mortalidade e da carga de doenças nas últimas décadas, e consequentemente, a um aumento da expectativa de vida e a uma melhora da qualidade de vida da população (WHO, 2017; WHO, 2012). Constituem, hoje, a forma de intervenção terapêutica mais frequente em ambientes de prática de saúde, estimulando a resposta da indústria farmacêutica que disponibiliza uma gama de produtos cada vez mais variada, com forte apelo comercial e investimento maciço em marketing (WIEDENMAYER *et al*, 2006).

O mercado farmacêutico brasileiro movimentou, no ano de 2021, cerca de US\$19,5 bilhões, com notável crescimento ao longo dos últimos cinco anos (QUEIROZ, 2022). Como ressaltado por Sevalho (2001 – p. 2),

A produção crescente de tecnologias necessita de um mercado capaz de absorver a demanda de consumo que lhe é incessantemente imposta e que, por isso, deve ser permanentemente ajustado ao poder da mídia e do instrumento simbólico da propaganda.

Com isso, com o crescente desenvolvimento da indústria farmacêutica, desenvolveu-se também, na sociedade moderna, a característica do estímulo ao consumo e da dependência da tecnologia, estando o medicamento também incluído nessa perspectiva, como mercadoria simbólica, sendo utilizado como instrumento terapêutico e bem de consumo. (SEVALHO, 2001, FILARDI *et al*,

2021). Verifica-se, na atualidade, a grande expectativa depositada nos medicamentos pela sociedade moderna, consolidando-os como uma solução rápida para os problemas da vida e como meio para alcançar qualidade de vida e bem-estar físico, psicológico e social, com um processo crescente de medicalização da vida (DANTAS, 2009).

Se por um lado são inquestionáveis os benefícios que os medicamentos trouxeram no tratamento e controle de condições patológicas e na melhora da qualidade de vida da população, como já explicitado anteriormente, por outro, o uso indiscriminado e muitas vezes inadequado do medicamento está também associado a graves consequências, sendo evidentes os resultados negativos quando do uso inapropriado dos mesmos.

Os erros de medicação, definidos como qualquer evento evitável que, de fato ou potencialmente, pode causar ou levar ao uso inapropriado de medicamentos ou a danos ao paciente (NCC MERP, 2024), constituem hoje um grande problema em saúde pública, sendo responsáveis pela ocorrência de morbidade, hospitalizações, mortalidade e aumento dos custos em saúde em todo o mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2017), os custos globais associados a erros de medicação são estimados em aproximadamente US\$42 bilhões ao ano. Nos Estados Unidos, estima-se que o custo anual de morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos seja de US\$ 528,4 bilhões, o que equivale a 16% dos gastos totais com saúde nesse país em 2016 (WATANABE *et al*, 2018). No Brasil, estudo de 2018 realizado em hospitais brasileiros estimou um custo de aproximadamente US\$18 bilhões anualmente para tratar as morbidades relacionadas ao uso de medicamentos (FREITAS *et al*, 2018). Dados mundiais estimam ainda que aproximadamente 5% a 6% das hospitalizações estejam relacionadas ao uso de medicamentos, sendo que mais da metade dessas são potencialmente ou definitivamente evitáveis (SALOMON, 2018). Estudos realizados em países da América Latina demonstraram que 2,5% a 18,4% das internações hospitalares foram associadas a eventos adversos relacionados ao uso de medicamentos, dos quais 84% eram evitáveis e 30% resultaram em morte (WILSON, 2012). No Brasil, dados extraídos do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas da Fiocruz, indicam o

medicamento como principal causa de intoxicação no país, representando 27% do total das notificações de intoxicações recebidas em 2017 (SINITOX, 2020).

Cabe ressaltar ainda que, nas últimas décadas, os próprios medicamentos, assim como a forma que os utilizamos, foram sendo significativamente alterados. A maior complexidade e especificidade dos produtos desenvolvidos a partir da evolução do conhecimento sobre a fisiopatologia das doenças levaram a mudanças na forma como esses medicamentos devem ser monitorados, como interagem com outros e as características das reações adversas esperadas. Da mesma forma, a transição demográfica da população, com tendência de envelhecimento, acompanhada do aumento da prevalência de doenças crônicas, estimula o aumento da polifarmácia em pacientes que deverão fazer tratamentos por longo período ou pelo resto da vida, fazendo com que o medicamento se torne uma variável maior e mais significativa na vida dessas pessoas. Aliado a esses fatores, pode-se destacar ainda o número de profissionais habilitados para prescrição de medicamentos e que podem iniciar uma terapia medicamentosa e a fragmentação dessa assistência, com médicos cada vez mais especializados que prescrevem medicamentos ao paciente muitas vezes sem o conhecimento total da farmacoterapia indicada por outros profissionais. Assim, múltiplos prescritores, múltiplas comorbidades e múltiplos medicamentos contribuem para este quadro complexo presente atualmente em nossa sociedade (CIPOLLE *et al*, 2012).

Diante de todo esse cenário, fica evidente a problemática apresentada (que os serviços de saúde atualmente têm dificuldade de absorver) e a existência de uma necessidade social de redução da morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos, a partir da otimização e gerenciamento da farmacoterapia do paciente de uma forma holística (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; CIPOLLE *et al*, 2012). O farmacêutico, por ser o profissional que tem uma formação voltada para o medicamento, com amplo conhecimento técnico científico em farmacologia, mostra-se como o profissional de saúde capaz e mais propício a absorver tal demanda, sendo ainda uma oportunidade profissional, frente à sociedade, de assumir um papel mais expressivo no cuidado ao paciente (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

Nessa perspectiva, o Cuidado Farmacêutico – expressão que aqui deve ser entendida com o mesmo sentido do termo traduzido por Ramalho de Oliveira (2011) como Atenção Farmacêutica – surge, então, como uma proposta de filosofia e prática profissional que vem abarcar essa demanda. Por meio dessa prática, o farmacêutico assume a responsabilidade pelas necessidades farmacoterapêuticas dos pacientes, colaborando com outros membros da equipe de saúde para a prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM) (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011). Esse arcabouço teórico-metodológico da atenção farmacêutica que guia a prática clínica do farmacêutico é operacionalizado por meio do serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa (GTM).

Mesmo que diversos trabalhos tenham demonstrado resultados clínicos, econômicos e humanísticos positivos, que justificam sua expansão e consolidação nos sistemas de saúde (MENDONÇA *et al*, 2017; SANTOS *et al*, 2021; MCFARLAND *et al*, 2021; RUIZ-RAMOS *et al*, 2021; MENG *et al*, 2023; DENG *et al*, 2023) desafios na implementação e na sustentabilidade de serviços clínicos baseados na atenção farmacêutica foram citados em diversos outros (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; SILVA, 2015; DETONI, 2016; RIBEIRO *et al*, 2017; SILVA *et al*, 2018; MAGEDANZ, 2020; VALENTIN, 2020), tendo a formação do farmacêutico para a prática clínica como um desses aspectos dificultadores.

O afastamento histórico do farmacêutico em relação ao paciente e a lacuna de aprendizado e formação desse profissional devido a uma estrutura curricular voltada prioritariamente para o produto, dificultaram a formação de farmacêuticos voltados para o cuidado ao paciente. Os farmacêuticos que atuam nos serviços de saúde na atualidade graduaram-se em época anterior à incorporação da formação para o cuidado em saúde no curso de Farmácia (BRASIL, 2017), o que, muitas vezes, leva ao sentimento de despreparo para atuar no cuidado direto ao paciente e para implantar serviços clínicos em seu contexto de trabalho. Essa formação tradicional dificulta a instrumentalização dos farmacêuticos com as competências necessárias para a prática clínica e para a tomada de decisão racional em farmacoterapia (MENDONÇA *et al*, 2017). Demonstra-se, assim, a importância da sistematização e da necessidade de se

ênfatizar a formação e capacitação do profissional para atuação na prática clínica, desenvolvendo a incorporação da filosofia do cuidado farmacêutico e o engajamento desses profissionais.

O uso da educação permanente como ferramenta para o desenvolvimento de competências para a prática do cuidado farmacêutico, envolvendo o aperfeiçoamento de conhecimentos, habilidades e atitudes do farmacêutico, pode ser de grande valia e importância no contexto apresentado. Esse processo de ensino-aprendizagem, realizado dentro do cotidiano laboral dos profissionais, permite uma reflexão crítica e problematizadora sobre os processos de trabalho, com a oportunidade de pensar sobre atuações e condutas para superação de desafios ou para o remodelamento e transformação das práticas profissionais (BRASIL, 2007; ALMEIDA *et al*, 2016). No caso do cuidado farmacêutico, a educação permanente será empregada como estratégia para o desenvolvimento de competências clínicas necessárias para a sua prática no cenário estudado.

A educação permanente no âmbito dos serviços de saúde promove a integração entre ensino-serviço, de forma a conectar discentes, docentes e profissionais que compõem as equipes de saúde, em prol de melhores resultados na prestação dos serviços. Envolver os conceitos teóricos fornecidos pela academia com os cenários de prática real dos serviços de saúde permitirá uma interseção favorável para a construção de ações de educação permanente. Estas ações, como consequência, terão o potencial de viabilizar maior sustentabilidade para o serviço clínico farmacêutico a ser implantado no cenário de saúde envolvido, uma vez que permitirá a formação contínua dos profissionais. É nesta perspectiva que o presente trabalho se insere e se apoia, com a pretensão futura de que o modelo de curso proposto, nesta pesquisa, sobre desenvolvimento de competências para a prática clínica, seja apenas o passo inicial para a criação e consolidação de um Centro de Formação para a Prática Clínica Farmacêutica na rede FHEMIG e um modelo para demais serviços de saúde que tenham como pretensão a implementação e consolidação dos serviços de GTM.

3 OBJETIVO GERAL

Descrever o perfil profissional e compreender as necessidades educacionais de farmacêuticos atuantes na atenção secundária e terciária do SUS, de forma a desenvolver uma proposta de programa de educação permanente para a prática clínica.

3.1 Objetivos específicos

Como objetivos específicos, pretende-se, por meio deste trabalho:

- Identificar o perfil dos farmacêuticos atuantes nos serviços de atenção secundária e terciária em uma rede assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS), detalhando o perfil de formação profissional, campo de atuação na assistência farmacêutica e percepções quanto as suas habilidades, conhecimentos e atitudes para a prática do cuidado farmacêutico;
- Compreender aspectos relacionados a formação para a prática do cuidado farmacêutico, na perspectiva dos farmacêuticos;
- Mapear as necessidades educacionais dos farmacêuticos para o desenvolvimento de competências clínicas;
- Desenvolver um modelo teórico que descreva o processo de desenvolvimento de competências para a prática clínica, na perspectiva de farmacêuticos atuantes no cenário de saúde;
- Estruturar uma proposta de programa de formação para a prática clínica farmacêutica, baseado na proposta do GTM, adequado às necessidades educacionais de farmacêuticos da atenção secundária e terciária.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 Trajetória da profissão farmacêutica: mudanças históricas e evolução da profissão

“A evolução da humanidade altera as necessidades sociais e implicou, ao longo dos séculos, a reorganização de atividades e o surgimento de novas áreas de atuação farmacêutica”
(CFF, 2017 – p. 29).

Ao longo do último século, a profissão farmacêutica passou por diversas mudanças, com transformações significativas quanto a concepção das suas funções e responsabilidades. Discutir essas mudanças históricas se mostra importante para a compreensão do cenário atual e como essas transformações corroboraram para uma lacuna na formação do farmacêutico com a necessidade de retomada da discussão do seu papel na sociedade e como mitigar tais lacunas.

As atividades relacionadas à Farmácia, no Brasil, se remetem aos primórdios do período colonial, sendo representadas, até o início do século XX, pela figura do boticário (PEREIRA; NASCIMENTO, 2011). Durante essa etapa, a função do farmacêutico (anteriormente denominado boticário) estava vinculada a aquisição, preparo e avaliação dos medicamentos, de modo a garantir a pureza e qualidade dos produtos preparados artesanalmente. Nessa época, conhecida como fase tradicional da profissão farmacêutica, o profissional possuía o controle de todas as etapas do processo envolvido na produção artesanal dos medicamentos, desde as matérias-primas até o acompanhamento do uso do produto acabado, sendo responsável pela produção e comercialização do arsenal terapêutico disponível à época. Sendo assim, o farmacêutico apresentava um papel relevante e bem definido junto à sociedade, posicionando-se como referência para a população na orientação, seleção e produção do medicamento (HEPLER; STRAND, 1990; PEREIRA; NASCIMENTO, 2011). Destaca-se que, nessa época, o medicamento manteve-se como o foco primordial da atenção do farmacêutico (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

Com a rápida expansão da indústria farmacêutica, ocorrida a partir da segunda metade da década de 30 e principalmente após a Segunda Guerra Mundial, os preparados magistrais, pelos quais o farmacêutico era reconhecido socialmente, foram quase que inteiramente substituídos por produtos acabados, industrialmente preparados, sendo produzidos em larga escala e levando a ampliação do arsenal terapêutico disponível (PEREIRA; NASCIMENTO, 2011). A profissão farmacêutica passa, assim, a adentrar a sua fase de transição, na qual a atividade farmacêutica, historicamente centrada na elaboração e dispensação do medicamento, foi radicalmente transformada. A indústria rompeu de forma abrupta com o monopólio de conhecimento do farmacêutico, diminuindo seu papel e repassando a escolha dos agentes terapêuticos para o médico (HEPLER; STRAND, 1990; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

O advento da indústria farmacêutica levou ao surgimento do medicamento moderno – produtos químico-sintéticos produzidos em larga escala, cujos efeitos eram demonstrados por meio de estudos clínicos e cientificamente explicados, levando à redução significativa dos medicamentos produzidos artesanalmente. Junto com o crescimento da indústria farmacêutica, surgiu também a sociedade moderna, que, com a necessidade de absorver a demanda de produção industrial, era estimulada ao consumo de mercadorias (PEREIRA, 2016).

A nova função do farmacêutico, nesse cenário, passou a ser a dispensação do produto acabado ao paciente e o farmacêutico acabou por assumir um papel muito mais burocrático nesses estabelecimentos. Essa nova função, por consequência, acabou por gerar a percepção na sociedade de que a atividade farmacêutica detinha-se à venda ou fornecimento do produto farmacêutico, transformando as ações do farmacêutico em atividades que mais se aproximavam às relações comerciais que ao cuidado ao paciente (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; PEREIRA; NASCIMENTO, 2011).

Com o deslocamento do domínio econômico, intelectual e operativo para a indústria, o elo entre o farmacêutico, o usuário e os demais profissionais responsáveis pelos cuidados em saúde, foram significativamente minimizadas (SATURNINO *et al*, 2012). Observou-se ainda no Brasil, nessa nova fase, o desvio do profissional para a prática de atividades em áreas não privativas da

profissão, como a bromatologia, as análises clínicas e a cosmetologia (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011). Tais fatos contribuíram para o afastamento do farmacêutico no cuidado à saúde individual e coletiva e a uma perda gradual da identidade desse profissional. Da mesma forma, proporcionou a diminuição do reconhecimento de seu papel pela sociedade e pelos demais profissionais de saúde, que passaram a ter menor identificação sobre quais são ou seriam as contribuições, responsabilidades e finalidade deste profissional para o sistema de saúde (SATURNINO *et al*, 2012; VALENTIN, 2020).

A insatisfação dos farmacêuticos que optaram por permanecer nas farmácias comunitárias e hospitalares quanto ao papel atribuído aos mesmos nessa fase, motivou uma profunda reflexão, que resultou na transposição da fase tradicional para a fase de transição da profissão farmacêutica, iniciada nos Estados Unidos (PEREIRA, 2016).

A partir da década de 1960, como uma tentativa de promover a participação do farmacêutico na equipe de saúde, desenvolveu-se, dentro dos cenários de assistência hospitalar norte-americanos, um movimento dos farmacêuticos para aproximação das atividades clínicas desenvolvidas pela equipe assistencial (SATURNINO *et al*, 2012; STORPIRTIS *et al*, 2023). Esse movimento surgiu aliado à demanda social por uma resposta para a redução dos eventos danosos relacionados ao uso inadequado de medicamentos, cujos dados mostravam-se preocupantes diante do cenário socioepidemiológico e do aumento da medicalização da sociedade (PEREIRA; NASCIMENTO, 2011; SATURNINO *et al*, 2012).

O farmacêutico, cujo papel no ambiente hospitalar era visto como “entregador” do medicamento, passou a desenvolver novos serviços e estudos, principalmente relacionados a identificação de erros de medicação, ocorrência de reações adversas e interações medicamentosas. Dessa forma, buscou demonstrar sua relevância frente aos demais profissionais de saúde, auxiliando-os no tratamento farmacológico dos pacientes hospitalizados. Com isso, gradativamente a Farmácia Clínica passava a ser mais reconhecida e praticada nos hospitais dos Estados Unidos (PEREIRA, 2016).

Já na América Latina, esse movimento da Farmácia Clínica demorou um tempo maior para se concretizar, estando permeado pela crise de identidade do farmacêutico e pela dificuldade de assimilação pelos educadores, estudantes e profissionais quanto a profunda mudança de atuação proposta para o farmacêutico, com a orientação de suas ações para o atendimento ao paciente e não mais para o produto, como tradicionalmente era (STORPIRTIS *et al*, 2023).

No Brasil, especificamente, até os anos 2000 as práticas relacionadas ao ensino da Farmácia Clínica eram escassas. Deve-se dar destaque, no entanto, ao pioneirismo de um serviço implementado em Natal, em 1977, pelos professores José Aleixo Prates e Silva, Tarcísio José Palhano, Lúcia de Araújo Costa Beisl Noblat e Ivonete Batista de Araújo, na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), cujas ações e atividades desenvolvidas foram considerados como a origem da Farmácia Clínica no país. Tais ações possibilitaram a criação do primeiro “Serviço de Farmácia Clínica” e o primeiro “Centro de Informação sobre Medicamentos”, em 1979, no hospital universitário vinculado a essa mesma instituição. As iniciativas desenvolvidas por esses profissionais foram de suma importância para impulsionar o crescimento da área da Farmácia Clínica e incentivar o desenvolvimento de outras ações na área (STORPIRTIS *et al*, 2023).

A lentidão no desenvolvimento da farmácia clínica no Brasil mostrou-se relacionada à formação acadêmica instituída aos farmacêuticos nessa época, que se encontrava direcionada às áreas de análises clínicas, indústria e alimentos. As ações em saúde relacionadas à orientação quanto ao uso correto de medicamentos e relacionadas à assistência farmacêutica foram negligenciadas e a formação voltada predominantemente para um “domínio especializado de atividade e de conhecimento relacionados com a demanda da indústria farmacêutica e dos laboratórios de análises clínicas, e desviado das demandas e atividades sociais” (SATURNINO *et al*, 2012 – p. 12).

A Farmácia Clínica surgiu, então, como uma proposta de atividade do farmacêutico, na qual poderia aplicar seu conhecimento farmacoterapêutico para apoiar as decisões médicas sobre a terapia farmacológica empregada, proporcionando o uso seguro e apropriado dos medicamentos. Assim, os farmacêuticos podiam exercer uma série de atividades clínicas, como dosagem

farmacocinética, monitoramento terapêutico, orientações sobre medicamentos, dentre outros (SATURNINO *et al*, 2012; STORPIRTIS, 2023). Nesse contexto, a prática do farmacêutico relacionava-se com a prescrição médica, com o foco direcionado sobre o objeto (medicamento). Essa atuação distingue-se da forma de atuação de outras profissões de saúde, em que o paciente apresenta-se como foco do cuidado, o que acarretou em dificuldades para sistematização da prática profissional proposta e o reconhecimento do trabalho do farmacêutico pela equipe de saúde. (STORPIRTIS, 2023).

Apesar de se mostrar, portanto, como um caminho pertinente para melhoria do status profissional e uma forma de legitimação da competência desse profissional, ainda assim, faltava-se a definição de uma responsabilidade profissional e a definição concreta do papel farmacêutico, que, no contexto apresentado, atuavam prioritariamente como consultores, estando a decisão sobre a farmacoterapia concentrada nas mãos do médico (HEPLER; STRAND, 1990).

Hepler e Strand, em artigo publicado em 1990, intitulado: “Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care”, problematizaram o fato de que as atividades realizadas pelos farmacêuticos ainda estavam focadas essencialmente no medicamento, enfatizando para a necessidade de se redirecionar o olhar desse profissional para o paciente e não mais para o insumo. Como citado por esses, “os medicamentos não possuem doses, os pacientes têm doses” (HEPLER; STRAND, 1990). Esses mesmos autores reforçaram ainda que o conhecimento e as habilidades clínicas por si só não são suficientes para maximizar a eficácia dos serviços farmacêuticos, sendo necessária a definição de uma filosofia de prática apropriada e uma estrutura organizacional por meio da qual seria exercida a prática profissional. O farmacêutico deveria estar preparado para assumir a responsabilidade pelo cuidado farmacêutico à saúde em larga escala, extrapolando os espaços dos hospitais (HEPLER; STRAND, 1990). Estava sendo criado, assim, o conceito do *pharmaceutical care*, que, no Brasil, foi difundido como atenção farmacêutica. Assim, a partir dessa publicação, ficou-se definido o final da fase de transição da profissão farmacêutica, e o início da fase de cuidado ao paciente (PEREIRA, 2016).

A atenção farmacêutica foi definida inicialmente como a provisão responsável da terapia medicamentosa, em que o farmacêutico atua em conjunto com o paciente e com os outros profissionais de saúde, com o objetivo de identificar, resolver e prevenir problemas relacionados ao uso de medicamentos (HEPLER; STRAND, 1990). Esta vem sendo o foco de transição da profissão farmacêutica nos últimos tempos, mas com necessidade ainda de adesão, sensibilização e fomento a um número maior de profissionais de forma a resgatar esse papel social do farmacêutico, propiciando maior clareza quanto a importância desse profissional junto à sociedade e gestores de saúde.

É importante destacar que todas essas transformações na profissão farmacêutica refletiram também no meio acadêmico, com reestruturações curriculares que foram condizentes com cada uma das etapas de transição da profissão (PEREIRA; NASCIMENTO, 2011). Tais reestruturações, no entanto, muitas vezes não acompanham tão de perto o período temporal e as necessidades imediatas de formação do profissional em consonância com as demandas sociais apresentadas, gerando lacunas de aprendizagem para a formação de profissionais adequadamente preparados para prestação dos serviços farmacêuticos, principalmente no que diz respeito ao cuidado em saúde.

Essa breve contextualização histórica aqui apresentada, demonstra quão diversas foram as atividades exercidas pelo farmacêutico ao longo do tempo e como os contextos históricos apresentados levaram a um afastamento entre o farmacêutico e o paciente. Demonstra também a origem de características ainda remanescentes das fases anteriores da fase do cuidado da profissão farmacêutica nas atuações da prática profissional farmacêutica atualmente vigente em diferentes cenários. Além disso, a busca ainda presente quanto a uma definição da identidade profissional e da redefinição de sua importância diante da sociedade acabou por tirar o foco do profissional para uma atividade integralizadora, dispersando suas ações em diversos caminhos. Vivenciamos, nesse momento, uma fase de ruptura do paradigma prioritariamente tecnicista e tecnológico, em direção à construção de uma identidade voltada para o cuidado em saúde, deixando em voga discussões sobre como esses dois contextos profissionais (necessários em suas particularidades) irão se estruturar para coexistirem e atenderem as demandas da sociedade atual. De uma forma ou de

outra, o que se extrai dessa nova perspectiva de atuação do farmacêutico é a necessidade proeminente de formação de profissionais capacitados para a prática do cuidado ao paciente.

4.2 Formação do farmacêutico: contexto histórico e as Diretrizes Curriculares Nacionais

A formação profissional na área da saúde sofre influência direta dos aspectos sócio-políticos-econômicos do período em que se encontram, como também das tendências de mercado que norteiam as diferentes profissões. A história da educação farmacêutica no Brasil não foi diferente, tendo sido marcada por eventos e contextos históricos que impactaram na orientação da formação desses profissionais e direcionaram a estrutura curricular dos cursos de Farmácia no Brasil (CFF, 2019).

O ensino de farmácia no Brasil, formalmente, teve início apenas em 1824, com uma cadeira vinculada à Escola de Medicina do Rio de Janeiro e, posteriormente, na Bahia. Mais tarde, em 1839, duas escolas de Farmácia foram criadas no Estado de Minas Gerais, nas cidades de Ouro Preto e São João Del Rey, amparadas pelo Decreto nº 140/1839 da Assembleia Legislativa da Província de Minas Gerais, sendo este o marco inicial da educação farmacêutica brasileira de forma emancipada e independente (PEREIRA; NASCIMENTO, 2011; SATURNINO *et al*, 2012; CFF, 2019). Nesse período, e por quase um século, o ensino farmacêutico buscou formar profissionais voltados para os aspectos de manipulação e elaboração do medicamento, com foco nas atividades a serem exercidas nas farmácias (antigas boticas) e laboratórios farmacêuticos (SATURNINO *et al*, 2012).

A partir da década de 1930, quase cem anos depois, estimulado pela transformação do mercado e desenvolvimento industrial, assim como pela mudança do paradigma de atuação do farmacêutico, que perdeu quase que por completo sua função tradicional, iniciou-se a discussão quanto a mudanças na estrutura curricular dos cursos de Farmácia, de forma a atender o campo de atividade profissional que oferecia maior interesse à época. Nesse período, a lógica do ensino superior no Brasil foi direcionada para atender as exigências do

mercado de trabalho, que, no caso da atividade farmacêutica, estava voltada prioritariamente para a indústria e o laboratório de análises clínicas (SATURNINO *et al*, 2012). A falta de uma definição mais concreta do papel do farmacêutico para a sociedade, no entanto, levou à incorporação desconexa de uma grande diversidade de conteúdos e disciplinas nas reestruturações curriculares definidas nesse período (PEREIRA; NASCIMENTO, 2011). Nesse contexto, em dezembro de 1962, o Conselho Federal de Educação estabeleceu o primeiro currículo mínimo do curso de Farmácia, que, em seguida, foi editado em 1969 (CFF, 2019).

Essas diretrizes curriculares, promulgadas em 1969, tratavam a formação acadêmica de forma estritamente tecnicista e estruturaram o currículo farmacêutico em uma conformação que agregava à formação básica do farmacêutico a noção de especialização, tendo em vista que integravam à graduação áreas de habilitação que visavam à formação de profissionais para o atendimento, principalmente, das demandas do setor industrial farmacêutico, alimentício e das análises clínicas (MENDONÇA, 2017; CFF, 2019;). O farmacêutico, assim, ao finalizar sua formação, adquiria a titulação complementar identificadora de uma das atribuições conquistadas, como: farmacêutico-bioquímico, farmacêutico-industrial, farmacêutico de alimentos. Favoreceu-se, assim, o desenvolvimento de um ensino fragmentado, voltado para um domínio especializado em áreas específicas e com pouca contribuição às demandas e atividades sociais de saúde pública (PEREIRA; NASCIMENTO, 2011; CFF, 2019).

Já na década de 1990, estimulado pelas mudanças políticas, pela criação do SUS em 1988 e, mais tarde, pela promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996), surgiu um novo ideário de necessidade de reformulação e reorientação do ensino de Farmácia no Brasil, com a busca pelo delineamento de um perfil profissional que, além de qualificação técnica, desempenhasse um papel social. A Lei de Diretrizes e Bases, que extinguiu os currículos mínimos dos cursos de graduação (currículos baseados no ensino tecnicista) e estabeleceu as Diretrizes Curriculares como responsáveis pelos rumos da formação superior, serviram de base para a reforma do ensino superior para os cursos de graduação em saúde no país.

Como resultado dos debates despontados, foram então definidas e promulgadas, em 4 de março de 2002, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação em Farmácia (ARAÚJO, 2008; CFF, 2019).

O objetivo na instituição dessas novas diretrizes, dentre outras, foi mudar a filosofia do ensino de Farmácia, até então centrado em habilidades tecnológicas, para formar um profissional generalista (estabelecendo a denominação de farmacêutico para os egressos e extinguindo as habilitações criadas anteriormente), de forma similar ao proposto pelas DCN para demais cursos de graduação em saúde no Brasil, revisadas no início dos anos 2000 (SATURNINO *et al*, 2012; MENDONÇA, 2017). Além disso, propunha ainda a formação de profissionais capazes e engajados na construção e consolidação do SUS, contemplando as necessidades sociais da saúde, a atenção integral e o trabalho em equipe, assim como uma formação humanística, crítica e reflexiva para atuar em todos os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2002; SATURNINO *et al*, 2012).

Cabe destacar que, apesar de se apresentar em sintonia com as demais diretrizes educacionais estabelecidas na área de saúde no Brasil, a implantação das recomendações curriculares nos cursos de Farmácia acabaram seguindo um direcionamento de certa forma deturpado e diferenciado, tendo sido influenciada pela trajetória histórica da profissão. Mendonça (2017), em sua tese de doutorado, ao analisar o emprego do termo generalista nos currículos dos cursos de farmácia e confrontando-o com os demais cursos na área da saúde no Brasil, aponta que:

Para as outras profissões da saúde, ser generalista significa ser capaz de atender as principais necessidades de saúde da população, na lógica e no contexto da atenção primária à saúde. [...] Nas graduações em Farmácia, o termo generalista parece ter sido interpretado como atributo do profissional capaz de exercer as atividades antes previstas para cada área de habilitação – as análises clínicas e toxicológicas, a indústria farmacêutica e a área de alimentos. Isso pode ser notado pela análise das próprias DCN de 2002, que listam 31 competências a serem desenvolvidas na formação do farmacêutico, as quais variam desde competências relacionadas ao cuidado e à gestão em saúde, passando por aquelas relacionadas à pesquisa, desenvolvimento, produção e logística de medicamentos e alcançando outras relacionadas às análises clínicas, toxicológicas e de alimentos. Ou seja, configura-se como generalista aquele farmacêutico que desenvolve na graduação competências para todas as atividades antes previstas para cada área de habilitação, somando-se a atenção e a gestão em saúde. O resultado

desta interpretação são currículos de Farmácia sobrecarregados de conteúdos curriculares, com elevada carga horária e com abordagem superficial do que antes era aprofundado em cada habilitação (MENDONÇA, 2017 – p. 28).

As DCN de 2002, apesar do acima destacado, serviram como um pontapé inicial para inclusão de disciplinas relacionadas ao cuidado farmacêutico e maior abertura para a integração ensino-serviço, por meio de estágios e atividades de extensão. Em contrapartida, apresentou-se também como um grande desafio em alinhar às necessidades do SUS e às demandas da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, tendo em vista a diversidade e a complexidade do âmbito de atuação farmacêutico.

A mudança de prática, com a transição do perfil do farmacêutico tecnicista para outras áreas do âmbito profissional, como a área clínica, geraram novas necessidades da profissão e mudanças na educação farmacêutica. Publicações, como a Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013 do Conselho Federal de Farmácia, que regulamentou as atribuições clínicas do farmacêutico (BRASIL, 2013), e a Lei nº 13.021, de 08 de agosto de 2014, que definiu a farmácia como um estabelecimento de saúde (BRASIL, 2014a), fomentaram novas discussões quanto à necessidade de adequações na formação profissional para atender tais demandas. Assim, partindo da reflexão de que pelo currículo até então vigente os egressos do curso de graduação em Farmácia não estariam aptos para exercer as novas atividades clínicas propostas, devido à deficiência ainda existente na formação dos mesmos no âmbito do cuidado em saúde, os órgãos relacionados aos conselhos de farmácia e demais atores sociais envolvidos com a formação para a atenção à saúde na Farmácia passaram a discutir novas propostas de alteração curricular (CFF, 2019).

Como resultado do engajamento de farmacêuticos, docentes e estudantes envolvidos com a prática clínica e a educação farmacêutica no Brasil, em outubro de 2017 foram promulgadas as mais recentes DCN para os cursos de Farmácia no país, apresentando mudanças significativas em relação às diretrizes anteriores. Uma das mais relevantes se refere a maior ênfase proporcionada ao cuidado em saúde, que passa a representar 50% da carga horária do curso (BRASIL, 2017). Essa priorização da formação voltada para o cuidado em saúde possibilita o desenvolvimento de competências para ações voltadas ao indivíduo

e à coletividade e não apenas ao medicamento, permitindo, com isso, melhor orientação para a prática clínica do farmacêutico nos diferentes níveis de atenção à saúde (CHAGAS, 2019).

Assim, de acordo com as novas DCN, o curso de graduação em Farmácia passa a estruturar-se em três eixos principais, sendo eles: 1) cuidado em saúde, 2) tecnologia e inovação em saúde e 3) gestão em saúde, sendo que esses dois últimos representam, respectivamente, 40% e 10% da carga horária (BRASIL, 2017).

De acordo com o documento das DCN de 2017, em seu artigo 5º, parágrafo primeiro, o cuidado em saúde é definido como:

[...] o conjunto de ações e de serviços ofertados ao indivíduo, à família e à comunidade, que considera a autonomia do ser humano, a sua singularidade e o contexto real em que vive, sendo realizado por meio de atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, além da prevenção de doenças, e que possibilite às pessoas viverem melhor (BRASIL, 2017 – p. 2)

Esse documento apresenta ainda, em seu artigo 5º, parágrafo 2º, as competências estabelecidas como necessárias ao profissional farmacêutico para a execução do eixo cuidado em saúde, de forma a viabilizar a adequada identificação e análise das *“necessidades de saúde do indivíduo, da família e da comunidade, bem como para planejar, executar e acompanhar ações em saúde”* (BRASIL, 2017 – p. 2). São descritos, assim, dezessete competências que se encontram listadas abaixo:

Lista 1 – Competências para execução do eixo cuidado em saúde previstas nas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Farmácia, de 2017.

I - acolhimento do indivíduo, verificação das necessidades, realização da anamnese farmacêutica e registro das informações referentes ao cuidado em saúde, considerando o contexto de vida e a integralidade do indivíduo;

II - avaliação e o manejo da farmacoterapia, com base em raciocínio clínico, considerando necessidade, prescrição, efetividade, segurança, comodidade, acesso, adesão e custo;

III - solicitação, realização e interpretação de exames clínico-laboratoriais e toxicológicos, verificação e avaliação de parâmetros fisiológicos, bioquímicos e farmacocinéticos, para fins de acompanhamento farmacoterapêutico e de provisão de outros serviços farmacêuticos;

IV - investigação de riscos relacionados à segurança do paciente, visando ao desenvolvimento de ações preventivas e corretivas;

V - identificação de situações de alerta para o encaminhamento a outro profissional ou serviço de saúde, atuando de modo que se preserve a saúde e a integridade do paciente;

VI - planejamento, coordenação e realização de diagnóstico situacional de saúde, com base em estudos epidemiológicos, demográficos, farmacoepidemiológicos, farmacoeconômicos, clínico-laboratoriais e socioeconômicos, além de outras investigações de caráter técnico, científico e social, reconhecendo as características nacionais, regionais e locais;

VII - elaboração e aplicação de plano de cuidado farmacêutico, pactuado com o paciente e/ou cuidador, e articulado com a equipe interprofissional de saúde, com acompanhamento da sua evolução;

VIII - prescrição de terapias farmacológicas e não farmacológicas e de outras intervenções, relativas ao cuidado em saúde, conforme legislação específica, no âmbito de sua competência profissional;

IX - dispensação de medicamentos, considerando o acesso e o seu uso seguro e racional;

X - rastreamento em saúde, educação em saúde, manejo de problemas de saúde autolimitados, monitorização terapêutica de medicamentos, conciliação de medicamentos, revisão da farmacoterapia, acompanhamento farmacoterapêutico, gestão da clínica, entre outros serviços farmacêuticos;

XI - esclarecimento ao indivíduo, e, quando necessário, ao seu cuidador, sobre a condição de saúde, tratamento, exames clínico-laboratoriais e outros aspectos relativos ao processo de cuidado;

XII - busca, seleção, organização, interpretação e divulgação de informações, que orientem a tomada de decisões baseadas em evidências científicas, em consonância com as políticas de saúde;

XIII - promoção e educação em saúde, envolvendo o indivíduo, a família e a comunidade, identificando as necessidades de aprendizagem e promovendo ações educativas;

XIV - realização e interpretação de exames clínico-laboratoriais e toxicológicos, para fins de complementação de diagnóstico e prognóstico;

XV - prescrição, orientação, aplicação e acompanhamento, visando ao uso adequado de cosméticos e outros produtos para a saúde, conforme legislação específica, no âmbito de sua competência profissional;

XVI - orientação sobre o uso seguro e racional de alimentos, relacionados à saúde, incluindo os parenterais e enterais, bem como os suplementos alimentares e de plantas medicinais fitoterápicas de eficácia comprovada;

XVII - prescrição, aplicação e acompanhamento das práticas integrativas e complementares, de acordo com as políticas públicas de saúde e a legislação vigente.

FONTE: RESOLUÇÃO Nº 6, DE 19 DE OUTUBRO DE 2017 – Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia

Como pode ser observado, apesar de as DCN de 2017 representarem um grande avanço para a formação em cuidado farmacêutico, são grandes os desafios para a implantação do eixo relacionado ao cuidado em saúde, tendo em vista as mudanças necessárias de serem implementadas, considerando que os currículos de graduação em Farmácia, no Brasil, são tradicionalmente incipientes na área clínica. Da mesma forma, mudar o currículo de uma forma tradicionalmente fragmentada para uma proposta de integração, com a articulação entre as ementas disciplinares e a aplicabilidade do aprendizado, como proposto, é também uma mudança desafiadora (CHAGAS, 2019).

Diante dessa contextualização quanto à evolução histórica da formação profissional farmacêutica no Brasil, fica evidente que, nas últimas décadas, a profissão e o ensino farmacêutico passaram por grandes transformações, com mudanças contundentes principalmente no contexto da prática farmacêutica. Considerando-se tal cenário, deve-se ter em mente, no entanto, que a maior parte dos profissionais que atuam no campo da Farmácia atualmente é egressa de uma graduação baseada em diretrizes curriculares anteriores às de 2017.

Esse fato implica em uma lacuna de formação desses profissionais que contribuiu para o seu distanciamento da equipe de saúde e do próprio paciente. Tais profissionais não obtiveram uma educação formal, dentro da graduação, voltada para o cuidado à saúde e a incorporação de habilidades com esse foco não eram prioritárias. Ao mesmo tempo, diante da necessidade de atender às novas demandas da profissão e atender a um sistema de saúde que já enxerga e de certa forma exige essa atuação, precisam desenvolver, por si só, competências e se adaptar aos novos papéis assumidos na prestação de cuidados de saúde.

Sendo assim, é crucial o investimento e a promoção de ações que visem capacitar tais profissionais, de modo que consigam responder de forma satisfatória às necessidades em saúde da população já existentes, garantindo, ainda, melhores resultados na resolução dos problemas de saúde enfrentados e a prestação de um serviço de qualidade.

Nesse contexto, cabe aqui destacar trecho do documento emitido pela Federação Internacional de Farmácia (FIP), em 2017:

Os profissionais de saúde estão no centro de todos os sistemas de saúde, e é impossível a prestação de cuidados sem os recursos humanos necessários. [...] Assim, como nenhum sistema de saúde pode funcionar sem força de trabalho em saúde, não se pode permitir que exista força de trabalho em saúde sem educação e formação adequada. O desenvolvimento de profissionais de saúde, através da atualização da educação e formação que os mesmos recebem, é um determinante crítico para a prestação de serviços e obtenção de resultados de saúde. (FIP, 2017a – p. 6)

4.3 Atenção Farmacêutica e Gerenciamento da Terapia Medicamentosa

A atenção farmacêutica, como citado na seção introdutória, surgiu como uma prática profissional proposta como resposta ao problema da alta morbimortalidade associada a problemas relacionados com o uso de medicamentos, tão evidente e preocupante na sociedade moderna, e para a qual não havia ainda um profissional que assumisse especificamente a responsabilidade por minimizá-los, garantindo a efetividade e segurança da utilização desses produtos.

Coube ao farmacêutico assumir essa demanda social, muito devido às características inerentes a esse profissional. Dentre elas, podem ser citados o maior conhecimento sobre os medicamentos e seus efeitos no organismo humano, tornando-o tecnicamente preparado e capaz de precisar a posologia, de indicar as incompatibilidades eventuais com outras substâncias, de identificar possíveis eventos adversos relacionados ao seu uso e retificar possíveis erros de quem prescreveu. Da mesma forma, esse profissional tem maior possibilidade de acesso a todos os medicamentos que o paciente utiliza, estando em uma posição mais acessível ao público e também crítica na cadeia de uso do medicamento, sendo a dispensação o último elo entre a complexa cadeia de eventos envolvendo o medicamento e os pacientes (PEREIRA; NASCIMENTO, 2011).

O arcabouço teórico da atenção farmacêutica foi desenvolvido e disseminado a partir dos trabalhos publicados por Cipolle, Strand e Morley, em 1998, tendo sido definido como uma prática profissional em que o farmacêutico assume a responsabilidade pelas necessidades farmacoterapêuticas do paciente e responde por esse compromisso. Mediante essa prática, o farmacêutico assume a responsabilidade na otimização de toda a farmacoterapia do paciente, a fim de alcançar os melhores resultados possíveis e de melhorar sua qualidade de vida, a partir da prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM). Essa atuação ocorre em conjunto com o paciente, o qual deve ser o centro do cuidado, e em coordenação com outros profissionais de saúde, integrando de forma efetiva a equipe de cuidado (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012).

Como toda prática profissional, a atenção farmacêutica se estrutura a partir de três componentes principais, a saber: uma filosofia profissional; um processo de cuidado ao paciente; e um processo de gestão da prática.

A **filosofia** define os valores e as responsabilidades do profissional no atendimento a uma demanda social e deve ser incorporada por todos os profissionais que assumem realizar essa prática. É ela que proporciona o fundamento e alicerce da prática, definindo O QUE (cuidar das necessidades do paciente relacionadas aos medicamentos), POR QUE (atender uma demanda

social de redução da morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos) e COMO (por meio de uma abordagem holística e centrada no paciente e um processo de cuidado por meio de uma relação terapêutica) o profissional deve exercer suas atividades (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011). Destaca-se que a filosofia é única para a prática profissional e é essa uniformidade e, conseqüentemente, a padronização de valores e comportamentos, que, quando incorporada pelos profissionais que a exercem, poderá resultar no oferecimento consistente de um serviço de alta qualidade que passa a ser reconhecido e demandado pelos pacientes (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012).

Dessa forma, programas educacionais que visem a formação para a prática da atenção farmacêutica devem envolver, também, essa discussão fundamentalista da filosofia profissional, com o alinhamento dos preceitos e responsabilidades desses profissionais e sua incorporação, preferencialmente, antes do início do cuidado ao paciente.

O **processo de cuidado do paciente**, segundo componente da atenção farmacêutica aqui discutido, representa a forma de atuação do profissional, delimitando seu método de trabalho, que irá possibilitá-lo de atingir seus objetivos. Todos os profissionais de saúde, sejam médicos, enfermeiros, dentistas ou os próprios farmacêuticos clínicos, precisam de um processo de pensamento racional e estruturado, por meio do qual aplicam seus conhecimentos e habilidades clínicas, para a tomada de decisões (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

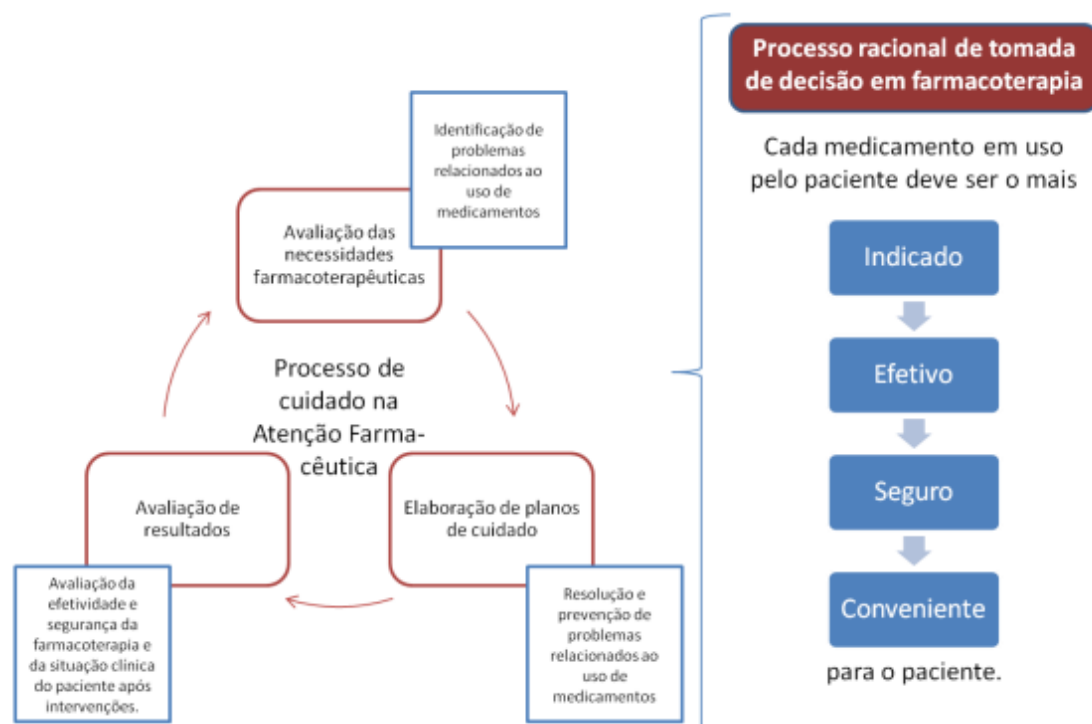
A metodologia proposta por Cipolle, Strand e Morley (2012) propicia um processo lógico de tomada de decisões em farmacoterapia, que permitem ao farmacêutico a aplicação de seus conhecimentos de forma sistematizada no cuidado aos pacientes. Esse processo de cuidado na atenção farmacêutica ocorre dentro de um processo cíclico, que deve ser repetido inúmeras vezes, durante todo o período de acompanhamento do paciente, e envolve três etapas principais, sendo elas:

- I. uma avaliação inicial do paciente: onde ocorre a coleta de informações relevantes sobre o paciente e sua farmacoterapia, avaliando como o paciente utiliza seus medicamentos e os efeitos destes sobre sua saúde, com o objetivo de determinar se as necessidades farmacoterapêuticas do paciente estão sendo atendidas e se existem problemas relacionados ao uso de medicamentos;
- II. a elaboração de um plano de cuidado: em que o farmacêutico determina, em conjunto com o paciente, a melhor forma de controlar ou resolver os problemas identificados na sua farmacoterapia, mediante intervenções que terão a finalidade de obtenção do maior benefício de seus medicamentos; e
- III. a avaliação dos resultados: em que se verifica se as metas terapêuticas estabelecidas no plano de cuidado foram alcançadas e definição da situação clínica e farmacoterapêutica do paciente (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012).

O processo de cuidado em atenção farmacêutica, conforme proposto por Cipolle, Strand e Morley (2012) encontra-se ilustrado na figura 1.

É oportuno destacar que é nessa etapa que o farmacêutico se destaca diante dos demais profissionais de saúde, aplicando o conhecimento único desse profissional e suas habilidades clínicas para resolver os problemas de saúde dos pacientes. Assim, o farmacêutico utiliza todo seu conhecimento clínico, focado na farmacologia, farmacoterapia e cuidado em saúde, para, mediante um raciocínio clínico estruturado, identificar, resolver e prevenir problemas da terapia medicamentosa do paciente. Esse processo sistemático e cognitivo do farmacêutico, utilizado na prática da atenção farmacêutica, é denominado de “*Pharmacotherapy workup*”, ou como utilizado em alguns trabalhos como tradução para aplicação no país, “processo racional de tomada de decisão em farmacoterapia” (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012; MENDONÇA, 2017).

Figura 1 – Processo de cuidado em atenção farmacêutica proposto por Cipolle, Strand e Morley, 2012



Fonte: MENDONÇA, 2017

De acordo com esse método, estabelece-se um processo racional em que o farmacêutico primeiramente deve avaliar se todos os medicamentos utilizados pelo paciente são necessários para os seus problemas de saúde já identificados ou se há alguma outra condição ainda não tratada que requeira o uso de alguma farmacoterapia. Determinada a indicação, o profissional deve então prosseguir avaliando se os medicamentos em uso estão sendo efetivos para o alcance das metas terapêuticas estabelecidas para cada condição de saúde. Em seguida, tendo os medicamentos sido considerados indicados e efetivos, avalia-se então se os mesmos estão sendo seguros para o paciente. Enfim, ao certificar-se de que não há problemas com a indicação, efetividade e segurança da farmacoterapia, é realizada, então, a avaliação da conveniência para o paciente, ou seja, se ele deseja e se tem condições de aderir ao tratamento medicamentoso proposto (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; CIPOLLE, STRAND e MORLEY, 2012; OLIVEIRA, 2016).

Esse método racional proposto por Cipolle, Strand e Morley (2012) para a tomada de decisão em farmacoterapia é considerado o alicerce do processo de cuidado do paciente, viabilizando a organização do pensamento e abarcando todas as quatro dimensões (indicação, efetividade, segurança e conveniência) que necessitam ser avaliadas quando o paciente utiliza um medicamento.

Conforme descrito por Oliveira (2016), dispor dessa sequência, a todo o momento, é fundamental para que o farmacêutico consiga acessar todas as informações relevantes (sendo essas informações objetivas ou subjetivas) para o entendimento das necessidades farmacoterapêuticas do paciente, facilitando, com isso, a identificação e também a resolução de PRM's. É importante destacar ainda que a utilização desse método deve guiar o profissional farmacêutico em todas as suas ações durante o processo de cuidado ao paciente, seja na coleta de dados, na discussão com outros profissionais, no estudo da literatura ou outra, e não simplesmente coletar as informações do paciente e ao final aplicá-lo para tentar encontrar um PRM (OLIVEIRA, 2016).

O farmacêutico, portanto, ao utilizar o método racional para a tomada de decisão, assume a responsabilidade pelas necessidades farmacoterapêuticas dos pacientes, em colaboração com outros membros da equipe de saúde, atuando na prevenção, identificação e resolução de PRM.

O PRM, conforme definido por Cipolle, Strand e Morley (2012), corresponde a qualquer evento indesejável experienciado pelo paciente relacionado a sua farmacoterapia e que interfira, real ou potencialmente, na obtenção do resultado terapêutico desejado, exigindo, com isso, julgamento clínico para saná-lo. Assim, incluem-se nesse conceito os problemas já detectados e que vêm trazendo um prejuízo ao paciente, os quais requerem uma ação imediata para sua resolução, como também aqueles potenciais, para os quais devem ser direcionadas ações a fim de preveni-los (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012). Em resumo, tem-se que um PRM existe quando o uso (ou não uso) de um medicamento específico resulta em um resultado clínico abaixo do ideal para o paciente.

Metodologicamente, baseado no arcabouço teórico-metodológico do *pharmacotherapy workup* proposto por Cipolle, Strand e Morley (2012), um PRM

pode ser elencado em sete categorias diferentes, as quais definem o conjunto de problemas que podem ser causados pelos medicamentos e/ou podem ser resolvidos por meio da farmacoterapia e, portanto, irão descrever o escopo de responsabilidades do farmacêutico na provisão do cuidado (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012). Essas categorias foram agrupadas em indicação, efetividade, segurança e conveniência, seguindo o método racional de tomada de decisão descrito anteriormente, garantindo uma ordem lógica para as decisões relacionadas à farmacoterapia dos pacientes. Assim, as categorias em que os PRMs são classificados encontram-se relacionadas ao uso apropriado do medicamento para a condição de saúde apresentada; ao produto mais efetivo para cada indicação; ao regime medicamentoso mais seguro possível e a disposição e capacidade de cumprir as orientações para uso do medicamento, sendo estruturadas, conforme proposto por Cipolle, Strand e Morley (2012), de acordo com as informações da tabela 1, abaixo.

Tabela 1 – Problemas relacionados ao uso de medicamentos conforme Cipolle, Strand e Morley, 2012.

Necessidades relacionadas aos medicamentos	Categorias de PRM	Descrição do PRM
Indicação	1. Medicamento desnecessário	O medicamento é desnecessário porque o paciente não tem uma indicação clínica naquele momento
	2. Necessidade de farmacoterapia adicional	Medicamento adicional é necessário para tratar ou prevenir um problema de saúde.
Efetividade	3. Medicamento inefetivo	O produto não é efetivo em produzir o efeito desejado.
	4. Dose baixa	A dose é baixa não sendo capaz de produzir o efeito desejado.
Segurança	5. Reação adversa ao medicamento	O medicamento está causando uma reação adversa.
	6. Dose alta	A dose está alta, causando um efeito indesejado.
Conveniência	7. Não adesão	O paciente não é capaz ou não deseja tomar o medicamento.

Fonte: adaptado de Cipolle, Strand e Morley (2012)

Atualmente, uma nova versão para a categorização dos PRMs vem sendo utilizada em publicações e serviços que oferecem o GTM. Proposto pela *Pharmacy Quality Alliance* (PQA), uma organização norte-americana

independente e sem fins lucrativos, que realiza iniciativas de desenvolvimento, pesquisa, educação e organização de medidas para apoiar a melhoria da segurança, adesão e uso apropriado de medicamentos (PQA, 2022), o documento intitulado *Medication Therapy Problem Framework* apresenta uma atualização das categorias propostas para os PRMs, incluindo-se categorias relacionadas à necessidade de monitoramento laboratorial e ao custo (PQA, 2018 citado por SORENSEN, 2020). A classificação atualizada de PRM adotada pela PQA, encontra-se descrita na tabela 2, abaixo.

Tabela 2 – Categorização dos problemas relacionados ao uso de medicamentos adotada pela *Pharmacy Quality Alliance*

Necessidades relacionadas aos medicamentos	Categorias de PRM
INDICAÇÃO	1. Medicamento desnecessário
	2. Necessidade de farmacoterapia adicional
EFETIVIDADE	3. Medicamento inefetivo
	4. Dose baixa
	5. Necessidade de monitoramento adicional
SEGURANÇA	6. Reação adversa ao medicamento
	7. Dose alta
	8. Necessidade de monitoramento adicional
CONVENIÊNCIA	9. Não adesão
	10. Custo

FONTE: traduzido e adaptado de Sorensen (2020).

A metodologia ou processo de cuidado proposto, portanto, orienta a prática clínica do farmacêutico, propiciando um processo lógico e padronizado de tomada de decisões em farmacoterapia. Isso permite com que o farmacêutico aplique seus conhecimentos de forma sistematizada no cuidado aos pacientes, norteando suas ações em todos os contatos que estabelece tanto com o paciente como com os demais profissionais de saúde durante o exercício de sua prática profissional (FREITAS; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2015). Esse pensamento racional, que segue sempre a lógica unidirecional de avaliação da indicação, eficácia, segurança e conveniência dos medicamentos dos pacientes desempenha papel fundamental para o pensamento crítico a ser empregado na resolução dos PRMs dos pacientes (FREITAS; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2015; SORENSEN, 2020).

Assim, o desenvolvimento do pensamento crítico e a incorporação do processo racional de tomada de decisão em farmacoterapia como estrutura de

pensamento que guia o farmacêutico em sua prática clínica devem ser incorporados em atividades de ensino-aprendizagem de programas educacionais para a atenção farmacêutica (FREITAS; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2015).

Por fim, temos como terceiro componente da estruturação da atenção farmacêutica o **sistema de gerenciamento da prática**, o qual compreende todo o suporte e recursos necessários para viabilizar o oferecimento de um serviço clínico efetivo e eficiente. Dentro dessa perspectiva, inclui-se, dentre outros, a provisão de estrutura apropriada e recursos físicos necessários; a documentação utilizada; a descrição clara do serviço prestado e o delineamento dos processos (como as referências e contra referências de pacientes, e colaboração entre profissionais); todos os recursos financeiros e humanos necessários; mecanismos de monitoramento e avaliação do serviço (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012).

Destaca-se dentre os recursos citados, a necessidade de provisão de recursos humanos capacitados e com formação adequada em atenção farmacêutica, que compreendam e assumam suas novas responsabilidades profissionais e se comprometam com o serviço, de forma a viabilizar a implantação e manutenção sustentável de um serviço clínico, como elemento chave.

O serviço clínico oferecido pelo profissional farmacêutico baseado em todo esse arcabouço teórico-metodológico da atenção farmacêutica é denominado gerenciamento da terapia medicamentosa (GTM) (ou acompanhamento farmacoterapêutico, conforme terminologia utilizada pelo CFF (2016)), o qual pode ser encontrado na literatura técnico científica também com as seguintes nomenclaturas: “*comprehensive medication management*” (inglês) e “*gestión integral de la farmacoterapia*” (espanhol) (MEDONÇA, 2017).

O próprio termo que denomina essa prática, isto é, gerenciamento da terapia medicamentosa, já traduz de forma clara a proposta desse serviço. Por definição, conforme descrito por Cipolle, Strand e Morley (2012), tais serviços correspondem às atividades profissionais necessárias para atender ao padrão de cuidado que visa garantir que os medicamentos utilizados pelo paciente

(sejam eles prescritos ou não, alternativos, tradicionais ou outros) sejam avaliados individualmente para determinar que sejam necessários para a condição tratada, que está sendo eficaz e alcançando os objetivos terapêuticos definidos, que a farmacoterapia é segura para o paciente na presença de comorbidades e outras medicações que o paciente possa estar utilizando concomitantemente e, por fim, que o paciente seja capaz e deseje utilizar os medicamentos como pretendido. Esta avaliação, de forma sistemática e holística, é realizada a partir do processo racional de tomada de decisão em farmacoterapia discutida anteriormente (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012).

Após essa avaliação abrangente sobre a farmacoterapia, os serviços de GTM devem ainda apresentar um plano de cuidados individualizado para o paciente, construído em conjunto com esse indivíduo, a partir do seu entendimento, concordância e participação ativa na definição do regime de tratamento proposto, considerando a experiência subjetiva e as preferências desse paciente quanto a sua farmacoterapia. Ao considerar a experiência subjetiva com os medicamentos no processo de tomada de decisões em farmacoterapia, o profissional passa a compartilhar suas decisões com o paciente, de forma a otimizar os resultados clínicos esperados e maximizar a adesão do paciente ao tratamento (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012; MENDONÇA, 2017). Por fim, deve-se ressaltar ainda a necessidade de documentação de todo o serviço prestado, de forma a agregar o valor exclusivo e a qualidade ao cuidado do paciente, assim como a integração à equipe multidisciplinar que presta cuidado ao paciente.

Diante de tal apresentação a respeito dos pilares da atenção farmacêutica e o serviço de GTM, observa-se a grande mudança de paradigma proposta aos profissionais cuja formação foi baseada em um contexto tradicional e tecnicista. A partir dessa nova proposição de atuação para o profissional farmacêutico é imperioso que o mesmo assuma a realização da prática desse serviço tendo em si incorporado competências inerentes a essa prática. Isto é, espera-se que esse profissional entenda e se comprometa com a filosofia que a fundamenta, desenvolva habilidades e atitudes essenciais para a adequada prestação do serviço e aplique os mesmos padrões de cuidado estabelecidos para a prática, permitindo, assim, o reconhecimento e demanda desta por parte da sociedade.

4.4 Alinhamento de conceitos sobre a prática clínica farmacêutica: Farmácia Clínica, Atenção Farmacêutica e Cuidado Farmacêutico

Apesar dos avanços alcançados quanto à difusão dos aspectos relacionados à prática clínica farmacêutica e sua incorporação aos cenários de prática em saúde, muitas discussões ainda permeiam a temática envolvendo Farmácia Clínica, Atenção Farmacêutica e Cuidado Farmacêutico, principalmente no que diz respeito à compreensão dos seus significados conceituais. A necessidade de harmonização de conceitos e da nomenclatura utilizada é importante para o fortalecimento do ensino, da pesquisa e para a padronização da prática.

A denominação *Pharmaceutical Care*, apresentada por Hepler e Strand em 1990, cujo conceito se estabelece como “a provisão responsável da farmacoterapia com o objetivo de alcançar resultados satisfatórios na saúde, melhorando a qualidade de vida do paciente” (HEPLER; STRAND, 1990 – p. 539), foi amplamente difundida e aceita em todo o mundo como ideia fundamental da profissão de farmácia, trazendo em seu conceito parâmetros fundamentais que a diferenciam da forma de atuação do farmacêutico até então vigente, representada pelo movimento da farmácia clínica. Embora houvesse o reconhecimento da importância da farmácia clínica para a profissionalização da farmácia, esses autores destacaram o viés existente quanto ao foco situado no medicamento em primeiro plano em detrimento ao paciente (HEPLER; STRAND, 1990; ANGONESI; SEVALHO, 2010). Assim, a partir do conceito proposto por Hepler e Strand, enfatizou-se a necessidade de o farmacêutico colocar o paciente como centro do cuidado, norteando as suas ações de acordo com as necessidades farmacoterapêuticas desses. Além disso, enfatizou a necessidade de um método padrão para atender tais necessidades (HEPLER; STRAND, 1990).

Conforme descrito por Cipolle, Strand e Morley (2012), o conceito trazido do “*Pharmaceutical Care*” representa um avanço em relação à farmácia clínica – esta, até então considerada como um rol de atividades especializada do farmacêutico, aplicado particularmente no ambiente hospitalar, que visava o uso

seguro e racional dos medicamentos, a partir da aplicação dos conhecimentos técnicos e especializados do farmacêutico. Tal avanço se manifestou ao propor padrões de prática, que garantem que todo paciente poderá se beneficiar de forma similar ao serem atendidos por qualquer profissional farmacêutico que prover o serviço baseado nesse arcabouço teórico-metodológico. Da mesma forma, a existência de um padrão de prática, similar e comum à de outros profissionais de saúde, favoreceria a integração e reconhecimento do farmacêutico na equipe de saúde (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012).

Assim, o novo conceito trazido por Hepler e Strand, envolve uma mudança de postura, de perfil e de responsabilização do farmacêutico que se propõe trabalhar com a provisão de um serviço embasado nessa metodologia (sendo atualmente concebido pela provisão do serviço de GTM), diferenciando-o daquele profissional tradicionalmente formado na concepção da atuação clínica até então proposta.

Essa mudança, de acordo com o evidenciado por Sousa (2016), refletiria a distinção entre duas concepções quanto a forma de atuação farmacêutica. A primeira, baseada na formação tradicional e atrelada aos preceitos existentes no período de transição da profissão farmacêutica, mostra-se focada na prescrição e abrange uma grande variedade de atividades, como reconciliação medicamentosa, dispensação, monitorização terapêutica, dentre outras. Caracteriza-se pela falta de um padrão de prática, assim como a baixa reprodutibilidade e uma menor responsabilização pelo cuidado ao paciente. Já a segunda, tem como principal atividade vinculada à atuação do farmacêutico o serviço de GTM, com o direcionamento do foco para o paciente, de forma centralizada neste. Devido ao estabelecimento de um padrão de prática, o uso de um raciocínio clínico lógico e sistemático para a tomada de decisão, a reprodutibilidade e a prerrogativa de assunção do farmacêutico quanto a responsabilidade pelo cuidado prestado e pelos resultados obtidos, esta última possui um maior potencial de resolver os problemas relacionados ao uso de medicamentos de forma eficiente e atender a uma necessidade social (SOUSA, 2016).

Em vista das discussões ainda recorrentes quanto aos conceitos de Farmácia Clínica e da Atenção Farmacêutica, o *American College of Clinical Pharmacy* (ACCP), em 2008, publicou um documento em que apresenta a sua proposição para a definição de Farmácia Clínica. De acordo com tal documento, em sua definição resumida, é apresentada como a área da farmácia preocupada com a ciência e a prática do uso racional de medicamentos (ACCP, 2008). Ressalta ainda que a prática da Farmácia Clínica adota a filosofia do Cuidado Farmacêutico, combinando uma orientação de cuidado com o conhecimento terapêutico especializado para garantir resultados ideais ao paciente (ACCP, 2008).

Em uma publicação mais recente, Storpiotis *et al* (2023) apresentam uma atualização quanto ao conceito de Farmácia Clínica adotado pela Sociedade Brasileira de Farmácia Clínica e pelo Conselho Federal de Farmácia, definindo como:

Farmácia Clínica: A 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. A Farmácia Clínica também orienta o exercício profissional por meio de modelos de prática (STORPIRTIS, 2023 – p. 358).

Como ciência, a farmácia clínica contribui, por meio de pesquisas, para o acúmulo de conhecimentos sobre a atuação clínica do farmacêutico, envolvendo uma extensa área de conhecimentos. Como orientador da prática profissional, direciona quanto ao modelo de prática adotado (CFF, 2016). Essa evolução do conceito da Farmácia Clínica mostrou-se como uma forma de se aproximar da filosofia da Atenção Farmacêutica, trazendo um alinhamento entre as práticas e senso comum quanto ao papel do farmacêutico na provisão do cuidado em saúde. Apesar de algumas diferenciações, deve-se ter em mente que, em suma, compartilham o objetivo de melhorar a saúde e a qualidade de vida dos pacientes por meio de intervenções farmacêuticas baseadas no conhecimento e na prática clínica.

Quanto ao termo *pharmaceutical care*, proposto por Hepler e Strand, o mesmo foi inicialmente traduzido no Brasil como Atenção Farmacêutica, tendo sido oficializado no país a partir do documento intitulado “Consenso Brasileiro de

Atenção Farmacêutica: proposta”, publicado em 2002 pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (IVAMA *et al*, 2002). Esse documento foi resultado de discussões que envolveram diversos grupos de profissionais, cujo objetivo era, dentre outras coisas, realizar a uniformização de conceitos. De acordo com essa proposta, a Atenção Farmacêutica foi definida como:

É um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando a uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde (IVAMA *et al*, 2002 – p. 16-17).

Cabe destacar que, a novidade trazida no conceito desenvolvido no Brasil corresponde a inclusão da atenção farmacêutica no conceito mais amplo da Assistência Farmacêutica adotada no país, incluindo preceitos do SUS. Além disso, conforme ressaltado por Ramalho de Oliveira (2011), o conceito brasileiro incluiu, em sua definição, um conjunto de atividades farmacêuticas, como orientação farmacêutica, dispensação e educação em saúde. Tal proposta, apesar de representar uma busca por impulsionar a Farmácia em direção a atividades clínicas – levando a maior prestígio social – corre o risco de dificultar a compreensão da responsabilidade social farmacêutica (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

Conforme estudo realizado por Araújo (2016), a aceitação quanto ao conceito brasileiro proposto não significou seu entendimento uniforme e a concretização dessa prática profissional. A falta de uniformidade do método praticado, além das compreensões distintas do que se denomina atenção farmacêutica (muitas vezes confundida com assistência farmacêutica, serviços cognitivos farmacêuticos, consulta farmacêutica, dentre outros) decorrem, segundo essa autora, de um cenário de insuficiente discussão conceitual e filosófica no país sobre a atenção farmacêutica (ARAÚJO, 2016). A mesma descreve em seu trabalho que

A atenção farmacêutica encontra alguns obstáculos, principalmente no que concerne à compreensão do seu significado. [...] Assim, o que se

percebe é que aquilo que se denomina de atenção farmacêutica assume significados distintos no Brasil, no que denominaríamos de 'mundo da ciência' e o como as políticas públicas, no âmbito farmacêutico compreendem essa prática. As diferenças operam no plano epistemológico e se reproduzem na prática. (ARAÚJO, 2016 – p. 19)

Deve-se ressaltar que após evolução das discussões quanto ao conceito da atenção farmacêutica, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2024), assim como outros órgãos do país, como o próprio Conselho Federal de Farmácia (CFF, 2016), passaram a adotar o termo Cuidado Farmacêutico como sendo o mais propício a designar o modelo de prática proposto por Hepler e Strand como *pharmaceutical care*.

O conceito mais recente, incluído inclusive na Portaria GM/MS nº 4.379, de 14 de junho de 2024, que estabelece as Diretrizes Nacionais do Cuidado Farmacêutico no âmbito do SUS, estabelece Cuidado Farmacêutico como sendo

[...] o modelo de prática profissional que se concretiza por meio de ações e serviços realizados pelo farmacêutico, de forma integrada com as equipes de saúde, voltados ao usuário, à família e à comunidade, visando ao uso seguro e racional de medicamentos e aos melhores resultados em saúde. (BRASIL, 2024)

Para além do “quadro nebuloso”, descrito por Araújo (2016), que envolve aquilo que se denomina atenção farmacêutica e a expressão mais atual adotada pelo Conselho Federal de Farmácia e pelo Ministério da Saúde como Cuidado Farmacêutico, neste estudo, será priorizado o uso do termo cuidado farmacêutico. A escolha desse termo seguirá a orientação de denominação mais recentemente adotada, entendendo-se a importância da uniformização das terminologias utilizadas. Entretanto, a compreensão para esse termo dada no presente trabalho corresponderá a toda atividade de natureza clínica realizada diretamente com o usuário/paciente e que tenha a finalidade de atender as necessidades desses relacionadas ao uso de medicamentos, sendo baseado em elementos filosóficos que os sustentem. Sendo assim, reforço o uso do termo cuidado farmacêutico representando o arcabouço teórico-metodológico proposto por Cipolle, Strand e Morley (2012).

4.5 Competências para a prática do cuidado farmacêutico

A partir do entendimento e do conhecimento teórico do arcabouço do Cuidado Farmacêutico e do serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa, assim como da compreensão de quais são as responsabilidades do profissional diante dessa nova prática profissional, torna-se mais compreensível as competências necessárias de serem delineadas para tais profissionais. Cabe, anteriormente à definição destas competências, no entanto, o entendimento quanto ao conceito desse termo.

Apesar das inúmeras descrições utilizadas para a definição de competência e do uso indistinto de alguns termos, como desempenho, tarefas, ações, habilidades, objetivos, para sua definição, apresento, nesse momento, o conceito de competência utilizado pelo Conselho Federal de Farmácia (CFF), em documento publicado em 2017, contendo o relatório decorrente do I Encontro Nacional de Educadores em Farmácia Clínica e Matriz de Competências para a Atuação Clínica (BRASIL, 2017), o qual serviu como base para nortear a publicação das DCN para o curso de graduação em Farmácia de 2017. De acordo com tal documento, o termo competência foi considerado como:

[...] a mobilização de diferentes recursos para solucionar, com pertinência e sucesso, problemas da prática profissional, em diferentes contextos. Esses recursos ou atributos são as capacidades cognitivas, atitudinais e psicomotoras mobilizadas, de modo integrado, para a realização de ações profissionais (CFF, 2017 – p. 100).

Ao transpor essa definição ampla para a ótica da formação profissional na área da saúde, o conceito atribuído a competência acaba por agregar outros valores e parâmetros. Nesse mesmo documento do CFF (2017), os autores apresentaram uma nova representação para o conceito de competência, quando aplicado à área da saúde, com os seguintes dizeres:

[...] a competência poderá se traduzir na capacidade de um ser humano cuidar do outro, colocando em ação conhecimentos, habilidades e valores necessários para prevenir e resolver problemas de saúde, em situações específicas do exercício profissional. Poderá também se traduzir na resposta satisfatória às necessidades e demandas dos indivíduos e das coletividades aos quais assiste, mediante o exercício eficiente do seu trabalho, a participação ativa, consciente e crítica no mundo do trabalho, e na esfera social em que atua (CFF, 2017 – p. 28).

Em suma, o que podemos desprender dessas conceituações é que, da mesma forma que adotado por outros autores (RAMALHO DE OLIVEIRA; 2011; LOSINSKI, 2011; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012, MENDONÇA, 2017), a definição de competência para a prática do cuidado em saúde pelo farmacêutico deve estar baseada no conjunto de **conhecimentos, habilidades e atitudes** necessárias a esse profissional para o desempenho de sua função. Esta será a premissa utilizada também neste trabalho.

Losinski (2011), em um estudo educacional vinculado à sua tese de doutorado realizada na Universidade de Minnesota, local em que a atenção farmacêutica foi idealizada, apresentou como resultado de seu trabalho uma proposta de conteúdo curricular e dos fundamentos educacionais necessários para formar o profissional praticante do cuidado farmacêutico (LOSINSKI, 2011). Conforme esse trabalho, foram definidas as competências essenciais para o cuidado farmacêutico, as quais se encontram apresentadas na lista 2.

Lista 2 – Competências essenciais para o cuidado farmacêutico segundo
Losinski, 2011

Incorporação da filosofia profissional do cuidado farmacêutico, utilizando-o para guiar sua prática cotidiana;

Realização da avaliação das necessidades farmacoterapêuticas do paciente como parte do processo racional de tomada de decisões em farmacoterapia;

Identificação de problemas relacionados ao uso de medicamentos utilizando os dados obtidos na avaliação do paciente;

Elaboração de plano de cuidado individualizado para cada condição de saúde do paciente, incluindo intervenções para resolução de problemas relacionados ao uso de medicamentos;

Documentação dos atendimentos realizados;

Realização de avaliação de resultados para verificar se houve resolução de todos os problemas relacionados ao uso de medicamentos e se há novos a resolver;

Reflexão sobre o seu desempenho no cuidado a cada paciente, contribuindo para sua educação permanente e desenvolvimento profissional

Fonte: MENDONÇA, 2017.

Essas competências seguem o mesmo direcionamento proposto por Cipolle, Strand e Morley (2012), no livro intitulado *Pharmaceutical Care Practice*, o qual serviu como referencial teórico do cuidado farmacêutico adotado neste trabalho. Da mesma forma, observa-se que o documento elaborado pelo CFF que embasou e serviu como recomendação para a construção das diretrizes educacionais no país para essa área (BRASIL, 2017), segue lógica semelhante

e propõe habilidades e tarefas que se incluem dentro das competências propostas por esses autores. Nas DCN de 2017 para o curso de graduação de Farmácia também podem ser encontradas tais semelhanças, apesar de não completamente. É oportuno destacar que as DCN de 2017 incluem dentre as competências atribuídas ao eixo cuidado em saúde tarefas ainda amplas e diversificadas, aparentemente no sentido de englobar as diversas funções ainda atribuídas ao profissional farmacêutico.

A tabela 3 apresenta as principais competências citadas nos documentos referenciados acima, relacionadas ao cuidado em saúde. A análise dessa permite identificar as semelhanças e congruências desses referenciais como forma de embasar as competências necessárias ao farmacêutico para a prática do cuidado.

Para efetivação de tais competências atribuídas ao profissional farmacêutico para a prática do cuidado em saúde, é necessário, conforme esclarecido anteriormente, um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que irão propiciar maior sucesso e efetividade na prática da atenção à saúde. Tais atributos serão melhor descritos nos itens seguintes.

Tabela 3 – Competências para o cuidado farmacêutico segundo Cipolle, Strand e Morley (2012), Losinski (2011), CFF (2017) e as DCN de 2017 para o curso de graduação em Farmácia.

CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012	LOSINSKI, 2011	CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA 2017 ¹	BRASIL, 2017 ²
Coletar informações sobre os problemas de saúde, sobre os medicamentos em uso pelo paciente e sobre o próprio paciente; Avaliar e aplicar informações para identificar e resolver as necessidades específicas do paciente relacionadas a farmacoterapia; Comunicar informações aos pacientes e aos demais profissionais de saúde; Aprender com sua experiência com o objetivo de melhorar por meio da prática reflexiva.	Incorporação da filosofia profissional do cuidado farmacêutico, utilizando-o para guiar sua prática cotidiana; Realização da avaliação das necessidades farmacoterapêuticas do paciente como parte do processo racional de tomada de decisões em farmacoterapia; Identificação de problemas relacionados ao uso de medicamentos utilizando os dados obtidos na avaliação do paciente; Elaboração de plano de cuidado individualizado para cada condição de saúde do paciente, incluindo intervenções para resolução de problemas relacionados ao uso de medicamentos; Documentação dos atendimentos realizados; Realização de avaliação de resultados para verificar se houve resolução de todos os problemas	Realizar acolhimento; Identificar as necessidades e problemas de saúde do paciente; Elaborar plano de cuidado; Realizar intervenções estabelecidas no plano de cuidado; Avaliar os resultados das intervenções realizadas.	I - acolhimento do indivíduo, verificação das necessidades, realização da anamnese farmacêutica e registro das informações referentes ao cuidado em saúde, considerando o contexto de vida e a integralidade do indivíduo; II - avaliação e o manejo da farmacoterapia, com base em raciocínio clínico, considerando necessidade, prescrição, efetividade, segurança, comodidade, acesso, adesão e custo; III - solicitação, realização e interpretação de exames clínico-laboratoriais e toxicológicos, verificação e avaliação de parâmetros fisiológicos, bioquímicos e farmacocinéticos, para fins de acompanhamento farmacoterapêutico e de provisão de outros serviços farmacêuticos; IV - investigação de riscos relacionados à segurança do paciente, visando ao desenvolvimento de ações preventivas e corretivas;

	relacionados ao uso de medicamentos e se há novos a resolver; Reflexão sobre o seu desempenho no cuidado a cada paciente, contribuindo para sua educação permanente e desenvolvimento profissional.		V - identificação de situações de alerta para o encaminhamento a outro profissional ou serviço de saúde, atuando de modo que se preserve a saúde e a integridade do paciente; VII - elaboração e aplicação de plano de cuidado farmacêutico, pactuado com o paciente e/ou cuidador, e articulado com a equipe interprofissional de saúde, com acompanhamento da sua evolução; VIII - prescrição de terapias farmacológicas e não farmacológicas e de outras intervenções, relativas ao cuidado em saúde, conforme legislação específica, no âmbito de sua competência profissional;
--	---	--	--

¹As competências descritas correspondem àquelas incluídas na área de competência “cuidado ao paciente” da Matriz Competências para a atuação clínica do farmacêutico definido no Relatório do I Encontro Nacional de Educadores em Farmácia Clínica.

²As competências descritas correspondem àquelas relacionadas no artigo 5º, parágrafo 2º das Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Farmácia, direcionadas para o eixo cuidado em saúde.

4.5.1 Conhecimentos clínicos

A definição dos conhecimentos necessários ao farmacêutico deve estar embasada, primeiramente, na clareza da responsabilidade social, preconizada pela sua filosofia profissional, a ser assumida. No caso do cuidado farmacêutico, como já discutido, a responsabilidade do farmacêutico é atender às necessidades farmacoterapêuticas de seus pacientes (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

No contexto apresentado, portanto, os conhecimentos clínicos necessários para a prática do cuidado farmacêutico correspondem àqueles relacionados ao paciente, aos problemas de saúde apresentados e aos medicamentos utilizados para prevenir e tratar estes problemas. O cuidado ao paciente exige que o profissional integre esses conhecimentos para que seja capaz de aplicá-los em prol do paciente. Tais conhecimentos permitem ao profissional identificar, prevenir e resolver problemas relacionados ao uso de medicamentos de forma consistente e efetiva (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012). Abaixo, seguem listados os principais conhecimentos a serem obtidos relacionados a cada um desses componentes – paciente, doença e medicamento (Quadro 1).

Quadro 1. Conhecimentos necessários para a prática do cuidado farmacêutico

PACIENTE	PROBLEMA DE SAÚDE	MEDICAMENTO
Pessoal (valores, experiências, expectativas)	Características da doença	Características do medicamento
Contextual, social, ambiental	Razões para o tratamento	Ação do medicamento no paciente
Fisiológico	Objetivos terapêuticos	Resultados clínicos esperados dos medicamentos

Fonte: RAMALHO DE OLIVEIRA (2011)

Apesar de essas três categorias de conhecimento serem importantes para a prática do cuidado farmacêutico, o profissional deve ter em mente que sua contribuição única dentro da equipe de saúde diz respeito ao medicamento, sendo esse conhecimento de grande importância no seu processo racional de tomada de decisão em farmacoterapia. Assim, é importante a obtenção de conhecimentos clínicos focados na farmacologia (como os medicamentos funcionam no organismo), na farmacoterapia (como os medicamentos são utilizados para tratar e prevenir condições de saúde) e como aplicá-los de forma

integrada para atendimento das necessidades individuais do paciente (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012).

Cipolle, Strand e Morley (2012) destacam ainda que um número limitado de condições de saúde e doenças representam uma parcela significativa das informações necessárias de serem absorvidas pelo farmacêutico para atender a maior parte das avaliações relacionadas à farmacoterapia. Esses autores, em estudo realizado com 20.761 pacientes nos Estados Unidos, demonstraram que 25 condições clínicas representaram mais de 70% dos problemas de saúde avaliados por farmacêuticos na prática do cuidado farmacêutico (CIPOLLE, STRAND, MORLEY, 2004 *apud* RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011). Dessa forma, a obtenção do conhecimento clínico desses profissionais deve ter foco nos problemas de saúde de maior prevalência no contexto da prática clínica, os quais podem ser representados pelas principais condições de busca por consulta médica nos ambulatórios de atenção primária e pelas principais causas de internações hospitalares no país (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2012). Conhecer o perfil de atendimento no contexto do cenário de prática, portanto, é de grande valia.

A inclusão do conhecimento sobre o paciente dentre as necessidades de incorporação do profissional reconhece que a prática clínica do cuidado farmacêutico é centrada no paciente e, dessa forma, deve-se haver a compreensão do mesmo como um indivíduo autônomo e único, com valores, experiências subjetivas, preocupações e expectativas também únicas, junto ao qual o profissional irá estabelecer o plano de cuidado mais eficaz (LOSISNSKI, 2011; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011). Esse conhecimento envolve informações sobre os desejos, necessidades e preferências do paciente, assim como informações sociais, econômicas, condições familiares, acesso aos serviços, dentre outros pertinentes para compreensão desse indivíduo e de suas necessidades únicas (LOSISNSKI, 2011).

O domínio do conhecimento clínico, incluindo os conhecimentos nas três esferas propostas (paciente, problema de saúde e medicamento), é essencial para a prestação dos cuidados clínicos pelo farmacêutico. No entanto, o cuidado farmacêutico é uma prática profissional e esse conhecimento deve ser aplicado

em benefício do paciente e, dessa forma, o profissional deve possuir as habilidades necessárias para a prática.

4.5.2 *Habilidades*

As habilidades clínicas representam a capacidade do profissional para fornecer ou executar os cuidados clínicos, sendo o que permite ao farmacêutico fazer a integração entre o seu conhecimento clínico e as necessidades do paciente. Dentre elas, mostra-se necessário o desenvolvimento de habilidades de: comunicação; avaliação do paciente com a coleta de informações pertinentes; elaboração do plano de cuidados; e avaliação de resultados de forma reflexiva, conforme os padrões definidos para a prática (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012).

As práticas de cuidado em saúde requerem a interação contínua do profissional e do paciente, assim como entre os demais profissionais que compõe a equipe multi ou interprofissional de cuidado. Essa interação exige que o farmacêutico desenvolva habilidades essenciais de comunicação. A **comunicação** inclui, portanto, a habilidade do profissional comunicar seus conhecimentos e as suas decisões tomadas de forma adequada e compreensível tanto para o paciente como para outros profissionais de saúde. Tanto a comunicação verbal quanto a não verbal, assim como a comunicação escrita são habilidades necessárias para o sucesso da prática (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012; LOSINSKI, 2011).

As conexões com os pacientes são facilitadas por meio de habilidades precisas de comunicação do farmacêutico, permitindo acessar informações pertinentes que favoreçam identificar as percepções sobre os objetivos e preferências desse indivíduo. Para isso, o profissional deve ter consciência de que fatores como cultura e nível educacional, além de outros aspectos, podem influenciar a maneira de se comunicar efetivamente (LOSINSKI, 2011). O desenvolvimento dessa habilidade, que envolve a interação contínua entre esses dois sujeitos (paciente e profissional), deve ser viabilizado e pensado com base no processo de relacionamento e interação entre ambos, incluindo nessa habilidade a capacidade de aprender a observar, escutar, entender e facilitar a construção de relacionamentos (LOSINSKI, 2011).

O farmacêutico deve ser capaz ainda de se comunicar de forma efetiva com outros profissionais, incluindo profissionais de outras áreas e, para isso, deve entender e utilizar um linguajar técnico apropriado e consensual na área de saúde que alinhe o entendimento nas discussões realizadas (LOSINSKI, 2011).

A comunicação escrita, por sua vez, na forma de documentação em prontuário, é também uma habilidade que deve ser dominada. A documentação no cuidado farmacêutico refere-se a toda a informação específica sobre o paciente, sobre as decisões clínicas tomadas e sobre os resultados alcançados no manejo da farmacoterapia (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011). Trata-se de etapa crítica e essencial no cuidado e uma ferramenta primordial de comunicação para futuros encontros com o paciente, assim como outros profissionais de saúde (JONES, 2016). A capacidade de comunicar os cuidados prestados por escrito é essencial para a continuidade dos cuidados, aspectos éticos e razões legais. Por isso, requer o desenvolvimento de habilidade do profissional para tal, de modo a se aprimorar o manejo correto das informações e a forma de relatá-las adequadamente.

As habilidades de **avaliação do paciente** e de **elaboração do plano de cuidado**, por sua vez, exigem que o profissional seja capaz de buscar, reunir e estruturar todas as informações (subjetivas e objetivas) que foram coletadas junto ao próprio paciente e de outras fontes, como, por exemplo, de prontuário médico, a respeito do paciente, das condições de saúde e dos medicamentos, de forma a viabilizar a tomada de decisões. A qualidade da informação obtida durante a avaliação do paciente determinará a qualidade do cuidado que poderá ser prestado e auxiliará nas decisões a serem tomadas pelo profissional quanto ao estado de saúde do paciente, as necessidades e problemas da terapia medicamentosa, intervenções que poderão solucionar os problemas identificados e que poderão prevenir problemas futuros, assim como as formas de acompanhamento para garantir o alcance dos resultados esperados (JONES, 2016).

O objetivo principal da avaliação do paciente, portanto, é identificar, resolver e prevenir problemas da terapia medicamentosa. Para isso, o profissional precisa desenvolver um conjunto de habilidades que envolvem a observação, entrevista,

capacidade de avaliação física e a integração com todos os conhecimentos prévios obtidos (CIPOLLE; STRAND; MORLEI, 2012). Para executar tal tarefa, o farmacêutico necessita desenvolver a habilidade para utilização de um processo sistemático e consistente para avaliação do paciente e dos dados obtidos, no caso, por meio do *pharmacotherapy workup* (ou processo racional de tomada de decisões em farmacoterapia), discutido nas seções anteriores.

Durante a investigação farmacoterapêutica, o farmacêutico questiona e avalia sistematicamente e repetidamente a indicação, efetividade, segurança e conveniência da terapia medicamentosa. O processo racional de tomada de decisões em farmacoterapia reflete o processo cognitivo envolvido no processo de avaliação do paciente (JONES, 2016).

Na elaboração do plano de cuidados, o profissional aplica todas as habilidades e conhecimentos anteriormente obtidos ao paciente que está sendo assistido, de forma a desenvolver um plano de cuidados apropriado e adequadamente centrado no paciente. Para isso, o farmacêutico deve ter a sensibilidade de identificar possíveis diferenças culturais, de crenças e práticas de saúde, costumes, relações familiares e de comunicação (JONES, 2016).

Outra habilidade necessária à prática do cuidado farmacêutico é a capacidade de **avaliação dos resultados de forma reflexiva**, de modo que o profissional possa aprender com cada experiência realizada na prática do cuidado. As habilidades reflexivas permitem que a prática clínica do cuidado seja convertida em conhecimento clínico e permitem o aprendizado com as experiências vivenciadas (CIPOLLE; STRAND; MORELY, 2012). Além disso, são importantes para a avaliação e desenvolvimento pessoal na prática e incluem: a capacidade de reconhecer e aceitar as crenças individuais; a capacidade de enxergar os comportamentos e ações de um indivíduo através do ponto de vista de outro; e a capacidade de criticar e compreender as lacunas entre as ações efetivamente realizadas na prática e aquelas desejadas (LOSINSKI, 2011). Para atingir esse atributo, é necessário que o profissional desenvolva habilidades relacionadas a autoconsciência, a capacidade de descrever o evento, a análise crítica dos resultados e avaliação.

4.5.3 Atitudes

Além dos conhecimentos e habilidades descritos acima, Losinski (2011) descreve ainda, em seu trabalho, a necessidade de o farmacêutico se apropriar de atitudes específicas para a prática do cuidado em saúde, estando incluído dentre elas, a responsabilidade, a credibilidade e confiança, a prática do cuidado centrado no paciente e a visão holística. Essas atitudes encontram-se incluídas dentro de uma ética profissional que deve ser o fundamento que guiará a aplicação de todas as demais habilidades e aplicação dos conhecimentos (LOSINSKI, 2011).

De acordo com a filosofia profissional proposta para o cuidado farmacêutico, em sua prática, o farmacêutico deve tomar decisões que podem impactar tanto positivamente quanto negativamente. Cabe ao profissional, nesse contexto, assumir atitudes responsáveis por todos os resultados advindos das intervenções propostas para a farmacoterapia do paciente, sejam eles positivos ou negativos. Incorporar essa seriedade quanto à necessidade de assumir tais responsabilidades e responder por elas é necessário a todo o profissional na prática do cuidado em saúde (LOSINSKI, 2011).

Por sua vez, a confiança, assim como a credibilidade, são atitudes essenciais para o desenvolvimento da relação terapêutica entre o farmacêutico e o paciente, assim como a relação desse profissional com outros prestadores do cuidado na equipe de saúde, sendo frequentemente associada com o poder de fornecer informações úteis e pertinentes aos pacientes e outros profissionais de saúde. Segundo Losinski (2011), demonstrar credibilidade na prática significa ser capaz de comunicar e fornecer informações úteis sobre o paciente, os medicamentos e o cuidado ao paciente.

Já a ética do cuidado, quando analisada diante da filosofia da prática do cuidado farmacêutico, deve ser entendida como “um estado de capacidade de resposta aos outros que implica a vontade de se envolver pessoalmente e comprometer-se a aliviar a vulnerabilidade e o sofrimento de outra pessoa” (CIPOLLE *et al*, 2014 apud LOSINSKI, 2011 – p. 139). Deve estar focada no paciente como centro do cuidado prestado, prestando uma visão holística a esse paciente. O

compromisso com o cuidado é um reflexo direto da orientação do profissional centrada no paciente e reorienta as ações prioridades na prática reorganizando o conhecimento clínico para a aplicação específica em um indivíduo único (LOSINSKI, 2011).

Em síntese, deve-se salientar que quando todos os componentes (conhecimentos, habilidades e atitudes) são organizados adequadamente na prática e utilizados em conjunto para efetivação das competências profissionais propostas, cada um deles contribui para a tomada de decisão especializada usada pelo profissional ao criar planos de cuidados para identificar, prevenir e resolver problemas de terapia medicamentosa. Reforça-se ainda que o desenvolvimento de competências exige métodos de ensino condizentes com os objetivos de aprendizagem que se pretende atingir.

4.6 O SUS como ordenador da formação em saúde

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 200, estabelece que compete ao SUS, além de suas demais atribuições, também ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde (BRASIL, 1988). Dessa forma, a formação profissional passou a ser reconhecida como fator essencial para consolidação do processo de reforma sanitária brasileira e questões envolvendo a educação na saúde passaram a fazer parte do rol de atribuições finalísticas do sistema (BRASIL, 2009).

Atendendo a essa prerrogativa e como forma de viabilizar o cumprimento desse pleito constitucional, o Ministério da Saúde aproximou-se do Ministério da Educação, constituindo estratégias de diálogos entres as pastas. Como resultado, em 2003, houve a criação, dentro do Ministério da Saúde, da Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), que assumiu a responsabilidade de formular políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil. Essa se tornou um marco para a época, pois consolidou o espaço propício para que

houvesse a implementação de políticas de educação em saúde que atendesse o SUS (BRASIL, 2018; SANTOS *et al*, 2020). Ficou reconhecido, dessa forma, a relevância da articulação da educação e regulação da força de trabalho nos serviços de saúde.

Em 2004, por meio da Portaria MS/GM nº 198/2004, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (BRASIL, 2004b), a qual teve suas diretrizes de implementação publicadas na Portaria GM/MS nº 1.996/2007. A PNEPS representa um marco estratégico no fortalecimento das capacidades dos trabalhadores do SUS, integrando educação e trabalho como elementos indissociáveis. Além disso, reforça o entendimento de que o processo educativo deve ser contínuo e contextualizado às necessidades reais dos serviços de saúde e das populações atendidas (BRASIL, 2004b).

Fundamentada nos princípios da integralidade, equidade e universalidade, a PNEPS visa integrar educação e trabalho, promovendo mudanças na prática profissional e na organização dos serviços de saúde.

O grande desafio para os gestores e profissionais atuantes no SUS, nesse cenário, é assimilar a complexidade desse sistema, considerando o acelerado ritmo de evolução do conhecimento e de inovações tecnológicas, as mudanças do processo de trabalho em saúde, as transformações socioepidemiológicas, tendo em perspectiva o equilíbrio entre qualidade técnica e o atendimento da necessidade social. Em outras palavras, os atores envolvidos nessas ações de promoção da educação na saúde, devem manter em perspectiva a defesa de um sistema de saúde democrático, gratuito e sustentável, de forma a atender as necessidades dos usuários do sistema de saúde pautado na integralidade da atenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018; HADDAD *et al*, 2008). O desafio foi então lançado, e repensar os modelos da educação na saúde no contexto do sistema de saúde brasileiro, de forma a corresponder ao perfil do trabalhador necessário para viabilizar a premissa estabelecida constitucionalmente de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, baseada nos princípios de universalidade, equidade e integralidade, faz-se necessário e deve ser um esforço coletivo.

A integralidade, como um dos princípios fundamentais do SUS, garante ao usuário uma atenção que abrange ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, além de prevenção e tratamento de agravos, permitindo acesso a todos os níveis de complexidade do sistema. Pressupõe atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade e envolvem questões relacionadas à humanização da atenção, ao conceito ampliado de saúde, à educação permanente em saúde, ao trabalho em equipe multidisciplinar, dentre outros. A formação dos profissionais da atenção deve levar em conta todos estes aspectos. Desta forma, espera-se formar profissionais com competência geral e capacidade de resolubilidade, características essenciais para a garantia da atenção integral e de qualidade à saúde da população (HADDAD *et al*, 2008).

A PNEPS indicou, portanto, a necessidade de mudança nas práticas de formação, atenção, gestão e controle social, estabelecendo-se com a pretensão de alterar a lógica da repetição e fragmentação dos cursos denominados de capacitação (MUÑOZ, 2020).

4.7 Conceitos sobre Educação Permanente

A temática relacionada às práticas educacionais no âmbito da saúde nos conduz por inúmeras vias que permeiam de forma significativa as relações existentes entre a saúde, a educação e a sociedade. O tema, além de profundo e abrangente, é envolto por nuances conceituais que muitas vezes se misturam e se confundem durante seu contexto histórico de construção. O alinhamento de um vocabulário preciso e consensual mostra-se de grande importância para uma comunicação mais efetiva entre todos os atores envolvidos no processo de construção das ações relacionadas à educação no campo da saúde, sejam eles gestores, profissionais da saúde ou os próprios cidadãos, viabilizando, em consequência, uma maior compreensão sobre a gestão do SUS e a sistematização das ações desenvolvidas. Dessa forma, trazer à tona a discussão quanto alguns conceitos-chaves que envolvem a relação saúde/educação, para

a partir daí discorrer sobre a temática da educação permanente em saúde, mostrou-se pertinente e importante.

Termos como “*educação em saúde*”, “*educação na saúde*” e “*educação para saúde*”, apesar de em alguns momentos serem utilizados de forma indiferenciada por profissionais na prática dos serviços de saúde, apresentam diferenciações conceituais e pedagógicas (FALKENBERG, 2014). De acordo com o Ministério da Saúde, em seu Glossário Temático: Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (BRASIL, 2013), a terminologia *educação em saúde* consiste em um:

Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...] Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção à saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2013).

Para o alcance da definição acima apresentada, pressupõe-se a existência de uma interação entre três atores principais envolvidos nesse processo, responsáveis pelo seu desenvolvimento, sendo eles: os profissionais de saúde que valorizem e fomentem a prevenção e a promoção da saúde tanto quanto as práticas curativas, objetivando, assim, a integralidade do cuidado em saúde e o atendimento das necessidades da população para o alcance da melhoria da qualidade de vida e não apenas da ausência de doença nesses; a população, que necessita construir seus conhecimentos de forma a aumentar sua autonomia nos cuidados de forma individual ou coletivamente, sendo capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade; e, por fim, os gestores que apoiem os profissionais e corroborem com políticas públicas voltadas para esse fim (FALKENBERG, 2014). O que se verifica na prática, no entanto, é que a realidade ainda se encontra muito distante desse conceito apresentado.

A proposta para a educação em saúde, com sua pretensão em ser uma educação para conscientização e transformação do indivíduo como sujeito ativo no seu cuidado em saúde e capaz de opinar e participar nas decisões, perpassa a necessidade de uma relação de proximidade e interação entre os profissionais de saúde e a população. O que se observa ainda hoje nas práticas dos serviços de saúde, no entanto, é a manutenção de uma estrutura baseada no modelo

biomédico, em que as práticas de trabalho se encontram organizadas de forma médico-centrada, caracterizando-se pela hierarquização e o caráter tecnicista, autoritário e hospitalocêntrico, com práticas verticalizadas. Muitas práticas educativas nos serviços de saúde ainda hoje são feitas com essa visão, apesar de o SUS ter preconizado nos seus princípios e diretrizes a participação comunitária e a integralidade da assistência (FALKENBERG *et al*, 2014; MORISINI *et al*, 2014).

Para promover a educação em saúde, portanto, é também necessário que ocorra a educação voltada para os profissionais de saúde, e é então que se fala em *educação na saúde*.

De acordo com BRASIL (2013 – p. 20), a *educação na saúde* corresponde à “produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular”. É também entendida como educação no trabalho em saúde.

A partir da formulação e implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), ocorrida em 2004, houve a categorização da educação na saúde em duas modalidades: a *educação continuada* e a *educação permanente em saúde* (EPS). Embora se caracterizem pela continuidade das ações educativas dos profissionais após o processo formal de graduação ou de escolaridade de nível médio, cada uma dessas se baseia em diferentes princípios metodológicos, levando a particularidades no processo de ensino-aprendizagem. Distingui-los é importante para a definição do tipo de ação educativa a ser desenvolvida, assim como os objetivos diante da necessidade educativa apresentada no exercício do processo de trabalho.

A primeira, conceituada como um “processo de aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de escolarização formal, de vivências, de experiências laborais e de participação no âmbito institucional ou fora dele” (BRASIL, 2013b – p. 19), contempla aquelas atividades, de forma geral, com período definido para execução e que utiliza principalmente a metodologia de ensino tradicional (a pedagogia da transmissão

ou a educação “bancária”) para a transmissão sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas ao trabalhador (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). A educação continuada, na maioria dos casos tem o intuito de promover momentos educacionais, mesmo que individuais, a fim de sanar déficits de conhecimentos e habilidades, atualizar novas informações ou introdução de novas tecnologias (equipamentos, medicamentos ou outros insumos) na prática de trabalho. Percebe-se, no entanto, que essa prática educacional possui uma ação de certo modo limitada, pouco dialógica e pouco alinhada às necessidades da população. Mesmo tendo uma expectativa de que as informações e conhecimentos adquiridos sejam incorporados às práticas de trabalho, o que muito se percebe é que, ainda que se alcance aprendizagens individuais, nem sempre elas se traduzem em aprendizagem organizacional, isto é, não se transferem para a ação coletiva (CAVALCANTI, GUIZARDI, 2018; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Já a segunda modalidade, a EPS, corresponde a uma nova proposta e fundamento da política de educação em saúde do país, definida na PNEPS como método de escolha para orientar a educação dos profissionais de saúde no SUS. Seu objetivo final é mudar as práticas de saúde até então vigentes em busca da integralidade da atenção, sendo conceituada pelo Ministério da Saúde como sendo:

Ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde (BRASIL, 2013b – p. 20).

Diante desse conceito, assume-se a definição da EPS como uma abordagem educacional que ocorre no cotidiano das instituições de saúde, ou seja, uma aprendizagem no trabalho, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho em si. Baseia-se em uma proposta educativa destinada a refletir sobre esses processos de trabalho, em que os problemas enfrentados no dia-a-dia e as experiências vivenciadas servem como meios de questionamento e proposição de mudanças, transformando as práticas profissionais e melhorando

a qualidade dos serviços e as condições de trabalho. Em outras palavras, traduz-se na máxima de “educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho” (CAVALCANTI, GUIZARD, 2018; CECCIM, FERLA, 2009).

Apoia-se ainda no conceito de ensino problematizador, em que o profissional, inserido de maneira crítica na realidade, busca detectar os problemas reais e apresentar-lhes soluções originais e criativas. A dialogicidade encontra-se permeada nessa concepção, eliminando-se a ideia da educação fundamentada em uma transmissão unidirecional de um ser dominante do saber para outro que não sabe. Ao contrário, o que se espera é a troca e o intercâmbio de saberes, inerente a qualquer prática educacional crítica e transformadora. Por essa perspectiva, os trabalhadores da saúde devem ser vistos como sujeitos e agentes transformadores de suas práticas, das relações de trabalho desenvolvidas no seio das equipes de saúde e destas com os usuários (BAHIA, 2019-2022).

Ainda, deve-se desenvolver no trabalhador de saúde, gestor ou usuário do sistema de saúde que nele atua a visão crítica e reflexiva que leva ao desconforto com a realidade naquilo que deixa a desejar de integralidade e de implicações com os usuários, trazendo a percepção de que as realidades não são dadas e não são imutáveis, pelo contrário, devem ser construídas e transformadas a partir da atuação dos atores envolvidos nesse cenário. Nessa perspectiva, deve-se entender que a necessidade de mudança, transformação ou crescimento vem da percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar alguma coisa está insatisfatória ou insuficiente em dar conta dos desafios do trabalho em saúde.

Apesar de parecer, em uma compreensão mais apressada, apenas um nome diferente ou uma designação da moda para justificar a formação contínua e o desenvolvimento continuado dos trabalhadores, é um conceito forte e desafiante para pensar as ligações entre a educação e o trabalho em saúde, para colocar em questão a relevância social do ensino e as articulações da formação com a mudança no conhecimento e no exercício profissional, trazendo, junto dos saberes técnicos e científicos, as dimensões éticas da vida, do trabalho, do homem, da saúde, da educação e das relações (CECCIM, FERLA, 2009 – p. 163).

Diante de toda a abordagem conceitual apresentada, devemos ter em mente a importante mensagem apresentada por Ceccim e Ferla (2009), de que a educação permanente em saúde deve ser entendida não apenas como uma

“prática de ensino-aprendizagem”, estruturada em todos os conceitos e metodologias aqui já expostas, mas também se trata de uma “política de educação na saúde” e envolve a contribuição do ensino à construção do SUS. De tal forma, deve ser assumida como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para a saúde e, assim, deve ser fomentada e discutida dentro das políticas de saúde com total alinhamento com as instituições de ensino formadoras dos profissionais de saúde e também com os serviços de saúde. Para a viabilizar essa proposta, gestores e profissionais devem estar abertos quanto a implementação de espaços de discussão, análise e reflexão da prática no cotidiano do trabalho, de forma que o debate e a problematização transformem a informação em aprendizagem e que grupos de trabalho se tornem coletivos organizados de desenvolvimento de si e dos outros ao seu entorno.

Tomar o cotidiano como lugar aberto à revisão permanente e gerar o desconforto com os lugares “como estão/como são”, deixar o conforto com as cenas “como estavam/como eram” e abrir os serviços como lugares de produção de subjetividade, tomar as relações como produção, como lugar de problematização, como abertura para a produção e não como conformação permite praticar contundentemente a Educação Permanente em Saúde (CECCIM, 2005 – p. 166).

5 METODOLOGIA

Para a compreensão e avaliação das necessidades educacionais dos farmacêuticos para a prática clínica, foram utilizados os pressupostos da pesquisa qualitativa, uma vez que tem-se como propósito não apenas mensurar ou quantificar o nível de conhecimento dos profissionais, mas sim compreender as necessidades desses a partir da reflexão e análise de suas competências clínicas diante de suas experiências subjetivas e de suas vivências. É esta compreensão que levará aos objetivos almejados e, por isso, a própria natureza do problema demanda uma pesquisa qualitativa.

Conforme conceituado por Minayo (2014), a pesquisa qualitativa se identifica com um nível de realidade que não pode ser quantificado e permite conhecer melhor o fenômeno através das experiências subjetivas dos sujeitos envolvidos. Da mesma forma, compreende-se que esse tipo de pesquisa permite conhecer e aprofundar a compreensão de grupos, de realidades e de sua lógica, mediante análise de suas opiniões, crenças, valores, representações, atitudes, relações e ações humanas e sociais, dentre outros, tornando possível a construção de um conhecimento, como um construto científico (MINAYO, 2012). Adequa-se, assim, a aprofundar a complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem abrangido intensamente (MINAYO-SANCHEZ, 1993). Dessa forma, uma vez que o interesse aqui presente é relacionar os significados que os sujeitos envolvidos (os farmacêuticos) atribuem às suas experiências vivenciadas e à maneira como esses compreendem e interpretam tais vivências (suas competências e necessidades educacionais para a prática do cuidado em saúde) dentro de seu ambiente natural (no caso, as instituições hospitalares), a pesquisa qualitativa mostrou-se como fundamental para esse estudo (POPE e MAYS, 2009).

5.1 Cascata epistemológica

Cabe aqui, anteriormente à discussão quanto à metodologia utilizada como lente para esse estudo qualitativo, abordar importantes conceitos que facilitarão o entendimento do leitor quanto ao percurso metodológico adotado e as considerações epistemológicas que delinearam esse processo de pesquisa e que moldam as crenças e valores que procurou-se adotar nesse trabalho.

Kerry J. Daly (2007), no capítulo 2 do seu livro intitulado *Qualitative Methods for Family Studies & Human Development*, fazendo uma analogia, descreveu o processo de formulação de um projeto de pesquisa como uma cascata, em que o pesquisador parte de uma decisão filosófica sobre a natureza do conhecimento, por meio da epistemologia, passando por sucessivos níveis de decisões sobre o direcionamento das ideias adotadas por meio do paradigma e da teoria, do caminho a ser percorrido e como será esse percurso pela definição da metodologia utilizada, até chegar em decisões específicas sobre técnicas e procedimentos de coleta de dados (DALY, 2007). A epistemologia, primeiro nível da cascata, é o que fundamentalmente direciona o caminho da investigação, sendo a forma de conhecer o mundo e a realidade, a partir de um conjunto de valores, crenças e princípios, direcionando o pesquisador em seus estudos. Esta se divide, basicamente, em dois tipos principais: a objetivista e a subjetivista. No primeiro caso, existe a crença de que a realidade é independente da consciência e as pesquisas realizadas sob essa lente tendem a explicar como funciona essa realidade, repousando na separação entre o conhecedor e o conhecido, ou seja, espera-se que o pesquisador explique a realidade sem influenciá-la (DALY, 2007). A partir da epistemologia subjetivista, por sua vez, entende-se que não é possível a separação entre o conhecedor e o conhecido, uma vez que o pesquisador entende a realidade como uma construção dos indivíduos. Dessa forma, pressupõe-se que o processo de pesquisa e o conhecimento advindo desse é construído a partir da interação, levando em conta o posicionamento do pesquisador e dos participantes da pesquisa (DAYLE, 2007). Tendo como base esses conceitos iniciais, portanto, o presente estudo parte do meu pressuposto epistemológico no subjetivismo, assumindo, assim, a ausência de neutralidade e minha participação ativa na interpretação dos dados e na construção das

teorias, trazendo para a pesquisa minhas experiências, percepções e conhecimentos, de forma integrada com as percepções dos indivíduos investigados, e posicionando-me como agente participativa da realidade e inserida nesta.

Seguindo o segundo nível da cascata de Daly, chegamos ao paradigma, o qual, segundo esse autor, corresponde às crenças compartilhadas dentro de uma comunidade científica sobre como a ciência deve prodecir. A identificação do paradigma apresenta-se como um pré-requisito para a própria percepção, uma vez que o que o indivíduo enxerga dependerá tanto para o que ele direciona o olhar como o que sua experiência anterior o ensinou a ver (DALY, 2007). Um paradigma *“guia o pesquisador nas direções filosóficas sobre a pesquisa que incidem na seleção das tradições teóricas, instrumentos, participantes e procedimentos usados no estudo”* (BOSI, 2021). Para este trabalho, utilizou-se o paradigma do construcionismo social, o qual se baseia na crença de que toda realidade é uma realidade construída, tendo as percepções do pesquisador e do pesquisado como fundamentais para essa construção e fazendo com que os fatos sejam plenamente construídos socialmente. De acordo com esse paradigma, a realidade está em constante mudança e sujeita a interpretações pelos próprios participantes, estando baseado na crença de que os significados são construídos no curso da interação (DALY, 2007; BOSI, 2021). Assim, ao invés de ver o mundo como algo determinado e supor as realidades em um mundo externo, tem-se por intenção, dentro desta perspectiva paradigmática, estudar o que as pessoas, em um determinado local e em um determinado momento, admitem como verdadeiro e como elas constroem suas opiniões e suas ações (CHARMAZ, 2009).

Essa definição quanto ao paradigma, para esta pesquisa, parte do pressuposto de que as definições quanto as necessidades educacionais para o desenvolvimento de competências para a prática do cuidado em saúde irão emergir da interação dos sujeitos investigados com a própria pesquisadora, a partir de suas percepções e suas reflexões, baseados nas experiências e realidade que vivenciam. Ou seja, as experiências compartilhadas com o grupo

de farmacêuticos estudado que irão gerar os dados e os produtos gerados serão resultantes dessa interação e da interpretação dos mesmos.

No terceiro nível da construção da cascata epistemológica da pesquisa, estão as teorias. Seguindo o paradigma definido e as lentes metodológicas utilizadas para este trabalho, definiu-se o interacionismo simbólico como a teoria que dará continuidade à construção desta cascata epistemológica. Conforme descrito por Charmaz (2009), o interacionismo simbólico é entendido como:

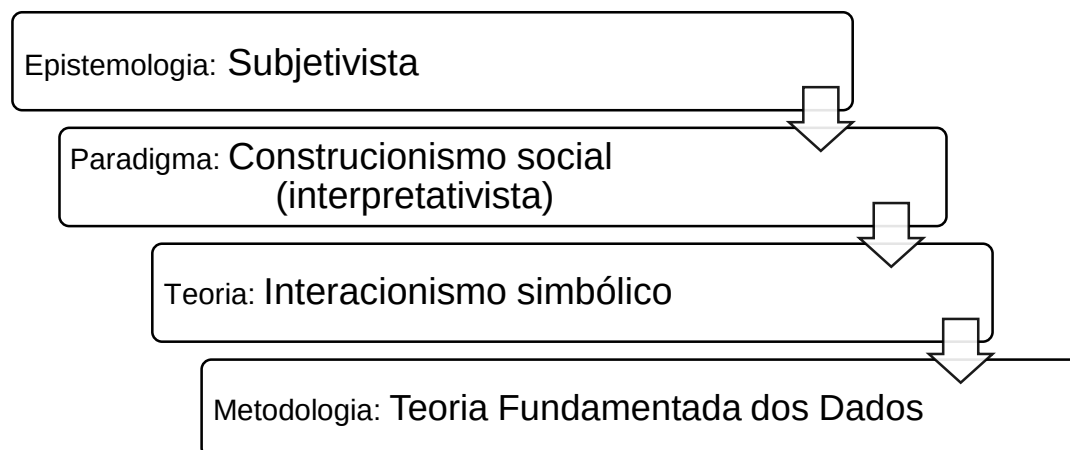
[...] uma perspectiva teórica que compreende que a sociedade, a realidade e o indivíduo são construídos por meio da interação e, assim, conta com a linguagem e a comunicação. Essa perspectiva pressupõe que a interação é inerentemente dinâmica e *interpretativa*, e trata de como as pessoas criam, representam e modificam os significados e as ações. [...] O interacionismo simbólico pressupõe que as pessoas possam refletir, e de fato reflitam, sobre as suas ações, e não apenas respondam de forma mecânica a estímulos (CHARMAZ, 2009 – p. 21).

Na perspectiva do interacionismo simbólico, portanto, a ação dos atores é derivada da significação, sendo que essa significação emerge das interações sociais. As significações construídas, por sua vez, são empregadas pelos atores sociais nas suas interações com o coletivo, que, por sua vez, modificam as próprias significações, estando em uma interação constante e dinâmica (CHARMAZ, 2009; CANCIAN, 2009). Conforme detalhado por Charmaz (2009), a perspectiva teórica do interacionismo simbólico se concentra nas relações dinâmicas entre o significado e as ações e, portanto, trata dos processos ativos pelos quais as pessoas criam e discutem as significações. Essa perspectiva pressupõe, assim, que os indivíduos são ativos, criativos e reflexivos, e que a vida social irá se compor de processos (CHARMAZ, 2009)

A próxima etapa corresponde à escolha da metodologia adequada para responder à pergunta de pesquisa. A definição da metodologia a ser aplicada em uma pesquisa científica estabelece exatamente os passos e procedimentos que o pesquisador irá traçar, assim como demonstra a tipo de pesquisa que será desenvolvida durante a investigação. Para este trabalho, definiu-se utilizar a Teoria fundamentada nos dados, na perspectiva construtivista de Kathy Charmaz (2009). Tanto a metodologia da teoria fundamentada quanto os métodos utilizados para a coleta e análise dos dados serão aprofundados e melhor discutidos nas seções seguintes.

Diante do apresentado nesta seção e seguindo a proposta da construção da cascata do conhecimento de Daly (2007), o presente trabalho fica representado conforme a figura abaixo.

Figura 2 – Sistematização da cascata do conhecimento para o presente estudo, conforme proposto por Daly (2007).



5.2 Teoria fundamentada nos dados

A Teoria Fundamentada nos Dados, metodologia definida para delineamento desse trabalho, teve seus métodos inicialmente propostos na década de 1960, a partir da colaboração dos sociólogos norte-americanos Barney G. Glaser e Anselm L. Strauss no desenvolvimento de um estudo sobre o processo de morte em hospitais, que, posteriormente, culminou na publicação do livro intitulado *The discovery of grounded theory* (CHARMAZ, 2009).

O desenvolvimento da teoria fundamentada clássica, por Glaser e Strauss, ocorreu em um período em que a pesquisa qualitativa vinha perdendo espaço no campo da sociologia, à medida que os métodos quantitativos ganhavam cada vez mais relevância nos Estados Unidos. Por isso, sua implementação no meio científico representou importante instrumento para fortalecimento e em defesa dos métodos qualitativos de pesquisa à época. Uma vez que propunha o desenvolvimento de teorias a partir dos dados obtidos por meio da pesquisa ao invés da dedução de hipóteses analisáveis por meio de teorias já existentes, foi considerado inovador (CHARMAZ, 2009).

Embora seja evidente a contribuição para o avanço da pesquisa qualitativa nesse período, a metodologia da teoria fundamentada proposta por Glaser e Strauss carrega traços do paradigma positivista (CHARMAZ, 2009).

Esse fato se deve muito à combinação de tradições disciplinares divergentes e até mesmo concorrentes, na sociologia, de seus autores. Enquanto Glaser apresenta origens acadêmicas na Universidade de Columbia, com ampla formação em métodos quantitativos e impregnado pelo positivismo, Strauss, por sua vez, tinha origem na Universidade de Chicago, trazendo consigo o legado da tradição sociológica dessa e sendo fortemente influenciado pelo pragmatismo e pelo interacionismo simbólico (CHARMAZ, 2009). É possível, assim, reconhecer a influência de cada um desses autores na construção da teoria fundamentada clássica. A contribuição de Strauss é perceptível na necessidade de ir a campo para descobrir o que realmente está acontecendo, incorporando à teoria fundamentada as noções da atividade humana, das significações sociais e subjetivas, e no entendimento de que estes significados são definidos e redefinidos por meio da interação (CHARMAZ, 2009). Glaser, por sua vez, imbuíu a teoria fundamentada de empirismo controlado, de rigorosos métodos codificados, refletindo em uma metodologia que procurava pela neutralidade, pela ênfase na objetividade, propondo assim uma metodologia em que a descoberta da teoria surge dos dados, de forma isolada do observador científico (CHARMAZ, 2009).

Controvérsias em torno dos princípios fundamentais da concepção da teoria fundamentada contribuíram, no entanto, para o surgimento de variações metodológicas elaboradas por autores que divergiram em alguma medida da proposta original. Assim, Strauss e Corbin, na década de 1990, reformularam a teoria fundamentada, se afastando do positivismo e reconhecendo o pesquisador como personagem ativo no processo de pesquisa. Nessa perspectiva, o pesquisador é ativo em relação aos dados, uma vez que é quem os interpreta, influenciando assim nas teorias emergentes (CHARMAZ, 2009).

Kathy Charmaz, por sua vez, desenvolveu a metodologia da teoria fundamentada a partir da lente do paradigma do construcionismo social e sob uma perspectiva teórica interacionista simbólica. A sua abordagem pressupõe

que o processo de pesquisa e as teorias fundamentadas emergem da interação do pesquisador e dos participantes da pesquisa. Dessa forma, tanto pesquisador quanto pesquisado são co-constructores dos dados, admitindo ainda que qualquer versão teórica oferece um retrato interpretativo do mundo estudado, e não um quadro fiel do mesmo (CHARMAZ, 2009). Isso significa que os dados são influenciados tanto pelo pesquisador quanto pelos participantes da pesquisa, uma vez que o pesquisador tem a premissa de escolher as perguntas a serem realizadas e interage com o participante à medida que as perguntas vão sendo respondidas. Da mesma forma, durante a análise dos dados, novamente há a influência pelo pesquisador a partir de sua perspectiva como ser humano único que é e que está envolvido com os dados (METELSKI, 2021). Com a Teoria Fundamentada nos dados na perspectiva construtivista, portanto, o pesquisador irá buscar compreender os significados atribuídos pelos participantes ao fenômeno investigado, mas no decorrer desse processo, leva em consideração suas próprias percepções e como a relação entre eles influencia os próprios dados que são coletados (METELSKI, 2021).

De acordo com Charmaz (2009),

A teoria fundamentada serve como um modo de aprendizagem sobre os mundos que estudamos e como um método para elaboração de teorias para compreendê-los. [...] compreendo que nem os dados nem as teorias são descobertos. Ao contrário, somos do mundo o qual estudamos e dos dados aos quais coletamos. Nós *construímos* as nossas teorias fundamentadas por meio dos nossos envolvimento e das nossas interações com as pessoas, as perspectivas e as práticas de pesquisa, tanto passados como presentes (CHARMAZ, 2009 – p. 24).

A teoria fundamentada na perspectiva de Charmaz trata-se, portanto, de um método de investigação qualitativa que busca a criação de uma teoria baseada no desenvolvimento de um fenômeno, o qual é desvelado a partir da coleta e análise simultânea dos dados (KOERICH *et al*, 2018). Os dados formam a base da teoria, e a análise desses origina os conceitos que serão construídos (CHARMAZ, 2009). Essa metodologia é utilizada com a finalidade de compreender as experiências e os significados que os atores sociais vivenciaram em determinado cenário, investigando as interações, comportamentos e percepções dos indivíduos pesquisados (KOERICH *et al*, 2018).

Considerando que o processo da prática clínica do cuidado farmacêutico envolve a interação de diversos atores, assim como o fato de que o reconhecimento das necessidades de desenvolvimento de competências para essa prática partem da vivência e interação dos profissionais nos seus ambientes de prática com os múltiplos atores envolvidos no processo de cuidado, considerou-se viável a utilização da teoria fundamentada para compreender esse processo e permitir a construção de um modelo que poderá guiar as ações de educação permanente voltadas para esse grupo.

6 MÉTODOS

6.1 Local de estudo

O estudo foi conduzido junto aos farmacêuticos atuantes nos hospitais pertencentes à Fhemig. Essa Fundação corresponde a uma rede de hospitais públicos do Estado de Minas Gerais que contempla, atualmente, dezessete unidades hospitalares distribuídas em Belo Horizonte, região metropolitana e cidades no interior do Estado. A instituição, criada em 1977, pela Lei Estadual nº 7.088, presta serviços de saúde e assistência hospitalar em níveis secundário e terciário de complexidade, por meio de suas unidades assistenciais, que se encontram organizadas e integradas ao SUS, estando em consonância com as diretrizes definidas pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (FHEMIG, 2020).

Foram contempladas neste trabalho todas as unidades assistenciais da Fhemig, nas quais há participação do farmacêutico, assim como sua unidade administrativa (administração central da Fhemig). Cabe aqui destacar que, apesar de se organizarem administrativamente em uma rede de hospitais públicos, as unidades assistenciais dessa Fundação apresentam perfis assistenciais específicos e distintos uma das outras. Inclui dentre elas o maior pronto-socorro de Minas Gerais, considerado referência nacional no atendimento de emergência a politraumatizados do país, até hospitais de pequeno porte, tendo todos eles o objetivo assistencial de atender a população de Minas Gerais com serviços especializados de referência, em consonância com a política estadual de saúde. A diferenciação vocacional impacta nos serviços prestados em cada uma dessas unidades, sendo, por isso, importante caracterizá-las brevemente. Abaixo, na tabela 4, seguem listados os hospitais que compõe a rede Fhemig, além de suas linhas de cuidado e informações de mais importância para sua caracterização e elucidação do perfil de atendimento de cada uma das unidades assistenciais.

Tabela 4 – Caracterização das unidades assistenciais que compõe a Fhemig

UNIDADE ASSISTENCIAL	LINHA DE CUIDADO
Hospital João XXIII	Linha de cuidado principal: traumatologia-ortopedia e queimados Atua como centro de referência e excelência no atendimento a pacientes vítimas de politraumatismos, grandes queimaduras, intoxicações e situações clínicas e/ou cirúrgicas com risco de morte.
Hospital Maria Amélia Lins	Linha de cuidado principal: traumatologia-ortopedia Atua como centro de referência em ortopedia com destaque para a cirurgia da mão, coluna, pé e tornozelo, joelho, quadril, ombro e cotovelo, e reconstrução óssea.
Hospital Infantil João Paulo II	Linha de cuidado principal: hospital geral pediátrico (doenças raras da infância) Atua como centro de referência no atendimento médico em urgências pediátricas, doenças infectocontagiosas infanto-juvenis, doenças raras em crianças, serviço de Assistência Integral à Criança Traqueostomizada e Serviço Especializado de Apoio ao Gastrostomizado, ambulatório de atendimento à diversidade de gênero (< 18 anos), além de ambulatórios e serviços especializados para egressos, doenças raras e vagas reguladas pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA BH).
Hospital Regional Antônio Dias	Linha de cuidado principal: traumatologia-ortopedia Atua como centro de referência no atendimento de urgência e emergência de grandes traumas, no atendimento pediátrico, em clínica médica, toxicologia, neurologia, neurocirurgia e ginecologia e obstetrícia, com maternidade para gestações de alto risco para a população da macrorregião Noroeste de Minas Gerais.
Hospital Regional Dr. João Penido	Linha de cuidado principal: materno-infantil Atua como centro de referência em clínicas médica e cirúrgica (adulto), obstetrícia clínica, cirúrgica e de alto risco, pediatria, terapia intensiva adulto, terapia intensiva neonatal e pediátrica, contando ainda com um Centro de Reabilitação que realiza atendimento a crianças, adultos e idosos com algum tipo de incapacidade física, além da dispensação de órteses e próteses. Foi habilitado como Unidade de Acidente Vascular Cerebral Estadual.
Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo	Linha de cuidado principal: traumatologia-ortopedia Atua como centro de referência no atendimento em traumatologia, ortopedia e linha de cuidado do

	paciente de Acidente Vascular Cerebral (AVC), tratamento intensivo adulto, clínica médica e clínica cirúrgica, além de pronto atendimento.
Maternidade Odete Valadares	Linha de cuidado principal: maternidade de alta complexidade Atua como centro de referência na assistência à saúde da mulher e ao neonato.
Hospital Eduardo de Menezes	Linha de cuidado principal: infectologia Atua como centro de referência na assistência especializada em infectologia e dermatologia sanitária, atuando também na pesquisa, formação e capacitação profissional. O ambulatório do hospital desempenha importante papel no "Programa de Integração Adequada dos Portadores de DST/HIV/AIDS", do Ministério da Saúde, como Serviço de Assistência Especializada (SAE). Atendimento ambulatorial à diversidade de gênero (> 18 anos).
Hospital Alberto Cavalcanti	Linha de cuidado principal: oncologia Atua como centro de referência no tratamento do paciente oncológico, com serviços de mastologia, cirurgia geral e especialidades como clínica médica, oncologia, serviço de urgência e ambulatórios de especialidades e quimioterapia.
Hospital Júlia Kubitschek	Linha de cuidado principal: doenças respiratórias (doenças raras) Atua como centro de referência nas áreas de fisiologia, pneumologia e cirurgia torácica, atendendo ainda outras especialidades médicas como clínica médica, cirurgia geral, obstetrícia, odontologia, pré-natal. Urgência e emergência em clínica médica, cirurgia geral, neonatologia e gineco-obstetrícia. Doenças raras do adulto. Atenção integral aos pacientes com doenças complexas, como fibrose cística, hipertensão pulmonar e mioneuropatias. Referência secundária em gravidez de médio e alto risco, com serviços de assistência integral à saúde da mulher e da criança. Habilitado para atendimento de pacientes portadores de doenças raras.
Casa de Saúde Padre Damião	Linha de cuidado principal: hanseníase Atua como centro de referência em atendimento à hanseníase e presta serviços de saúde aos usuários do SUS da microrregião de Ubá. Unidade regionalizada de referência em fisioterapia e reabilitação, com prevenção de incapacidades, e assistência em geriatria a pacientes fora de possibilidades terapêuticas.
Casa de Saúde São Francisco de Assis	Linha de cuidado principal: hanseníase Atua como centro de referência regional em reabilitação e atenção ao idoso, com atendimento de

	qualidade, no âmbito das transformações experimentadas pelas antigas colônias. Atende, trata e abriga ex-pacientes portadores da hanseníase. Dispõe de internações em clínica médica, cuidados prolongados e clínica cirúrgica, e presta serviços ambulatoriais de acordo com o contrato com o município de Bambuí.
Casa de Saúde Santa Fé	Linha de cuidado principal: hanseníase Atua como serviço de internação de clínica médica e tratamento ambulatorial, contando com especialidades médicas e de odontologia. Possui um Centro de Reabilitação Física de nível intermediário, dispondo de uma equipe multidisciplinar para a prestação de serviços especializados na avaliação e tratamento de pessoas com deficiência física e auditiva.
Casa de Saúde Santa Izabel	Linha de cuidado principal: hanseníase Atua como centro de referência regional em reabilitação, cuidados prolongados e atenção aos pacientes crônicos e idosos. Entre as especialidades atendidas estão: dermatologia, oftalmologia, cardiologia e hansenologia.
Hospital Cristiano Machado	Linha de cuidado principal: hospital cirúrgico Atua como centro de referência em cuidados prolongados, cirurgias ambulatoriais e bloco cirúrgico. Atua ainda como retaguarda do Hospital João XXIII para casos neurológicos e ortopédicos que necessitam de internações de longa permanência.
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena	Linha de cuidado principal: psiquiatria Atua como referência regional em saúde mental, contando com serviços de ambulatório de saúde mental oferecendo consultas eletivas em psicologia, assistência social e psiquiatra adulto e infantil. Internação adulto com atendimento psiquiátrico a pacientes agudos e usuários de longa permanência. Atendimento em reabilitação clínica multidisciplinar.
Instituto Raul Soares	Linha de cuidado principal: psiquiatria Atua como centro de referência em atividades de ensino e pesquisa na assistência aos portadores de sofrimento mental, em regime de urgência e emergência, ambulatorial e de internação de curta permanência, no contexto do Sistema Único de Saúde-MG

Fonte: FHEMIG (2020)

Sendo parte atuante da Fhemig, estando atualmente lotada em sua unidade administrativa e tendo experiência de prática em uma das unidades assistências que a compõe, a experiência por mim acumulada ao longo dos anos de prática

nesse serviço, permitiu a identificação e indagação quanto a determinadas situações-problemas do cenário em que me encontro inserida, permitindo com isso a avaliação de pontos de transformação ou problematização do local de prática.

Os serviços de Assistência Farmacêutica nas unidades hospitalares da Fhemig encontram-se organizados sob Gerências ou Diretorias Assistenciais, hierarquicamente vinculados a uma diretoria hospitalar. Cada unidade assistencial possui autonomia na organização do serviço de assistência farmacêutica prestado de acordo com as atividades finalísticas desses hospitais, a disponibilidade de recursos humanos e outras características pertinentes a cada unidade. Dentro desses serviços encontram-se incluídas tanto as atividades relacionadas à gestão e ao suprimento de insumos, quanto à parte assistencial da farmácia hospitalar e do cuidado ao paciente.

Além de suas unidades assistenciais, a Fhemig conta ainda com uma unidade administrativa central, que tem por função a elaboração e definição de diretrizes comuns para as unidades, atuando, ainda, como referência técnica nos assuntos pertinentes a cada área. No âmbito da farmácia, os serviços farmacêuticos encontram-se vinculados tecnicamente à Coordenação de Assistência Farmacêutica, que se insere na Gerência de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, a qual, por sua vez, está incluída na Diretoria Assistencial da Fhemig central, em nível crescente de hierarquia.

6.2 Seleção dos sujeitos do estudo

A seleção dos sujeitos do estudo foi estabelecida, nesta pesquisa, com base em dois momentos distintos do desenvolvimento da pesquisa, de acordo com a intencionalidade da coleta de dados.

Para a primeira etapa, que envolveu a aplicação de questionário estruturado, foram convidados a participar todos os farmacêuticos atuantes nos serviços de assistência farmacêutica dos hospitais e da sede administrativa que compõe a Fhemig, sejam eles vinculados à instituição de forma efetiva (servidores estatutários convocados por meio de concurso público, cuja última entrada se refere ao concurso público homologado em 2009) ou com vínculo de contrato

administrativo. A listagem dos farmacêuticos aptos a participarem do estudo foi obtida por meio de planilha fornecida pelo setor de departamento pessoal da Fhemig, tendo como referência aqueles vinculados à Fundação no mês de janeiro/2024. Foram selecionados todos os profissionais com cargo de entrada na instituição compatível a farmacêutico ou farmacêutico hospitalar, o que contabilizou um total de 145 farmacêuticos.

Esses profissionais foram considerados aptos a responder o questionário estruturado proposto para levantamento quantitativo do perfil dos farmacêuticos atuantes na instituição. Conforme listagem utilizada, a rede Fhemig conta com um total de 145 farmacêuticos lotados em suas unidades assistenciais e unidade administrativa, os quais podem estar inseridos em diferentes atividades dentro dos serviços de assistência farmacêutica ou mesmo lotados em outros serviços dentro da unidade hospitalar. Essa corresponde, portanto, à população elegível para essa etapa do trabalho.

Considerando, no entanto, que tais farmacêuticos podem atuar em diferentes cenários da assistência farmacêutica (abastecimento, dispensação, gestão, dentre outros) e ainda, considerando que a intenção deste trabalho é de discutir, refletir e analisar a percepção dos profissionais atuantes na prática clínica quanto às necessidades educacionais para fortalecimento e sustentabilidade de um serviço clínico farmacêutico, para a segunda etapa do trabalho, relacionada a aplicação de entrevistas individuais, foi importante buscar profissionais que apresentassem conhecimento e envolvimento com a prática clínica na instituição.

Na pesquisa qualitativa, a amostragem não é guiada pela necessidade de generalizar, mas sim pela necessidade de selecionar dados que possam gerar níveis de compreensão robustos, ricos e profundos. Assim, foram convidados a participar dessa etapa os farmacêuticos indicados pelos responsáveis dos serviços de assistência farmacêutica das unidades assistenciais como sendo as referências para a prática clínica em cada uma das unidades. Esses profissionais poderiam estar direta (prestando o cuidado clínico diretamente ao paciente) ou indiretamente (aqueles que atuam na formulação de diretrizes para a prática clínica do cuidado farmacêutico) atuando na formulação e execução das ações

relativas à prática clínica dentro das unidades assistenciais, definindo-se assim, a amostragem intencional deste trabalho.

Cabe esclarecer que, após a indicação dos farmacêuticos pelos seus gestores diretos (coordenadores dos serviços de farmácia das unidades assistenciais), foi realizado o convite formal e individual a esses farmacêuticos, por meio de envio de e-mail particular contendo o convite e esclarecimentos quanto à participação na pesquisa, ficando a critério dos mesmos a aceitação ou não de participação.

Ressalta-se que em análises qualitativas, o uso da amostragem intencional é pertinente e importante, uma vez que se tem como intenção selecionar os sujeitos do estudo a partir de sua capacidade de proporcionar maior riqueza de informação possível para estudar em profundidade e de forma detalhada a pergunta de interesse. O desejo primordial nessa abordagem qualitativa não é a medição ou a quantificação, mas sim a compreensão dos fenômenos e processos sociais em toda sua complexidade (MARTÍNEZ-SALGADO, 2012). Conforme citado por Martínez-Salgado (2012), os desenhos de amostragem não probabilísticos (que incluem as denominações utilizadas como a amostragem propositiva ou intencional), são apresentados como:

A lógica e o poder da amostragem propositiva apoiam-se na seleção de casos ricos em informação para o estudo aprofundado. Os casos ricos em informações são aqueles a partir dos quais muito pode ser aprendido sobre assuntos de importância central para os propósitos da pesquisa, daí o termo amostragem propositiva. [...] O propósito da amostragem propositiva é selecionar casos ricos em informações cujo estudo permita iluminar a questão em estudo (MARTÍNEZ-SALGADO, 2012 – p. 616).

A metodologia proposta por Kathy Charmaz (2009) ressalta, no entanto, que a amostra não é definida previamente, sendo, na verdade, conduzida pela análise dos dados obtidos, desde a primeira análise realizada. Esse processo é denominado de amostragem teórica, o qual corresponde a uma estratégia para buscar e reunir dados pertinentes para elaborar e refinar as categorias emergentes. A condução da amostragem teórica tem como objetivo obter dados que possam ajudar a explicar e desenvolver mais plenamente as propriedades das categorias identificadas. A ausência de detalhes robustos indica a necessidade de coleta de novos dados especificamente para fortalecer e descrever de maneira mais completa as propriedades de uma determinada

categoria, sendo aplicada a amostragem teórica continuamente até que não surjam mais propriedades novas (CHARMAZ, 2009, METELSKI, 2021).

Apesar de a amostragem teórica emergir durante o desenvolvimento da teoria, os participantes devem ser bons informantes em relação ao objetivo do estudo, isto é, pessoas com facilidade de comunicação e conhecimento/vivência do fenômeno. Segundo descrito por Charmaz (2009 – p. 141), a amostragem teórica é “uma amostragem intencional, mas o é de acordo com as categorias que alguém desenvolve a partir de suas análises, e essas categorias não são baseadas em cotas, mas sim em preocupações teóricas”. A amostra, portanto, foi definida em campo, sendo identificados informantes-chaves que fossem capazes de contribuir para a clarificação e aprofundamento dos dados que foram surgindo das análises.

Assim, a partir da análise da primeira entrevista realizada, houve o direcionamento de busca por novos dados com base nos temas de interesse que surgiram. A seleção dos demais participantes foi sendo então realizada a partir do desenvolvimento da pesquisa e da necessidade de elucidação das categorias que iam se desenvolvendo. Nesse processo, foi priorizada a inclusão de pelo menos um farmacêutico de cada unidade assistencial da rede de hospitais estudada, de forma que as diferentes experiências, tanto pessoais quanto dos cenários de prática, pudessem contribuir de forma mais significativa para a comparação entre os dados.

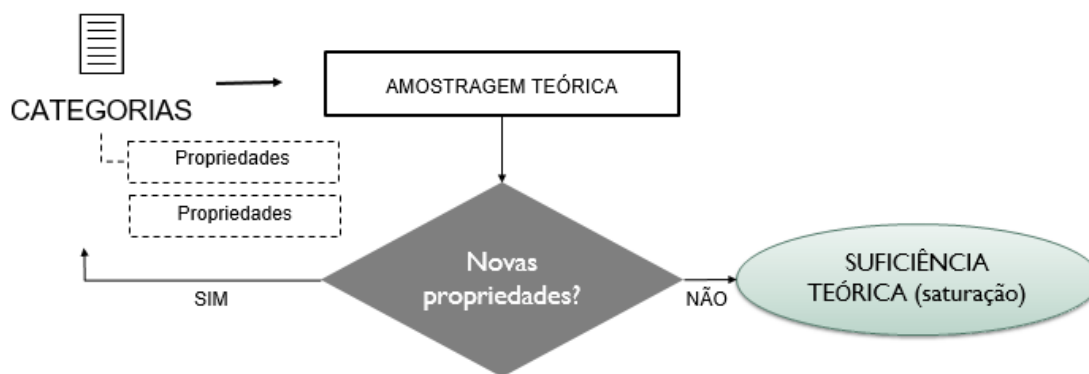
Foi dada continuidade ao processo de amostragem até que fosse alcançada a *suficiência teórica* para as categorias analisadas, o que foi considerado quando a coleta de novos dados não despertou novos insights teóricos e quando as categorias desenvolvidas satisfizeram a suficiência necessária para o desenvolvimento da teoria, não havendo novas propriedades a serem desenvolvidas. Esclarece-se que o termo “suficiência teórica”, conforme proposto Dey (1999 citado por CHARMAZ, 2009 – p. 158) foi preferido ao termo “saturação teórica”, comumente utilizado, por melhor se adaptar a forma como pesquisadores realizam a teoria fundamentada. Dessa forma, a partir do momento em que se observou uma rica descrição do processo analisado, pontos de vistas diversificados que permitiram análises comparativas e uma variedade

de contextos suficientes para o desenvolvimento das categorias, foi entendido como o ponto para se finalizar a coleta e a amostragem teórica.

Esse ponto final foi influenciado também, claramente, pela temporalidade e prazo de finalização do mestrado, que impacta na necessidade de finalização das coletas e análise dos dados.

Abaixo, encontra-se apresentada ilustração que demonstra, de forma esquemática, o processo de aplicação da amostragem teórica na Teoria Fundamentada nos Dados, a qual é conduzida, como explicado anteriormente, pelas categorias emergentes dos dados.

Figura 3 – Representação esquemática da amostragem teórica na Teoria Fundamentada nos Dados segundo Charmaz (2009).



Fonte: autoria própria

6.3 Coleta de dados

A teoria fundamentada pode ser construída utilizando diversos tipos de dados e várias estratégias podem ser aplicadas para coletá-los (CHARMAZ, 2009). Para esta pesquisa, utilizou-se, para a coleta dos dados, duas metodologias principais, de acordo com os objetivos propostos, que se basearam na aplicação de um questionário estruturado e na realização de entrevistas formais semiestruturadas. As entrevistas, principal fonte de dados deste trabalho, foram comparadas com as respostas discursivas de perguntas presentes no questionário estruturado e também pelos registros em diário de campo. Todo o processo de coleta de dados foi perpassado pelas reflexões realizadas pela

própria pesquisadora, contribuindo para os dados gerados. A coleta de dados ocorreu entre os meses de janeiro e junho de 2024.

6.3.1 *Questionário estruturado*

Um questionário corresponde a um instrumento de pesquisa constituído por uma série de questões sobre determinado tema, que tem como objetivo captar a presença ou ausência de determinada característica ou atributo no indivíduo, permitindo medir a magnitude com que essa característica ou atributo se distribui naquele grupo (MINAYO, ASSIS & SOUZA, 2005). Segundo Minayo (2014), os questionários têm lugar de complementariedade em relação às técnicas de aprofundamento qualitativo (MINAYO, 2014) e devem ser elaborados de forma a possibilitar a comparação com o mesmo conjunto de perguntas, traduzindo a informação desejada em um conjunto de perguntas específicas e totalmente estruturadas, garantindo a padronização e a comparação dos dados entre os entrevistados, facilitando o processamento dos dados.

No presente trabalho, o questionário (disponível no Apêndice A) foi utilizado como ferramenta inicial de levantamento de dados, com a finalidade de identificação e compreensão do perfil dos profissionais farmacêuticos presentes na população elegível para o estudo, assim como para categorizar de forma preliminar qual a percepção dos mesmos com relação às suas habilidades e competências relacionadas ao cuidado farmacêutico.

Os dados foram coletados por meio de um questionário estruturado online, desenvolvido e administrado com o uso da plataforma Google Forms®. Após a elaboração, esse questionário foi distribuído aos participantes por meio de mensagem eletrônica, via endereço de e-mail institucional e por meio de aplicativo de mensagens em grupos contendo os farmacêuticos da instituição, nos quais foi disponibilizado um link eletrônico, que garantiu a acessibilidade e conveniência para a participação no estudo. Não houve restrição à participação dos farmacêuticos.

O questionário foi composto de um total de 42 perguntas, incluindo questões abertas e fechadas, com um tempo médio de resposta de aproximadamente 15 minutos. Algumas questões ofereciam mais de uma opção de resposta. Esse

questionário abordou aspectos sobre o perfil sociodemográfico, formativo e profissional, além de informações sobre a compreensão dos profissionais quanto às competências necessárias para a prática clínica e quanto às suas necessidades educacionais.

Foi solicitada a identificação nominal do respondente, porém o sigilo de identidade foi preservado pelos pesquisadores e os dados obtidos, guardados sob confidencialidade.

O questionário criado e aplicado aos farmacêuticos da Fhemig foi estruturado em cinco sessões distintas que abordaram as seguintes temáticas:

- I. Dados pessoais
- II. Qualificação profissional e experiências em Atenção Farmacêutica
- III. Informações quanto ao cargo que ocupa
- IV. Competências para a prática da Atenção Farmacêutica
- V. Informações adicionais

6.3.2 Entrevistas semiestruturadas

A principal estratégia de coleta de dados empregada para responder à pergunta de pesquisa foi a realização de entrevistas formais semiestruturadas.

As entrevistas são estratégias amplamente utilizadas no processo de trabalho de campo para coleta de informações sobre determinado tema científico. Destinam-se a construir, a partir de conversas entre os interlocutores, informações pertinentes para responder a uma pergunta de pesquisa (MINAYO, 2014). A entrevista qualitativa oferece uma exploração irrestrita e detalhada de um aspecto da vida sobre o qual o entrevistado tem uma experiência substancial, muitas vezes combinada com *insights* consideráveis, podendo, assim, extrair perspectivas sobre o mundo subjetivo dessa pessoa (CHARMAZ, 2009).

A entrevista semiestruturada auxilia na manutenção do foco nas principais questões e ao mesmo tempo, permite uma flexibilidade para acompanhar a

conversa que se desenrola, unicamente, em cada entrevista. Assim, como proposto por Charmaz (2009), a entrevista, na Teoria Fundamentada, é uma técnica flexível e emergente, em que as ideias e os tópicos surgem durante a entrevista e os entrevistadores podem imediatamente seguir essas orientações.

Conforme abordado por Pope e Mays (2009), as entrevistas semiestruturadas são conduzidas a partir de uma estrutura de perguntas flexíveis que servem como base para direcionamento da entrevista a ser utilizado pelo pesquisador. Por meio de questões normalmente abertas, que definem a área a ser abordada, propiciam a aproximação entre pesquisador e informante, oferecendo amplo campo de novas perguntas, que podem surgir à medida que se recebem as respostas (MINAYO, 2014; POPE e MAYS, 2009). Essa lista pode ser chamada de tópico guia.

O tópico guia, portanto, corresponde a uma lista de questões preliminares que puderam ser modificadas, descartadas ou substituídas durante a progressão da investigação, conforme os princípios propostos para a Teoria Fundamentada, de forma que a pesquisadora/ entrevistadora tivesse a espontaneidade e liberdade necessárias de prosseguir com uma ideia e novas questões no decorrer da entrevista (estando relacionadas com o objetivo do estudo) sem que houvesse o desvio do objetivo proposto (MINAYO, 2014).

Neste trabalho, as entrevistas semiestruturadas foram realizadas junto aos farmacêuticos atuantes na prática clínica, selecionados como informantes-chave, com a finalidade de aprofundar em informações e percepções dos mesmos de forma individual.

Por meio de um tópico guia (Apêndice B), que direcionou as primeiras entrevistas realizadas, foram utilizadas perguntas abertas que buscaram compreender, de forma global, a perspectiva do participante sobre o fenômeno em investigação. Na medida em que as entrevistas foram sendo analisadas e as categorias foram sendo organizadas, surgiram novos conceitos e categorias que foram melhor explorados em profundidade nas entrevistas subsequentes. Assim, ao longo da pesquisa, as perguntas do tópico-guia foram refinadas a fim de testar o que a

análise mostrava, permitindo aprofundar em pontos pouco explorados e preencher lacunas.

As entrevistas se iniciaram em abril de 2024. Foi realizado um total de nove entrevistas, considerando o processo de suficiência teórica e saturação dos dados e o limite de tempo proposto para o percurso do mestrado. Considerando a localização, a disponibilidade e preferência dos entrevistados, foram realizadas seis entrevistas presenciais, que ocorreram no cenário de prática desses farmacêuticos, e outras três foram conduzidas via videoconferência por meio do uso da plataforma Google Meet®.

É oportuno destacar que, conforme discutido por Nicolaci-da-Costa *et al* (2009), o uso de entrevistas on-line, síncrona, realizadas nos ambientes virtuais de comunicação instantânea, é uma estratégia a ser explorada no cenário de pesquisa em consonância com as transformações tecnológicas vivenciadas no mundo contemporâneo. Segundo esses autores, essas entrevistas são adequadas como uma alternativa, possibilitando a manutenção da interação entre pesquisador e pesquisado, mesmo à distância, sendo oportuna quando há familiaridade com o ambiente por ambas partes e o objetivo da pesquisa permite seu uso. Ressaltam ainda que as entrevistas on-line devem ser encaradas como uma alternativa séria e viável para a coleta de dados (NICOLACI-DA-COSTA *et al.*, 2009).

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra pela pesquisadora (com o auxílio de um acadêmico de iniciação científica em algumas das transcrições), sendo que todas foram revisadas e minuciosamente analisadas pela própria pesquisadora para a codificação dos dados. A duração média das entrevistas foi de 64 minutos, sendo a mais curta com 31 minutos e a mais longa com 88 minutos. As entrevistas geraram um total de 578 minutos de dados analisados.

6.3.3 *Diário de campo*

O diário de campo corresponde a um caderno de notas em que o pesquisador realiza, diariamente, seus registros a partir das suas percepções e observações vivenciadas. Nesse instrumento, são registradas as impressões pessoais do

pesquisador a respeito de suas observações, que podem ir modificando ao longo do tempo, além de observações de comportamentos, manifestações dos interlocutores, dentre outros aspectos, apresentando um caráter mais reflexivo. Quando analisados, podem tornar mais verdadeira e significativa a pesquisa de campo (POPE; MAYS, 2009; MINAYO, 2014).

Neste estudo, o diário de campo foi utilizado para registro principalmente das minhas impressões durante meu próprio processo de formação clínica, por meio da participação em disciplinas direcionadas para essa temática, ofertadas na graduação de Farmácia da Faculdade de Farmácia da UFMG, e para registro das observações realizadas durante as entrevistas, sendo redigidas logo após o contato com os participantes para evitar o viés de memória. As anotações também foram realizadas após reuniões para discussão do andamento da pesquisa, com apontamento de informações consideradas relevantes para auxílio na compreensão do fenômeno analisado. Tais registros foram utilizados e analisados em paralelo aos dados levantados nas entrevistas, contrapondo-se ou complementando as informações coletadas e auxiliando no desenvolvimento das categorias que emergiram das análises realizadas.

6.4 Análise de dados

Os dados advindos da pesquisa foram analisados a partir de dois momentos distintos, considerando os métodos utilizados para a coleta e as fases do estudo.

Em um primeiro momento, em que objetivou-se desenvolver a caracterização e identificação do perfil dos farmacêuticos atuantes no cenário de prática estudado, foram realizadas análises dos dados provenientes do questionário estruturado. Para essa etapa foram utilizados métodos de estatística descritiva para avaliação, organização, resumo e descrição dos dados provenientes das questões fechadas do questionário. Já para a análise dos dados provenientes das questões abertas do questionário estruturado, aplicou-se o método de análise de conteúdo (BARDIN, 1977). Esses métodos de análise encontram-se melhor descritos nos itens 6.4.1 e 6.4.2, desta seção.

Já na segunda fase do estudo, que teve como objetivo compreender as necessidades educacionais dos farmacêuticos para o desenvolvimento de

competências para a prática clínica, os dados coletados foram analisados de forma congruente ao que se propõe para a Teoria Fundamentada nos Dados (CHARMAZ, 2009).

A análise de dados na teoria fundamentada apresenta-se como um modelo em espiral, por meio da qual proporciona que a coleta, reflexão, interpretação e comparação dos dados sejam realizadas de forma constante e em paralelo durante todo o processo de coleta e análise.

Segundo Charmaz (2009), na perspectiva da teoria fundamentada, a análise dos dados se apresenta como uma interação contínua entre o pesquisador e as informações coletadas, envolvendo um processo de codificação e comparação constante entre os dados, que ocorre durante todo o processo de pesquisa. Desta forma, a análise dos dados foi iniciada ainda durante a coleta e logo após a primeira entrevista, garantindo, com isso, a possibilidade de observação das necessidades de ampliação e/ou adequação no roteiro de entrevistas conforme os primeiros dados analisados, garantindo a qualidade das informações obtidas e a completude das mesmas para atingir os objetivos esperados (CHARMAZ, 2009).

Nessa perspectiva, dois métodos principais são considerados de fundamental importância na teoria fundamentada para a análise dos dados, a saber a codificação e a redação de memorandos. Esses métodos encontram-se melhor descritos nos itens 6.4.3 e 6.4.4 desta seção.

6.4.1 Análise por estatística descritiva

A análise descritiva corresponde a fase inicial do processo de estudo dos dados coletados e tem por objetivo descrever os dados observados. Os métodos de estatística descritiva são empregados a fim de organizar, resumir e descrever aspectos importantes de um conjunto de características observadas ou comparar tais características entre dois ou mais conjuntos (REIS; REIS, 2002)

Partindo-se de sua função de descrever os dados, por meio da estatística descritiva é realizada a organização, redução e representação dos dados estatísticos de forma a auxiliar na descrição do fenômeno observado. A

organização dos dados consiste na ordenação crítica quanto a correção dos valores; a redução envolve o entendimento de grande quantidade de dados por meio da leitura de seus valores individuais; enquanto que a representação dos dados compreende as técnicas para uma melhor visualização dos dados estatísticos, facilitando a sua compreensão (CAPCS, 2019).

Os dados coletados a partir do questionário estruturado foram organizados e analisados utilizando o Google Planilhas (Google Sheets). A escolha do Google Planilhas se deu pela sua acessibilidade e capacidade de colaboração em tempo real.

Para a viabilização da análise, os dados coletados foram compilados e estruturados em tabelas que permitiram melhor análise e comparação dos mesmos. Posteriormente, utilizou-se estatística descritiva para a análise dos dados.

6.4.2 Análise de conteúdo de Bardin

A análise de conteúdo corresponde a uma metodologia de pesquisa usualmente empregada para descrever e interpretar informações presentes em diferentes formas de comunicação. Seja em abordagens qualitativas ou quantitativas, essa técnica permite organizar e descrever os dados de maneira sistemática, auxiliando na reinterpretação das mensagens e possibilitando uma compreensão mais profunda de seus significados, superando a interpretação de uma leitura convencional (BARDIN, 1977; TEODORO *et al*, 2024).

Bardin (1977) define a análise de conteúdo como um conjunto técnicas de análise das comunicações com o objetivo de adquirir, por meio de abordagens sistemáticas e objetivas da descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou qualitativos) que possibilitam a dedução de informações relacionadas às circunstâncias de produção ou recepção (chamadas de variáveis inferidas) dessas mensagens.

A técnica de pesquisa na análise de conteúdo, segundo Bardin (1977), prevê três fases principais, que inclui: i) uma fase pré-analítica, que consiste na organização e leitura inicial dos documentos de onde os dados são oriundos; ii)

uma fase de exploração ou análise do material, que envolve a aplicação de procedimentos para a codificação, classificação e categorização dos dados brutos, de forma a identificar as recorrências e não recorrências e as confluências e disparidades nos temas, proporcionando a criação de eixos temáticos de acordo com o material analisado; e, por fim, iii) uma fase de tratamento dos resultados, inferências e interpretação, a qual envolve a identificação dos conteúdos explícitos e implícitos presentes em todo o material pesquisado, clarificando e atribuindo significação às características levantadas (BARDIN, 1977; TEODORO *et al*, 2024).

Optou-se pela utilização da análise de conteúdo, na perspectiva de Bardin (1997), para análise dos dados coletados a partir das questões abertas do questionário estruturado submetido para resposta pelos farmacêuticos participantes da pesquisa. Dessa forma, foram analisadas sob esse método, duas questões com respostas abertas e discursivas. As respostas a essas questões foram tratadas de forma a identificar a frequência de citação dos temas pelos participantes (BARDIN, 1977).

6.4.3 Codificação

Codificar significa nomear segmentos de dados por meio de uma denominação concisa que, simultaneamente, categoriza, resume e representa cada parte dos dados. Em outras palavras, codificar significa transpor as informações reais presentes nos dados para a elaboração de interpretações analíticas, visando produzir uma versão interpretativa que resultará na elucidação da experiência estudada (CHARMAZ, 2009).

A codificação é o elo fundamental entre a coleta dos dados e o desenvolvimento de uma teoria emergente para explicar esses dados. Pela codificação, é definido o que ocorre nos dados, permitindo debates sobre seu significado (CHARMAZ, 2009).

Seguindo a metodologia proposta por Charmaz (2009), a codificação na teoria fundamentada compõe-se de, pelo menos duas fases: a codificação inicial e a codificação focalizada.

Durante a codificação inicial, estudamos rigorosamente os fragmentos dos dados (palavras, linhas, segmentos e incidentes) devido à sua importância analítica. Ao empregarmos a codificação focalizada, selecionamos aquele material que pareça representar os códigos iniciais mais vantajosos e os testamos em contraste com os dados mais amplos. Durante todo o processo, comparamos dados com dados e, a seguir, dados com códigos (CHARMAZ, 2009 – pg. 67)

Para a análise dos dados nesta pesquisa, utilizou-se a codificação inicial com análise de segmento por segmento, induzindo a pesquisadora a estudar os dados rigorosamente e possibilitando apropriar-se dos mesmos. A seguir, foi realizada a codificação focalizada, que permitiu separar, classificar e sintetizar grandes quantidades de dados. Nesta fase, os códigos já mapeados (da codificação inicial) foram rigorosamente avaliados para selecionar aqueles mais significativos e/ou frequentes e que possibilitariam uma melhor compreensão analítica para categorizar os dados de forma incisiva e completa.

Como preconiza a teoria fundamentada, a análise dos dados iniciou logo após a primeira entrevista, a qual foi transcrita e em seguida foi realizada a sua codificação segmento por segmento. A análise da primeira entrevista direcionou a coleta de dados da entrevista subsequente, e esse processo ocorreu durante o todo andamento da pesquisa. A cada nova coleta de dados foi realizada a codificação segmento por segmento, comparando os dados dentro de uma mesma entrevista ou entre outras entrevistas. Com a evolução da análise iniciou-se a codificação focalizada.

Para a construção dos códigos, na maioria das vezes, foram utilizados verbos no gerúndio, como forma de conservar as ações presentes nos dados. De acordo com o desenvolvimento da análise alguns códigos iniciais foram renomeados para se ajustarem mais aos dados e ao mesmo tempo atingirem maior nível de abstração, seguindo o método proposto por Charmaz (2009).

Para auxiliar na análise dos dados, foi utilizado o software NVivo®, versão release 11.2, para o qual todos os arquivos das entrevistas transcritas foram transportadas, permitindo a codificação e o armazenamento do texto em categoria. Essa ferramenta é amplamente utilizada em pesquisas qualitativas, tendo sido desenvolvida para, entre outras coisas, auxiliar a organizar, analisar os textos das entrevistas e consultar os dados de maneira eficiente. Nessa

pesquisa, a utilização do software facilitou a organização e agrupamento das categorias, assim como a comparação dos dados codificados.

6.4.4 Redação de Memorandos

A redação do memorando é uma etapa fundamental no processo de análise dos dados na teoria fundamentada (CHARMAZ, 2009). Os memorandos são registros analíticos informais constituídos pelas reflexões, ideias e quaisquer conexões encontradas pelo pesquisador baseada nos códigos, inclusive a forma como essas reflexões se relacionam uma com as outras (CHARMAZ, 2009; METELSKI, 2021)

Conforme descrito por Charmaz (2009), a redação dos memorando mostra-se como um método crucial na teoria fundamentada, pois incentiva o pesquisador a analisar os dados e códigos no início do processo e, após, sucessivamente, durante todas as partes do processo de pesquisa, tanto na análise de dados quanto na fase de escrita. Por meio desses memorandos, o pesquisador será capaz de questionar os dados, criticar os códigos e identificar qual categoria teórica os dados representam. Isso mantém o pesquisador envolvido na análise, assim como auxilia a elevar o nível de abstração de suas ideias (CHARMAZ, 2009; METELSKI, 2021).

Assim, o trabalho criativo, analítico e reflexivo realizado por meio dos memorandos ajuda o pesquisador a identificar as categorias teóricas e suas propriedades e, por fim, ajudam os pesquisadores a desenvolver a teoria fundamentada (METELSKI, 2021).

A estratégia de redação de memorandos foi utilizada, nesta pesquisa, durante o processo de codificação e durante toda análise dos dados. Esse processo permitiu maior proximidade com os dados e também a análise reflexiva quanto aos códigos e categorias mantidos ou excluídos, de acordo com o entendimento quanto à forma que melhor explicavam os dados. Auxiliou ainda no processo de construção dos resultados e na fundamentação do modelo teórico proposto.

6.5 O rigor da pesquisa

Segundo Charmaz (2009 – p.36), a qualidade e a credibilidade do estudo começam pelos dados, assim a profundidade e o alcance desses dados fazem a diferença. O atendimento a esses critérios foi buscado, primeiramente, a partir da seleção dos participantes do estudo, com a escolha por farmacêuticos que se encontram inseridos na prática clínica, conhecendo não apenas o ambiente mas também os serviços clínicos desenvolvidos, sendo portanto atores principais no processo do cuidado farmacêutico e informantes chave para a compressão do processo de desenvolvimento de competências para essa prática.

No que concerne à coleta de dados, a credibilidade é garantida por meio da triangulação dos métodos. Conforme descrito por Minayo e Minayo-Gómez (2003), a utilização de diferentes métodos e instrumentos de coleta para levantamento de dados relativos a um mesmo fenômeno permite uma melhor compreensão e explicação dos fenômenos sociais (MINAYO; MINAYO-GÓMEZ, 2003), técnica essa denominada de triangulação de métodos. Assim, os dados deste estudo, a serem obtidos por meio de entrevistas individuais com diferentes participantes, poderão ser contestados ou confirmados por meio da comparação entre os dados das próprias entrevistas realizadas, assim como por meio das demais técnicas de coleta de dados utilizados, como o questionário estruturado e o diário de campo.

Além disso, ressalta-se que, na teoria fundamentada, o próprio método de análise dos dados permite a manutenção do rigor proposto, considerando que essa análise se mostra bem delineada e descrita pelas diferentes formas de codificação (CHARMAZ, 2009). Conforme descrito por Charmaz, apesar de os métodos da teoria fundamentada conservarem uma abordagem aberta para o estudo do mundo empírico, acrescentam rigor à pesquisa a partir da incorporação de checagens sistemáticas tanto na coleta quanto na análise dos dados. A própria lógica proposta pela teoria fundamentada acarreta retornar aos dados sistematicamente e seguir para a análise (CHARMAZ, 2009).

Por fim, deve-se ressaltar mais uma vez que em pesquisa qualitativa não se busca a generalização dos resultados, mas sim a intenção de que as

descobertas realizadas possam ser transferidas e apresentar significação ou relevância se aplicado a outros indivíduos, contextos e situações.

6.6 Considerações éticas

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – CEP-UFMG, aprovou, no dia 30 de junho de 2023, o projeto de pesquisa intitulado “Educação permanente para o desenvolvimento da prática clínica farmacêutica”, assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os sujeitos a serem envolvidos no estudo, estando o projeto referenciado pelo C.A.E.E-69327823.4.0000.5149 (Anexo A). Esse projeto corresponde a um projeto guarda-chuva que visa o desenvolvimento de ações de educação permanente voltadas para o aprimoramento da prática clínica para profissionais farmacêuticos que atuam em diferentes níveis de atenção à saúde, e no qual está incluída a pesquisa relacionada a esta dissertação.

Além disso, esta pesquisa foi submetida ainda ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fhemig, local onde foi desenvolvido o trabalho de pesquisa em questão, tendo sido emitido o Parecer Consubstanciado desse CEP em 12 de janeiro de 2024 (Anexo B). O projeto foi referenciado sob o registro C.A.E.E-69327823.4.3001.5119.

Os participantes da pesquisa foram convidados de forma individual a participarem e receberam informações sobre os objetivos do estudo, da ausência de incentivos financeiros e da sua liberdade para abandonar a pesquisa a qualquer momento. Além disso, foram informados quanto a garantia de confidencialidade da identidade dos participantes e a preservação do anonimato. Após todos os esclarecimentos, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual se encontra apresentado no Apêndice C.

Como descrito, a identidade dos participantes foi preservada, sendo mantida a confidencialidade das informações fornecidas. Dessa forma, para se referir aos mesmos durante a apresentação dos resultados foram utilizados nomes fictícios, os quais foram direcionados de forma aleatória a cada um dos participantes.

Todos os dados coletados e as gravações das entrevistas foram utilizados apenas para a realização desta dissertação.

7 RESULTADO E DISCUSSÃO

Os resultados foram divididos em duas subseções, em consonância com os objetivos propostos. A primeira subseção é resultante da análise dos dados quantitativos coletados por meio de questionário estruturado apresentado aos farmacêuticos da instituição. Este recorte foi necessário por uma questão temporal: para que houvesse tempo para a redação de artigo submetido a uma chamada especial fomentada pela instituição onde a pesquisa foi realizada (anexo C – Edital de Fomento à Pesquisa Científica nº 1/2024 – Fhemig). A coleta e análise dos dados qualitativos ainda estavam em andamento naquele momento, inviabilizando uma abordagem integrada das duas perspectivas metodológicas. Os resultados da primeira subseção descrevem o perfil sociodemográfico e funcional dos profissionais, assim como identificam suas percepções quanto as competências necessárias para a prática clínica, possibilitando identificar as características dessa população e direcionar os resultados para ações mais assertivas quanto ao desenvolvimento de propostas educacionais. Tais resultados foram incluídos no capítulo “Perfil dos farmacêuticos do cenário de estudo” e compõem o primeiro artigo de resultados desta pesquisa (apêndice D).

Já a segunda subseção, iniciada com o capítulo denominado “Construindo a compreensão das necessidades educacionais de farmacêuticos para a prática clínica”, traz os resultados das análises qualitativas da pesquisa, resultantes principalmente das entrevistas individuais realizadas junto aos farmacêuticos chave, escolhidos dentro das unidades assistenciais. Esses dados foram desdobrados em outros três capítulos subjacentes, os quais foram construídos a partir das categorias principais que emergiriam dos dados qualitativos levantados. Os mesmos compõem o segundo artigo de resultados desta pesquisa (apêndice E), a ser submetido à avaliação para publicação na Revista Ciência & Saúde Coletiva em chamada especial sobre a Gestão do Trabalho e da Educação no Sistema Único de Saúde (anexo D).

7.1 Perfil dos farmacêuticos no cenário de estudo

Dos 145 profissionais aptos a responderem o questionário da pesquisa, houve adesão e resposta de forma espontânea por 44 farmacêuticos, correspondendo a um total de 30% de respondentes. Destaca-se que, devido a possibilidade de movimentação dentro da instituição, alguns dos profissionais elencados dentro da população alvo, não se encontravam obrigatoriamente atuando de forma direta com os processos da Assistência Farmacêutica ou com serviços voltados para o cuidado farmacêutico nas unidades assistenciais. Esse fato pode ter levado a um menor interesse de resposta por certa parcela dessa população, pelo distanciamento do teor da pesquisa com a realidade atual de trabalho, ajudando em menor adesão à pesquisa. Outros fatores, que aqui não serão pormenorizados, também podem estar relacionados.

Dentre os respondentes, encontram-se farmacêuticos atuantes em unidades assistenciais localizadas tanto em Belo Horizonte e região metropolitana quanto em cidades do interior de Minas Gerais. Houve representatividade entre os locais de atuação dos farmacêuticos, com pelo menos um representante para 16 das 17 unidades assistenciais que compõem a rede de hospitais estudada. Desses, 40 (90,9%) eram mulheres. A faixa etária prevalente situou-se entre 30 e 49 anos (84,1%), com uma média de idade de 41,8 anos.

O vínculo como servidor efetivo foi descrito para 63,6%, sendo que a maior parcela dos profissionais (56,8%) trabalha há mais de 11 anos na instituição. Apesar de a maioria dos profissionais possuir vínculo efetivo, ainda é grande a proporção de farmacêuticos em contratação temporária, o que resulta em grande rotatividade de profissionais e maior dificuldade de manutenção dos serviços prestados de forma perene (tendo em vista o tempo para reposição das vagas no serviço público).

Quanto às atividades desenvolvidas pelo farmacêutico, deve-se ter em mente, primeiramente, que a Assistência Farmacêutica, conforme previsto na Resolução nº 338/2004 (BRASIL, 2004), deve prover um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde tanto individual como coletiva, exigindo, para isso, a integração entre a disponibilidade do

medicamento e a provisão de serviços clínicos à sociedade. Nessa concepção, constitui-se de dois grandes eixos principais, interligados entre si, os quais correspondem: a) as atividades técnico-gerenciais, que inclui as etapas que compõe o ciclo logístico da Assistência Farmacêutica (seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação) e b) as atividades assistenciais, que incluem a prestação de serviços clínicos farmacêuticos (BELO HORIZONTE, 2018; DESTRO, 2021).

No presente estudo, dentre os 44 farmacêuticos que responderam ao questionário da pesquisa, apenas 5 (11,4%) identificaram-se como profissionais de caráter exclusivamente assistencial. Os demais se identificaram como profissionais de caráter eminentemente técnico-gerencial (45,4%) ou conciliam ambas atividades (43,2%). A dedicação exclusiva, isto é, dedicação de 100% da carga horária de trabalho para o desenvolvimento de atividades clínicas, foi manifestada por apenas 3 (6,8%) farmacêuticos. Dos respondentes, 54,5% (24) informaram ter sua carga horária de trabalho priorizada com atividades técnico-gerenciais, com aporte de pelo menos 75% do seu tempo de trabalho para tais atividades.

Esses resultados demonstram que o serviço ainda se encontra organizado com um foco muito direcionado ao acesso ao medicamento e as atividades clínicas tem permanecido ainda como serviços secundários na estruturação da Assistência Farmacêutica nesses locais. O predomínio das atividades técnico-gerenciais é uma situação frequente na realidade do farmacêutico, estando muito ligado ao contexto histórico de atuação do profissional e ao modelo biomédico ainda muito presente em ambientes hospitalares. Entretanto, a mudança do paradigma de atuação do farmacêutico e a inclusão de atividades clínicas como prática profissional deve ser um objetivo a ser buscado pelos serviços, como forma de garantir a integralidade do tratamento medicamentoso, de forma que o farmacêutico assuma as responsabilidades quanto as necessidades da farmacoterapia do paciente desde a seleção até o monitoramento e acompanhamento do seu uso por meio dos serviços clínicos prestados. Não basta mais garantir apenas o acesso aos medicamentos, mas sim garantir a utilização adequada desses, de forma a conduzir aos melhores

resultados possíveis para o paciente e para a sociedade. Tais serviços são necessários, portanto, para garantir o atendimento das necessidades em saúde da população dentro do contexto do sistema de saúde (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; DESTRO, 2021). Assumir esse papel social e adotar o cuidado farmacêutico como uma missão profissional é uma das grandes questões que movimenta as discussões da profissão farmacêutica nas últimas décadas (FREITAS et al, 2006; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

Os dados descritos, relacionados ao perfil sociodemográfico e funcional dos farmacêuticos participantes desse estudo encontram-se representados na Tabela 5.

Em relação à formação acadêmica, 21 (47,7%) dos respondentes informaram ter se graduado em Farmácia há mais de dezesseis anos, isto é, graduaram-se no período de vigência das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de graduação em Farmácia de 2002 ou anterior a esta.

Deve-se destacar que as DCN para o curso de graduação de Farmácia de 2002 (BRASIL, 2002) tiveram como proposta redirecionar o ensino farmacêutico, até então centrado em habilidades tecnológicas, para formar um profissional generalista com formação voltada ao atendimento das necessidades sociais de saúde e atuação no SUS (ARAÚJO et al, 2008; SOUSA et al, 2013; MENDONÇA, 2017). Entretanto, o termo generalista (nos currículos de Farmácia) acabou por gerar interpretações variadas, culminando no seu entendimento como um atributo do profissional que fosse capaz de exercer todas as atividades antes previstas para cada área de habilitação. Esse fato resultou em currículos sobrecarregados, com manutenção de uma formação tecnicista e fragmentada, enfatizando ainda o modelo biomédico e permanecendo com lacunas no desenvolvimento de conhecimentos, habilidade e atitudes clínicas e humanísticas (SOUSA et al, 2013; MENDONÇA, 2017). Muitos desses profissionais, portanto, não tiveram em sua formação um foco para o desenvolvimento de competências direcionadas para o cuidado em saúde. Os resultados obtidos, portanto, sinalizam a grande importância de promoção de ações voltadas para a qualificação desses profissionais para o cuidado, tendo

em vista o tempo de formação descrita para a maior parte dos participantes e a possível lacuna de formação.

Essa necessidade educacional é reforçada pela informação de que apenas 15 (34,1%) profissionais manifestaram não desenvolver atualmente nenhuma atividade vinculada à prática clínica. Isso demonstra que, apesar de ainda incipiente ou ainda com pequeno tempo de dedicação, os serviços clínicos farmacêuticos vem sendo de alguma forma desenvolvidos pelos farmacêuticos. Cabe, no entanto, uma avaliação mais profunda quanto ao alinhamento de conceitos e quanto a padronização e qualidade desses serviços ofertados.

Dentre os serviços clínicos com maior representatividade entre os citados pelos participantes como sendo realizados pelos mesmos estavam a dispensação de medicamentos, com uma frequência de resposta de 23,8%, a revisão da farmacoterapia (frequência de 22,2%), educação em saúde (frequência de 20,63%) e conciliação medicamentosa (frequência de 17,46%).

A busca por formação complementar após a graduação também mostrou-se grande entre os respondentes, sendo que, do total de farmacêuticos apenas 16 (36,4%) manifestaram não possuir formação complementar na área de farmácia clínica ou cuidado farmacêutico, conforme demonstrado na Tabela 6. Dezenove participantes (43,2%) possuíam pelo menos o título de especialista (pós-graduação *lato sensu*) e 11,4% (5) tinham mestrado e/ou doutorado. Em relação a outras formas de experiência de formação em farmácia clínica, como, por exemplo, por meio de disciplinas isoladas, de participação em grupos de estudos voltados para a clínica farmacêutica, iniciação científica ou atividades de extensão, apenas 39,5% (17) dos farmacêuticos relataram tais vivências. Ainda, apenas 34,1% (15) tiveram experiência profissional com serviços clínicos antes do atual vínculo empregatício. Esses dados nos mostram que a experiência prática e teórica no que tange à farmácia clínica e as atividades relacionadas ao cuidado farmacêutico da maior parte desses profissionais vem sendo construída dentro do próprio serviço em que atuam no momento (Tabela 6).

Tabela 5 – Perfil sociodemográfico e funcional dos farmacêuticos

VARIÁVEL / DIMENSÃO	n	%
Sexo		
Feminino	40	90,9
Masculino	4	9,1
Faixa etária (anos)		
18 - 29	1	2,3
30 - 49	37	84,1
50 - 59	6	13,6
Tempo de atuação na Fhemig (anos completos)		
0 - 5	16	36,4
6 - 10	3	6,8
11 - 15	19	43,2
16 - 20	4	9,1
20 ou mais	2	4,5
Vínculo		
Efetivo	28	63,6
Contrato administrativo	16	36,4
Percepção quanto ao caráter das atividades desenvolvidas na função		
Técnico-gerencial	20	45,4
Assistencial	5	11,4
Ambos	19	43,2
Campo de atuação principal		
Planejamento e abastecimento farmacêutico	10	22,7
Farmácia clínica	8	18,2
Farmácia de dispensação hospitalar	11	25,0
Gestão (coordenação de serviços)	10	22,7
Outros	5	11,4
Atividades clínicas atualmente exercidas*		
Dispensação de medicamentos	15	34,1
Revisão da farmacoterapia	14	31,8
Conciliação medicamentosa	11	25,0
Acompanhamento farmacoterapêutico	8	18,2
Educação em Saúde	13	29,5
Nenhuma	15	34,1
Outros	2	4,5

Fonte: Dados da pesquisa

*O total de respostas é superior ao número de farmacêuticos participantes pois alguns deles informaram mais de uma opção de resposta para a questão.

Tabela 6 – Escolaridade e formação em clínica farmacêutica

VARIÁVEL / DIMENSÃO	n(44)	%
Tempo de formação (anos completos)		
1 – 5	5	11,4
6 – 10	6	13,6
11 – 15	10	22,7
16 ou mais	21	47,7
Não informado	2	4,6
Formação complementar em Atenção Farmacêutica ou Farmácia Clínica*		
Doutorado	1	2,3
Mestrado	4	9,1
Especialização	19	43,2
Residência	2	4,5
Curso de aperfeiçoamento	7	15,9
Nenhum	16	36,4
Outras oportunidades de formação em clínica farmacêutica		
Sim	17	39,5
Experiência profissional anterior em clínica farmacêutica		
Sim	15	34,1

Fonte: dados da pesquisa

*O total de respostas é superior ao número de farmacêuticos participantes pois alguns deles informaram possuir mais de uma titulação.

A inserção do farmacêutico no cuidado direto ao paciente é um campo promissor, mas também representa um desafio, uma vez que o profissional precisa se apropriar de novas competências (que envolvem capacidades cognitivas, atitudinais e psicomotoras), aproximando-se da equipe de saúde, a fim de contribuir no processo de cuidado (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; MAGEDANZ, 2020). Diversos autores (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; LOSINSKI, 2011; CIPOLLE *et al*, 2012; MENDONÇA *et al*, 2017; MENDONÇA, 2017; CFF, 2017) discutiram em seus trabalhos as competências necessárias para a prática do cuidado em saúde pelo farmacêutico e, em consonância, pontuam a necessidade de estarem relacionadas a um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes.

Ao serem questionados, em uma pergunta aberta, quanto às principais competências que identificavam como necessárias de serem desenvolvidas para um farmacêutico atuar no cuidado ao paciente e para a provisão de serviços clínicos farmacêuticos, os respondentes descreveram uma gama de atributos, os quais puderam ser agrupados em treze categorias principais, conforme demonstrado na Tabela 7. Os itens com maior frequência de relato descritos pelos farmacêuticos foram relacionadas com a necessidade de desenvolvimento de: a) conhecimento clínico, principalmente vinculado ao conhecimento teórico em farmacologia, farmacoterapia, semiologia e interpretação de exames laboratoriais; b) habilidades de comunicação, sendo estas vinculadas tanto ao paciente quanto ao médico e demais membros da equipe assistencial; e c) integração com a equipe multidisciplinar, com o reconhecimento e inclusão do farmacêutico dentro da equipe responsável pelo cuidado ao paciente.

Tabela 7 – Percepção dos farmacêuticos quanto as competências necessárias para a provisão de serviços clínicos.

DIMENSÃO	Frequência de resposta	
	n	%
Conhecimento teórico	27	23,3
Comunicação (com o paciente e com a equipe assistencial)	15	12,9
Integração com a equipe multiprofissional	12	10,3
Aprendizado contínuo - " <i>lifelong learning</i> "	8	6,9
Uso de um processo racional para tomada de decisão sobre a farmacoterapia	7	6,0
Ética e responsabilidade	7	6,0
Cuidado centrado no paciente	6	5,2
Proatividade	5	4,3
Habilidade para considerar as experiências subjetivas do paciente	4	3,4
Uso de fontes adequadas de informação em farmacoterapia e em saúde	3	2,6
Habilidade de documentação	3	2,6
Desenvolvimento de um plano de cuidado individualizado	2	1,7
Outros	17	14,7
Não responderam ou respostas inconclusivas	8	—

Fonte: Dados da pesquisa

Destaca-se ainda o fato de ter sido citado com uma frequência de quase 7% a necessidade de desenvolver a habilidade de buscar o aprendizado de forma contínua. Esse atributo pode ser entendido pelo termo *lifelong learning*, sendo definido como todas as atividades de aprendizagem realizadas ao longo da vida, com o objetivo de melhorar as competências dentro de determinada perspectiva (KHAMIS, 2020). A Federação Internacional de Farmácia (FIP) reconhece o aprendizado ao longo da vida (*lifelong learning*) e o desenvolvimento profissional contínuo como competências essenciais a serem incluídas nos currículos de Farmácia, garantindo o desenvolvimento dessa habilidade nos egressos dos cursos de graduação, com continuidade de seu uso ao longo da vida profissional (KHAMIS, 2020; FIP, 2017b). Entretanto, esse tópico é ainda pouco desenvolvido em alguns países, como o Brasil, havendo uma lacuna para o desenvolvimento de competências nesse sentido. No âmbito da saúde, envolto por um cenário em constante mudança, com novas tecnologias, serviços e terapias que são continuamente introduzidos na prática de trabalho, os profissionais de saúde, dentre os quais o farmacêutico, devem adotar novos comportamentos e ajustar suas práticas continuamente para atenderem as necessidades emergentes no atendimento ao paciente. O conhecimento e as habilidades de um farmacêutico são mantidos, portanto, por meio de um compromisso contínuo de aprendizagem, em um processo cíclico que envolve a autoavaliação, desenvolvimento de um plano de aprendizagem pessoal, implementação de um plano de aprendizagem e avaliação quanto ao aprendizado (KHAMIS, 2020).

Em continuidade, visando identificar a percepção dos farmacêuticos quanto ao nível de desenvolvimento individual de algumas de suas competências para atuação na prática clínica, os participantes foram apresentados a requisitos pré-estabelecidos, levantados na literatura (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; LOSINSKI, 2011; CIPOLLE *et al*, 2012; CFF, 2017; BRASIL, 2017) como competências pertinentes ao farmacêutico para a provisão de serviços clínicos. Para cada uma das competências elencadas foi atribuída uma nota graduada de zero a cinco, sendo que a nota “0” representa nenhum desenvolvimento e, portanto, grande necessidade de desenvolvimento educacional e “5” alto desenvolvimento para a competência apresentada e, portanto, baixa

necessidade de desenvolvimento educacional. As respostas foram posteriormente agrupadas em três categorias, como mostrado na tabela 8, de acordo com a percepção dos respondentes sobre cada atributo.

A maior parte dos farmacêuticos avaliou o desenvolvimento de suas competências de forma pelo menos intermediária em todos os quesitos apresentados. Destaca-se a habilidade de comunicação, tanto com o paciente quanto com os demais profissionais de saúde, o qual foi o quesito com melhor percepção de desenvolvimento dentre os profissionais, tendo apresentado 59% de respostas como um alto desenvolvimento para essa competência.

Tabela 8 – Percepções dos farmacêuticos quanto ao desenvolvimento de suas competências para a prática clínica farmacêutica*.

DIMENSÃO	Percepção negativa (0-1)		Percepção mediana (2-3)		Percepção positiva (4-5)	
	n(44)	%	n(44)	%	n(44)	%
Conhecimentos técnicos (farmacologia e farmacoterapia)	4	9,1	24	54,5	16	36,4
Competência para uso de fontes adequadas de informação	4	9,1	21	47,7	19	43,2
Competência para uso de um processo racional para tomada de decisão sobre a farmacoterapia	2	4,5	25	56,8	17	38,6
Competência para desenvolvimento de um plano de cuidado individualizado	6	13,6	26	59,1	12	27,3
Competência de comunicação com o paciente/familiar/cuidador	2	4,5	16	36,4	26	59,1
Competência de comunicação com outros profissionais de saúde	2	4,5	16	36,4	26	59,1
Competência de documentação	5	11,4	21	47,7	18	40,9
Competência para considerar as experiências subjetivas do paciente	6	13,6	20	45,5	18	40,9
Competência para avaliação dos resultados obtidos na prática do cuidado	5	11,4	20	45,5	19	43,2

Fonte: dados da pesquisa

*As percepções quanto as competências foram apresentadas em escala graduada, onde 0= nenhuma competência desenvolvida; 1 = baixo desenvolvimento da competência e grande necessidade de aprimoramento educacional; 2 = desenvolvimento da competência e necessidade de aprimoramento educacional medianos; 4 = desenvolvimento significativo e necessidade de aprimoramento educacional em alguns pontos; 5 = domínio da competência e baixa necessidade de aprimoramento educacional.

As competências para a comunicação clínica são imprescindíveis para a provisão do cuidado em saúde de forma efetiva e com qualidade pelos farmacêuticos, permitindo o desenvolvimento de uma relação farmacêutico-paciente necessária no processo do cuidado e contribuindo para a aplicação de modelos de atenção centrados no paciente, levando à ruptura com o modelo biomédico muitas vezes dominante nos cuidados de saúde atuais (MESQUITA, 2010; CIPOLLE *et al*, 2012). Da mesma forma, as habilidades de comunicação, em uma perspectiva interacional e de parceria entre os profissionais de saúde, contribuem para intervenções mais eficazes e no desenvolvimento de planos terapêuticos holísticos e mais efetivos (MESQUITA, 2010). A competência de comunicação envolve competências verbais, não verbais e de escuta e inclui a habilidade do farmacêutico comunicar seus conhecimentos e suas decisões tomadas de forma adequada e compreensível a todos os atores envolvidos no processo de cuidado (CIPOLLE *et al*, 2012).

É importante entender que a habilidade de comunicação, assim como todas as demais competências, deve ser sempre vista de forma integrada a outras, as quais, em conjunto, viabilizarão o cuidado e a resolução dos problemas relacionados à farmacoterapia. Assim, os demais atributos avaliados demonstram oportunidades de aprendizagem para os farmacêuticos que devem ser melhor explorados. Os resultados apresentados para as competências de uso de um processo racional de tomada de decisão e de desenvolvimento de plano de cuidado individualizado podem demonstrar certa fragilidade dos serviços e necessidade de padronização da forma de atuação dos profissionais.

O processo racional de tomada de decisões em farmacoterapia proposto por Cipolle, Strand e Morley (2012) no arcabouço teórico-metodológico da atenção farmacêutica, em que se propõe a avaliação da indicação, efetividade, segurança e conveniência dos medicamentos para as condições de saúde apresentadas, nessa ordem específica, desempenham um papel fundamental para o estabelecimento de um processo cognitivo sistemático, com uma estrutura padronizada para que os farmacêuticos organizem seus pensamentos e atuem sobre os problemas de saúde identificados (CIPOLLE *et al*, 2012; FREITAS; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2015; MENDONÇA *et al*, 2017). Essa

estrutura padronizada de pensamento, além de uniformizar o processo de trabalho, fornece um ponto de referência para manter a conexão dos farmacêuticos à sua responsabilidade profissional específica, a qual é justamente garantir que todos os medicamentos de um paciente sejam adequadamente indicados, efetivos, seguros e convenientes para esse indivíduo (MENDONÇA *et al*, 2017).

Diante dos resultados obtidos, cabe aqui refletir que, frequentemente, os profissionais “pressupõem” estarem aptos e competentes para prestarem cuidados farmacêuticos por já trabalharem em ambientes de cuidado ao paciente e estarem inseridos nesse ambiente. Entretanto, isso nem sempre se concretiza como uma verdade e nem sempre garante o desenvolvimento de todas as competências desse profissional de forma adequada e na amplitude que se espera. Cipolle, Strand e Morley (2012) enfatizam que a lacuna no aprendizado de uma filosofia de prática específica e a ausência de uma obrigatoriedade de se aplicar um processo específico e padronizado de atendimento e de raciocínio para a tomada de decisão, muitas vezes leva a uma falta de consciência do que não sabem. Competências muitas vezes podem estar subdesenvolvidas ou até mesmo ausentes pela falta de uma formação adequada desse profissional para o cuidado em saúde e a não internalização de uma filosofia de prática única e específica voltada para o cuidado farmacêutico (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012). Ter essa filosofia enraizada e utilizar um processo padronizado de desenvolvimento de raciocínio lógico e de intervenção farmacêutica é, portanto, importante e necessário para o reconhecimento da prática farmacêutica e para o desenvolvimento de competências na magnitude esperada para que haja efetividade e resolutividade ao que se propõe para o farmacêutico na provisão do cuidado.

7.2 Construindo a compreensão das necessidades educacionais de farmacêuticos para a prática clínica

Ao trazer as falas, interações e análises dos participantes sobre suas vivências e experiências de vida profissional e de formação acadêmica, buscou-se compreender os elementos mais significativos quanto as competências desenvolvidas pelo farmacêutico e entendidos como necessários para a provisão

de serviços clínicos farmacêuticos, tendo a perspectiva de sua atuação no cenário hospitalar como prática profissional. Os resultados foram ilustrados por meio de falas dos entrevistados, tendo sido utilizado ainda as respostas de alguns participantes às questões abertas do questionário estruturado, quando pertinente.

Com o intuito de preservar a identidade dos participantes das entrevistas, foram utilizados nomes fictícios, os quais foram selecionados de forma aleatória para designar cada um deles. A seguir, apresento uma breve descrição individual dos participantes com o intuito de tornar mais palpável ao leitor a realidade de cada um, considerando que o contexto de formação e o cenário de prática irão interferir na compreensão e na experiência singular em relação as suas competências ou necessidades de desenvolvimento educacional para a prática clínica e, conseqüentemente, nos resultados encontrados na pesquisa.

A primeira entrevista foi realizada com Helena, farmacêutica, formada há sete anos e que atua como farmacêutica clínica em uma das unidades assistenciais da rede. Durante sua formação na graduação teve a oportunidade de participar de diversas disciplinas voltadas para o cuidado farmacêutico e já nessa época havia optado por trabalhar com a farmácia hospitalar e a prática clínica, tendo direcionado sua formação para esse fim. Após a graduação, fez residência e há cerca de três anos atua na instituição.

Camila, a segunda entrevistada, se formou na graduação há mais de 20 anos, em uma época em que a graduação de farmácia era integrada a áreas de habilitação, tendo optado pela formação em “Farmácia e Bioquímica”. Durante sua graduação não se ouvia falar em farmácia clínica ou cuidado farmacêutico e, por isso, não teve uma formação acadêmica com esse foco. Passou a discutir e conhecer mais sobre a farmácia clínica quando já estava atuando profissionalmente, no ambiente hospitalar, e precisou buscar cursos de aperfeiçoamento para poder se capacitar e desenvolver serviços clínicos. Hoje é uma das referências nas atividades de clínica farmacêutica dentro da unidade em que atua. Apesar de não se considerar uma expert, entende que seu interesse e suas condições de trabalho, lhe permitiram chegar onde se encontra hoje na provisão do cuidado.

A terceira entrevistada, Bianca, se formou na graduação de farmácia há oito anos e atualmente atua como farmacêutica clínica, estando há cinco anos na instituição. O currículo do seu curso de graduação, na época em que se formou, estava formatado com o modelo de currículo generalista e, ao decorrer da sua formação optou por graduar-se com ênfase em farmácia hospitalar, o que lhe possibilitou ter várias disciplinas voltadas para o cuidado ao paciente. Durante a graduação teve a oportunidade de obter vivências da prática, por meio de estágios e projetos de extensão.

Em seguida, foi entrevistada a farmacêutica Teresa. Ela iniciou o curso de graduação em farmácia em 2010, com o currículo generalista. Desde o início da graduação, realizou vários estágios extracurriculares e teve diversas oportunidades de vivenciar a prática em ambientes hospitalares com o acompanhamento de atividades clínicas. Sua formação foi focada para a atuação em farmácia hospitalar e clínica e teve várias referências positivas de profissionais. Sua atuação na instituição é voltada para a clínica mas sempre teve que conciliar com atividades gerenciais da farmácia hospitalar.

Fernanda atua na instituição há quase 15 anos e possui grande experiência na prática clínica. Formou-se no curso de graduação em farmácia há aproximadamente 18 anos e ainda durante o curso, a partir de uma experiência de iniciação científica, decidiu quanto a seu interesse em trabalhar com a farmácia hospitalar e principalmente com a clínica farmacêutica. Apesar de ter tido disciplinas na graduação que lhe auxiliaram na formação para a prática clínica, percebeu a teoria muito descontextualizada com a prática e teve que se desenvolver para atuar no cuidado. Hoje é referência da unidade em que atua.

A farmacêutica Larissa, graduou-se em farmácia em 2004, tendo feito habilitação em análises clínicas em 2005. À época, a disponibilidade de disciplinas voltadas para o cuidado farmacêutico e a prática clínica era muito pequena e, conforme reflexão da própria Larissa, eram disciplinas muito teóricas e com pouca possibilidade de desenvolvimento de habilidades da prática. Após sua graduação, buscou fazer uma especialização, tendo optado pela pós-graduação em Farmacologia. Como mencionado, porém, o curso tratava da farmacologia pura dos sistemas, não vinculando com a atenção ao paciente e tendo como foco

o medicamento. Suas experiências em farmácia clínica foram obtidas durante a prática profissional, após iniciar suas atividades na Fhemig. Trabalha nessa instituição há 11 anos.

Rafaela é farmacêutica em uma das unidades assistenciais da instituição, conciliando atividades de gestão da farmácia hospitalar com algumas atividades de clínica farmacêutica. Na sua faculdade, durante a graduação em farmácia, teve a oportunidade de participar de disciplinas voltadas para o Cuidado Farmacêutico, que a possibilitou ter uma introdução ao método de avaliação sistemática quanto as necessidades da farmacoterapia do paciente. Apesar disso, não tinha o pensamento voltado para a prática clínica no ambiente hospitalar ao se formar, até porque *“não existia esse merecimento ou esse tipo de vaga não era ofertado ainda no mercado”*, conforme suas próprias palavras. Atua na instituição atual há 13 anos.

Ricardo é o único representante masculino do grupo de farmacêuticos entrevistados. Formou-se na graduação em farmácia em 1996 e, nessa época, não se falava em clínica farmacêutica na sua graduação. O seu curso tinha um foco muito grande para formação de profissionais para a área da pesquisa e de drogarias. Sua primeira experiência profissional foi em farmácia comunitária, o que lhe permitiu desenvolvimento de habilidades de comunicação e de aplicação de seus conhecimentos teóricos. Atua na instituição há 13 anos e atualmente exerce função de gestor em sua unidade assistencial, auxiliando ainda no desenvolvimento de algumas atividades clínicas.

Por fim, entrevistou-se a farmacêutica Sofia. Ela completou sua graduação em farmácia em 2016, no currículo voltado para a formação generalista. Apesar de ter algumas disciplinas voltadas para a Farmácia Hospitalar, acredita que não obteve formação adequada para o Cuidado Farmacêutico em sua graduação, a qual teve uma ênfase muito grande para área da indústria. Como a área hospitalar era seu interesse profissional e sentindo-se despreparada para atuação nesse ambiente mesmo após a graduação, decidiu realizar uma pós-graduação a partir de uma residência multiprofissional. A experiência da residência lhe permitiu conciliar a teoria e a prática de forma simultânea,

possibilitando seu desenvolvimento em algumas competências voltadas para o cuidado. Sofia atua na instituição há cerca de quatro anos.

As experiências descritas e as particularidades vivenciadas por cada um dos participantes permitiram as comparações e diferenciações de uma diversidade de eventos descritos pelos mesmos, que viabilizaram a compreensão do processo para o desenvolvimento de competências para a prática clínica farmacêutica e evidenciaram as necessidades educacionais para os farmacêuticos do cenário estudado.

Após a análise sistemática dos dados, como preconizado pela teoria fundamentada (CHARMAZ, 2009), três categorias principais emergiram dos dados analisados, tendo sido determinantes para o entendimento do modelo teórico construído. A primeira foi denominada “Aprendendo com as experiências da prática – modos de aprendizagem da graduação à prática profissional”. Nessa categoria foram incluídas as discussões quanto às oportunidades de aprendizado para a prática clínica desde a graduação até as experiências da prática profissional e como essas influenciam no desenvolvimento de competências para atuação do farmacêutico na prática clínica.

A segunda categoria, denominada “~~Não~~ Assumindo a responsabilidade pela farmacoterapia do paciente”, explora a percepção dos participantes quanto as dificuldades para assumir a responsabilidade do cuidado ao paciente no ambiente hospitalar e ainda a importância da internalização de uma filosofia para mudar esse cenário, conquistando a visibilidade e reconhecimento do farmacêutico clínico na provisão do cuidado dentro da equipe multiprofissional.

Por fim, a terceira categoria foi denominada de “Desenvolvendo as competências para a prática clínica”, a qual apresenta as discussões quanto as principais habilidades, conhecimentos e atitudes levantadas pelos participantes para desenvolverem as competências utilizadas na prática clínica.

Na tabela 9 estão descritas as subcategorias relacionadas a cada uma das categorias principais.

Tabela 9 – Categorias e subcategorias que descrevem o processo de desenvolvimento de competências clínicas para a prática do cuidado farmacêutico.

	Categorias	Subcategorias	
1.	Aprendendo com as experiências da prática – modos de aprendizagem da graduação à prática profissional	<i>1.1 Aprendendo com os resultados obtidos na prática</i> <i>1.2 Educação ao longo da vida</i>	
2.	Não Assumindo a responsabilidade pela farmacoterapia do paciente	<i>2.1 Farmacêutico: “membro assessorio”?</i> <i>2.2 Falando a mesma linguagem – a importância de um padrão de prática</i>	<u>2.1.1 Integrando-se à equipe multidisciplinar</u>
3.	Desenvolvendo as competências para a prática clínica	<i>3.1 Desenvolvendo o conhecimento como ponte para uma comunicação segura</i> <i>3.2 Desenvolvendo a comunicação</i> <i>3.3 Utilizando um raciocínio lógico</i> <i>3.4 Proporcionando o suporte para a prática</i>	<u>3.2.2 Documentando o serviço realizado</u>

7.3 Aprendendo com as experiências da prática – modos de aprendizagem da graduação à prática profissional

A partir dessa seção será apresentada a construção teórica sobre como ocorre o processo de desenvolvimento de competências nos farmacêuticos para a atuação na prática clínica. Entender esse processo é significativo para o aprofundamento da compreensão quanto às necessidades educacionais desses profissionais, assim como os eventos associados que podem interferir e modificá-lo.

Ao realizar a análise desse processo, optou-se por iniciar a construção teórica a partir das experiências da prática percebidas pelo farmacêutico ao longo de sua jornada. Desde a sua preparação para se tornar um profissional de farmácia, ainda durante a graduação, até a sua vivência profissional, o farmacêutico pode ser apresentado a diversas oportunidades de experimentar a prática do cuidado farmacêutico e a partir delas desenvolver seu aprendizado. Essas experiências vivenciadas pelos farmacêuticos servem como meio condutor para a aprendizagem e para o desenvolvimento de competências necessárias para a prática.

Eu acho que a clínica ela é muita prática, ela é muita prática e se cada vez mais a gente tiver cursos práticos, eu acho que maior vai ser a efetividade desses profissionais quando estiver realmente atuando.
(Teresa)

A fala de Teresa demonstra a importância do contato com a prática como meio de aprendizagem para o desenvolvimento do profissional para atuação no cuidado em saúde. A teoria, essencial na formação desse profissional e comumente garantida durante o processo de formação acadêmica e continuamente no processo de desenvolvimento do seu conhecimento teórico, ganha outras percepções e aprofundamento quando aliado à prática. É a partir da prática e da sua reflexão sobre a prática que o profissional desenvolve a compreensão de como pensar, de quais habilidades necessárias de serem desenvolvidas e quais são suas responsabilidades.

Como discutido por Freitas e Ramalho de Oliveira (2015) a experiência é um meio de se promover o pensamento crítico de uma forma contínua, levando o indivíduo a desenvolver habilidades essenciais para a prática do cuidado. Por

meio desta, o farmacêutico é capaz de colocar em prática abstrações aprendidas de forma teórica gerando oportunidades de refletir, buscar novas formas de solução e resolver problemas. Permite assim, que seja curioso, criativo, que saiba fazer perguntas adequadas, conectar informações e usar experiências anteriores para tomar a melhor decisão possível para o indivíduo assistido naquele momento (FREITAS; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2015). Essas habilidades são essenciais no cenário de saúde e de cuidado direto ao paciente, em que os profissionais corriqueiramente são demandados a tomar decisões em situações incertas, onde não há uma única opção de resposta e, portanto, o pensamento não pode ser linear e padrão para todas as situações.

Conforme estudo desenvolvido por Losinski (2011), em sua tese de doutorado realizado na Universidade de Minnesota, que resultou na definição de um conteúdo curricular e dos fundamentos educacionais necessários para formar o profissional dedicado ao cuidado farmacêutico, a aprendizagem por meio da prática apresentou-se como uma recomendação fundamental para a formação desse profissional, pois é por meio da prática que o estudante desenvolverá a compreensão do modo de pensar, agir e ser profissional (LOSINSKI, 2011). No Brasil e em outros países da América Latina, no entanto, onde o movimento da farmácia clínica iniciou-se tardiamente, os currículos dos cursos de graduação em farmácia demoraram a trazer essa abordagem prioritária da aprendizagem com a integração teórico-prática e do foco para o cuidado em saúde, resultando na formação de profissionais com baixo desenvolvimento de competências humanísticas ligadas ao cuidado. O aprendizado essencialmente teórico, apesar de fundamental em alguns aspectos de desenvolvimento do profissional, não garante a abrangência da totalidade das competências necessárias e esperadas do farmacêutico para a provisão do cuidado.

Fernanda, que formou na graduação em 2006, relatou essa dificuldade vivenciada na sua formação na graduação de farmácia, com a falta de articulação entre teoria e prática.

[...] a gente tinha algumas matérias de atenção farmacêutica. Essas matérias contribuíram um pouco para a questão da clínica, mas o que a gente percebe quando a gente vem para a prática... Porque assim, ajuda a forma como a gente vê, mas a gente vê que às vezes é um pouco descontextualizado com a realidade, principalmente quando a gente vai

para a área hospitalar. Porque a área hospitalar parece que é um mundo à parte quando a gente cai num ambiente hospitalar. E muitas das vezes a gente não está acostumado a vivenciar a prática farmacêutica, com alguns conhecimentos que a gente precisa de ter. Parece que não está muito casado com o que realmente a prática cobra do farmacêutico. (Fernanda)

É oportuno destacar que, no trecho acima, Fernanda, além de abordar a reflexão quanto a desregulação entre o aprendizado teórico e a prática profissional, traz ainda embutido em sua fala, outros aspectos relacionados à formação farmacêutica. A formação generalista proposta no currículo da graduação de farmácia, assim como nos demais cursos das profissões da saúde, veio com a expectativa de ser capaz de atender as necessidades de saúde da população no contexto da atenção primária. O cenário hospitalar, no entanto, corresponde a uma área com alto grau de especialização e, como para qualquer outro profissional de saúde, demanda uma formação especializada. A problemática apresentada no caso da formação farmacêutica é que, somada à necessidade que todas as profissões têm de se especializar para atuar no cenário hospitalar, é agregado ainda o fato de não se ter de forma tão contundente uma formação sólida para atuação no cuidado em saúde nem mesmo na perspectiva generalista.

Da mesma forma, Larissa, que atualmente se encontra mais voltada para a gestão e apoio aos serviços clínicos desenvolvidos na unidade assistencial em que atua, descreve a necessidade da experiência com a prática para retomar suas competências para a provisão de serviços clínicos.

Para voltar, aí já é a vontade de me formar totalmente de novo, é a questão de consolidar o conhecimento, o estudo e tudo. Porque hoje a gente vê que o pouco de cursos que a gente tem ou a gente procura, eles não são muito práticos, eles são muito teóricos. Então eles não trazem a realidade de umas questões hospitalares. Então isso é muito na prática mesmo. A parte clínica mesmo, só vivenciando. (Larissa)

Sofia descreve a importância do seu desenvolvimento para o cuidado por meio da experiência de formação a partir da residência multiprofissional (que alia a teoria com a prática). Em sua fala, ela reforça a necessidade de aprendizagem das competências para a prática clínica por meio das experiências vivenciadas pelos farmacêuticos:

Então, depois que eu saí da residência, eu me sentia apta para atuar em qualquer área, em qualquer hospital e segura de fato, porque foi

construída uma identidade mesmo profissional e eu fui entendendo algumas coisas que a gente vê na prática e não é exatamente como a gente vê em livro. (Sofia)

Então eu enxergo que falta mesmo uma questão de capacitação prática. Não é um curso que você vai fazer, teórico, que vai lhe falar como que faz, como que eu faço... Não, é a prática! É prático! E o fato de muitas pessoas não terem isso, porque se for olhar em números, a residência foi algo novo ainda; é algo que a gente pode considerar novo, uma residência multi, e poucas pessoas tiveram essa vivência de residência. E quando você faz uma pós de farmácia clínica, que não é uma residência, que é uma pós online, você não tem... É a mesma coisa que você vê na faculdade. E é com prática... Então eu sinto que por ter essa insegurança, as pessoas não se sentem aptas para fazer, se sentem inseguras para registrar. (Sofia)

Como demonstrado, a partir da ação é possível construir conhecimentos verificáveis e acumuláveis com níveis crescentes de consciência. Para fazê-lo deve-se lançar mão da observação consciente, verbalizada, do processo de reflexão, sendo a prática fundamental para isso (BRASIL, 2009). A teoria é necessária e importante para o desenvolvimento do profissional e aprofundamento de seus conhecimentos, porém a necessidade de aplicar essa teoria na prática viabiliza o desenvolvimento de outras competências que são essenciais na prática do cuidado. É com a prática que nos permitimos questionar nosso conhecimento e habilidades e refazer a própria ação. Assim, a reflexão abre caminho para a experimentação de outras ações para encarar o problema ou fenômeno observado, imaginando-se alternativas e conduzindo a novas soluções para o problema, testando a própria percepção (DAVINI, 2009 *in* BRASIL, 2009).

O modelo de aprendizagem experiencial considera que as ideias são constantemente formuladas e reformuladas por meio das experiências de vida (MUÑOZ; SOUSA, 2020). As experiências da prática se apresentam, portanto, como uma base edificadora para direcionar a busca pelas competências necessárias para a atuação no cuidado em saúde e para o seu desenvolvimento, estando envolvida em toda a trajetória do farmacêutico. Tendo o profissional vivenciado tais experiências de aprendizagem, o seu direcionamento para o que e como buscar seu desenvolvimento continuado é facilitado. A aprendizagem por meio da experiência apresenta ao “aprendiz” padrões da prática profissional que devem ser buscados e interiorizados para o seu desenvolvimento. Quando realiza-se a análise dessas situações vivenciadas de forma crítica e reflexiva

dentro do ambiente de trabalho e no dia a dia do profissional, permite-se ainda o estabelecimento de um processo de educação permanente, implicando não somente o desenvolvimento de aptidões individuais, mas ainda o aprimoramento das práticas de trabalho.

Por outro lado, para aqueles profissionais em que essa base de formação integrada entre a teoria e a prática não foi muito bem edificada, a visão sobre como direcionar seu desenvolvimento e até mesmo de como enxergar quais habilidades e conhecimentos precisa desenvolver ficam mais difíceis de serem alcançadas de forma espontânea ou autônoma.

Acho que se ele não estiver na prática, fazendo, talvez ele não vai saber nada, assim, o que buscar. (Fernanda)

Alinhado com as discussões apresentadas, onde colocamos a experiência prática como um fator central no processo de aprendizagem, é oportuno aqui apresentar a *teoria da aprendizagem experiencial*, proposta pelo pesquisador norte-americano David Kolb (1984). Segundo essa teoria, a experiência vivida é essencial para a construção do conhecimento; ou, nas palavras desse autor, “a aprendizagem é o processo pelo qual o conhecimento é criado por meio da transformação da experiência” (KOLB, 1984 – p. 38). Parte da premissa de que todo desenvolvimento prospectivo decorre da aprendizagem atual, assim como depende do desenvolvimento já constituído (PIMENTEL, 2007).

Aprender pela experiência, no entanto, não significa que qualquer vivência resulta em aprendizagem, uma vez que o aprendizado não se dá somente por processos cognitivos. Segundo Kolb, apropriar-se dos saberes advindos da experiência envolve processos contínuos e dinâmicos de ação e reflexão, que ocorrem de uma forma cíclica. (KOLB, 1984; PIMENTEL, 2005; MENDONÇA, 2017). Assim, de acordo com o ciclo da aprendizagem experiencial proposto por Kolb, o conhecimento se constrói por meio da experimentação ativa de conceitos e hipóteses apreendidos na experiência concreta e compreendidos na reflexão (MENDONÇA, 2017). Ou seja, o indivíduo progride em seu aprendizado através de um ciclo de quatro etapas que envolve: 1) ter uma experiência concreta, seguida da 2) observação e reflexão sobre essa experiência, que leva 3) à formação de conceitos abstratos e generalizações, que são então 4) usadas para

testar hipóteses em situações futuras, resultando em novas experiências (MUÑOZ; SOUSA, 2020). É por meio dessa espiral entre ação e reflexão que o indivíduo transformará a si e o seu entorno.

É oportuno destacar que a teoria da aprendizagem experiencial apresenta características semelhantes a outros modelos de ensino-aprendizagem, considerando a proposição da transformação das experiências da realidade vivenciada em conhecimento, por meio de um processo contínuo e dinâmico. Pode-se inferir, com base nisso, certa complementariedade da teoria da aprendizagem experiencial com a teoria da problematização com o Arco de Maguerez (COLOMBO; BERBEL, 2007; BERBEL, 2012), esta última comumente utilizada como referencial para projetos relacionados à educação permanente em saúde no Brasil. Essas teorias compartilham vários princípios que valorizam a experiência prática como ponto de partida para o desenvolvimento do conhecimento, alcançando-se a aprendizagem. Apesar de Kolb dar maior ênfase à perspectiva da experiência individual e na transformação do indivíduo com a busca pelo seu crescimento pessoal e profissional, enquanto que o Arco de Maguerez possui um foco na problematização coletiva da realidade com ênfase em uma transformação social e coletiva, ambas valorizam a experiência prática e a reflexão como parte de um processo cíclico de aprendizagem. Assemelham-se ainda ao proporem que o aprendizado se torna mais efetivo por meio da participação ativa do indivíduo no processo, a partir da reflexão sobre a prática e o uso da teoria para guiar a resolução de problemas concretos identificados.

Ao pensar em propostas de educação permanente em saúde, ambas metodologias podem ser utilizadas para propor a reflexão dos profissionais sobre suas experiências e o desenvolvimento de soluções a serem aplicadas à realidade proposta.

Pensando-se no contexto dessa pesquisa, que visa alcançar o desenvolvimento individual do farmacêutico para as competências necessária para a prática clínica, a teoria da aprendizagem experiencial pode ser considerada como uma metodologia adequada de ensino-aprendizagem para, a partir da reflexão e análise crítica sobre a realidade vivida no dia a dia do trabalho, por meio da avaliação das experiências práticas adquiridas, o farmacêutico ter a

oportunidade de pensar sobre sua atuação e condutas para buscar estratégias de melhorias e compreensão das necessidades de desenvolvimento de suas competências para a provisão do cuidado.

Em suma, fica a fala de Bianca: *“É prática [...] o crescimento vem quando você põe a mão na massa”*.

7.3.1 Aprendendo com os resultados obtidos na prática – a prática reflexiva

Como mencionado anteriormente, a prática da reflexão faz parte do ciclo de aprendizagem e desenvolvimento do conhecimento. As habilidades reflexivas permitem que a experiência clínica seja convertida em conhecimento clínico, podendo ser utilizada como uma ferramenta de aprendizagem. Refletir sobre as ações desenvolvidas, as decisões tomadas e os resultados obtidos fornece uma oportunidade retrospectiva de analisar criticamente o que ocorreu, a adequação necessária para melhoria da prática e compreender as lacunas entre as ações efetivamente realizadas na prática e aquelas desejadas.

Eu acho que é uma mistura, de uma situação que acontece e aí você vai estudar, aprende e aí aquilo se repete. Então, no outro caso eu já sou mais rápida e mais resolutiva, ou talvez um caso que depois eu vejo que poderia ter feito de outra forma, poderia ter feito uma outra intervenção, não era por ali. Ou alguma intervenção não aceita que talvez eu não entenda naquele momento, mas depois eu entendo que era por isso. Eu acho que dos casos saem, eu acho, que a maior evolução. Até mesmo porque eles me motivam a buscar, a estudar e desenvolver. Eu acho que dos próprios casos. Hoje, na minha prática, eu acho que é das próprias situações que a gente vai vendo, que vão estimulando onde que eu preciso ir. (Helena)

Mesmo que intuitivamente, Helena apresentou em sua fala aspectos relevantes sobre a aplicação da habilidade reflexiva como uma forma de aprendizagem. O desenvolvimento individual para as competências voltadas para o cuidado depende muito do farmacêutico estar aberto para se avaliar e avaliar a sua prática criticamente, desenvolvendo a autoconsciência e aprendendo com as experiências bem sucedidas ou mal sucedidas. O desenvolvimento dessa habilidade deve estar vinculado, no entanto, ao reconhecimento e internalização do farmacêutico quanto a seu papel e sua responsabilidade frente ao cuidado do paciente, de forma que essa reflexão crítica sirva como ponto de transformação pessoal e revisão da prática.

Demonstra-se, assim, a importância da prática reflexiva estar integrada ao processo de desenvolvimento dos farmacêuticos para as competências clínicas, uma vez que é capaz de apoiar o desenvolvimento de habilidades de tomada de decisões, pensamento crítico e resolução de problemas, além de ser um importante instrumento para o desenvolvimento profissional contínuo.

Tal habilidade não se mostrou tão perceptível aos demais participantes, sendo um ponto de atenção como uma necessidade educacional de melhoria do processo de desenvolvimento desses profissionais.

Pois é, essa parte *[da prática reflexiva]* a gente estava precisando de melhorar. [...] mas precisa de ter essa parte mais reflexiva mesmo, sabe? De parar, sentar, pensar, fazer plano de ação, pra poder trabalhar mesmo os resultados que a gente encontra. (Fernanda)

Então a gente quer melhorar o nosso serviço, querer é nesses encontros e discutindo, tirando dúvida, pegando um colega que sabe mais e que vai me ensinar alguma coisa que ali a gente vai trocar experiência. Então faltam esses encontros. [...] Isso também eu acho que falta e aí que você não vê a importância daquilo, você vai fazendo o seu serviço no dia a dia, preenche ali na planilhazinha, mas você não sabe como transformar aquilo em dado, para depois subir para a alta gestão. (Larissa)

Apesar de as práticas reflexivas serem comumente utilizadas na formação de outros profissionais da saúde (como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e outros), na formação farmacêutica ainda se mostra como uma lacuna, havendo certo vácuo, na literatura, para identificar ou propor uma versão da definição de pensamento crítico adequado para a prática clínica adotada pelo farmacêutico (TSINGOS *et al*, 2014; FREITAS; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2015). Estudos demonstram, no entanto, que a prática reflexiva facilita a construção de novos conhecimentos, novas perspectivas e novas alternativas para experiências futuras, ajudando a desenvolver o pensamento crítico, a resolução de problemas e as habilidades de aprendizado autodirigido e ao longo da vida. A incorporação da prática reflexiva para os profissionais de farmácia apoia o desenvolvimento de diversas habilidades, como avaliação crítica, tomada de decisão clínica, identificação das próprias necessidades de aprendizagem e conexão da teoria às complexidades da prática. (TSINGOS *et al*, 2014; HOKASON, *et al*, 2022).

Ao usar a reflexão como uma ferramenta de aprendizagem e desenvolvimento, os farmacêuticos podem lançar mão de estratégias para aproveitar seus colegas e criar espaços que propiciem a reflexão em conjunto, como sugerido por Ramalho-de-Oliveira e Shoemaker (2006). Se envolver em reflexão com outros farmacêuticos ajuda seu par a se tornar mais consciente de suas próprias crenças e preconceitos e aprimorar suas práticas profissionais (RAMALHO DE OLIVEIRA; SHOEMAKER, 2006). Essa estratégia mostra-se estreitamente condizente com a realidade da instituição estudada, considerando a sua estruturação em uma rede de hospitais, que compartilha de profissionais atuando em diferentes unidades assistenciais, com especificidades e potencialidades distintas. Essa proposta foi identificada em diversas falas dos participantes.

A gente poderia ter cursos de aperfeiçoamento com casos verídicos, casos clínicos e colocasse para cada um ou um grupo de farmacêuticos tentasse resolver aquele problema, porque vai começar a gerar aquela cascata de informação, né? (...) Eu acho importante, porque é aquela coisa, aquelas reuniões clínicas, com as discussões de casos, eu acho que é muito importante saber como que o outro pensa... não é você copiar, mas você... como que o fulano faz? Nossa, realmente que eles fazem de forma correta, eu vou melhorar ali. Então a gente consegue ter uma amplitude de como que é feito e você aprimora a forma de fazer. (Teresa)

E a gente vê muito isso, a gente identificar uma situação e essa semana, uma vez ao mês que seja, a gente vai estudar isso e nós vamos discutir isso, porque todo mundo vai ficar muito bom nisso, todo mundo vai saber isso, sabe? Eu acho que isso, falta muito disso, a gente discutir caso clínico, trazer. Situações que a gente vive aqui, que eu queria tanto perguntar a outras pessoas, assim; “Como vocês classificariam esse PRM? Porque eu vejo dessa forma”. Então, assim para o paciente a gente vai resolver, mas no método, como que a gente iria categorizar isso? Como que a gente iria documentar? Dá muita vontade, como um aprendizado, melhoria. Eu tive esse ponto de interrogação e será que não seria, então, né? Então ver visão de outras pessoas, eu acho que isso falta para a gente, não só para a gente, acho que de maneira geral nos serviços. (Helena)

Eu acho que essa questão de ter essas discussões em grupo eu acho super importante, para ir construindo algo junto, já que está tão fragmentado e a partir de agora a gente vai precisar consolidar de certa forma, pensar em como fazer essa farmácia clínica, que é uma realidade cada vez mais próxima, então acho extremamente relevante, importante essas conversas em grupo, sim. Essas discussões em grupos. (Sofia)

7.3.2 Educação ao longo da vida

O desenvolvimento de competências para a provisão do cuidado farmacêutico é uma meta que será perseguida ao longo de toda carreira do farmacêutico. As

exigências impostas pelo processo de rápido desenvolvimento tecnológico e as constantes mudanças no cenário da saúde (com a introdução constante de novas tecnologias, serviços e terapias inovadoras), alinhado com a nova perspectiva do farmacêutico voltado para cuidados mais orientados para o paciente, determinam a necessidade de se estender a ação educativa e de aprendizagem durante todo o percurso profissional e ao longo da vida. Essa necessidade da continuidade da aprendizagem para a atuação dos farmacêuticos na prática do cuidado foi apresentada por praticamente todos os participantes durante suas falas, com a demonstração do interesse e entendimento quanto a importância de tal desenvolvimento de forma contínua. Esse elemento, que emergiu dos dados qualitativos da pesquisa, é corroborado com os dados quantitativos já apresentados na seção anterior a respeito da identificação do aprendizado contínuo ao longo da vida (*lifelong learning*) como uma habilidade necessária de ser desenvolvida pelos profissionais, reforçando a presente categoria que emergiu na pesquisa qualitativa.

Fernanda reflete tal questão em sua fala (transcrita abaixo), demonstrando a consciência quanto a brevidade das mudanças que ocorrem no cenário de saúde e a necessidade dos farmacêuticos manterem suas competências para a prática do cuidado a partir do seu desenvolvimento contínuo:

Você tem que estar continuamente estudando, sabe? Tem que estar sempre buscando, sempre buscando. Até porque a medicina, a clínica está sempre atualizando, sempre lançando coisas novas. Sempre tem alguma coisa, sempre tem uma novidade. Então você tem que estar sempre se atualizando. (Fernanda)

Essa visão é também corroborada por Helena:

Eu me sinto segura. Pronta? Assim, eu acho que nunca a gente vai estar, sempre tem alguma coisa, sempre vai aparecer alguma situação que eu vou precisar estudar isso. Eu acho que sempre, acho que quem trabalha com essas áreas, acho que em todas as áreas, mas a gente que trabalha com clínica e com situações que vão mudando, medicamentos que vão surgindo, parâmetros que vão mudando também, acho que a gente sempre vai ter que se atualizar. (Helena)

Os farmacêuticos, como profissionais de saúde que possuem dentre suas responsabilidades profissionais garantir que o indivíduo por eles assistido obtenha o máximo benefício terapêutico de seus tratamentos medicamentosos, têm uma necessidade de aprendizagem e atualização constante sobre os

desenvolvimentos da prática e das ciências farmacêuticas, assim como habilidades humanísticas, capacidade de uso de fontes de informações científicas confiáveis, dentre outros atributos inerentes às competências relativas à prática do cuidado farmacêutico. Esse desenvolvimento poderá ser viabilizado a partir de uma motivação intrínseca do próprio farmacêutico e do seu comprometimento com o seu desenvolvimento contínuo (FIP, 2022).

Por mais que eu estou há sete anos, e que minha formação foi voltada e eu busquei isso, nunca.... [...] Eu acho que eu não sei um terço do que a gente pode aprender, porque é muito dinâmico. Precisa de uma busca constante, sabe, do farmacêutico para essa atuação. (Teresa)

A Federação Internacional Farmacêutica (FIP) reconhece o desenvolvimento profissional contínuo (tradução livre para o termo em inglês “*continuing professional development*”) como uma competência essencial a ser incluída nos currículos de Farmácia, garantindo o desenvolvimento dessa habilidade nos egressos dos cursos de graduação e a continuidade de seu uso ao longo da vida profissional (FIP, 2017b). De acordo com esse órgão, o desenvolvimento profissional contínuo é definido como “*a responsabilidade individual dos farmacêuticos pela manutenção sistemática, desenvolvimento e ampliação de conhecimento, habilidades e atitudes para garantir a competência contínua como profissional, ao longo de suas carreiras*” (FIP, 2022 – p. 2).

O desenvolvimento profissional contínuo corresponde a uma abordagem de aprendizagem autodirigida, inserida em processo contínuo e cíclico que envolve a autoavaliação do profissional por meio da prática reflexiva, o desenvolvimento de um plano de aprendizagem pessoal, a efetivação da ação de aprendizagem, a avaliação e aplicação na sua prática profissional (FIP, 2022).

No Brasil, a lógica desse desenvolvimento profissional contínuo está baseada, em suas políticas públicas, na metodologia de ensino-aprendizagem por meio da EPS, que tem como direcionamento a discussão da educação como prática transformadora e aprendizagem significativa (MUÑOZ; SOUSA, 2020). Seu desenvolvimento histórico no país foi fundamentado na lógica de entender a educação permanente como uma estratégia para provocar mudanças nos processos de trabalho, diferenciando-se dos modelos estruturados em cursos específicos e pontuais que objetivam a “reciclagem” profissional, de forma

dissociada aos demais elementos e ações que constituem a atenção em saúde (MELLO *et al*, 2018).

A premissa da EPS é de que o processo de aprendizagem se dá pela reflexão sobre a realidade vivida no dia a dia do trabalho, oportunizando o pensamento crítico sobre as atuações e condutas a fim de buscar estratégias de superação das dificuldades tanto particulares quanto gerais (MUÑOZ; SOUSA, 2020). Como processo, não tem início ou fim, devendo ser perene, baseando-se no aprender a aprender, individual e coletivamente, com o compartilhamento de saberes e experiências entre os envolvidos.

As constantes transformações na prática farmacêutica e os avanços e maior apropriação desse profissional no cuidado em saúde trazem consigo as necessidades de maior investimento na formação desse profissional de forma contínua, com vista a desenvolver e aprimorar as competências necessárias para o cuidado e o atendimento das necessidades da população, tendo em vista o contexto complexo dos estabelecimentos de saúde que requerem uma contínua reflexão frente às competências requeridas desses profissionais. A construção de competências para o cuidado farmacêutico durante a formação acadêmica, ainda tão frágeis nos cursos de graduação de Farmácia no país, como já discutido anteriormente, não garante a renovação na prática ao longo da trajetória desses profissionais. O aperfeiçoamento dessas competências, deve, portanto, ser um compromisso individual dos farmacêuticos (a partir de uma motivação intrínseca), como também das instituições de saúde por meio da estruturação de uma rede de desenvolvimento permanente. Para além desses compromissos (individual e institucional), o farmacêutico deve assumir esse desenvolvimento ainda como um compromisso profissional, como uma prerrogativa para se manter na profissão e na provisão do cuidado, uma vez que, baseado em sua filosofia de prática, assume a responsabilidade clínica frente a um indivíduo para o qual presta o cuidado em saúde.

Assim, a EPS apresenta-se como uma possibilidade de organização do processo de trabalho por meio da educação em serviço, visando fortalecer o desenvolvimento das competências dos farmacêuticos para a prática clínica.

7.4 Não Assumindo a responsabilidade pela farmacoterapia do paciente

Antes de adentrar na descrição mais detalhada desta categoria, cabe aqui trazer para a discussão a escolha para a denominação dada à mesma. Durante o processo de análise e codificação dos dados coletados, foram incluídos, inicialmente, nessa categoria dezoito códigos distintos que traziam aspectos comuns quanto ao reconhecimento ou não do farmacêutico na prática do cuidado ao paciente, aspectos relacionados a integração com a equipe multiprofissional, visão médico-centrada para as decisões sobre o cuidado, percepções dos participantes quanto as responsabilidades que assumiam ou não nesse cuidado e outros. Dessas codificações, nove representavam aspectos considerados negativos, como dificuldades, receios, barreiras no entendimento do papel do farmacêutico no cuidado, tanto dos próprios farmacêuticos quanto de suas observações sobre os demais profissionais de saúde. Esse fato me levantou o alerta a respeito do quanto os farmacêuticos ainda NÃO assumem a sua responsabilidade no processo de cuidado ao paciente, por inúmeros fatores. Por outro lado, percebe-se que essa responsabilização e esse entendimento sobre o papel assumido pelo farmacêutico é ainda um processo em construção e que vem sendo desenvolvido a partir da maior disseminação e incorporação pelos farmacêuticos quanto a esse novo paradigma de atuação e quanto a filosofia de prática vinculada ao modelo de prática proposto pelo Cuidado Farmacêutico.

Taxar o “não” desse título, portanto, deve ser entendido não apenas como uma simples representação gráfica, mas um chamado e, acima de tudo, uma esperança quanto à possibilidade de mudança do cenário de atuação do farmacêutico na prática clínica a partir do maior entendimento e da percepção desses sobre a responsabilidade assumida. Espera-se, assim que este trabalho sirva também como uma fagulha e um convite para esse entendimento e essa reflexão.

Toda prática profissional na área da saúde estrutura-se em três componentes fundamentais, que lhes proporciona seu valor, legitimação e reconhecimento frente à sociedade. Esses componentes correspondem a: 1) uma filosofia profissional, que estabelece o fundamento da prática, definindo os valores e

responsabilidades do profissional; 2) um processo de cuidado ao paciente, que delimita a forma ou o método de trabalho e 3) o sistema de gestão da prática, que sinaliza os recursos indispensáveis para o oferecimento de um serviço de qualidade e eficiente (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

O padrão de prática profissional proposto a partir do Cuidado Farmacêutico segue a mesma lógica e define como sua filosofia a responsabilidade do farmacêutico em atender a todas as necessidades farmacoterapêuticas do paciente por meio da identificação, prevenção e resolução de problemas relacionados aos medicamentos, responsabilizando-se pelos resultados obtidos com a farmacoterapia e respondendo por esse compromisso, e atuando de forma centrada no paciente (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

O entendimento e a incorporação dessa filosofia da prática profissional mostram-se como o primeiro passo para que o farmacêutico internalize suas responsabilidades como um profissional de saúde provedor do cuidado direto ao paciente. A consciência e incorporação do farmacêutico quanto ao seu papel no processo de cuidado permite a esse profissional maior discernimento quanto as suas atribuições e com isso suas competências. Dessa forma, é essencial que a filosofia da prática profissional seja bem entendida, clara e facilmente reconhecida / definida por aqueles que a praticam.

Esse entendimento, no entanto, parece ainda não muito incorporado pelos farmacêuticos participantes do estudo, considerando a fala de alguns deles:

O médico prescreve, a enfermeira administra, a fisioterapeuta nesta parte respiratória... já é bem definido, o farmacêutico não tem uma função bem definida. Eu ainda não consigo colocar uma "cara" para que a gente seja mesmo visto. (Bianca)

A fala de Bianca, quanto a falta de um entendimento claro quanto ao papel do farmacêutico na prática do cuidado, é reforçada pelos resultados obtidos no questionário estruturado apresentado aos farmacêuticos da instituição. A provocação, em uma pergunta aberta, para descreverem brevemente o que consideravam como o principal papel do farmacêutico no cuidado em saúde, foi uma estratégia de se verificar o quão claro e consistente se apresenta aos

próprios farmacêuticos a responsabilidade assumida por esses profissionais na provisão de serviços clínicos e, conseqüentemente, avaliar o alcance da filosofia do Cuidado Farmacêutico junto aos mesmos. As respostas apresentadas, no entanto, mostraram-se muito diversificadas, demonstrando uma falta de uniformidade e até mesmo de clareza quanto ao real papel do farmacêutico na provisão do cuidado. Na tabela 10, abaixo, seguem transcritas algumas das respostas provenientes dos questionários respondidos pelos farmacêuticos.

Tabela 10 – Amostragem das respostas provenientes do questionário estruturado referente ao entendimento quanto ao papel do farmacêutico no cuidado em saúde.

PERGUNTA:	Descreva brevemente o que você considera que seja o principal papel do farmacêutico no cuidado em saúde
RESPOSTAS: (Amostragem)	“Responsável pelo uso racional dos medicamentos”
	“Responsável pela realização de ações de educação em saúde, além de executar ações inerentes ao ciclo da assistência farmacêutica”
	“Apoio a equipe multidisciplinar e cuidado direto ao paciente, interligando com o contato médico, principalmente após a alta hospitalar”
	“Auxiliar a adesão ao tratamento, avaliando possíveis interações e reações adversas e participar do auto cuidado do paciente”
	“Zelar pela saúde e bem estar do paciente, com foco no medicamento”
	“Revisar as prescrições médicas, analisar exames laboratoriais e elaborar um plano de cuidado para melhor adesão farmacológica do paciente”
	“Ele é a ponte entre o paciente e o médico. Proporcionado um tratamento seguro e melhor”

Fonte: Dados provenientes da pesquisa.

Depreendemos dessas respostas a falta de consistência no entendimento da filosofia da prática do cuidado farmacêutico e a dificuldade dos próprios farmacêuticos de expressarem as responsabilidades precípuas dessa prática profissional.

É importante ter em mente que a filosofia de prática é específica e é um componente prescritivo de uma profissão. Isso significa que todos os profissionais que assumem uma determinada profissão, devem possuir a mesma filosofia de prática, resultando, como consequência, na padronização de valores e comportamentos e no oferecimento consistente de um serviço passível de ser reconhecido e demandado pela sociedade. Essa filosofia da prática permite que os pacientes e profissionais saibam o que esperar do serviço provido e o farmacêutico passa, assim, a ser responsabilizado pelo que deve fazer e pelo que realmente faz (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012).

Dessa forma, é essencial que o farmacêutico tenha a compreensão profunda do que um farmacêutico faz.

Sorensen *et al* (2020), em seu trabalho intitulado “*A Dentist, Pilot, and Pastry Chef Walk into a Bar...Why Teaching PPCP is Not Enough*”, é incisivo ao apontar a importância de se ter bem definido o processo farmacêutico de cuidado ao paciente, de forma que a profissão seja capaz de demonstrar seu valor. Segundo o mesmo, os padrões garantem consistência e criam confiança na experiência frente a um profissional, viabilizando o seu reconhecimento pela sociedade e pelos demais profissionais (SORENSEN *et al*, 2020). A condução para que se alcance um processo de cuidado específico para a Farmácia (que a diferencie dos demais profissionais da saúde e que agregue valor a sua atuação junto a equipe de cuidado) será viabilizada por meio de sua filosofia de prática, a qual deverá definir claramente O QUE e COMO o farmacêutico deve exercer suas atividades (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

Helena demonstra, em sua fala, uma percepção que vai ao encontro com o proposto por Sorensen:

[...] acho que Atenção Farmacêutica traz isso, como que eu vou raciocinar e como que eu vou colocar isso na forma de um serviço, que as outras pessoas enxerguem como um serviço. Porque a informação pela informação, todo mundo tem várias e todas as profissões têm várias. Mas a gente precisa sistematizar isso para virar uma rotina, replicável em que diversas pessoas vão fazer, em qualquer lugar e que

a gente consiga ensinar, treinar. Que qualquer um que faça vai ter a mesma.... Claro que tem as nuances de cada um. Mas, de maneira geral, a gente vai conseguir fazer um trabalho que tem um padrão. Eu acho que é isso. (Helena)

Em contraponto, a falta da consistência na internalização da filosofia da prática profissional enfraquece as percepções de suas responsabilidades, levando a um posicionamento mais frágil junto a equipe e distanciando o farmacêutico de seu papel: NÃO assumindo, de forma veemente, a responsabilidade pela farmacoterapia do paciente.

E eu fico muito indignada quando eu escuto um 'trem' desses porque querem um reconhecimento, mas não querem assumir. Porque quando vira e fala assim: "a dose tá errada". "Ah, mas foi o médico que prescreveu" Pra mim não é o médico que prescreveu, você também estava então você também é responsabilizado. Eu acho que o farmacêutico ainda não.... Ele quer ter o bônus da farmácia clínica, mas não quer ter o ônus. (Teresa)

É importante ressaltar que muitos dos farmacêuticos atuantes no cenário profissional atualmente advêm de uma formação acadêmica que não proporcionou aos mesmos uma base consolidada que lhes preparasse para aplicar consistentemente um processo de cuidado ao paciente. Esses profissionais se encontram inseridos, no entanto, em um sistema de saúde em que as expectativas quanto às habilidades e à experiência do farmacêutico para a provisão do cuidado estão crescendo cada vez mais e os mesmos necessitam se adaptar a essa nova realidade.

Essas expectativas encontram-se presentes, por exemplo, nas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação de Farmácia de 2017 (BRASIL, 2017), que estabelece, para a execução do eixo de Cuidado em Saúde previsto na formação dos farmacêuticos, a necessidade de desenvolvimento de diversas competências que auxiliem esse profissional na identificação e análise das necessidades de saúde do indivíduo, da família e da comunidade, como também, no planejamento, execução e acompanhamento de ações em saúde. O Conselho Federal de Farmácia, por sua vez, em documento intitulado "Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade:

contextualização e arcabouço conceitual”, traz também quais os serviços clínicos podem ser esperados de serem providos pelos farmacêuticos para atendimento das necessidades de saúde da população e para os quais espera-se que os farmacêuticos estejam preparados a atuar (CFF, 2016). Assim, tais documentos servem, considerando seus aspectos normatizador e de orientação de classe profissional, respectivamente, vigentes no país, como direcionadores no âmbito da profissão farmacêutica no que diz respeito à prática do cuidado.

É importante a ressalva de que este último documento citado, ao trazer para o escopo do Cuidado Farmacêutico diversos serviços, além do GTM (ou acompanhamento farmacoterapêutico), que não necessariamente seguem o modelo de prática do *Pharmaceutical Care* originalmente proposto por Hepler e Strand (1990), cria a possibilidade de maiores dificultadores no entendimento da filosofia da prática proposta nesse modelo de prática profissional e sua uniformização. Elementos estruturadores do modelo de prática do Cuidado Farmacêutico, como, por exemplo, o holismo, a centralidade no paciente e o cuidado por meio de uma relação terapêutica, não se encontram necessariamente em todos os serviços propostos pelo CFF no documento citado (CFF, 2016). Ao utilizar tais documentos como referência para a prática clínica farmacêutica, portanto, o profissional deve ter o discernimento quanto as críticas e ressalvas aqui apresentadas, de forma a buscar coerência e maior efetividade nos serviços clínicos providos.

Em continuidade à discussão aqui apresentada, destaca-se que a atuação no cuidado em saúde, para muitos desses profissionais, significa uma mudança de paradigma e uma ruptura com os padrões até então direcionados para sua atuação, o que, de certa forma, favorece essa fragilidade quanto a consciência da responsabilidade do farmacêutico na prática clínica e de sua filosofia de prática no Cuidado Farmacêutico.

Conforme abordado por Ramalho de Oliveira e Shoemaker (2006), a mudança para uma abordagem orientada ao paciente é reconhecida como um paradigma totalmente diferente do paradigma técnico de dispensação. Tradicional e historicamente, o objeto social da profissão farmacêutica foi o medicamento e não o paciente. Assim, os farmacêuticos, formados com base nessa construção

específica baseada na sua função técnica voltada ao medicamento, têm suas maneiras habituais de se relacionar e reagir aos pacientes, refletindo sua educação tradicional e, conseqüentemente, não podem ser convertidos em um tipo diferente de profissional instantaneamente. É necessário, portanto, que os esses farmacêuticos estejam preparados e abertos para abandonar papéis antigos e assumir novos que atendam melhor às necessidades farmacoterapêuticas dos pacientes e seus desejos (RAMALHO DE OLIVEIRA; SHOEMAKER, 2006). Assumir seu papel na prática do cuidado infere em assumir novas responsabilidades.

Essa mudança de paradigma impõe ao farmacêutico, muito mais do que a internalização de sua filosofia de prática, também a necessidade de sua qualificação (ou requalificação) voltada para um enfoque clínico, comunicativo e crítico, direcionado para o desempenho do cuidado farmacêutico.

Eu vejo que às vezes muitos farmacêuticos que vieram pro hospital, veio pensando em gestão. Então é um desafio muito grande você quebrar essa barreira para estar assumindo ali no cuidado com o paciente, né? A responsabilidade a mais assusta. E muitos não têm nem, vamos dizer, perfil mesmo. E aí se vê agora, num momento onde que muda um pouco a visão da instituição que a ideia não é ter um farmacêutico dentro de uma farmácia, atrás do computador. É ter ele na ponta. Isso assusta. (Sofia)

Eu vejo que a maioria hoje... Acho que por trabalhar no hospital; nós que estamos há mais tempo aqui, que sabe que o olhar saiu só do medicamento, hoje eu vejo que a preocupação é em cima do paciente, da gente resolver o problema do paciente ali, acho que a maioria ali está com esse olhar, se responsabilizando. (Larissa)

Então acho que o profissional já está mudando um pouco o raciocínio em si. Os que chegaram já não é mais somente gestão. (Rafaela)

No começo, como a farmacêutica está acostumada ali dentro da farmácia, no começo foi um pouquinho difícil a gente saber lidar com o paciente, porque a gente tem que ter um tempo livre, que é difícil, né? Então era muito difícil porque o paciente ele quer contar a vida dele. Tudo que aconteceu. Tomam muito seu tempo, então você tem que estar disposta a escutar e é muito importante essa parte. (Camila)

Camila traz em sua fala aspectos importantes de serem aqui melhor discutidos. O primeiro deles diz respeito a essa dicotomia entre a gestão técnica do medicamento e o cuidado em saúde. Ao mencionar que *“a gente tem que ter um tempo livre, que é difícil, né?”*, a farmacêutica apresenta o serviço clínico como algo extra a ser incluído em suas responsabilidades profissionais, como um peso a ser assumido. Apesar de as atividades de gestão do medicamento e do

cuidado em saúde precisarem ser entendidas e dedicadas como atividades independentes, essa separação ainda é um fator de confusão e dificuldade em muitos serviços de saúde, como na instituição analisada. O papel do farmacêutico ainda se encontra muito representado por suas ações relacionadas ao acesso ao medicamento e, para alguns farmacêuticos, a provisão do cuidado surge como uma atividade secundária, a ser realizada apenas quando a primeira estiver suprida. Essa condicionante é um fator importante sobre o qual há a necessidade de uma reflexão conjunta, entre farmacêuticos, demais profissionais de saúde e gestores, uma vez que pode, de certa forma, simplificar a contribuição e o real papel do farmacêutico junto à equipe de saúde, dificultando o processo de reconhecimento e compreensão do farmacêutico como um profissional do cuidado e suas responsabilidades clínicas a serem assumidas. Esses aspectos foram também discutidos no trabalho de mestrado de Silva (2016), que buscou descrever a experiência do processo de transformação profissional do farmacêutico tradicional para o farmacêutico do cuidado no âmbito da atenção primária.

O segundo ponto de discussão advém do trecho *“Então era muito difícil porque o paciente ele quer contar a vida dele. [...] Tomam muito seu tempo, então você tem que estar disposta a escutar [...]”*. Essa fala representa uma realidade dos cenários de prática hospitalar, em que a sobrecarga de demanda, muitas vezes conciliada com as atividades técnico-gerenciais acima já discutidas restringem a disponibilidade de tempo para algumas ações do farmacêutico, como no contato direto com o paciente. Uma forma de minimizar esse impacto se apresenta a partir da obtenção de maior clareza do papel do farmacêutico no atendimento clínico, de forma que permita direcionar suas perguntas e ações para identificação das informações necessárias ao cuidado a ser provido pelo farmacêutico. Sobre esse aspecto, Helena apresentou a seguinte fala:

[...] a gente tem que saber coletar de forma prática, porque é um serviço. Então eu não posso passar um dia com o paciente, uma manhã com o paciente. Do ponto de vista prático, também, isso é importante. Eu acho que aprender talvez a puxar o novelo na hora certa, parar na hora certa, para o serviço também fluir e a gente conseguir atender o maior número de pacientes da melhor forma possível. (Helena)

Diante de todo o exposto, pode-se afirmar que a consciência do farmacêutico quanto ao seu papel no processo de cuidado ao paciente permite a esse profissional maior discernimento quanto as suas atribuições e com isso suas competências. Tendo essa consciência, o profissional consegue identificar melhor suas deficiências e necessidades de desenvolvimento, compreendendo melhor as atitudes, valores éticos, habilidades, comportamentos e conhecimentos necessários para a prática clínica. Serve, portanto, de modo figurativo, como um motor que irá impulsionar o farmacêutico na prática do cuidado, propiciando maior reconhecimento e visibilidade do profissional, desmistificando o farmacêutico clínico como um “membro assessorio” da equipe.

Ao assumir essa consciência quanto a sua responsabilidade dentro da equipe assistencial, o farmacêutico passa a ter maior segurança na efetivação de suas ações, possibilitando instrumentalizar suas atividades para serem vistas realmente como um serviço prestado, assim como dos demais profissionais de saúde. A internalização dessa consciência permite ainda viabilizar uma maior integração do farmacêutico com a equipe multidisciplinar, onde esse profissional conseguirá ter maior discernimento quanto ao seu papel e sua contribuição na provisão do cuidado de forma assertiva.

7.4.1 *Farmacêutico: “membro assessorio”?*

O cenário hospitalar apresenta de forma ainda muito característica a centralização do cuidado na figura do médico, em que esse profissional assume posição central e quase exclusiva na tomada de decisões. Esse posicionamento acaba por gerar uma hierarquia de poder dentro das equipes de saúde e limitar a participação ativa de outros profissionais.

Eu ainda vejo algumas situações que são muito reportadas ao médico, e que as vezes o farmacêutico poderia, sabe? Mas aí eu acho de uma forma, às vezes geral, haver muita coisa, por exemplo, da nutrição sendo reportada ao médico. Então, talvez não seja uma coisa com o farmacêutico, talvez esteja no papel do médico na equipe, talvez. (Helena)

Porque eu falo que essa que é a limitação de todo profissional da saúde: eu posso até aqui, por mais que eu esteja certo, eu posso até aqui, depois daqui para lá é do médico. (Teresa)

Essas percepções dos farmacêuticos, acima citadas, refletem a forte influência do modelo biomédico no cenário hospitalar, sendo esse modelo historicamente dominante na prática clínica e na organização dos serviços de saúde.

O modelo biomédico tornou-se prevalente no século XIX, sendo fundamentado pelo pensamento Cartesiano de divisão do corpo e mente, fazendo com que a medicina aderisse a uma lógica de corpo humano como uma máquina composta por diferentes e minuciosas partes, que precisava ser analisado separadamente como peças. A doença era vista como o mau funcionamento dos mecanismos biológicos e o médico como provedor do bom funcionamento dessa máquina, assumindo para si o papel de intervir para consertar o defeito de um mecanismo. Dessa forma, o poder hegemônico passou a ser do profissional médico, uma vez que todas as intervenções propostas deveriam passar pelo seu crivo para serem aprovadas (MELO *et al*, 2013).

Sob esse modelo, os hospitais passaram a ser organizados como espaço clínico de uma ciência voltada às patologias, sendo a saúde reduzida à ausência de doença. O centro da atenção do profissional é o indivíduo doente, com foco principal no diagnóstico e tratamento biológico, relegando, muitas vezes, a saúde a um processo técnico e fragmentado. Ainda sob essa lógica, quanto mais especializado o conhecimento, mais “perfeita” seria a saúde e a visão do ser humano tornou-se fragmentada. (MELO *et al*, 2013; SOARES; SANTOS, 2013).

Conforme discutido por Soares e Santos (2013) essa supervalorização do conhecimento especializado leva à consequência de um único profissional, no caso o médico, deter o máximo poder frente as decisões sobre o cuidado do paciente, enquanto os demais profissionais da saúde somente “orbitam” ao seu redor.

Com certeza, *[o médico]* tem essa figura mais centralizadora. Então acho que dependendo da demanda, eles vão direcionar *[ao médico]*, independente do profissional que pudesse talvez estar ali absorvendo aquela demanda, entendendo aquela situação. (Helena)

Essa perspectiva acaba empobrecendo a abordagem sobre a necessidade de saúde do indivíduo assistido, tendo em vista que o ser humano é muito mais complexo do que a soma das partes analisadas de forma fragmentada pelo modelo biomédico, não sendo capaz de incluir outras dimensões que fazem

parte do indivíduo, como os sentimentos, sensações, vontades, medos (SOARES; SANTOS, 2013).

No ambiente hospitalar, portanto, a manutenção desse modelo de atenção à saúde baseado no modelo biomédico, acaba perpetuando a ideia de que o médico é o único e principal responsável pela gestão do cuidado. Desconsidera, ainda, a complexidade da saúde e a interdependência de diferentes saberes e práticas (passíveis de serem agregados por outros profissionais de saúde) que possam contribuir para um cuidado mais integral e centrado no paciente. Essa perspectiva acaba, de certo modo, desvalorizando a atuação de outros profissionais de saúde, dentre eles o farmacêutico, que têm papel de extrema importância na complementariedade e na continuidade do cuidado.

A fala de Sofia enfatiza essa visão médico-centrada para as decisões sobre o cuidado do paciente, que fica mais evidente no ambiente hospitalar:

Até que ponto a gente pode ir? Porque às vezes o pessoal acha que o que a gente pode fazer é barrar e pronto, acabou. Mas prescrição é do médico. A gente pode orientar, a gente pode sugerir, mas eu não posso.... Se o médico prescreveu, se ele carimbou, se ele assinou, até que ponto eu posso ir? A partir do momento que já foi discutido, que ele está ciente que ele quer que seja feito daquela forma. Então eu vou barrar por causa da função renal? Não, não vou barrar. Ele está orientado, ele está ciente, mas foi optado não ajustar. E as pessoas confundem muito isso, não sabem até que ponto que pode ir. (Sofia)

Helena, apesar de reconhecer sua responsabilidade frente às decisões sobre a farmacoterapia do paciente, tem a percepção quanto a essa distorção causada pelo modelo biomédico ainda presente no cenário hospitalar, que leva a um pensamento errôneo de uma responsabilidade secundária do farmacêutico no cuidado ao paciente, sendo relegado apenas a um “membro assessorio” da equipe.

Eu acho que isso também é uma habilidade talvez que a gente não é preparado para se unir nessa responsabilidade, eu acho. Acho que tomar o problema mesmo pra si. Porque assim, é um problema meu. Se acontece alguma coisa, é um problema meu também. Eu também respondo por isso, eu não sou um... Eu acho que é isso, porque às vezes a gente é visto como um membro assessorio da equipe, sabe? Assim, se eu fizer: “Ah, que legal, que eu identifiquei o medicamento, que eu fui lá e que eu fiz uma intervenção” e se eu não fizer: “Está tudo bem”, ou se eu fizer errado ou se eu fizer de outra forma [...]. (Helena)

Essa mesma percepção pode ser verificada em outras falas dos farmacêuticos, que corroboram com a visão ainda existente quanto a centralização da decisão do cuidado sobre o médico e a peculiaridade do cenário hospitalar que, por sua estruturação, acaba por incentivar a perpetuação desse modelo.

O médico com poder de decisão mesmo. Você pode sugerir, mas você não decide. Você sugere. [...] Ele vai acatar ou não, no entanto, o poder de decisão é dele. (Teresa)

Eu não acredito que seja da mesma hierarquia. Mas eles dão oportunidade para a gente falar, não na mesma hierarquia. Tanto que quando a gente fala e eles falam: “Tá bom, vou avaliar”. E aí, depois que eles avaliam, discutem o caso com preceptor com os residentes, eles tomam uma decisão [...]. (Bianca)

Às vezes a gente até sabe qual seria a conduta mais adequada, mas a gente depende da prescrição, porque a gente não faz nenhuma orientação que não esteja documentada. E o médico tem essa figura centralizada nesse momento. (Helena)

Os aspectos trazidos nas falas dos participantes desta pesquisa, vão ao encontro de alguns achados presentes no trabalho de Detoni (2023), que em seu estudo de doutorado sobre a educação interprofissional para a tomada de decisão compartilhada em farmacoterapia revelou, mesmo em um grupo de estudantes da área da saúde, a reafirmação da centralidade médica na decisão sobre o cuidado. Demonstrou-se, assim, como a noção de hierarquia médica é construída desde a formação, acompanhando esses profissionais no decorrer de sua atuação clínica. Além disso, Detoni (2023) destaca como o ato de prescrever demonstra poder, *status* profissional e autonomia clínica, o que ficou bem evidente na fala de Sofia apresentada anteriormente. Esse cenário desafia a construção de relações interprofissionais (DETONI, 2023).

Essa situação, imposta pela visão do modelo biomédico ainda presente nos hospitais, quando alinhado a uma fragilidade no entendimento da filosofia do Cuidado Farmacêutico e da responsabilidade assumida pelo farmacêutico quando passa a atuar no cuidado em saúde, pode acabar acarretando em uma maior insegurança na atuação desse profissional, que deixa de assumir seu papel de responsabilização pela farmacoterapia do paciente de forma integral.

[...] eu estudo e aí baseado no que eu vejo, eu converso com o médico, verbalmente, eu não registro nenhuma sugestão de alteração. Porque isso a gente acha que eles vão achar que está intrometendo na conduta. Então, sempre é uma conversa. (Camila)

A documentação da intervenção realizada pelo farmacêutico é parte fundamental do processo de cuidado, de forma a demonstrar o serviço provido e uma forma de viabilizar a análise dos resultados da prática, devendo ser um compromisso do profissional na prática do cuidado. Esse compromisso se encontra vinculado ao entendimento quanto a responsabilidade do farmacêutico e a importância do seu papel junto à equipe. Devido a sua importância e relevância nos dados avaliados, a documentação farmacêutica para a prática do cuidado será discutida especificamente em subseção posterior.

É importante refletir que as falas dos próprios farmacêuticos, muitas vezes, já trazem incutidas essa percepção de seu posicionamento dentro da equipe de saúde como um apoio e não como um membro integrado e com sua parcela de responsabilidade sobre o cuidado.

Eles entendem como uma ajuda, a maioria. Claro que tem uns que não gostam. (Camila)

A fala de Camila, acima, quando questionada sobre como a equipe multidisciplinar entende o papel do farmacêutico atuando na prática clínica, permite levantar algumas reflexões. Isto é, será que o entendimento que queremos como farmacêuticos é que sejamos vistos como ajudantes? Ajudantes de quem? Seria ainda do médico como ator decisório no processo de cuidado? Será que devemos ficar satisfeitos com essa posição de membro assessor da equipe? Ou conseguiremos buscar a visibilidade do farmacêutico como membro da equipe de saúde que tem e assume sua responsabilidade no cuidado dentro do que lhe cabe, de acordo com seu padrão de prática profissional? E o que os farmacêuticos estão fazendo para alcançar essa última visão?

Para iniciar a resposta a todos esses questionamentos é primordial que os farmacêuticos, primeiramente, tenham internalizado de forma contundente a sua filosofia de prática profissional para que possam reconhecer seu papel e seu valor dentro da equipe e como a sua contribuição é fundamental para o cuidado ao paciente, de forma similar à de outros profissionais de saúde, cada qual com a sua contribuição específica. Como uma prática profissional, o cuidado farmacêutico deve ser fornecido diretamente ao paciente e centrado neste, e o profissional assume a responsabilidade pela qualidade desse cuidado. Portanto,

como discutido por Hepler e Strand (1990), a cooperação não pode ser alcançada pela subordinação profissional, ou o paciente correrá o risco de perder algumas das vantagens dos serviços prestados sob diferentes abordagens e olhares específicos. Ainda segundo esses autores, “o elemento essencial é a aceitação do farmacêutico da responsabilidade direta para com o paciente. A autonomia profissional flui naturalmente da responsabilidade e competência profissionais” (HEPLER; STRAND, 1990 – p. 541).

Em seguida, deve-se ter em mente também que o Cuidado Farmacêutico acontece de forma colaborativa e integrada as outras práticas profissionais, conforme citado por Ramalho de Oliveira (2011). Dessa forma, o Cuidado Farmacêutico deve complementar às práticas de cuidado de outros profissionais (como a medicina, enfermagem, psicologia, nutrição dentre outros), estando o farmacêutico inserido na equipe multiprofissional de saúde e assumindo a responsabilidade específica do gerenciamento da farmacoterapia do paciente (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011). O objetivo que se almeja é a cooperação eficaz dos profissionais provedores do cuidado farmacêutico com médicos, enfermeiros e demais profissionais de saúde, como profissionais equivalentes (HEPLER; STRAND, 1990).

Fernanda traz em sua fala a percepção quanto a importância do farmacêutico na equipe do cuidado, com sua responsabilidade em agregar e contribuir a partir de seu olhar para o medicamento, contribuição essa específica do farmacêutico.

Então, o profissional farmacêutico é um profissional que ele agrega quando ganha confiança da equipe. Porque a gente ajuda, querendo ou não, porque a gente tem o olhar para o medicamento. Então o profissional médico às vezes ele está com outro olhar, está com uma outra visão. E quando está com o farmacêutico ali, ele está lembrando às vezes de um outro ponto que é ligado ao medicamento, que às vezes o médico não está atentando ali naquele momento. (Fernanda)

Seguindo esses entendimentos, é oportuno trazer aqui, para uma breve discussão, os conceitos relacionados à interprofissionalidade, a qual apresenta-se como um possível caminho para se alcançar a prática colaborativa, qualificando a atenção à saúde e avançando na abordagem integral do cuidado.

A colaboração interprofissional, conforme descrito por Reeves *et al* (2017), corresponde ao processo pelo qual diferentes grupos de profissionais de saúde

trabalham juntos de forma a impactar positivamente no cuidado ao paciente. Para que ocorra de modo efetivo há o envolvimento da negociação e interação regular entre os profissionais, valorizando a expertise e as contribuições que cada um deles trazem para a prática do cuidado (REEVES *et al*, 2017). Este mostra-se como um passo fundamental para mover os sistemas de saúde de um modelo de atenção fragmentado, em direção a uma posição mais colaborativa e que contribua de forma mais efetiva para o cuidado.

Diferente da simples multiprofissionalidade, a interprofissionalidade não se trata apenas de juntar atores de diferentes profissões em um mesmo espaço. Na verdade, enfatiza a colaboração ativa entre as profissões, favorecendo a comunicação eficaz e a tomada de decisões em conjunto (TOASSI, 2017).

Por meio dessa definição, depreende-se quanto a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde de forma a desenvolverem habilidades colaborativas, permitindo a formação de profissionais capazes de prestar uma assistência mais integral e, conseqüentemente, mais coerente na resolução e enfrentamento dos problemas e necessidades de saúde.

O pesquisador Hugh Barr (1998 apud TOASSI, 2017) define três grupos de competências a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde, dentro das prerrogativas da educação interprofissional, sendo elas:

- a) Competências específicas ou complementares: são aquelas trazidas pelos profissionais de cada área, com base na educação especializada e que asseguram as identidades profissionais das profissões;
- b) Competências comuns: são competências que as diferentes categorias profissionais podem desenvolver sem interferências nos próprios limites profissionais e dos demais, podendo configurar em sobreposições entre as diferentes áreas; e
- c) Competências colaborativas: são aquelas que melhoram as relações entre as diferentes categorias profissionais na dinâmica do trabalho em saúde. Consistem no aprendizado de saberes, habilidades e atitudes que permitam trabalhar em uma perspectiva colaborativa interprofissional (TOASSI, 2017).

As competências colaborativas, portanto, devem ser o foco de ação para a implementação dessa nova prática de atenção à saúde.

A organização canadense Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC), atualizou, em 2024, seu documento referente à estrutura de competências para a promoção da prática colaborativa em serviços de saúde, por meio da qual lista seis domínios de competências que revelam o conhecimento, as habilidades, atitudes e valores que irão definir comportamentos essenciais para a prática colaborativa. Esses domínios incluem: atenção centrada no paciente, comunicação interprofissional, clarificação de papéis e negociação, dinâmica de funcionamento da equipe, resolução de conflitos interprofissionais e liderança colaborativa (CIHC, 2024).

Detoni (2023) destaca a importância de tais competências colaborativas serem trabalhadas sob um olhar crítico. O desenvolvimento da comunicação com outros profissionais e com o paciente, na ótica da interprofissionalidade, deve ser construída de forma a se atentar para que não haja a legitimação das hierarquias de poder. Da mesma forma, entender o próprio papel e o dos outros deve ser refletido de uma forma que não valide a formação “uniprofissional”, mas que caminhe para “compreender ‘o que podemos fazer como equipe’ no lugar de ‘o que eu posso fazer como profissional’” (DETONI, 2023).

É importante destacar que os aspectos aqui apresentados quanto a interprofissionalidade e a educação interprofissional não têm a pretensão de esgotar o assunto, mas apenas apresentar algumas nuances que deverão ser entendidas e refletidas pelos profissionais de saúde, inclusive os farmacêuticos, para o seu desenvolvimento e busca de competências que os direcionem às práticas colaborativas, atendendo aos anseios e prerrogativas do SUS e corroborando com seus princípios de universalidade do acesso e integralidade. Apesar de ainda, de certo modo, distantes do cenário hospitalar, esses conceitos permitem apontar um novo percurso para onde direcionar as ações nos cenários de saúde e, particularmente, no âmbito hospitalar.

A partir dessas reflexões, o farmacêutico será capaz de se distanciar cada vez mais da figura de “membro assessor” da equipe, assumindo de forma

contundente a lacuna existente no processo de cuidado em saúde no que diz respeito à avaliação e ao compromisso em atender as necessidades farmacoterapêuticas dos indivíduos e, com isso, conquistando seu reconhecimento e visibilidade perante a sociedade e demais profissionais de saúde. A fala de Helena, abaixo, resume esse sentimento:

Eu acho que é quando isso se tornar uma coisa tão comum, mas tão essencial nos serviços, e aí sim, o farmacêutico vai ser visto como uma peça-chave. Não é o fulano que é uma peça-chave, é a categoria que é importante. Acho que é isso. (Helena)

7.4.1.1 Integrando-se à equipe multidisciplinar

Tradicionalmente, o farmacêutico, dentro de seu contexto histórico de trajetória profissional, encontrava-se restrito aos limites físicos das farmácias, possuindo um papel coadjuvante no processo de cuidado aos pacientes. Esse distanciamento, acarretou em uma menor integração do farmacêutico com o restante da equipe multiprofissional e uma visão quanto a sua responsabilidade estando vinculada principalmente ao acesso ao medicamento. Com o avanço do movimento relacionado à prática clínica farmacêutica e a inserção do farmacêutico, cada vez mais, junto aos demais profissionais responsáveis pela provisão do cuidado ao paciente, no entanto, gerou-se a necessidade de mudanças nas relações interprofissionais e o desenvolvimento, pelos farmacêuticos, de habilidades e atitudes que viabilizassem o trabalho colaborativo e em equipe.

A terapia medicamentosa se tornou tão complexa no mundo contemporâneo que não é mais cabível que um único profissional controle todo o processo medicamentoso sozinho. O cuidado farmacêutico, como uma prática cooperativa nos cenários de saúde em que há a provisão do cuidado, permite ganhos na qualidade do atendimento ao paciente e na sua eficácia (HEPLER; STRAND, 1990).

A integração do farmacêutico à equipe interprofissional é, portanto, de extrema importância para a consolidação das ações de cuidado ao paciente. Assim, um bom relacionamento com todos os representantes da equipe e o entendimento quanto a contribuição de cada um deles é fundamental quando se propõe a uma atuação interdisciplinar.

No entanto, os profissionais de saúde muitas vezes tendem a ter uma visão limitada e até mesmo estereotipada das demais áreas profissionais. No caso do farmacêutico, especificamente, cuja atuação na prática do cuidado apresenta-se ainda como uma nova forma de atuação profissional, que vem ainda conquistando seu espaço nos ambientes de cuidado em saúde e cuja figura até pouco tempo encontrava-se muito vinculada a do profissional dispensador de medicamentos, esse reconhecimento do papel específico do farmacêutico no cuidado ainda é uma barreira a ser ultrapassada para conquistar essa total integração junto à equipe multi/interdisciplinar.

[...] aconteceu uma situação comigo, era uma senhora idosinha, meio frasco de amoxicilina com clavulanato de oito em oito. Fui olhar, paciente com função renal ótima. Liguei no plantão e falei assim: “Ó fulana, a paciente X tá com função renal boa e está com meio frasco, dá uma olhadinha para mim?”. “Quem é você para falar de ajuste renal? Sua função é dispensar o medicamento”. Eu falei assim: “Não, a minha função é dispensar o medicamento certo na dose correta... é dispensar para o paciente certo na dose correta; é fazer uma dispensação racional e se ela está tomando uma subdose, isso não é racional. Então é minha função sim”. [...] Mas isso é uma falta de respeito imenso. Em pleno 2020, vir falar o que o farmacêutico tá fazendo ali, discutindo uma dose de função renal? Achei um pouquinho de falta de respeito, mas tem que dar as caras. Se a gente não dá as caras, não mostrar que você tá ali, nunca vai te ver também. (Teresa)

A relação de parceria construída junto aos médicos mostra-se uma das mais significativas para a efetivação da prática clínica do farmacêutico, ficando essa relação ainda mais exacerbada no ambiente hospitalar, em que a visão do cuidado ainda é muito centralizada no papel do médico. A familiarização dos prescritores com o cuidado provido pelo farmacêutico é essencial para evitar julgamentos inadequados da função específica de cada profissional (SILVA *et al*, 2018), como narrado na fala anterior. O grupo norte-americano *Interprofessional Education Collaborative* – IPEC, em sua publicação que definiu as competências essenciais para a prática colaborativa (IPEC, 2023), incluiu dentro do domínio “valores e ética”, a necessidade de “valorizar a expertise dos profissionais de saúde e seus impactos nas funções da equipe e nos resultados de saúde” (IPEC, 2023 – p. 16). Conforme esse documento, mais do que reconhecer o papel dos membros da equipe, esse entendimento deve ser tratado como um valor e uma ética entre os profissionais de saúde que se propõem a trabalhar de forma colaborativa.

O CIHC (CIHC, 2024) foi mais incisivo na sua abordagem quanto à necessidade dessa clarificação dos papéis de cada membro da equipe, definindo um domínio específico que visa discutir a necessidade de os membros de uma equipe interprofissional entenderem seu próprio papel e o papel dos demais membros, usando seus conhecimentos, habilidades, experiência e valores de forma apropriada para alcançar o cuidado focado no relacionamento colaborativo. Para isso, definiu, entre outras coisas, que para a prática interprofissional os profissionais devem:

- buscar entender o conhecimento, habilidades, experiência e valores de outros membros da equipe;
- esclarecer seu próprio papel e o de outros em um contexto específico;
- reconhecer e respeitar a diversidade de papéis, de responsabilidades e de competências de outros profissionais de saúde ou assistentes sociais (CIHC, 2024).

Quando o profissional médico não se encontra consciente quanto às condutas do farmacêutico na prática do cuidado, pode haver conflito e desgaste do relacionamento profissional, impactando na relação terapêutica a ser instituída entre farmacêutico e paciente (SILVA *et al*, 2018).

Então eu acho que é mais uma questão de profissionais [*médicos*] que realmente não tiveram contato ou tiveram um contato muito diferente e que talvez no início estranhem um pouco, ou não entendam e que depois veem que desse jeito flui. As vezes eles falavam assim para gente: “Mas eu também já perguntei isso, pro paciente”, tipo assim, você está sendo redundante, perguntando, fazendo o que eu já faço, alguma coisa assim e que depois eles vêm até nós perguntando: “O que ela te falou sobre isso?”. Então a gente vê que vai mudando, é um trabalho de formiguinha mesmo. (Helena)

Em contrapartida, quando essa relação colaborativa entre médico e farmacêutico consegue ser bem estabelecida, com o esclarecimento e a definição clara dos papéis e responsabilidades de cada parte, a tendência é que ocorra uma troca de saberes com apoio mútuo. Permite-se, com isso, a construção de uma relação profissional pautada na corresponsabilização e na busca de melhores alternativas de abordagem ou tratamento para o paciente, com a construção de um plano terapêutico que permita a contribuição sob os olhares de diferentes profissionais aptos a contribuir (SILVA *et al*, 2018).

Olha, aqui no hospital foi muito bem aceito. E eles pedem. Eles pedem. Então aqui a gente teve uma boa aceitação com os médicos. [...] Eles entendem, eles acatam o que a gente pede para modificar em prescrição, de dose... Ah, esse medicamento aqui o efeito está abaixo porque está interagindo com isso. Vamos mudar o horário. Eles acatam sim. (Rafaela)

Essa atuação multidisciplinar e colaborativa entre os profissionais é de fundamental importância, pois a visão de um pode vir a complementar o do outro, viabilizando um aprendizado conjunto e crescimento mútuo entre os membros da equipe.

A gente ganhou a confiança da equipe e aí eles viram a importância da parte clínica, da ajuda do farmacêutico. [...] a equipe ainda confia na gente, deu para perceber isso. Até pouco tempo, a gente tinha uma confiança assim muito grande da equipe, muito grande. Dos médicos ligarem na farmácia para pegar a opinião com a gente: "Saiu o resultado de exame, qual antibiótico você acha que a gente deve entrar?". Porque a gente avalia muito assim para tal bactéria esse antibiótico é resistente. E os médicos não têm essa visão. Então, eles ligavam e aí, "qual que você acha que deve entrar?". É muita confiança. E toda segunda-feira a gente faz uma reunião com a equipe multi todinha, e aí discute todos os casos, todos os pacientes. (Camila)

Às vezes eu chego no setor, "olha, eu posso discutir as minhas intervenções farmacêuticas hoje com você?", aí às vezes o médico olha pra mim: "Nossa, ótimo, adoro quando você vem!". Então assim tem uma aceitação grande. Então, pelo fato de ter uma boa aceitação, eu entendo que eles entendem como um papel relevante a presença farmacêutica. (Sofia)

Conforme discutido por Araújo (2016), a filosofia da prática farmacêutica voltada para o cuidado em saúde reforça a necessidade dessa interação multiprofissional, uma vez que contribui para assegurar a integralidade do cuidado. A interação entre os profissionais é de suma importância para que as competências necessárias para o cuidado integral e de forma holística estejam disponíveis para a solução dos problemas de saúde da população. A complementariedade dos saberes de cada profissional viabiliza a promoção do cuidado mais adequado ao indivíduo e com maior qualidade, pautando-se no fato de que o cuidado se fundamenta na interseção de diferentes processos de decisão interdisciplinares que, de forma colaborativa, se complementam sob diferentes visões do processo.

A conquista desse espaço pelo farmacêutico junto à equipe deve ser galgada aos poucos, a partir do entendimento do seu papel e sua responsabilidade no cuidado ao paciente e, com isso, sendo capaz de mostrar sua importante

contribuição, no que lhe cabe, junto às demais práticas profissionais. A construção de parcerias e de relações de confiança entre as equipes são importantes e necessárias para a inserção do farmacêutico e deve se estender a todos os demais profissionais que constituem a equipe de cuidado ao paciente. Deve-se, assim, promover ações que permitam a discussão e a reflexão sobre uma visão mais ampla e clara da contribuição de cada uma das profissões na atenção à saúde.

Todos os profissionais têm que saber a importância *[do papel do farmacêutico clínico]*. Você chega na corrida de leito, você vai vivenciar com "físio", você vai vivenciar com "fono", você vai vivenciar com "TO"... todos têm que ter esse conhecimento. (Bianca)

Até hoje tem muitas pessoas, médicos e tudo, que não sabem realmente o que que um farmacêutico faz. Mas a aceitação... inclusive da equipe multi, né, porque eu acho que todos os outros profissionais vão sentindo às vezes que a equipe às vezes é fechada e tudo, mas quando você vai conquistando ali o dia a dia, eles vão sentindo segurança no seu trabalho e não te vendo como um apontador de erro ali. Porque inicialmente se você só vai ali para mostrar os erros da prescrição, daquele corpo da prescrição, eles acham que você só está ali para apontar erro. Mas a partir do momento que ele cria confiança ali é muito bacana, porque aí eles, onde você estiver, eles te telefonam ou eles vão lá tirar uma dúvida, sabe que você existe ali, para poder entrar em contato. Mas não é todo mundo ainda não. (Larissa)

É importante destacar que essa integração do farmacêutico à equipe multidisciplinar é facilitada quando o farmacêutico mostra-se presente e próximo de onde ocorre a prática do cuidado. Sair dos limites físicos das farmácias de dispensação e se colocar próximo à equipe de cuidado foi um dos pontos primordiais presentes nas falas dos farmacêuticos entrevistados para que o farmacêutico clínico alcançasse a visibilidade da equipe.

Eu acho que o fato de a gente estar presente na enfermaria o tempo todo, eu acho que isso facilita em nos dar visibilidade também. É uma coisa que às vezes na farmácia não é visto. O fisioterapeuta que me vê prestando um atendimento, quando ele vê uma demanda daquela natureza é automático para ele que isso é comigo, ele me procurar, ele me reportar, porque ele sabe que eu vou, ele sabe que eu faço isso. E as reuniões "multi" eu acho, que aí é o que fecha [...] Eu acho que isso também nos dá, sim, visibilidade. Os outros profissionais entendem o nosso trabalho e quando vem uma demanda entendem que aquilo pode ser uma coisa que a gente possa intervir. Eu acho que é isso. Assim, eu acho que somos vistos e lembrados. (Helena)

Lançar mão de estratégias de participação nas corridas de leito e nos momentos de reuniões multidisciplinares para efetivar a participação do farmacêutico é um

ponto crucial para o farmacêutico inserir-se na equipe e nas discussões relacionadas ao cuidado dos pacientes.

Na UTI está mais consolidada por conta da presença do farmacêutico na corrida de leito. Ele está lá na corrida, está vendo outras questões que não só a prescrição, ajudando no cuidado, no plano terapêutico mesmo do paciente ali. E aí, qualquer dúvida que eles têm relacionado ao medicamento, ao paciente, à adesão, essas coisas, você vê que eles vão ali na portinha e o farmacêutico está ali, fácil. (Larissa)

Teve uma experiência legal do que eu comecei a fazer para a equipe ter mais visibilidade na unidade clínica: eu comecei a participar dos *rounds* da equipe “multi” e aí eu começava: “Óh, farmácia está aqui, se tiver alguma demanda passa para a gente”. Pedia por favor em toda a reunião para passar a demanda para a gente. Foi uma experiência ótima, porque aí eu comecei a receber muitos casos e foi onde que eu pude atuar exatamente num problema [...]. Mas eu acho que é muito bom e é uma coisa que você pode colocar para os profissionais fazerem, que é participar das reuniões da equipe “multi”. (Bianca)

Outro importante fator que impacta no êxito dos serviços clínicos farmacêuticos e na integração do farmacêutico na equipe multidisciplinar diz respeito a própria cultura institucional existente, isto é, se a instituição mostra-se aberta ou não para as ações colaborativas entre as equipes e se é fomentado esse tipo de integração.

Por exemplo, aqui no CTI, nas alas também, você tem que ter uma equipe que compra a ideia do farmacêutico. Então você tem que saber aonde você está lidando, com quem você está conversando, para até mesmo você se enxergar como um membro da equipe, senão você não vai ter liberdade, você pode chegar lá cheio de ideias, de conhecimento, mas se a equipe não comprar a importância do farmacêutico você não vai conseguir caminhar lá, por mais que você se prepare antes. Então, para que todo o serviço dê certo, tem que ter uma cultura hospitalar que apoie também o farmacêutico ter essa autonomia ou ter esse serviço de farmácia clínica porque senão por mais conhecimento que ele tenha, ele não vai conseguir desenvolver. (Bianca)

O apoio e reconhecimento da alta gestão sobre a importância do farmacêutico inserido no cuidado ao paciente é fundamental para que essa cultura organizacional seja incentivada e efetivada.

Então é algo que está vindo para mim de uma forma hierárquica. Não sei se é porque entende a importância do serviço ou se é com uma demanda que está sendo cobrada. Mas tem essa pressão de farmácia clínica muito grande aqui, muito grande. Cada vez mais eles querem, eles querem uma farmácia de leito, cobra porque que o farmacêutico não estava na farmácia de leito. Porque que o farmacêutico não foi no *round* lá. (Sofia)

A integração do farmacêutico na equipe multidisciplinar, portanto, perpassa por múltiplos fatores que podem viabilizar ou dificultar essa inserção. Tendo a consciência, aqui já discutida, quanto a importância e a essencialidade do trabalho colaborativo para que a prática clínica farmacêutica alcance o êxito e os resultados almejados no cuidado ao paciente, no entanto, mostra-se de suma importância que os farmacêuticos desenvolvam competências para o trabalho colaborativo. Esse elemento mostrou-se fundamental para a consolidação da prática.

Assim, recomenda-se que ações educacionais que abordem e incentivem a participação de forma colaborativa entre as equipes a fim de garantir a qualidade e integralidade do cuidado ao paciente de forma holística deve ser incluída nos programas de educação permanente das instituições.

Para o farmacêutico, como ação intrínseca, cabe dar o primeiro passo rumo ao seu autorreconhecimento como profissional de saúde e provedor do cuidado, de forma que incorpore a filosofia do Cuidado Farmacêutico e utilize suas competências para a prática clínica, tornando-se diferencial e essencial dentro da equipe de saúde.

7.4.2 Falando a mesma linguagem – a importância de um padrão de prática

Estabelecer um padrão de prática profissional é ponto fundamental para reconhecimento da profissão e identificação da sociedade e dos demais profissionais de saúde quanto o papel do farmacêutico no cuidado em saúde (SORENSEN, 2020).

Trazer essa identificação clara da forma de atuação do farmacêutico e de como o serviço clínico será provido facilita o entendimento, pelos demais atores envolvidos no processo de cuidado, quanto ao papel do farmacêutico dentro da equipe, viabilizando uma maior clareza e discernimento desses profissionais quanto a responsabilidade a ser assumida pelo farmacêutico. A fala de Sofia, apresenta tal preocupação quanto à necessidade de um padrão de prática entre os farmacêuticos que atuam nos hospitais pertencentes à rede.

Eu acho importante até porque os médicos geralmente rodam no serviço, né? O médico que está aqui no hospital, mês que vem ele vai para outro. Ele chega aqui ele tem uma abordagem, ele chega aqui ele tem uma conduta; cada hospital é de uma forma e isso confunde muito, e pensando que a gente é um hospital escola, isso já começa a atrapalhar. [...] E a gente perde muita força enquanto serviço. Então eu penso que tem que ser algo alinhado. Todo mundo tem que falar a mesma língua, porque às vezes eu chego para fazer uma intervenção, “nossa, sempre fez assim, fulano não falou nada” [...]. (Sofia)

Para além da uniformização em rede das práticas clínicas farmacêuticas, é importante que esse alinhamento seja garantido pelo padrão de prática da própria profissão. Ter uma prática ou um padrão profissional que direcione a maneira de realizar seu trabalho deve ser intencional, fornecendo a base para resultados consistentes e para o reconhecimento das partes envolvidas, sejam elas os pacientes assistidos ou os demais profissionais de saúde incluídos no processo de cuidado. A falta de consistência na implementação do processo relacionado à provisão do cuidado ao paciente pelo farmacêutico mostra-se como um prejuízo para que a profissão seja capaz de demonstrar seu valor (SORENSEN, 2020).

O valor profissional, nesse contexto, representa o impacto positivo e a contribuição única que os farmacêuticos podem oferecer à sociedade, em termos de resultados práticos e de reconhecimento. Quando o processo de atendimento ao paciente ou a prática clínica exercida pelo farmacêutico é fragmentada ou inconsistente, a capacidade da profissão de demonstrar seu valor é prejudicada, pois o potencial de seu papel não é plenamente reconhecido nem pela população e nem pelo sistema de saúde. A consistência é o que permite que as contribuições dos farmacêuticos sejam mensuráveis, replicáveis e reconhecíveis, solidificando seu papel essencial na provisão do cuidado.

É importante, assim, que profissionais da mesma área, ao exercerem sua prática, entendam implicitamente suas funções, expectativas e como se comunicar um com o outro. Ao seguir os procedimentos comuns e padrões a essa prática, os resultados obtidos repetidamente serão similares, garantindo a satisfação e o cumprimento das expectativas tanto dos indivíduos assistidos quanto dos demais profissionais envolvidos no processo, uma vez que esta satisfação estará enraizada na consistência dia após dia e mesmo de um local para outro (SORENSEN, 2020).

A fala de Helena corrobora com esse pensamento, quanto a necessidade de se demonstrar um padrão de prática farmacêutica consistente, de forma que a profissão farmacêutica possa ser reconhecida pelo seu papel, assim como nas demais profissões de saúde.

Eu acho que seria principalmente isso, assim, alinhar essa filosofia com todo mundo, para que, isso eu falo de rede, para todo mundo falar a mesma linguagem, todo mundo. Vamos fazer o mesmo trabalho e é isso. Eu acho que seria interessante assim, sei lá, um residente que rode aqui roda no outro hospital e ele ver a mesma coisa. Ele vê a mesma coisa da nutrição, ele vê a mesma coisa da fisioterapia, ele vê a mesma coisa.... E aí no farmacêutico é assim, parece que cada um faz conforme.... talvez conforme dê também, conforme a realidade, mas talvez um padrão mínimo dentro da realidade de cada um. (Helena)

Conforme apresentado por Sorensen (2020), o processo relacionado à provisão do cuidado ao paciente realizado pelo farmacêutico possui uma estrutura básica que não se difere das demais profissões de saúde, envolvendo, de forma geral, as ações de coletar dados, avaliar, planejar, implementar e acompanhar. A especificidade da prática farmacêutica se dará a partir de sua condução pela filosofia de sua prática, cujo propósito central se baseia na abordagem de todas as necessidades relacionadas à farmacoterapia do paciente, alinhada com um processo de avaliação exclusivo que o farmacêutico aplicará para definir tais necessidades (SORENSEN, 2020).

“Falar a mesma linguagem”, portanto, é primordial para o reconhecimento do farmacêutico clínico como membro ativo da equipe de saúde, que tem seu papel específico na contribuição do cuidado ao paciente. Desenvolver uma força de trabalho que esteja preparada a assumir a responsabilidade pelo gerenciamento das necessidades farmacoterapêuticas dos pacientes dentro de padrões que viabilizem seu reconhecimento e sustente as expectativas frente ao trabalho provido, deve fazer parte, portanto, das ações vinculadas ao processo de desenvolvimento e educação permanente dos farmacêuticos voltados ao cuidado.

7.5 Desenvolvendo as competências para a prática clínica

A competência, conforme apresentado por Salum e Prado (2014), pode ser reconhecida como a junção de atributos que visam enfrentar uma gama de situações semelhantes, mobilizando de forma correta, rápida, pertinente e

criativa, múltiplos recursos cognitivos, saberes, informações, valores, atitudes, esquemas de percepção e de raciocínio, proporcionando a habilidade para condução de responsabilidades no âmbito profissional e da vida social. Nesse sentido, as competências para a prática clínica podem ser representadas como a combinação sinérgica de ações que articulam conhecimentos (o saber teórico), habilidades (o saber fazer) e atitudes (o saber ser), que serão manifestadas pelo desempenho profissional, a fim de atingir um cuidado pautado na ética, segurança e qualidade, dentro de um determinado contexto organizacional (SALUM; PRADO, 2014). É de suma importância ainda entender que essas competências devem acompanhar as mudanças e avanços tecnológicos existentes, alinhando-se com as responsabilidades profissionais assumidas dentro da prática profissional (SALUM; PRADO, 2014; CRUZ, 2015).

No âmbito da Farmácia, particularmente, esses conceitos são fundamentais para a compreensão quanto à necessidade ainda presente de desenvolvimento de competências nos farmacêuticos para a prática clínica, mesmo naqueles que já passaram pela formação acadêmica formal da graduação. Como a profissão farmacêutica se desenvolveu e trouxe mudanças significativas na inclusão mais veemente do farmacêutico na prática do cuidado, os requisitos de competências desejadas também precisaram ser alterados de forma paralela, tendo como objetivo adequar a formação desses profissionais às novas exigências das práticas clínicas e articulá-las com o contexto organizacional das instituições de saúde e social (CRUZ, 2015).

O desenvolvimento de competências para o cuidado em saúde é fundamental para o farmacêutico prestar serviços de cuidado e assumir a responsabilidade pela qualidade dos resultados farmacoterapêutico obtidos.

Falar sobre competências para a prática clínica com os farmacêuticos, no entanto, não se mostrou uma tarefa tão simples. Talvez pela multiplicidade de conceitos existentes para essa palavra e a amplitude de sentido que pode envolver as dimensões relacionadas ao conhecimento, habilidades e atitudes, podendo levar a interpretações difusas. Mas de certo modo também influenciada por certa ausência de uma consciência bem consolidada do papel do farmacêutico na prática clínica.

Percebo dificuldade em abordar as competências para a prática clínica com os farmacêuticos. O entendimento quanto a que se refere uma competência tem sido fraco na maior parte dos farmacêuticos. Sinto a necessidade de explicar mais detalhadamente o que se entende por competências profissionais, especificamente na prática profissional do farmacêutico focado no cuidado em saúde, apresentando, inclusive, alguns exemplos que possibilitem um melhor desenvolvimento pelos farmacêuticos sobre o assunto. [...] Faço a reflexão de que, talvez, a falta de entendimento do papel do farmacêutico no cuidado em saúde (ou a falta da internalização de uma filosofia de prática que esteja bem consolidada junto aos farmacêuticos) possa levar a essas lacunas de entendimento sobre as competências. Saber o que cabe ao profissional fazer, ou seja, saber qual a sua responsabilidade profissional, é fundamental para entender o que ele precisa desenvolver como competência. (Trecho extraído do diário de campo)

Conforme discutido por Cipolle, Strand e Morley (2012), a ausência de uma filosofia de prática bem fundamentada e internalizada pelos farmacêuticos, que permita com que os mesmos compreendam e executem suas responsabilidades assumidas pela filosofia de prática profissional, leva a uma consciência limitada quanto as suas necessidades de desenvolvimento de competências voltadas para o cuidado em saúde justamente pela falta de entendimento do que precisam efetivamente saber.

A consciência e internalização de uma filosofia de prática mostra-se, portanto, como um facilitador para o desenvolvimento das competências clínicas dos farmacêuticos, a partir do momento em que permite um melhor direcionamento quanto ao entendimento do papel desse profissional frente à sociedade quando o mesmo assume a tarefa do cuidado, e de quais atributos são necessários para cumpri-lo.

A visão ainda muito fragmentada do papel do farmacêutico na prática clínica, associando-o a um profissional executor de atividades clínicas, mas sem haver a interligação dessas atividades a uma responsabilidade comum, única e específica da prática profissional farmacêutica para o cuidado em saúde, foi percebida pela forma que as necessidades educacionais foram, muitas vezes, apresentadas. A assimetria no reconhecimento de competências necessárias à prática clínica mostrou-se vinculada a atividade principal desenvolvida pelos farmacêuticos, isto é, farmacêuticos que proviam serviços de reconciliação medicamentosa identificavam com maior facilidade a necessidade de desenvolvimento de comunicação com o paciente; profissionais atuando com a revisão da farmacoterapia levantaram principalmente aspectos relacionados ao

conhecimento técnico e comunicação com demais profissionais; enquanto que os que realizavam o serviço de acompanhamento farmacoterapêutico tinham melhor percepção quanto ao uso do processo racional de tomada de decisão.

É importante aqui ressaltar que a análise apresentada acima não tem como intenção fazer uma generalização dessa abordagem, até porque, tratando-se de um estudo qualitativo, as percepções apresentadas manifestam os achados que emergiram dos dados aqui trabalhados, com a convicção de que oferecem um retrato interpretativo do “mundo” estudado, em consonância com a metodologia aqui proposta para delineamento do trabalho. Conforme Charmaz (2009), os significados implícitos dos participantes de pesquisa e as teorias fundamentadas concluídas dos pesquisadores são construções da realidade, sendo fluídas e passíveis de modificação. Esclarece-se ainda que o sentido apresentado anteriormente e encontrado nas análises mostrou-se útil na interpretação dos dados e na construção do modelo teórico.

Ao discutir junto aos farmacêuticos quanto as competências (conhecimentos, habilidades, atitudes) que os mesmos consideravam essenciais para o êxito na prática clínica farmacêutica, três elementos principais emergiram dos dados, a saber, o desenvolvimento de conhecimento clínico, a comunicação e a padronização do processo de cuidado. Esses elementos serão melhor discutidos nas subseções seguintes.

7.5.1 Desenvolvendo o conhecimento como ponte para uma comunicação segura

O conhecimento clínico para a provisão do cuidado farmacêutico, de acordo com Losinski (2011), corresponde ao conhecimento desenvolvido sobre os medicamentos e as condições de saúde. Esse corresponde ao conhecimento especializado exclusivo do farmacêutico que o diferencia dos demais profissionais de saúde, fazendo-o necessário ao paciente, e que o coloca em uma posição de importância dentro da equipe de saúde. É por meio da aplicação desse conhecimento (alinhado às demais habilidades necessárias ao cuidado) que o farmacêutico mostra-se capaz de realizar sua missão de identificar,

prevenir e resolver problemas relacionados ao uso de medicamentos (LOSINSKI, 2011).

Em consonância com esse entendimento, no processo de desenvolvimento de competências para a prática clínica, a necessidade de desenvolvimento de conhecimento teórico foi fortemente apontada, tendo sido representada principalmente pela busca pelo conhecimento técnico-científico, relacionado aos medicamentos e às doenças. Esse conhecimento encontra-se direcionado principalmente para as áreas da farmacologia e da farmacoterapia, considerando sobretudo a visão do farmacêutico como o profissional com o domínio e expertise sobre os medicamentos.

Acho que primeiro o conhecimento da área, tanto do que é a prática em si – porque também não adianta eu saber muito de farmacologia se não conseguir aplicar na prática, no que é o modelo que a gente conhece, ou os modelos, né – mas o conhecimento da prática e o técnico relacionado a medicamentos em geral, porque é a nossa expertise, é o que a gente se propõe a agregar numa equipe ou no cuidado com o paciente. (Helena)

Conhecer o medicamento – seu mecanismo de ação, principais interações, formas de utilização – e a forma como esse medicamento será empregado nas condições de saúde foram os principais parâmetros levantados por alguns dos farmacêuticos para o desenvolvimento do conhecimento teórico e como busca constante de aprimoramento, como exemplificado na fala de Sofia.

Então a pessoa tem que ter uma noção muito boa assim de farmacologia, para não ficar só no conceito. Ela tem que entender a farmacocinética, mas entender como que aquela farmacocinética daquele medicamento pode impactar. Qual é a farmacocinética? É o que? Absorção é eliminação, é uma interação medicamentosa que vai estar relacionada à farmacodinâmica, é interagir a prática..... Às vezes você fala assim, é interação medicamentosa, mas tá, mas interação medicamentosa é o quê? É farmacodinâmica, é o quê? É conseguir cruzar essas informações. [...] Então eu acho que tem que ter uma noção boa de farmacologia, sim. Farmacocinética, farmacodinâmica, mecanismo de ação assim, no geral, pra você entender o básico. (Sofia)

Da mesma forma, Camila, ao responder sobre os conhecimentos teóricos que são importantes para a sua prática do cuidado, traz em sua fala elementos relacionados aos conhecimentos técnico-científicos dos medicamentos.

Quando eu vou fazer a avaliação da prescrição, eu preciso saber a questão de interação. Claro que a gente não considera toda interação, mas às vezes algum problema que o paciente está tendo pode ser interação. A questão de horário de medicamento, a questão de

dosagem, a questão se aquele é o melhor medicamento para aquele paciente, igual eu te expliquei do antibiótico. É mais essa parte (Camila)

A importância dada aos aspectos técnicos do medicamento demonstra ainda, de certo modo, uma visão corroborada dos próprios farmacêuticos quanto ao modelo biomédico e de tecnificação da atuação do farmacêutico, que, muitas vezes, ainda possui um papel muito voltado à revisão da prescrição e identificação de problemas técnicos relacionados à farmacoterapia.

É importante destacar que buscar o desenvolvimento do conhecimento para tais parâmetros relacionados aos medicamentos não corresponde a um erro, mas apenas uma visão simplista e parcial frente a responsabilidade da prática profissional assumida dentro do Cuidado Farmacêutico.

Os conhecimentos teóricos desenvolvidos pelos farmacêuticos devem abranger, além dos conhecimentos sobre os medicamentos, conhecimentos importantes quanto às condições de saúde, como sinais e sintomas, metas terapêuticas, demais opções de tratamento para a condição, além de serem alinhados com os conhecimentos sobre o paciente (LOSINSKI, 2011; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012). O domínio do conhecimento clínico (que envolve parâmetros sobre os medicamentos, sobre as doenças e forma de ação desses medicamentos em cada condição) e a integração do conhecimento sobre o paciente são essenciais para a prestação de cuidados farmacêuticos, a ser aplicado de forma centrada no paciente e holística.

A busca pelo conhecimento de forma fragmentada reflete ainda a forma de aprendizado em um modelo tecnicista dos currículos de graduação anteriores. Cipolle, Strand e Morley (2012) ressaltam que, tradicionalmente, os conhecimentos sobre os pacientes, as doenças e os medicamentos são ensinados de forma separada uma da outra, impactando o processo clínico de integração desses conhecimentos para a prática do cuidado. Conforme descrito por esses autores,

Tradicionalmente, informações sobre pacientes, doenças e medicamentos são ensinadas como se pudessem ser aprendidas isoladamente. A farmacologia é frequentemente ensinada como ações de medicamentos em células ou sistemas de órgãos. O conhecimento sobre doenças é frequentemente apresentado como se houvesse um curso único e previsível para cada paciente. Da mesma forma, as

características do paciente são estudadas como se fossem estáticas e independentes da doença e do medicamento. Na prática clínica, rapidamente se torna evidente que, para um paciente específico, o estado de sua condição médica e o impacto da terapia medicamentosa influenciam como o paciente responderá às decisões, conselhos e instruções sobre a terapia medicamentosa (CIPOLLE; STRAD; MORLEY, 2012 – cap. 10, p. 3).

Larissa apresenta essa necessidade de junção das informações sobre os medicamentos com a sua aplicação prática, envolvendo os conhecimentos de fisiologia.

É a farmacologia em si. Eu acho que é farmacologia, mas é a farmacologia aplicada. A gente fala assim: “Nossa! A formação médica é muito diferente da nossa formação”. A gente conhece a teoria e a gente não estuda o paciente. Quem entende bem de fisiologia, às vezes fica mais fácil de entender a ação de um medicamento, onde que ele vai ali, o que possivelmente pode causar como um evento adverso. Isso, eu sinto falta de aprofundar nisso. (Larissa)

Fernanda apresenta a necessidade do aprendizado dos conhecimentos com base na farmacoterapia, por se referir a esse aprendizado como conhecimento sobre como os medicamentos são utilizados para tratar e prevenir doenças, envolvendo, para isso, conhecimentos de fisiopatologia das doenças e da farmacologia.

É, farmacoterapia. É a farmacoterapia. Eu acho que é isso que é importante pra gente e dentro do contexto do paciente que você se propõe a estar atuando, então vamos supor, é UTI, então vai ser farmacoterapia contextualizada no paciente de terapia intensiva. É oncologia, então é farmacoterapia do paciente, entendeu? É na cardiologia... Entendeu assim, contextualizado, porque também, se não for assim, vai continuar do mesmo jeito que a graduação era, e eu acho que o negócio não deslancha.

Assim, percebe-se que o aprofundamento e maior desenvolvimento quanto a competência relacionada ao conhecimento clínico e as necessidades mais abrangentes de atuação do farmacêutico na prática do cuidado, assim como o reconhecimento do seu papel integrado à equipe assistencial e como profissional passível de atuar no desenvolvimento do plano terapêutico do paciente em conjunto com os demais profissionais, leva ao surgimento de outros parâmetros de aprimoramento e percepção de necessidade educacional, como interpretação de exames laboratoriais, que foi citado, dentre outros farmacêuticos, por Sofia, Larissa e Teresa.

Interpretação de exames laboratoriais é necessário. É necessário. As pessoas precisam entender como interpretar aquilo, porque tem um

... dado e aí que eu vou fazer com isso? Até que ponto eu vou intervir até que eu não vou intervir? Exame laboratorial eu acho básico [...]. (Sofia)

A análise laboratorial, a interpretação dos dados laboratoriais é muito importante. Qualquer análise, hoje, que a gente faz, para quem está um pouquinho voltado para a clínica, nem que seja para ver o ajuste renal, eu entro num exame de laboratório, então acho importante. (Larissa)

É importantíssimo *[desenvolver conhecimento para interpretação de exames laboratoriais]*, principalmente no hospital, que ele é totalmente dinâmico isso. Se é uma hipercalemia você tem que reduzir logo, se você vê uma hipocalemia você já tem que pedir para poder entrar com reposição rápida. Então, acho muito importante. [...] Eu acho que a interpretação se está normal ou não é super de base. Agora saber o que está podendo ocasionar aquilo, isso é mais dinâmico. Aí entra entender os sistemas, entender farmacologia. (Teresa)

Percebe-se ainda que o desenvolvimento do conhecimento teórico é direcionado principalmente pela influência das experiências de aprendizagem vivenciadas pelo farmacêutico, as quais irão direcionar a busca pelo conhecimento. As experiências da prática profissional são o principal ponto de direcionamento da busca do conhecimento teórico pelo farmacêutico. Esse direcionamento é viabilizado quando o profissional identifica, por meio de sua prática, o perfil do local de atuação, principais condições de saúde envolvidas com o ambiente de prática e medicamentos mais utilizados no seu cenário de atuação.

Isso, eu acho que o mais importante é isso. Eles têm que identificar o perfil de cenário que ele está trabalhando, que com isso ele vai identificar as necessidades daquele paciente. A partir do momento que ele identifica quais são as necessidades daquele paciente, ele consegue ver o rol de informações, de conhecimento que ele precisa para poder estar atuando. (Fernanda)

Cabe destacar que o tipo de conhecimento buscado pelos farmacêuticos varia de acordo com o local de atuação dos mesmos, sendo que os farmacêuticos atuantes em unidades de terapia intensiva possuem uma visão mais definida de suas necessidades educacionais, guiados principalmente pelos parâmetros utilizados no mnemônico do FASTHUG-MAIDENS (MABASA *et al*, 2011). Já profissionais atuantes em unidades de internação de clínica médica, devido a abrangência do atendimento, apresentaram maior dificuldade para definir parâmetros ou condições de saúde principais para aprimoramento – alguns citaram desenvolverem-se à medida que surgia uma demanda, ou seja, permaneciam passivos no desenvolvimento de seus conhecimentos.

Eu foquei em certos pacientes, eu foquei em pacientes com insuficiência renal. E aí comecei a estudar muito os medicamentos que eram contraindicados nesses pacientes. Então, o farmacêutico tem que focar num grupo para ele melhorar. [...] Foi uma escolha minha, própria minha. [...] Aí eu falei: “Ah, eu acho que esse paciente é bastante crítico, então deixa eu acompanhar esse paciente”. Foi uma escolha, não foi nada... (Bianca)

E aí eu fui fazendo esses cursos. E como aqui a necessidade é muito antibiótico e o antibiótico era muito bagunçado, e ninguém tinha o conhecimento técnico e tinha um médico que era bem envolvido nessa parte, então eu estudei um pouco mais essa parte, eu fui procurando, essa questão dos exames. Foi assim, é a medida que vai aparecendo mesmo que a gente vai estudando. (Camila)

A farmacêutica Helena apresentou como estratégia para seu desenvolvimento de conhecimentos focar em condições de saúde que fossem mais prevalentes na população e agregar a essas, outras condições condizentes com sua realidade de prática.

Tento focar, então assim, eu preciso saber bem anti-hipertensivo, eu preciso saber bem a diabetes, saber bem insulina, assim que são exemplos, mas que são coisas básicas e vão resolver talvez 80% das nossas demandas se eu souber bem. Eu tento focar por área. Por exemplo, agora eu acho que eu preciso saber muito de anemia, porque são coisas que estão acontecendo, preciso saber bem interpretar esses parâmetros. Pela prática mesmo, pelo que eu vou observando no serviço, eu vejo competências de nível técnico que eu preciso aprimorar e ir atrás. (Helena)

Da mesma forma, Larissa também trouxe a perspectiva da necessidade de um conhecimento básico que todo o farmacêutico praticante do Cuidado Farmacêutico deve adquirir e manter atualizado, mas também ressalta a importância do alinhamento com o cenário de prática, no caso o ambiente hospitalar e suas especificidades.

Poderia iniciar nisso, no básico, o básico está em todo lugar. Porque se lá no primário ele não for bem cuidado, ele vai cair aqui. E ele vai sair daqui também de alguma forma ainda, com essa condição crônica dele. Então isso é muito importante. Diabetes, hipertensão... Eu acho que esses protocolos sempre mudam. A gente tem que estar atualizado. O tempo para a gente se preparar. Então, às vezes a gente tem um conhecimento aí que era de 2000 e bolinha e que hoje já mudou e talvez a gente não tenha atualizado em tempo, acho importante. Mas acho importante também essa parte específica também, de um preparo melhor hospitalar [...]. (Larissa)

Essa proposta de desenvolvimento de conhecimentos que envolve aprofundar nas condições de saúde e nos medicamentos a elas associadas a partir das condições mais prevalentes na sociedade e no cenário de prática é também

corroborada por outros autores (LOSINSKI, 2011; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012), sendo útil principalmente para alinhar os conhecimentos básicos necessários para aqueles que estão ingressando na prática do cuidado e como orientação curricular. Segundo os mesmos, um número limitado de condições médicas representa uma grande parcela dos conhecimentos que serão necessários de serem utilizados pelo farmacêutico para sua atuação na identificação, prevenção e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia. Dessa forma, tais condições podem fornecer ao farmacêutico a amplitude e profundidade de conhecimentos essenciais para atuar de forma competente, principalmente para os que estão iniciando na prática do cuidado (LOSINSKI, 2011; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012). É importante, contudo, manter a continuidade do desenvolvimento do conhecimento clínico, com sua base fundamentada na prática.

Outro ponto importante de ser destacado corresponde ao fato de o domínio do conhecimento técnico ser percebido pelos farmacêuticos como um fator que gera segurança na execução de sua prática clínica e, principalmente, na relação que se estabelece com outros profissionais. De acordo com Salum e Prado (2014), no âmbito das instituições de saúde, esse aspecto quanto a importância dada ao desenvolvimento do conhecimento teórico e seu domínio, favorece a prática assistencial, uma vez que fomenta a prática e a comunicação interdisciplinar, a partir do fato de que o profissional não consegue estabelecer trocas sobre aquilo que não conhece ou não domina.

A fala de Sofia demonstra como o domínio adquirido em seu conhecimento técnico lhe permite maior segurança e desenvoltura na sua comunicação com a equipe médica, viabilizando sua participação mais cooperativa no cuidado.

Hoje eu não sinto dificuldade de comunicação e eu acho que muito disso está atribuído ao fato de ter segurança do que eu estou fazendo. Então o fato de ter referência, o fato de não só estar ali como papagaio, reproduzindo uma informação, mas saber o porquê da importância daquilo. Então, quando eu sou questionada, eu tenho segurança para continuar aquele diálogo ali. (Sofia)

Assim o desenvolvimento do conhecimento teórico mostra-se como elemento essencial para a efetivação e desenvolvimento de outras competências

desejáveis e necessárias ao farmacêutico para sua atuação na prática clínica, tendo uma ligação direta tanto no desenvolvimento da comunicação como também no processo de cuidado ao paciente. Justifica-se, assim, a necessidade de manutenção de ações educativas voltadas também para o desenvolvimento desses conhecimentos teóricos, tendo os alinhamentos desses com a sua aplicação prática, preferencialmente dentro de abordagens metodológicas que conectem teoria e prática.

A interface entre o domínio do conhecimento teórico e o desenvolvimento da habilidade de comunicação interprofissional mostrou-se significativa na fala dos farmacêuticos. O conhecimento teórico ou o acesso a fontes de conhecimento apresentaram-se como uma ponte para a comunicação dos farmacêuticos com os demais profissionais de saúde, construindo um caminho de segurança e conforto para tal.

Os farmacêuticos abordaram que a comunicação com a equipe de saúde, principalmente com os médicos, era realizada de forma mais assertiva quando o farmacêutico dominava determinado conhecimento ou, principalmente, quando havia a disponibilidade de acesso a bases de dados de informações científicas que permitiam confirmar e respaldar os conhecimentos transmitidos aos médicos.

Então eu pegava as matérias, sabe, debulhava ali no UpToDate®¹. Alguma coisa ou outra que eu precisava de complementar, eu buscava, às vezes na minha referência, da farmácia, mas assim buscava muita coisa ali no UpToDate®. Então isso assim, querendo ou não dava base, sabe, para a gente poder conseguir... para ficar meio que pau a pau com eles, pra poder discutir. Entendeu? (Fernanda)

O domínio do conhecimento e a disponibilidade de uma base de dados gera maior segurança para atuação do farmacêutico e o sentimento de conforto e maior respaldo para uma comunicação mais assertiva. Esse elemento, referente à disponibilidade de bases de dados pagas, traz grande interface com o apoio e entendimento da alta gestão para a prática proposta e a estruturação do serviço para tal, com os recursos necessários para viabilizar a sua execução. Esses

¹ UpToDate® é uma base de dados online que fornece informações e recomendações baseadas em evidências, atualizadas, sobre medicamentos e condições de saúde, que visa auxiliar na tomada de decisões em saúde.

aspectos, que correspondem a elementos necessários para a gestão da prática no modelo do Cuidado Farmacêutico, serão melhor discutidos em subseção posterior (“Proporcionando o suporte para a prática”).

Quanto à habilidade de comunicação, que emergiu durante a análise da categoria referente ao domínio do conhecimento clínico, optou-se por realizar sua abordagem e discussões quanto a importância do desenvolvimento dessa competência na subseção seguinte. Apesar da interface direta entre o conhecimento clínico e a comunicação, devido ao volume de dados e a importância do desenvolvimento da habilidade de comunicação para a prática do cuidado farmacêutico, a mesma será apresentada abaixo.

7.5.2 Desenvolvendo a comunicação

A mudança no papel do farmacêutico, no sentido de prover o cuidado ao paciente, trouxe para esse profissional a exigência muito mais evidente quanto à necessidade de sua comunicação com os demais membros da equipe de saúde, como também com o paciente. Durante o processo de cuidado, o farmacêutico é impelido, em diferentes momentos, a se comunicar com diferentes atores envolvidos no processo de utilização de medicamentos e do cuidado ao paciente, criando-se assim, a necessidade do desenvolvimento dessa habilidade para execução de suas competências relacionadas ao cuidado farmacêutico.

Para atender às necessidades farmacoterapêuticas do paciente, o farmacêutico necessita mobilizar o seu conhecimento técnico e a sua capacidade de julgamento clínico, com o propósito de otimizar e alcançar os melhores resultados frente aos problemas relacionados ao uso de medicamentos. Isto envolve a mobilização das habilidades comunicativas do farmacêutico junto aos outros profissionais da saúde envolvidos no cuidado, como também com o paciente, seus familiares ou cuidadores (SOUZA, 2015).

A aprendizagem da comunicação entre os profissionais de saúde, no entanto, ainda é pouco desenvolvida, sendo escassas as experiências de trocas entre estudantes de outras áreas durante a formação. Essa lacuna na formação dos profissionais de saúde, acaba limitando o desenvolvimento de habilidades para

discutir, de forma interprofissional, as situações reconhecidas na prática, questionar, discordar e buscar alternativas (TOASSI, 2017).

Na prática do cuidado farmacêutico, a interface com o médico e relação colaborativa entre esses profissionais mostra-se como um dos principais desafios de comunicação para os farmacêuticos, tendo sido apontado nas falas dos participantes.

Eu acho que, principalmente, com o corpo médico, a gente realmente tem que ir um pouco mais preparado, porque senão a gente não vai ser ouvido. (Helena)

A visão de domínio e centralização da decisão sobre o cuidado na figura do médico, especialmente no ambiente hospitalar (visão essa ainda moldada pelo modelo biomédico), fazem com que o farmacêutico se posicione de forma diferenciada quando ocorre a comunicação com o médico. Esse posicionamento diferenciado e cauteloso é ressaltado na fala de Fernanda:

E, principalmente, como a gente vai estar mexendo no que pode ser com ego, vamos assim dizer, que pode ser uma prescrição que o médico fez que às vezes pode ter que mexer, pode ter que adequar alguma coisa que está ali que o médico fez, então você tem que ter muito cuidado na hora de falar. Para você não falar de forma às vezes inadequada e ele não se sentir questionado, não sentir que você está questionando a conduta dele. Então tem que ser feito com muito cuidado na hora de falar. (Fernanda)

A abordagem quanto a questão do “ego” médico e da intervenção farmacêutica como algo melindroso de ser realizado e aceito foi também relatado por Sofia, que destaca a importância de se desenvolver a habilidade de comunicação para a provisão do cuidado:

Primeiramente comunicação. [...] É um problema muito grande. Vou chegar para um médico e pontuar, vamos dizer assim, de forma grosseira, um erro... Você tem que saber como fazer. Porque a forma como você vai chegar para falar isso vai impactar o seu resultado final. Tem a medicina como uma profissão que tem um ego muito, muito atrelado ali, então, assim, a forma de abordagem, a forma de comunicação, isso tem que ser trabalhado. (Sofia)

A adaptação da comunicação com o médico, atrelando essa comunicação à aplicação de seus conhecimentos teóricos e com a utilização de termos técnicos e linguajar científico foi apontado também como uma necessidade para posicionar o farmacêutico em um patamar de equiparação com os demais profissionais de saúde e de reforçar seu conhecimento e “capacidade” para a

prática clínica.

Você tem que ter uma habilidade de comunicação sim. [...] Você estar falando de profissional pra profissional. Não pode usar termos subjetivos ou similares. Você tem que usar o termo técnico mesmo. [...] Acho que a gente tem que falar o termo técnico sim, para até mesmo o profissional que está ali ele saber que o farmacêutico tem conhecimento daquela doença, daquela situação, daqueles sinais e sintomas, aquele sintoma. Então acho que tem que usar sim. (Teresa)

Como demonstrado nas falas acima, a forma como a comunicação se processa é fator determinante para o êxito nas relações interpessoais e no cuidado. Assim, o desenvolvimento de competências comunicativas, que envolvam a capacidade de expressão e comunicação com o grupo, de cooperação, de trabalho em equipe, de exercício da negociação, entre outros, é fundamental para a prática colaborativa do cuidado.

Por esse motivo, diversos países e órgãos internacionais (THE NATIONAL ASSOCIATION OF PHARMACY REGULATORY AUTHORITIES, 2014; GENERAL PHARMACEUTICAL COUNCIL, 2017; FIP – INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION, 2017b; PHARMACEUTICAL SOCIETY OF AUSTRALIA, 2020; THE PHARMACEUTICAL SOCIETY OF IRELAND, 2022) recomendam a inclusão de competências comunicativas nos currículos de graduação e pós-graduação de farmácia, de forma que os egressos sejam capazes de desenvolver as habilidades relacionadas a comunicação colaborativa dentro dos cenários de prática de saúde em que forem atuar profissionalmente.

É oportuno destacar que a comunicação voltada ao paciente, apesar de ter tido menor enfoque, é ponto de extrema importância quando se pensa no Cuidado Farmacêutico como sendo uma prática centrada no paciente. Baseia-se na compreensão de que o paciente não é apenas um receptor passivo de medicamentos, mas sim um parceiro ativo no tratamento, para o qual o cuidado deve ser personalizado de forma que se alinhe às necessidades e expectativas do paciente. Esse processo requer uma comunicação eficaz e contínua, na qual o farmacêutico precisa compreender não apenas os aspectos clínicos, mas também as preferências e valores do paciente (CIPOLLE; STRAND; MORLEY; 2012; Souza, 2015).

A especificidade do ambiente hospitalar apresenta alguns dificultadores para a implementação ativa dessa comunicação e do estabelecimento da relação terapêutica farmacêutico/paciente, como pode ser demonstrado na fala de Larissa:

É porque quando eles [*farmacêuticos*] fazem um [*serviço*] ambulatorial, ele está ali com o paciente, vendo as necessidades do paciente, elaborando um plano de cuidado com ele, uma meta, fazendo querendo ou não a conciliação, porque está avaliando as prescrições, a escuta com o paciente. E acaba tendo, podendo ter, a atenção e acompanhamento de ter esses retornos com o paciente, coisa que aqui a gente não tem muitas vezes a chance de elaboração junto com ele, dele ser ativo no cuidado dele. Aqui a gente precisa muito da equipe assistencial e a gente acaba lidando mais com a equipe do que com o paciente. E aí como a gente lida pouco com o paciente, talvez na formação nossa, precise é aprofundar, talvez também, de saber quando seria: “Não, eu tenho que elaborar aquilo com ele” e ele vai ter um entendimento para quando ele sair daqui, ele ter o conhecimento do cuidado dele. (Larissa)

Conforme descrito, no ambiente hospitalar, a depender do quadro clínico apresentado pelo paciente, o mesmo acaba assumindo um papel passivo frente aos cuidados de saúde, que é inerente a sua própria condição de saúde. Pacientes em estado crítico, sedados, ou com limitações cognitivas muitas vezes não conseguem interagir com o farmacêutico (ou com qualquer outro membro da equipe de saúde) ou expressar suas preocupações, dúvidas ou preferências de maneira eficaz. A interação farmacêutico-paciente, portanto, acaba relegada para um segundo plano, sendo superada pela interação farmacêutico-equipe de saúde.

Assim, muitas vezes, o farmacêutico realiza sua atuação de forma indireta, com o foco na revisão de prescrições ou no acompanhamento da farmacoterapia em uso, sem que o paciente tenha ciência direta de seu papel no processo de tratamento.

Deve-se destacar, no entanto, que a prática centrada no paciente define-se pela organização do cuidado em torno das necessidades, valores e preferências dos pacientes e suas famílias e o modelo de prática proposto para o Cuidado Farmacêutico inclui, dentre seus preceitos, justamente o direcionamento da prática para um foco no paciente. Apesar de desafiador de ser implementado em alguns cenários de prática em que a condição clínica do paciente limita esse contato, estratégias podem ser desenvolvidas para melhorar e atingir essa

prática centrada no paciente, contribuindo assim para uma prática mais humanizada e efetiva em atender as necessidades individuais do paciente. Secunda *et al* (2022), por exemplo, apresentam estratégias de intervenções que buscam promover o cuidado centrado no paciente. No que tange à comunicação, por exemplo, esses autores reforçam quanto à necessidade de se manter uma comunicação rotineira e estruturada com os familiares ou responsáveis por esses pacientes, uma vez que os mesmos se tornam tomadores de decisão substitutos. Além disso, destacam ainda a importância de se desenvolver estratégias para aumentar a capacidade de comunicação de pacientes que não estão em condições de verbalizar, como o uso de estratégias de comunicação de baixa tecnologia, como linguagem corporal, movimentos de cabeça, aperto das mãos, utilização de imagens, quadros de comunicação e outras, ou estratégias de alta tecnologia, como válvulas fonatórias, teclados virtuais (SECUNDA, 2022). Esses são apenas aspectos que devem ser considerados como exemplificação de formas para se atingir uma prática centrada no paciente mesmo em condições adversas.

Quando esse contato com o paciente é viabilizado dentro do cenário de internação hospitalar ou de atendimento ambulatorial, as necessidades de desenvolvimento de habilidades de comunicação voltadas ao paciente são apresentadas. Helena, em sua prática clínica, cotidianamente tem a interface com o paciente e, com isso, apresentou aspectos relevantes relacionados a essa interação e com as habilidades clínicas necessárias ao farmacêutico para desenvolver suas competências no cuidado.

A primeira delas diz respeito a necessidade de adequação da fala de forma a se tornar de fácil entendimento ao paciente:

Normalmente quem tem muito conhecimento técnico tem muita dificuldade de sintetizar e de colocar em palavras mais claras pro paciente. Então como que eu vou fazer isso? Porque para ele não vai fazer diferença nenhuma, ele não sabe o que é a farmacologia, ele não sabe o que é farmacocinética. Ele não sabe nada disso. Ele quer que eu decodifique a mensagem de uma forma que vai ser clara para ele e vai resolver o problema. Então é isso, comunicação [...] Mas a gente muda a linguagem, com certeza, a gente muda a linguagem para trazer para a realidade dele e às vezes instintivamente a gente fala uma palavra e a gente vê a interrogação na cara dele. A gente tenta mudar e falar de uma outra forma. “O senhor entende desse jeito?”. (Helena)

Em continuidade, apresenta ainda a necessidade de habilidades comunicativas condizentes com a escuta ativa, a empatia, o acolhimento, a clareza na transmissão da informação e de compreender a experiência subjetiva do paciente com o uso do medicamento.

Eu acho que talvez isso do tato com o paciente. De como eu chego, como eu falo, o que que eu falo. Eu acho que esse lidar com o paciente, com o familiar, com as emoções que eles estão, porque às vezes a gente chega tem paciente super receptivo, mas talvez nem tanto. Talvez aflitos com a situação, nervosos com outros problemas que eles trazem também. Eu acho que isso. (Helena)

Eu acho que também ter essa liberdade, essa tranquilidade de também avaliar com o paciente de como que é esse entendimento para ele. Porque tem ao mesmo tempo também, a gente sempre parte do princípio que o paciente não vai entender. Mas tem paciente com uma capacidade de compreensão grande que talvez queira também uma postura um pouco mais de: “Não, eu também consigo me responsabilizar, eu consegui entender, eu quero entender, não precisa orientar só o acompanhante. Eu também quero saber”. Então eu acho que é entender a demanda, o perfil de cada paciente. (Helena)

Quanto à necessidade de direcionar a comunicação de forma a buscar as informações mais assertivas para a condução de sua prática e aplicação de seus conhecimentos, Helena traz as seguintes considerações sobre sua vivência:

Eu acho que muitas vezes conseguir ser um pouco mais prática no meu atendimento, porque eu acho que no começo a gente tem que ouvir, a gente tem que dar espaço. Até porque desse vínculo sai muita coisa importante para a gente, que talvez ele não vá falar com outro profissional. Mas, ainda assim, acho que a gente tem que saber coletar de forma prática, porque é um serviço. Então eu não posso passar um dia com o paciente, uma manhã com o paciente. Do ponto de vista prático, também, isso é importante. Eu acho que aprender talvez a puxar o novelo na hora certa, parar na hora certa, para o serviço também fluir e a gente conseguir atender o maior número de pacientes da melhor forma possível. (Helena)

Como demonstrado, a provisão do cuidado farmacêutico centrado no paciente requer um conjunto de competências que incluem a capacidade de compreender as diferenças culturais, bem como a sensibilidade para reconhecer a importância da autonomia, das expectativas e da percepção que o paciente tem de si mesmo e da sua condição de saúde (SOUZA, 2015). Assim, o desenvolvimento dessa competência envolve questões técnicas, humanas e éticas (POSSAMAI *et al*, 2007).

O núcleo fundamental do Cuidado Farmacêutico é a relação estabelecida entre o farmacêutico e o paciente, que, em uma relação terapêutica firmada entre

ambos, irão buscar prevenir, identificar e resolver os problemas que podem surgir no tratamento farmacológico. Assim, uma das principais habilidades a serem desenvolvidas pelo farmacêutico é o manejo de técnicas de comunicação, em uma perspectiva que promova o diálogo e a troca de ideias na educação ao paciente (POSSAMAI *et al*, 2007; MESQUITA *et al*, 2010).

Um processo comunicativo eficaz permite, portanto, identificar problemas relacionados ao tratamento, contribuir para o desenvolvimento de soluções adaptadas às necessidades individuais do paciente e fortalece uma relação de confiança e colaboração entre farmacêutico e paciente. Assim, o desenvolvimento de habilidades comunicativas torna-se um passo essencial para a prática centrada no paciente, proporcionando ao farmacêutico uma base sólida de conhecimentos, habilidades e atitudes.

Uma condição essencial para uma boa comunicação do farmacêutico é a escuta ativa, que lhe permite entender a realidade do paciente. A partir dessa escuta ativa o farmacêutico será capaz de analisar a situação (com base em sua fundamentação teórica), desenvolver um plano terapêutico e aplicar as intervenções propostas de acordo com a realidade do paciente. Nesse processo, portanto, o conhecimento técnico e científico do farmacêutico não é mais importante que o conhecimento empírico adquirido pela vivência do paciente. Esses dois aspectos devem ser considerados complementares na prática do cuidado (POSSAMAI *et al*, 2007).

Diante do apresentado, ressalta-se que, ao investir nessas habilidades comunicativas, o farmacêutico melhora a interação com o paciente e seus cuidadores, assim como com outros profissionais da saúde, facilitando um cuidado mais integrado, colaborativo e humanizado. Esse desenvolvimento profissional fortalece a comunicação interpessoal, possibilita a construção de uma relação terapêutica mais eficaz e contribui para melhores resultados em saúde. Deste modo, instrumentalizar-se com habilidades comunicativas constitui um passo fundamental no desenvolvimento dos farmacêuticos para a prática clínica, justificando-se a sua inclusão em ações de educação permanente voltadas para esses profissionais.

7.5.2.1 Documentando o serviço realizado

Além das habilidades de comunicação verbal e não verbal, é essencial aos farmacêuticos na prática do cuidado, juntamente com todos os demais provedores de cuidados assistenciais, o desenvolvimento da habilidade de documentar suas atividades de forma eficiente e apropriada. A capacidade de comunicar as condutas e intervenções farmacêuticas fornecidas em um registro escrito é essencial para a continuidade do cuidado pelos próprios profissionais ou por outros da equipe de saúde, para a prática ética e por razões legais (LOSINSKI, 2011).

Conforme regulamentado pela Resolução do CFF nº 585/2013, que regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico, a documentação dos serviços e procedimentos providos pelo farmacêutico no cuidado em saúde é essencial e obrigatória (CFF, 2013). Apesar disso, verificou-se ainda presente algumas falhas quanto a esse entendimento e quanto a essa responsabilização por parte do farmacêutico, como pode ser percebido na fala de Rafaela, que não percebe a importância da documentação, considerando que a comunicação verbal com o médico já é efetivada:

Não sei. Mas no CTI, a gente tem acesso 24 horas. Então você não precisa muita coisa de registrar, você vai lá, fala e pronto, né? (Rafaela)

Embora a comunicação verbal (seja presencial, por contato telefônico ou outras formas de comunicação oral) possa ser necessária para intervenções imediatas, elas não permitem a disseminação das informações entre os demais envolvidos no processo de cuidado. Conforme corroborado pela associação norte-americana *American Society of Health-System Pharmacists*, em sua publicação de *guideline* sobre a documentação de cuidados farmacêuticos (ASHP, 2003), é importante que as recomendações clínicas feitas pelos farmacêuticos ou as ações tomadas de acordo com essas recomendações, sejam documentadas de forma permanente, de modo que fiquem disponíveis a todos os demais profissionais de saúde que prestam cuidado ao paciente.

A fala de Rafaela demonstra a percepção ainda existente do farmacêutico como membro “assessório” na equipe de cuidado dentro de um modelo de atenção focado no modelo biomédico, como já discutido anteriormente. Sob esse

aspecto, o papel do farmacêutico é reduzido em munir o profissional médico com informações técnicas para que esse então assuma o papel na decisão sobre o cuidado do paciente. A falha na percepção do farmacêutico como um membro equiparado na equipe de cuidado, de certo modo, traz essas falhas de percepção e de responsabilização pelo serviço prestado e quanto a necessidade de documentação do mesmo (ou até mesmo de entender que esse é um serviço que está sendo realizado).

Essa mesma lacuna quanto a consciência da responsabilidade profissional, é percebida também na fala de Camila, quando a mesma justifica a não realização da documentação das intervenções realizadas pelo receio de conflito ou mau entendimento com a equipe médica.

Não, às vezes eu não registro para o médico não achar... para a gente não perder a confiança do médico. "Ah, o farmacêutico quer intrometer na conduta, já falei que não e ele vai lá e registra". Entendeu? É nesse sentido. Porque se a gente perder essa confiança, aí a gente não vai conseguir fazer nada. (Camila)

Reforça-se, no entanto, que o cuidado farmacêutico configura-se como o fornecimento direto e responsável de cuidados relacionados a medicamentos, tendo como um de seus princípios fundamentais a assunção pelo farmacêutico quanto a responsabilidade profissional pelos resultados do paciente. Assim, a comunicação eficaz e eficiente entre os profissionais de saúde é requerida e a documentação é vital para a continuidade do cuidado do paciente (ASHP, 2003).

Além disso, a documentação do cuidado prestado demonstra tanto a responsabilidade assumida pelo farmacêutico quanto também o valor dos serviços prestados por esse profissional (ASHP, 2003).

No documento publicado pelo Conselho Federal de Farmácia em 2016 (CFF, 2016), adotou-se o seguinte conceito para a evolução farmacêutica: "consiste no registro efetuado no prontuário do paciente, com a finalidade de documentar o cuidado prestado, propiciando a comunicação entre os diversos membros da equipe de saúde" (CFF, 2016 – p. 121). É, portanto, onde são inseridas as informações sobre o paciente, sobre as decisões clínicas do farmacêutico e sobre os resultados alcançados no manejo da farmacoterapia (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

Essa documentação do cuidado farmacêutico deve ser estruturada para propiciar a disponibilidade de informação a todos os envolvidos no cuidado, garantir o sigilo, a agilidade de consulta e a confiabilidade das informações, em relação ao estado de saúde do paciente, às intervenções realizadas e seus resultados (CFF, 2016).

Superado esse entendimento, fica mais perceptível aos farmacêuticos o reconhecimento quanto a importância da documentação, como pode ser verificado nas falas de Fernanda e Larissa:

A gente entreviu, então a gente registra. Porque a partir do momento que você.... Se você não registrar, você não fez, entendeu? Então, assim, tem que registrar. (Fernanda)

Eu acho que tem que documentar, toda intervenção e é importante porque às vezes modificou aquela prescrição ou modificou aquele tratamento do paciente, porque a gente foi lá e falou. Então é um serviço nosso, que eu acho que a gente tem que colocar ali. E respalda a gente também. (Larissa)

Apesar do entendimento quanto à necessidade da documentação, outro ponto de importância e comum nas falas dos participantes diz respeito à forma como essa documentação deve ser realizada e a importância quanto a sua padronização, definindo um modelo de prática que já é comum a outros profissionais da saúde. A fala de Larissa, abaixo, traz algumas dessas interrogações:

Mas a questão da comunicação escrita, a gente melhorou muito, tem muito que melhorar também. É uma construção, não temos a diretriz, não temos. Igual o médico, ele sabe quando ele chega, o que ele tem que fazer, como ele tem que escrever e documentar. Nós farmacêuticos não temos o serviço enraizado, nós, como farmacêuticos, nem na escola a gente chegou.... eu como farmacêutica, não sei, cheguei para trabalhar e eu não tenho essa metodologia igual dentista tem, mexendo na sua boca, ele tem um protocolo. A gente não tem isso como profissional, então a gente está construindo. A gente foi construindo uma forma de evoluir aqui dentro. (Larissa)

Uma vez que a prática do cuidado foi inserida de forma mais recente na profissão farmacêutica, ao contrário de outras profissões da saúde e, também devido a multiplicidade de campos de atuação do farmacêutico, as habilidades relacionadas ao processo de cuidado, como essa habilidade referente à documentação, mostram-se ainda pouco desenvolvidas. Helena, em sua vivência, traz como estratégia aproveitar essa familiaridade de outras profissões

de saúde para que a evolução farmacêutica seja construída de forma padronizada e similar (nos seus requisitos) à de outros profissionais.

Eu acho que é uma coisa que a gente também vem desenvolvendo [*a documentação*], acho que à medida que a gente vai fazendo evoluções, lendo, acho que ler a evolução é muito importante, de outros profissionais, para a gente, ver também profissionais que têm uma prática que para eles talvez seja mais corriqueiro e para a gente não. [...] Eu vi na faculdade, eu que busquei talvez, mas assim a gente não faz isso o tempo todo. Então, por exemplo, na medicina, desde o primeiro período, eles fazem evolução, o tempo todo. Então eu acho que é importante também. [...] Porque eu acho que as outras profissões fazem isso. E aí quando a gente fica nos individualizando demais, ao invés de destacar, parece que a gente é um alienígena na equipe. Não é isso que a gente quer ser, a gente quer que seja normal, assim, normal. O farmacêutico aqui, é normal a evolução do farmacêutico, coisas que ainda são assim “nossa, eles evoluem!”. (Helena)

Apesar de existirem diferentes métodos para formatação do registro sobre o cuidado, o modelo conhecido pelo anagrama SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano) é o mais comumente utilizado na área da saúde, sendo recomendado também para a prática farmacêutica por diferentes autores (ASHP, 2003; CFF, 2016).

O modelo SOAP direciona a forma de documentação quanto aos aspectos fundamentais presentes na abordagem do paciente quando orientada para a identificação e resolução de problemas, a partir do registro dos dados subjetivos e objetivos do paciente, da avaliação e do plano estabelecido pelo profissional ou pela equipe (CFF, 2015).

Diante do exposto, a padronização do registro do processo de cuidado farmacêutico, incluindo os dados do paciente e todas as intervenções realizadas na prática clínica, é fundamental uma vez que permite a comunicação entre os profissionais, o levantamento de dados epidemiológicos, a realização de auditorias para avaliação da qualidade do serviço prestado ou para fiscalização, a formação de profissionais e a gestão da clínica (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; CFF, 2015). Além disso, é a partir do registro das informações que o farmacêutico será capaz de avaliar o impacto das intervenções e consequentemente promover a revisão de condutas relacionadas ao cuidado para melhoria da qualidade (CFF, 2015).

Ressalta-se ainda que, conforme corroborado por Ramalho de Oliveira (2011), a padronização da forma de documentação das atividades clínicas do farmacêutico dentro de um mesmo serviço ou, no caso do cenário deste estudo, dentro de uma rede de hospitais, é de extrema importância, de forma a facilitar a comunicação interna e viabilizar o oferecimento de um serviço consistente e passível de reconhecimento entre os próprios farmacêuticos e também junto aos demais profissionais.

Essa se mostrou como uma expectativa dos próprios farmacêuticos, como demonstrado na fala de Rafaela:

É, e outra coisa: parametrizar também o registro. Eu acho que a gente precisa de parametrizar isso para os farmacêuticos clínicos. Para cada um não fazer de um jeito, cada um não evoluir de um jeito. O que a gente tem que arquivar, o que não tem, o que precisa de documento e que não precisa.... Eu acho que isso é uma parametrização da instituição.

7.5.3 Utilizando um raciocínio lógico

O processo de cuidado proposto dentro do modelo de prática do Cuidado Farmacêutico corresponde a um método de tomada de decisão clínica racional, que permite ao farmacêutico avaliar de forma padronizada, sistemática e abrangente a farmacoterapia do paciente e propor intervenções relacionadas ao seu escopo de atuação (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

Seu método de trabalho é estruturado pelo mesmo padrão de etapas que compõe outras práticas profissionais na área da saúde, proporcionando, por meio dessa congruência das práticas, a viabilidade para a atuação e reconhecimento do farmacêutico como um profissional de saúde frente à sociedade. Essas etapas incluem a avaliação inicial, a elaboração de um plano de cuidado e a avaliação de resultados, sendo um processo cíclico, proposto para ocorrer repetidamente durante todo o período de acompanhamento do paciente (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

Deve-se destacar, no entanto, que o entendimento e aplicação dos conceitos acima apresentados ainda são muito dissonantes no cenário de prática hospitalar, o qual ainda tem uma grande influência do papel tradicionalmente assumido pelo farmacêutico durante o movimento de transição da prática

farmacêutica para a construção da farmácia clínica, surgida prioritariamente nesse ambiente. Assim, muitos dos serviços providos pelo farmacêutico clínico nos hospitais ainda possuem um foco direcionado principalmente para a prescrição e seu objeto – o medicamento.

Bianca, ao responder sobre a metodologia utilizada para seu processo de cuidado e se utilizava algum raciocínio lógico para tal, apresentou a seguinte resposta quanto a sua prática:

Eu tenho um raciocínio que eu uso, é assim primeiro eu olho a função renal do paciente para saber se os medicamentos que eles estão tomando estão na dose certa, a idade, para ver se a dose está condizente com a idade. Outro raciocínio é, jogo todos os medicamentos que não são “se necessário” (eu tiro os “se necessário”) e coloco para ver se tem alguma interação medicamentosa. Vi e encontrei alguma incompatibilidade, alguma duplicidade, algum erro... eu vou nos resultados de exame, se está condizente. O raciocínio lógico ele vai fazendo assim. (Bianca)

Mesmo com a afirmação posterior de que utilizava o método PW (*Pharmacotherapy workup*), a dificuldade em descrever um processo padronizado que caracterizasse seu método clínico de atuação permaneceu evidente, assim como o foco nos aspectos técnicos sobre o medicamento:

Pesquisadora: E aí, então, como é que é o seu raciocínio? Me explica de novo, pensando na metodologia, no PW, como é que você trabalha isso no seu dia a dia?

Bianca: [...] Primeiro eu vou na evolução e conheço o paciente todo. E aí coletei tudo que eu conseguir coletar, peso, exames, coletei tudo o que eu conseguir coletar no prontuário. Depois eu vou nele [*no paciente*] e confirmo os dados que eu coletei, se continua o mesmo peso, se os seus medicamentos que ele toma são aqueles mesmo que estão evoluídos, se tem outros medicamentos, confirmo tudo com ele. Até histórico dele, estilista, fumante ou não, também pego esse histórico dele lá na consulta. Volto aqui para sala e faço esse link dos medicamentos, do que ele me falou, do que que eu consegui identificar aí que eu faço essa parte. Jogo no sistema os medicamentos, jogo para ver se tem interação, olho a dose se está tudo certo. Acabei essa parte vi que estava tudo certo. Se tiver alguma inconsistência, vou na equipe médica, passo para eles a inconsistência e faço a evolução já com a resposta da equipe. [...] mas é um processo que eu defini de trabalho, assim....

Essa visão apresentada por Bianca sobre seu método de prática, comum a outros farmacêuticos, demonstra que, apesar de entenderem a necessidade do farmacêutico de mover-se para uma atuação mais próxima ao paciente, ainda há uma visão limitada quanto a essa possibilidade de atuação. Ao continuarem a se concentrar no medicamento e sua administração a sistemas biológicos

abstratos em vez de pacientes individuais, refletem preocupação ainda existente da profissão com o produto ao invés da pessoa, negligenciando sua responsabilidade social pelo cuidado ao paciente (HEPLER, STRAND, 1990). Essa concepção de atuação, ainda tradicional na profissão e principalmente no cenário de prática hospitalar, abrange um leque variado de atividades como a conciliação medicamentosa, a dispensação e a monitorização terapêutica, estando essas atividades muito focadas à prescrição. Possui ainda como características a falta de padrão de prática, a baixa reprodutibilidade e uma menor responsabilização pelo cuidado ao paciente (HEPLER; STRAND, 1990; SOUSA, 2016).

Essa situação gera uma limitação no reconhecimento de um processo de cuidado padrão para a prática clínica e inclusive seu entendimento pelos demais profissionais de saúde, com os quais o farmacêutico deve manter ações integradas e colaborativas. Teresa ressalta essa fragmentação da atuação do farmacêutico quanto não há um processo de cuidado bem definido:

Mas fica nessa limitação. Aí, você tem que dividir. “Ah, você vai fazer....”, aí faz serviços. Não faz a farmácia clínica como um todo. Faz serviço: Serviço de Conciliação Medicamentosa; serviço da análise de prescrição... Não a farmácia clínica como um todo no paciente. De estar dentro da ala, de acompanhar e fazer tudo, entendeu? (Teresa)

Essa atuação distingue-se daquela proposta por Hepler e Strand (1990) para a prática do Cuidado Farmacêutico, a qual demanda ao profissional uma mudança de postura, de perfil, de conhecimento e de responsabilização ao se propor a trabalhar com o serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa. Essa atuação, centrada no paciente, devido à sua padronização, raciocínio clínico lógico, reprodutibilidade e responsabilização pelo cuidado assumida pelo farmacêutico, possui maior potencial de resolver problemas relacionados ao uso de medicamentos e atingir seus objetivos de otimizar a farmacoterapia do paciente de forma efetiva (HEPLER; STRAND, 1990; SOUSA, 2016).

Helena, ao descrever sua prática para o mesmo serviço realizado por Bianca, mostra apresentar um maior entendimento quanto a necessidade de um processo de cuidado que seja padronizado e reprodutível, tentando incluir na provisão do serviço de reconciliação aspectos comuns ao proposto à etapa do processo de cuidado do *Pharmacotherapy workup* (PW).

Então, primeira coisa, a gente entende quem é aquele paciente. Do ponto de vista, de saúde, o que é que ele tem e o que é que o trouxe para o hospital. O que ele tem lá fora e o contexto medicamentoso, e aí a gente busca também o contexto social. [...] Então é isso, a gente olha o paciente como um todo. Informação medicamentosa, de saúde, socialmente de onde ele está, de suporte, tudo. E, a partir disso, a gente faz é o raciocínio na sequência, para todos os medicamentos, o medicamento ele é indicado, efetivo, seguro e conveniente. Até para gente propor as nossas intervenções de conciliação. [...] Eu acho que é isso, então, a partir do momento que entendeu a situação, a gente avalia e vai ver se aquele paciente vai ter algum PRM a partir dessa análise, nessa sequência: indicado, efetivo, seguro e conveniente. (Helena)

Para completar o processo de cuidado proposto pelo modelo de prática do Cuidado Farmacêutico, faltou a Helena descrever apenas a avaliação de resultados, que tem como objetivo identificar se as metas terapêuticas estabelecidas no plano de cuidado proposto foram alcançadas (RAMALHO DE OLIVIERA, 2011).

O processo de cuidado e a utilização de um processo racional de tomada de decisão é também definido por Fernanda, ao descrever sua prática ao prover o serviço de acompanhamento farmacoterapêutico:

Nessa minha parte de avaliação eu tento usar essa metodologia [PW]. Então eu vou pegar minha prescrição, vou partir da prescrição, porque é lá que o médico, né? E aí depois eu vou acompanhar o meu paciente. Então, que que eu vou fazer? A partir da prescrição ver o que ele está usando. Aí tudo que eu preciso para poder identificar se esse medicamento é indicado, efetivo, seguro, eu vou buscar através do prontuário, das corridas de leito, dos exames, da checagem da enfermagem para ver se aquele medicamento está sendo cumprido ou não. Aí eu vou ver se medicamento está sendo indicado, efetivo, seguro. E aí vou procurar saber as metas também. Porque para poder ver principalmente parâmetro de efetividade. Em quanto tempo, por exemplo, preciso que aquela pressão abaixe... aquilo ali para mim vai ser importante naquele momento, não vai, não vou preocupar com aquilo ali. Então assim, sempre buscando isso, se está tendo algum problema de segurança, alguma reação adversa importante... Então é sempre com esse raciocínio. Aquele medicamento tem que estar ali naquele momento? Eu já posso tirar aquele medicamento? O que que ele está fazendo ali? Então é sempre buscando nas condições de saúde, tentando casar o que o paciente tem que está atrelado ao uso daquele medicamento. (Fernanda)

Cabe destacar que mesmo já existindo documentos teóricos que apresentem a estruturação e a proposta do processo de raciocínio lógico para a tomada racional de decisão na farmacoterapia, essa ainda não é bem internalizada pelos profissionais, demandando processos de aprendizagem que envolvam experiências práticas para seu desenvolvimento, conforme ressaltado por Larissa:

O pensamento e a prática. Porque quando você não tem a prática, você vai pontualmente mesmo. Quem tem a prática, eu acho que já não precisa ir: "É necessário? É efetivo?" Mas falta praticar. Porque se não passa, passa alguma coisa que deixa de olhar no paciente. (Larissa)

Ressalta-se ainda que, diante da ausência de uma metodologia bem definida, que estabeleça como deve ser realizado o trabalho, cada farmacêutico acaba por desenvolver seu próprio método e faz da maneira que acredita ser a melhor possível. A metodologia da cuidado farmacêutico fornece todos os componentes necessários para estruturar a prática clínica e, dessa forma, pode auxiliar os farmacêuticos no direcionamento de sua prática, evidenciando ainda o objetivo final esperado a partir da avaliação de seus resultados.

O uso do raciocínio clínico para determinar se o paciente apresenta PRM é um trabalho cognitivo, por meio do qual o farmacêutico aplica seus conhecimentos e habilidades, para avaliar as necessidades farmacoterapêuticas do paciente. Trata-se de uma maneira disciplinada e sistemática de avaliar a farmacoterapia, organizando as decisões que devem ser tomadas (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011). Considerando-se como um modelo padronizado de avaliação, auxilia os profissionais na internalização do processo e da necessidade de sistematizá-lo de forma que se obtenha resultados coerentes na prática de qualquer profissional que executá-lo. Mesmo que, com a prática e o desenvolvimento da expertise na aplicação do processo de tomada de decisão, essa etapa seja realizada de forma automática no inconsciente do farmacêutico, é preciso ter a consciência do seu passo a passo. Isto é, conectar cada medicamento utilizado pelo paciente a uma indicação clínica, depois ao seu regime posológico, e finalmente a resposta do paciente, em termos de efetividade e de segurança (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

Profissional nenhum vai ter PRM ou nomenclatura parecida a PRM na profissão, mas porque foi formado como um profissional cuidador do paciente. Farmacêutico foi inserido nisso em 2012 para cá. Então, PRM é para ensinar o farmacêutico a ter um olhar clínico do paciente. Então, por aí, diz o PRM, ele não é necessário para quem já tem uma habilidade de olhar. Ele vai seguir, vai deslanchar, mas ele não vai falar PRM. Né? Vai falar que teve um problema na prescrição do medicamento, não vai falar como PRM. Hoje se fala PRM para ajudar o farmacêutico a ter um pensamento, um olhar clínico do medicamento. [...] Pra quem está em formação. Vai ajudar a desenvolver essa habilidade. (Teresa)

Por fim, destaca-se que, o processo de cuidado é a etapa em que o farmacêutico aplica seu conhecimento único e específico e suas habilidades clínicas para

contribuição junto à equipe de saúde no cuidado ao paciente. Assim, é imprescindível que esse processo seja alinhado e reconhecido por todos os seus praticantes permitindo uma caracterização reconhecível do método utilizado.

Eu acho que uma vez que a gente trabalha com essa filosofia da Atenção Farmacêutica, a gente usa o método PW, eu acho que todo mundo deveria conhecer, até mesmo para a gente ter uma atuação e falar mesmo a linguagem. [...] Acho que é complicado, porque às vezes a gente fala de conhecimento técnico, mas assim, é possível a gente ir fazendo e absorvendo. Mas ir fazendo sem ter um método, sem ter assim o que que é meu objetivo com isso aqui, eu acho que já complica. (Helena)

7.5.4 Proporcionando o suporte para a prática

O desenvolvimento pelo farmacêutico para as competências necessárias à prática clínica realiza-se não apenas por meio de ações educacionais que visem o seu aprimoramento e desenvolvimento de habilidades humanísticas e cognitivas. A viabilização de recursos estruturantes e de suporte para a prática mostrou-se extremamente impactante nesse processo.

Dessa forma, mostrou-se importante e necessária a inclusão dessa subseção que permitirá um olhar crítico para que gestores avaliem, dentro do seu cenário de prática, as contribuições realizadas e ações necessárias para que o processo de desenvolvimento de competências dos profissionais farmacêuticos para a prática clínica se concretizem e gerem os resultados esperados.

Como toda prática profissional na área de saúde, o Cuidado Farmacêutico também se estrutura em três pilares principais, que incluem a filosofia da prática, o processo de cuidado e a gestão do serviço. Este último descreve todos os recursos necessários à operacionalização da prática enquanto um serviço clínico a ser provido, incluindo os recursos humanos, físicos, financeiros, educacionais e o sistema de documentação a ser utilizado. Permite ainda avaliar a efetividade das estratégias estabelecidas para o oferecimento do serviço de acordo com a realidade de cada cenário (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011). O processo de gestão da prática é o que torna possível que os serviços sejam oferecidos em uma estrutura organizacional que garanta qualidade e responsabilidade, a fim de sustentar a viabilidade da prática a longo prazo (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012).

Para fins de caracterização dessa subseção e como forma de trazer informações complementares, incluo aqui alguns dados quantitativos oriundos do questionário estruturado aplicado aos farmacêuticos da instituição e que tratam do assunto abordado, os quais reforçam essa subcategoria que emergiu na pesquisa qualitativa.

Em uma das perguntas desse questionário, os farmacêuticos foram instigados a apresentar sua percepção quanto ao impacto de algumas condições de suporte para a provisão dos serviços clínicos em seus ambientes de prática, sinalizando a resposta em uma graduação de 0 a 5. O impacto, como esclarecido, deveria ser entendido como o grau em que as condições apresentadas afetavam a provisão dos serviços clínicos farmacêuticos, sendo “impacto importante” (contabilizado nas respostas de grau 4 e 5) considerado que tais recursos impactam diretamente na implementação e continuidade dos serviços prestados pelos farmacêuticos, demonstrando que não há disponibilidade desses quesitos no serviço ou que a falta dos mesmos vem impactando significativamente na condução das atividades clínicas realizadas no cenário atual de prática dos mesmos. Em contraponto, o “impacto baixo” (contabilizado nas respostas de grau 1 e 2) foi considerado para aquelas dimensões com baixa relevância por já estarem contempladas no serviço ou pelo fato de o serviço conseguir ser realizado da melhor maneira independente dessa variável. As dimensões analisadas foram: espaço físico; disponibilidade de tempo; formação para a prática clínica; abertura para inserção na equipe multidisciplinar e apoio da alta gestão.

Assim, os resultados obtidos mostraram que as dimensões avaliadas obtiveram a maior parcela de respostas incluídas no grupamento “impacto importante” em todas elas (espaço físico – 43,2% (n=19/44); disponibilidade de tempo – 56,8% (n=25/44); formação para a prática clínica – 56,8% (25/44); abertura para inserção na equipe multidisciplinar – 61,4% (n=27/44) e apoio da alta gestão – 68,2% (n=38/44)).

Destaca-se o item referente ao apoio da alta gestão, que teve o maior percentual de respostas negativas, com 68,2% de repostas sinalizando sua baixa disponibilidade no cenário de atuação dos farmacêuticos e impactando de forma

relevante nos serviços. O reconhecimento e entendimento da alta gestão quanto ao serviço clínico farmacêutico é essencial para subsidiar um ambiente propício à prática e a infraestrutura necessária para tal, impactando, inclusive, como consequência, em outros parâmetros, como por exemplo na inserção do farmacêutico na equipe multidisciplinar. Alguns estudos norte-americanos, onde a prática clínica farmacêutica se encontra mais consolidada, têm mostrado que os serviços alcançam maior sucesso quando vinculados ao suporte da gestão da unidade (SORENSEN, 2016; SOUSA, 2016).

Da mesma forma, destaca-se ainda a sinalização quanto a disponibilidade de tempo como importante fator de impacto, inferindo desse dado a dificuldade de atuação do farmacêutico devido a conciliação das atividades clínicas com atividades técnicas-gerenciais.

Além disso, o fato de a formação para a prática clínica ter sido reconhecida como impactante para o desenvolvimento da prática demonstra a importância e a necessidade de se fomentar ações educativas para aprimoramento do corpo técnico da instituição, de forma que os mesmos possam ter segurança e maior qualidade no serviço prestado, consolidando, assim, o serviço clínico farmacêutico.

Vários estudos (BRAZINHA, 2014; DETONI, 2016; MAGEDANZ, 2020) corroboram com os resultados apresentados, demonstrando que o déficit de capacitação/treinamento dos farmacêuticos, a falta de apoio da alta gestão, a infraestrutura precária, a carga de trabalho expressivamente administrativa e outros, são fatores frequentes de barreira para o desenvolvimento das atividades clínicas.

Em trabalho realizado por Sousa (2016), que buscou desenvolver um modelo lógico teórico para um serviço de GTM, resultou na definição de diversos recursos necessários para a garantia da qualidade do serviço, dentro os quais incluíram-se a disponibilidade de literatura técnico-científica e a disponibilidade de profissionais capacitados no processo de cuidado baseado no *pharmaceutical care*. Além disso, destacou a importância da avaliação de influências externas que, a depender da forma como se manifestam (positivamente ou

negativamente), podem contribuir ou desafiar o serviço e/ou o profissional. Sobre tais influências foram destacados, dentre outros, o apoio da gestão, a dedicação exclusiva para a atuação clínica e o reconhecimento como profissional clínico pela equipe (SOUSA, 2016).

Esses elementos, destacados nos estudos anteriores mencionados, foram compatíveis aos resultados que emergiram dos dados qualitativos desta pesquisa.

A literatura técnico-científica à disposição dos farmacêuticos, por exemplo, foi apresentado como essencial para o desenvolvimento do conhecimento teórico desses profissionais e consequentemente para a prática clínica farmacêutica. Essa necessidade é representada pela fala de Sofia.

O que me trouxe segurança para atuar foi uma base teórica boa, entendendo onde a gente tem informações confiáveis, tendo bases de dados confiáveis. Porque a partir do momento que a gente propõe um alvo e você me pergunta: “de onde você tirou isso?”, “Daqui”. Ok!. “De onde você tirou isso?”, “ahhhh...”, você fica inseguro, opa! Você perdeu credibilidade. A gente tem que ter certeza do que está falando. Então, o fato de ter bases de dados confiáveis, isso traz uma segurança muito grande. [...] A gente não tem base de dados hoje na instituição, isso é assustador. E eles querem que a gente desempenhe um papel de farmácia clínica. Mas minha base de dados hoje é o que? (Sofia)

A tomada de decisões na prática clínica, seja em qualquer prática profissional da saúde, está, atualmente e cada vez mais, associada ao emprego da prática baseada em evidências. Essa prática consiste na aplicação das melhores evidências científicas disponíveis, integrada com as experiências clínicas do profissional e as preferências e valores do paciente, tendo como finalidade a aplicação de intervenções de cuidados que sejam mais seguras e proporcionem melhores resultados. (NOBRE, 2003). A aplicação da prática baseada em evidências garante a utilização de estratégias que conduzem a melhores resultados, contribuindo para a minimização de erros e maior segurança do paciente (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

Oliveira (2016) pontua a importância da prática baseada em evidência para o desenvolvimento do processo de tomada de decisão clínica pelo farmacêutico na provisão do gerenciamento da terapia medicamentosa. Evidenciando-se, como consequência disso, a necessidade de acesso a fontes de informação

técnico-científicas confiáveis para que o farmacêutico esteja munido de instrumentos necessários à prática do cuidado.

Dessa forma, estruturar o serviço com recurso que viabilize a disposição de literatura técnica-científica é essencial para a aplicação e desenvolvimento das competências clínicas do farmacêutico na prática do cuidado, seja no seu processo de tomada de decisão, na comunicação com os demais profissionais de saúde ou na transmissão de informações ao próprio paciente.

Outro elemento de grande relevância sustentado pelos farmacêuticos entrevistados diz respeito à disponibilidade de recursos humanos em quantitativo compatível com as necessidades do serviço, alinhado com a dedicação exclusiva desses à prática clínica (esse elemento se associa ao quesito “disponibilidade de tempo” apresentado nos dados quantitativos). Esse mostrou-se um fator limitante para a sustentabilidade do serviço clínico farmacêutico e a deficiência do mesmo mostrou-se como fator desmotivador para os profissionais se empenharem no desenvolvimento de suas competências clínicas.

A fala de Teresa demonstra o caráter intermitente dos serviços clínicos devido uma insuficiência de recursos humanos alinhado com a visão do farmacêutico ainda com um papel prioritário para as funções técnico-gerenciais, em detrimento das atividades clínicas.

Primeiro, o farmacêutico clínico, ele é sempre o quebra galho. Então, a CAF [*Central de Abastecimento Farmacêutico*] está sem ninguém, tem gente de férias, tira da clínica e manda pra lá. [...] Então sempre faz isso, tira e colocam lá. Então sempre está tampando buracos. Então a clínica fica parada por um tempo. (Teresa)

A situação descrita acima foi também compartilhada por Silva (2015), que, em seu trabalho de mestrado, apresentou o desafio na implementação de um serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa em uma unidade básica de saúde, uma vez que a clínica se apresentava posicionada “à mercê da gestão da farmácia”. Isto é, reforçou a ideia de que as atividades clínicas poderiam ser desenvolvidas, mas desde que as funções técnico-gerenciais que garantem o acesso ao medicamento estivessem funcionando de forma satisfatória (SILVA, 2015).

Essa mesma dificuldade foi apresentada ainda por Detoni (2016) que, em trabalho semelhante, ressaltou que a dualidade de funções vivenciadas pelos farmacêuticos apresenta-se como um desafio para que o farmacêutico assuma a responsabilidade pela prática do cuidado devido à sobrecarga de atividades. Dessa forma, seria importante a definição de função e/ou de tempo dedicado exclusivamente para a prática clínica (DETONI, 2016).

A fala de Larissa corrobora com os achados dos estudos anteriores:

A diretriz no seu plano de trabalho, o que é para você fazer, porque hoje, se você pegar um plano de trabalho hoje nosso, farmacêutico, é tudo. Desde a gente lidar com abastecimento da farmácia até fazer o atendimento ao paciente. Então, humanamente é até difícil a gente cobrar isso tudo de todo mundo. Então isso fica defasado, eu faço um pouquinho aqui, eu faço um pouquinho ali. E aí no fim, você sente que não fez nada ou se você fez, você não sente que fez bem feito. (Larissa)

Esses fatos demonstram que, independente do cenário de saúde e da origem da instituição, a heterogeneidade das atividades previstas ao farmacêutico, para o qual espera-se que execute tanto funções técnico-gerenciais e logísticas quanto funções clínicas de cuidado ao paciente, mostrou-se ainda como um desafio a ser enfrentado. Com esse volume de atribuições, o tempo para que o farmacêutico se dedique ao desenvolvimento de competências tão distintas torna-se insuficiente e o profissional acaba desmotivado para tal.

Eu entendo que se o medicamento não chega no hospital, todos os outros processos da assistência farmacêutica não funcionam, não tem como ter outros serviços. Mas tem que ser coisas paralelas, não pode desfavorecer um serviço para favorecer outro. Eu vejo dessa forma. E ainda assim, falta na direção essa visão. Se vai fazer hora extra, como que ele vai cobrir, eu não sei. Mas não é desfalcando o serviço. (Bianca)

Dessa forma, é essencial o envolvimento ativo do gestor do cenário de saúde e o direcionamento de um olhar crítico deste quanto a necessidade de reorganização das atribuições dos farmacêuticos, de forma a repensar a divisão das responsabilidades do trabalho farmacêutico (SILVA, 2015; DETONI, 2016). Do contrário, conforme reforçado por Silva (2015), “podemos desenvolver um padrão de serviço superficial e de baixa qualidade, correndo o risco de não corresponder às expectativas dos demais profissionais, do serviço de saúde e da população” (SILVA, 2015 – p.59).

Por isso mesmo, é importante que o apoio e entendimento da alta gestão quanto a prática profissional do farmacêutico no cuidado em saúde, suas necessidades e expectativas estejam alinhadas, de forma que o serviço tenha sustentabilidade para se manter perene e que os farmacêuticos sintam-se motivados e engajados no desenvolvimento de competências clínicas que propiciarão o aprimoramento da prática.

7.6 Desenvolvimento de competências pelo farmacêutico para a prática clínica: modelo teórico proposto

A partir dos resultados deste trabalho, que revelaram as categorias e subcategorias que auxiliaram na compreensão do processo de desenvolvimento de competências para a prática clínica, foi desenvolvido um modelo teórico representativo desse processo, o qual se encontra ilustrado na Figura 4.

Esse modelo teórico inicia-se com o reconhecimento do farmacêutico como ponto central do esquema, evidenciando sua importância e a necessidade de sua motivação intrínseca para direcionar suas ações de aprendizagem em prol do desenvolvimento de competências necessárias para a prática clínica. Apresenta-se, como ponto focal, para o qual as ações educacionais deverão ser direcionadas e ao redor do qual os demais elementos do esquema serão direcionados. Nesse sentido, todos os conectores ligados ao farmacêutico representam-se com um duplo sentido, evidenciado tanto a necessidade desse profissional mostrar-se ativo no seu processo de desenvolvimento, como também a forma como os demais elementos influenciarão diretamente no seu desenvolvimento para atuação na prática clínica.

Na base do esquema encontra-se representado o elemento referente às experiências de aprendizagem, que representam as vivências práticas dos farmacêuticos que proporcionam os momentos de reflexão e transformação em aprendizado por meio da prática. Essas incluem tanto as experiências de formação curriculares como também as experiências vivenciadas na prática profissional e que permitem ao profissional, no dia a dia, o desenvolvimento de habilidades reflexivas para melhorias da prática e de desenvolvimento ao longo da vida. As experiências da prática foram incluídas na base do esquema por

representarem, nos dados, o alicerce principal para o desenvolvimento das competências nos profissionais farmacêuticos e de onde os farmacêuticos buscam maior fonte de aprendizado. Além disso, circunda todo o esquema desenvolvido, tendo em vista seu impacto direto durante toda a jornada profissional do farmacêutico quanto ao desenvolvimento contínuo das competências necessárias para a prática clínica, auxiliando, ainda na melhor compreensão quanto a responsabilidade profissional a ser assumida no cuidado em saúde.

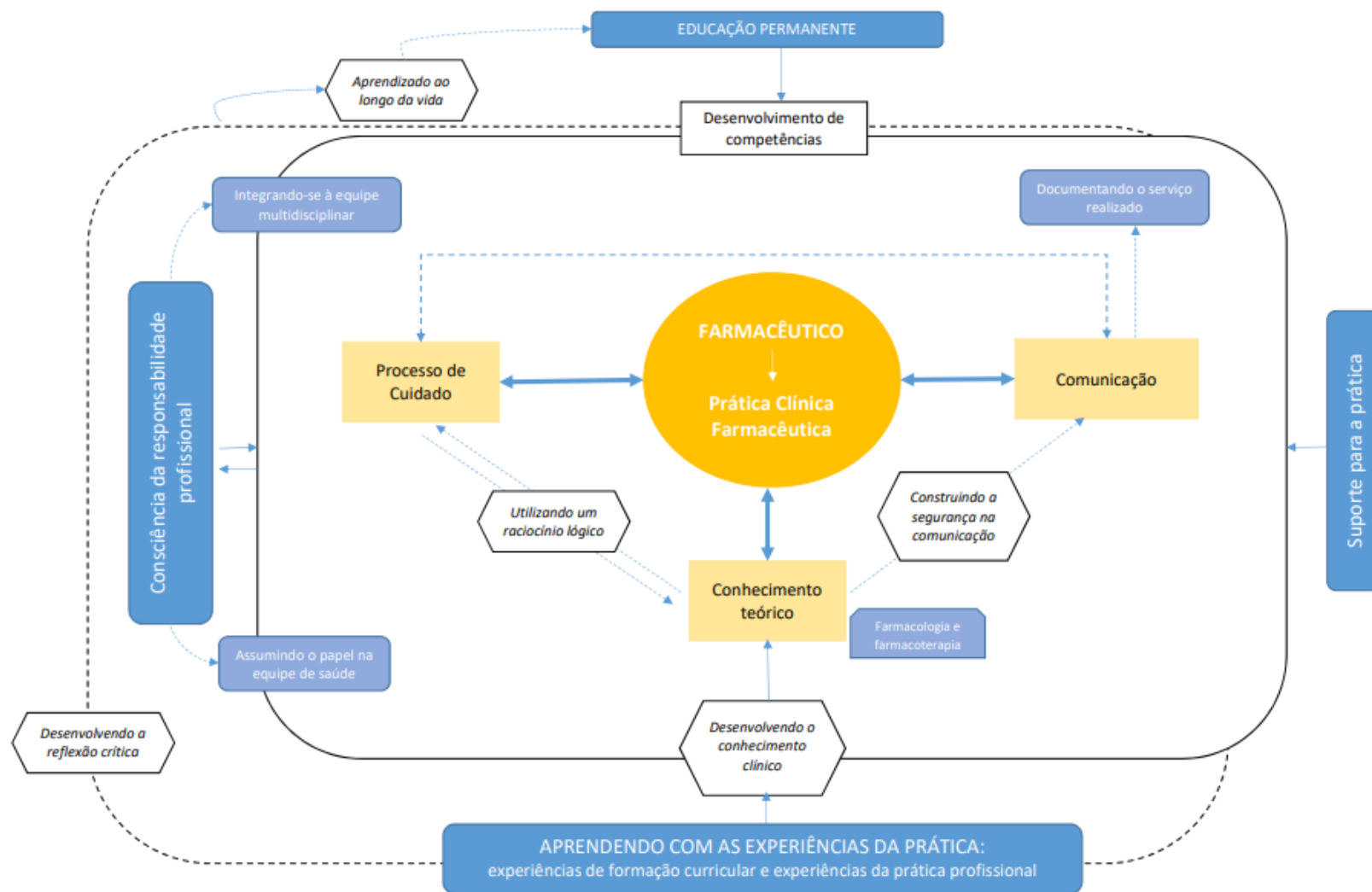
A consciência quanto a responsabilidade profissional do farmacêutico apresentou-se como um pilar significativo para o desenvolvimento de competências para a prática clínica e, por isso, apareceu em destaque no esquema, sustentando e apoiando o processo de desenvolvimento das competências. Essa consciência está intimamente vinculada ao entendimento e incorporação da filosofia da prática profissional pelo farmacêutico, a qual permitirá ao mesmo assumir com maior veemência seu papel e sua responsabilidade no cuidado ao paciente, viabilizando o entendimento do farmacêutico quanto a sua importância na equipe assistencial e a necessidade de sua integração na equipe de cuidado como um membro decisório e responsável pela farmacoterapia do paciente. Esse elemento mostra-se como uma via de mão dupla no processo de desenvolvimento de competências, isto é, se por um lado a consciência do farmacêutico quanto ao seu papel no processo de cuidado ao paciente permite a esse profissional maior discernimento quanto as suas atribuições e com isso suas competências, facilitando a identificação de das deficiências e necessidades de desenvolvimento, por outro lado, em uma direção contrária, quando as competências clínicas já se encontram bem desenvolvidas, propiciam que o farmacêutico compreenda e assuma de forma mais contundente sua responsabilidade, atendendo às premissas da filosofia da prática do cuidado farmacêutico e comprometendo-se com o serviço prestado.

Um segundo pilar presente nesse processo diz respeito ao suporte para a prática. Apesar de não vinculado diretamente ao processo de desenvolvimento das competências para a prática clínica, a existência de elementos que apoiem e sustentem a provisão do serviço clínico farmacêutico (como o apoio da alta

gestão, o acesso a bases de informações científicas confiáveis, a disponibilidade de recursos humanos, dentre outros) mostraram-se essenciais para a viabilização do processo de desenvolvimento de competências clínicas. Quando bem estruturados, esses elementos proporcionam maior motivação aos profissionais para a busca pelo seu desenvolvimento de competências e para a efetivação de práticas com maior qualidade e efetividade. Por outro lado, quando não muito bem estabelecidos, há uma maior possibilidade de ruptura no desenvolvimento de competências clínicas pelos farmacêuticos e o serviço tende a se desestruturar com maior facilidade.

Dentro do processo de desenvolvimento de competências, os principais elementos que impactam diretamente no processo da prática clínica e que demandam ações de capacitação contínuas para seu aprimoramento encontram-se representados pelo desenvolvimento de conhecimentos clínicos, a comunicação e a padronização de um processo de cuidado. Esses elementos se inter-relacionam de forma constante e se alinham para que a provisão do cuidado pelo farmacêutico atinja seus objetivos precípuos. Ressalta-se ainda que o desenvolvimento das competências clínicas farmacêuticas baseadas nesses atributos sofre impacto direto e constante dos elementos estruturadores ao seu redor (isto é, a experiência da prática, a consciência da responsabilidade profissional e o suporte para a prática quanto), a depender da forma como se manifestam, positivamente ou negativamente.

Figura 4 – Proposta de modelo teórico para o processo de desenvolvimento de competências para a prática clínica



8 IMPLICAÇÕES PARA A EDUCAÇÃO E PARA A PRÁTICA

A construção teórica sobre o processo de desenvolvimento de competências para a prática clínica farmacêutica traz vários aspectos que significativamente poderão ser incorporados em ações de educação permanente que visem o aprimoramento desses profissionais e a transformação das práticas nos cenários de saúde em que são adotadas.

Como descrevemos, devido às lacunas de formação na graduação de Farmácia para o desenvolvimento de competências voltadas para o cuidado em saúde, sendo, muitas vezes, uma formação ainda com grande carga teórica e pouca vivência prática, o desenvolvimento de habilidades humanísticas e clínicas são incipientes. Essa transformação no cenário de educação ainda levará um tempo a ser concretizada com a efetivação das DCN da Farmácia estabelecidas em 2017 e ainda em implementação nas instituições de ensino superior. Sendo assim, ainda há um percurso considerável a ser traçado no sentido de desenvolver os farmacêuticos já incluídos nos cenários de prática para a provisão do cuidado e na manutenção dessas competências clínicas ao longo da jornada profissional dos mesmos.

Entende-se ainda que a educação deve ser trabalhada de maneira permanente e dinâmica nos cenários de saúde, acompanhando as constantes transformações e necessidades sociais. Dessa forma, efetivar ações de educação permanente em saúde, com a construção de espaços coletivos para a reflexão e avaliação são essenciais para o alcance de práticas mais efetivas na resolução das necessidades em saúde da população.

Assim, as condições reveladas por esta pesquisa podem ser utilizadas por farmacêuticos e gestores como uma ferramenta para estruturação de projetos educacionais que visem a implementação e o fortalecimento do cuidado farmacêutico em suas instituições de saúde a partir do desenvolvimento do profissional para atender a essa demanda.

Como revelado neste trabalho, aspectos norteadores fundamentais para esse processo devem ser observados. Em primeiro lugar, deve-se partir do entendimento de que o desenvolvimento das competências clínicas dos

farmacêuticos, assim como de outros profissionais de saúde, deve estar próximo à prática, sendo esta a fonte das experiências que propiciarão a reflexão e a problematização da própria realidade.

Além disso, tais ações educacionais devem ter como objetivo desenvolver competências de aprendizagem ao longo da vida, de forma que os farmacêuticos possam, de modo independente, questionar práticas, sintetizar informações, reconhecer falhas e desenvolver soluções significativa para a sua prática. Essa competência pode ser alcançada a partir de ações que visem o desenvolvimento do pensamento crítico.

Considerando, ainda, a importância do trabalho interprofissional, de forma que o farmacêutico contribua efetivamente no cuidado ao paciente e seja capaz de consolidar as intervenções farmacêuticas aplicáveis, ações que propiciem o desenvolvimento de competências colaborativas e de integração entre os profissionais de saúde tendem a favorecer a compreensão quanto ao cuidado compartilhado e as responsabilidades e contribuições pertinentes a cada um, vislumbrando o alcance no compartilhamento das decisões dentro da equipe.

Por fim, ações teórico-práticas e metodologias ativas de ensino-aprendizagem que permitam o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes inerentes à prática clínica farmacêutica dão continuidade ao processo de aprendizagem e ao desenvolvimento do farmacêutico para a provisão do cuidado. Conhecer e aplicar os fundamentos principais do Cuidado Farmacêutico, isto é, ter o discernimento e internalização da filosofia da prática; entender e aplicar o processo de cuidado, incluindo a utilização do método clínico de tomada de decisão em farmacoterapia; e ter a consciência quanto aos elementos estruturantes da gestão da prática, propiciam um desenvolvimento profissional mais efetivo dos farmacêuticos.

Assim, diante de todo o aprendizado acumulado neste trabalho foi desenvolvido um plano de curso inicial visando o desenvolvimento de farmacêuticos para a prática clínica, o qual se encontra incluído no apêndice F. Esse curso poderá ser utilizado para o desenvolvimento de competências iniciais nos farmacêuticos, as quais se mostraram, diante dos resultados obtidos, necessidades educacionais

essenciais para a provisão do cuidado em saúde pelos farmacêuticos. Essa proposta traz consigo a possibilidade de continuidade de sua aplicação como um programa de educação permanente institucional, a partir da criação de espaços que propiciem e fomentem a discussão de casos clínicos reais e de desenvolvimento de situações problemas condizentes com os contextos de prática.

9 CONCLUSÃO

A introdução de novas práticas nos serviços de saúde e a mudança de paradigmas de atuação profissional são grandes desafios, pois envolvem a disponibilidade e a automotivação para buscar novas habilidades, conhecimentos e apropriar-se de novas atitudes. A prática clínica farmacêutica já é uma realidade nas instituições de saúde e, apesar de ainda incipiente em certos locais e, algumas vezes, pouco estruturada, vem aos poucos tomando espaço entre os serviços prestados pelo farmacêutico no ambiente hospitalar de forma mais proeminente. Esse processo de mudança, reconhecimento e até mesmo valorização da atividade clínica farmacêutica não ocorre em poucos dias ou meses, sendo um caminho a ser percorrido em meio a diversas intempéries, principalmente dentro da gestão pública.

Promover o desenvolvimento dos farmacêuticos para que assumam com segurança e efetividade esse papel na equipe de cuidado é imprescindível para a sustentabilidade dos serviços clínicos propostos e para maior perenidade dos mesmos. Profissionais competentes para a prática do cuidado e com apropriação quanto a filosofia da prática profissional proposta têm maior potencial de se posicionarem e assumirem seu papel dentro da equipe de saúde, proporcionando ganhos e resolutividade frente aos problemas da farmacoterapia do indivíduo assistido, agregando qualidade e valor ao serviço prestado.

A utilização de uma metodologia qualitativa possibilitou compreender as necessidades educacionais para o desenvolvimento dos farmacêuticos para a prática clínica de uma forma mais ampla, propiciando que diversos elementos adicionais e complementares emergissem durante o processo de construção do modelo teórico apresentado. Como demonstrado, preparar o farmacêutico para a prática clínica não é uma tarefa simples. Na verdade, é um caminho de interfaces e inter-relações, de quebras de paradigmas e de mudança de relações já institucionalizadas.

Desenvolver competências para a provisão do cuidado não se restringe apenas a adquirir conhecimentos ou desenvolver habilidades, mas também se mostra apoiado na necessidade da construção de uma consciência de responsabilidade

profissional e de uma expertise para transformar cada experiência de cuidado em uma oportunidade de análise crítica, reflexão e de melhoria da prática.

Ao trazer os farmacêuticos para serem corresponsáveis na construção desse trabalho, a partir da entrega de suas percepções e de seus sentimentos, possibilita-se a proposição de ações educacionais que, indiretamente, sejam construídas também por eles e para eles. Espera-se que as considerações geradas a partir da proposta teórica desenvolvida sejam incorporadas em práticas de educacionais dos farmacêuticos de forma a fomentar a qualificação cada vez maior desses profissionais para o cuidado.

Embora esta pesquisa tenha sido realizada com farmacêuticos de cenários de prática específicos, esses resultados podem ser transferidos e aplicáveis a farmacêuticos de outros locais que buscaram trilhar esse caminho sem volta que é o cuidado farmacêutico.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, J. R. de S., BIZERRIL, D. O., SALDANHA, K. G. de H., ALMEIDA, M. E. L. de. **Educação Permanente em Saúde**: uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho. Revista da ABENO. 16(2), 7–15. 2016.
- AMERICAN COLLEGE OF CLINICAL PHARMACY [ACCP]. **The definition of Clinical Pharmacy**. Pharmacotherapy 2008;28(6):816–817.
- AMERICAN SOCIETY OF HEALTH-SYSTEM PHARMACISTS [ASHP]. **ASHP guidelines on documenting pharmaceutical care in patient medical records**. American Journal of Health-System Pharmacy, v. 60, n. 7, p. 705-7, 2003.
- ANGONESI, D.; SEVALHO, G. **Atenção Farmacêutica**: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. Ciência & Saúde Coletiva, 15(Supl. 3):3603-3614, 2010.
- ARAÚJO, F. Q de.; PRADO, E.M. **Análise das diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em farmácia**. Revista Contemporânea de Educação – v. 3, n. 5. 2008.
- ARAÚJO, Patrícia Sodré. **Política de Assistência Farmacêutica**: A questão da at n o farmacêutica no SUS. 2016. Tese (Doutorado em Saúde Pública,  rea de concentração em Planejamento e Gestão em Saúde) – Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.
- BAHIA. Governo de Estado. Secretaria da Saúde. Superint nd ncia de Recursos Humanos da Saúde. **Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde da Bahia**. Salvador/BA. 2019-2022.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Assistência Farmacêutica. **Diretrizes para a Assistência Farmacêutica Integral em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: SMSA/GEASF, 2018.
- BERBEL, Neusi Aparecida Navas. **A metodologia da problematização com o Arco de Maguerez**: um reflexão teórico-epistemológica. Londrina. Eduel, 204p, 2012.
- BOSI, M. L. M. **Paradigmas, tradições e terminologias**: demarcações necessárias. Capítulo 4, pag 106 a 144. In T picos Avançados em pesquisa qualitativa em saúde: fundamentos teórico-metodológicos. Petrópolis, RJ. Editora Vozes, 2021.
- BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução CFF n  585, de 29 de agosto de 2013. **Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 set. 2013 – Seção 1, p.186. 2013a

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. Resolução CNE/CES 2, de 19 de fevereiro de 2002. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia.** 2002.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. Resolução CNE/CES nº 6, de 19 de outubro de 2017. **Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia.** 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução. 338 de 06 de maio de 2004. **Estabelece a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 20 de mai. 2004. Seção 1. p. 50.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. **Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.** 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, 20 de agosto de 2007. **Dispõe sobre as diretrizes para a implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília (DF), 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 17 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Séries Pactos pela Saúde, 2006, v. 9. 1ª ed. Brasília. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde.** 2. edição, 2. reimpressão – Brasília : Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_gestao_trabalho_educacao_saude_2ed.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 308 p. (Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica, Caderno 2).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** 1ª edição revisada. Brasília/DF. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete da Ministra. Portaria GM/MS nº 4.379, de 14 de junho de 2024.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014. **Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas.** 2014a.

BRASIL. Senado. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília; 1988.

BRAZINHA, I.; FERNANDEZ-LLIMOS, F. **Barriers to the implementation of advanced clinical pharmacy services at Portuguese hospitals.** Internal Journal of Clinical Pharmacy. 2014: p. 1031-38.

CAELLI, K; RAY, L; MILL, J. **“Clear as Mud”:**Toward a greater clarity in generic qualitative research. International Journal of Qualitative Methods. 2003.

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE (CIHC). **CIHC Competency Framework for Advancing Collaboration.** 2024. Disponível em: <https://cihc-cpis.com/new-competency-framework/>.

CANCIAN, R. **Interacionismo simbólico:** fundamentos, Blumer e o estudo das interações sociais. Pedagogia e Comunicação – pág. 3. Pesquisa Escolar: Sociologia. Disponível em: <https://educacao.uol.com.br/disciplinas/sociologia/interacionismo-simbolico---fundamentos-blumer-e-o-estudo-das-interacoes-sociais.htm>.

CAVALCANTI, F. O. L; GUIZARDI, F. L. **Educação continuada ou permanente em saúde?** Análise da produção Pan-Americana da Saúde. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 16 n. 1, p. 99-122, jan./abr. 2018.

CECCIM, R.B. **Educação Permanente em saúde:** desafio ambicioso e necessário. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. **Educação Permanente em Saúde.** In: Fundação Oswaldo Cruz. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde.* Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2ª edição revista e ampliada. 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html#topo>. Acesso em: 08 dez. 2022.

CENTRO DE APOIO À PESQUISA NO COMPLEXO DE SAÚDE [CAPCS]. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. **Estatística descritiva.** UERJ, 2019. Disponível em: <http://www.capcs.uerj.br/category/dicas/page/7/>. Acesso em: 13 dez. 2024.

CHAGAS, M.O *et al.* **Diretrizes curriculares nacionais do curso de farmácia de 2017:** perspectivas e desafios. TICs&EaD em Foco. São Luiz, v. 5, n. 2. 2019.

CHARMAZ, Kathy. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa.** Porto Alegre. Artmed Editora, 2009.

CIPOLLE, Robert J. **DRUGS DON'T HAVE DOSES-PEOPLE HAVE DOSES!** A Clinical Educator's Philosophy. Drug Intelligence and Clinical Pharmacy. 1986, novembro, vol. 20 – p. 881-882.

CIPOLLE, Robert J.; STRAND, Linda M.; MORLEY, Peter C. **Pharmaceutical care practice: the patient-centered approach to Medication Management Services.** 3rd. ed. New York: McGraw-Hill, 2012.

COLOMBO, A.A.; BERBEL, N.A.N. **A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores.** Semina: Ciências Sociais e Humanas, Londrina, v. 28, n. 2, p. 121-146, jul./dez. 2007

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA [CFF]. Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA [CFF]. Curso online: prescrição farmacêutica no manejo de problemas de saúde autolimitados: módulo 2: unidade 3: documentação do processo de atendimento e da prescrição farmacêutica. Dayani Galato et al. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA [CFF]. **Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade:** contextualização e arcabouço conceitual. Conselho Federal de Farmácia. – Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA [CFF]. **COMPETÊNCIAS PARA A ATUAÇÃO CLÍNICA DO FARMACÊUTICO:** Relatório do I Encontro Nacional de Educadores em Farmácia Clínica e Matriz de Competências para a Atuação Clínica. Conselho Federal de Farmácia. – Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA [CFF]. **Formação farmacêutica no Brasil.** Conselho Federal de Farmácia. Brasília, 2019. Disponível em: https://www.cff.org.br/userfiles/livro_caef21maio2019.pdf. Acesso em: 16 jul. 2023

CRUZ, Carla Francisca do Santos. **Tradução e adaptação transcultural do instrumento de avaliação de competências do farmacêutico “Global Competency Framework (GbCF)” para o português do Brasil.** 2015. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas – Área de Concentração: Assistência Farmacêutica). Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2015.

DALY, K. J. **Qualitative Methods for Family Studies and Human Development.** Califórnia: SAGE Publications, 2007. 312 p.

DANTAS, J. B. **Tecnificação da vida**: uma discussão sobre o discurso da medicalização da sociedade. *Fractal: Revista de Psicologia*. v. 21, n.3, 2009.

DAVINI, M.C. **Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde** – capítulo 3 *in* MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação permanente em Saúde**. Série B – Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde, 2006, v. 9. Brasília – DF. 2009.

DESTRO, D.R.; VALE, S.A.; BRITO, M.J.M.; CHEMELLO, C. **Desafios para o cuidado farmacêutico na Atenção Primária à Saúde**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 31(3), e310323, 2021.

DETONI, Kirla Barbosa. **Implantação do serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa no componente especializado da assistência farmacêutica**. 2016. Dissertação (Mestrado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica). Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

DETONI, Kirla Barbosa. **Educação interprofissional para tomada de decisão compartilhada em farmacoterapia**: promovendo estratégias de justiça epistêmica por meio da pedagogia crítica. 2023. Tese. (Doutorado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica). Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2023.

FALKENBERG, M.B. *et al.* **Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(3):847-852, 2014. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>

FHEMIG. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. 2020. Disponível em: <https://www.fhemig.mg.gov.br/sobre-o-orgao>. Acesso em 22 abr. 2023.

FILARDI, A.F.G; PASSOS, I.C.F.; MENDONÇA, S.A.M; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D. **Medicalização da vida nas práticas vinculadas à estratégia saúde da família**. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.* São Paulo, 24(2), 421-445, jun. 2021.

FIP. Federação Internacional Farmacêutica (FIP). **Transformar a formação e educação em farmácia e ciências farmacêuticas no contexto da força laboral farmacêutica**. Haia: Federação Mundial Farmacêutica, 2017a.

FIP. International Pharmaceutical Federation (FIP). **Nanjing Statements. Statements on Pharmacy and Pharmaceutical Sciences Education**. 2017b. Disponível em: https://www.fip.org/files/fip/PharmacyEducation/Global_Conference_docs/Nanjing_Statements.pdf. Acesso em 16 set. 2024.

FIP. International Pharmaceutical Federation (FIP). **FIP Statement of Policy on Continuing Professional Development.** The Hague: FIP, 2022. Available at: <https://www.fip.org/file/5241>.

FREITAS, E.L.; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D.; PERINI, E. **Atenção farmacêutica—Teoria e prática: Um diálogo possível?** Acta Farm Bonaer. 2006;25(3):447–53

FREITAS, E.L.; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D. **Critical thinking in the context of clinical practice:** The need to reinvent pharmacy education. Revista Portuguesa de Educação, 2015, 28(2), pp. 231-250

FREITAS, G.R.M.; NEYELOFF, J.L.; NETO, G.B.; HEINECK, I. **Drug-Related Morbidity in Brazil:** A Cost-of-Illness Model. Value in Health Regional Issues, pág. 150-157. 2018.

GENERAL PHARMACEUTICAL COUNCIL. **Standards for pharmacy professionals.** 2017. Disponível em: <https://www.pharmacyregulation.org/pharmacists/standards-and-guidance-pharmacy-professionals/standards-pharmacy-professionals>. Acesso em: 02 mai. 2023.

HADDAD, A.E.; BRENELLI, S.L.; PASSARELLA, T.M.; RIBEIRO, T.C.V. **Política Nacional de Educação na Saúde.** Revista Baiana de Saúde Pública, v.32, supl.1, p.98-114 out. 2008.

HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. **Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care.** American Journal of Hospital Pharmacy. Washington, vol. 47, n.3, p.533-543, 1990.

HOKANSON, K.; BREAUULT, R.R.; LUCAS, C.; CHARROIS, T.L.; SCHINDEL, T.J. **Reflective Practice:** Co-Creating Reflective Activities for Pharmacy Students. Pharmacy. 2022, 10, 28. <https://doi.org/10.3390/pharmacy10010028>.

INTERPROFESSIONAL EDUCATION COLLABORATIVE [IPEC]. **IPEC Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice:** Version 3. Washington, DC: Interprofessional Education Collaborative. 2023.

IVAMA, A.M *et al.* **Consenso brasileiro de atenção farmacêutica:** proposta. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002. 24 p

JONES, Rhonda M. **Assessment in Pharmacy Practice.** 3rd. ed. Wolters Kluwer. 2016.

KHAMIS, S. *et al.* **Preparing lifelong learners for delivering pharmaceutical care in an ever-changing world:** a study of pharmacy students. BMC Medical Education. 2020. 20:502. Disponível em: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-020-02394-w>. Acesso em 16 set. 2024.

KOERICH, Cíntia *et al.* **Teoria fundamentada nos dados:** evidenciando divergências e contribuições para a pesquisa em enfermagem. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 22. Belo Horizonte, 2018.

KOLB, D. A. **The Process of Experiential Learning.** In: *Experiential learning: experience as the source of learning and development.* Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey. 1984. Disponível em: https://www.fullerton.edu/cice/resources/pdfs/sl_documents/Experiential%20Learning%20-%20Experience%20As%20The%20Source%20Of%20Learning%20and%20Development.pdf.

LOSINSKI, Victoria. **Educating for action: understanding the development of pharmaceutical care practitioners.** 2011. 260 f. University of Minnesota, 2011.

MABASA, V.H.; MALYUK, D.L.; WEATHERBY, E.M.; CHAN A. **A standardized, structured approach to identifying drug-related problems in the intensive care unit:** FASTHUG-MAIDENS. *Can J Hosp Pharm.* 2011;64(5):366-9.

MAGEDANZ, Lucas. **Implantação do serviço de farmácia clínica em hospitais públicos do Distrito Federal.** Brasil. 2020. 135 f., il. Dissertação (Mestrado em Ciências e Tecnologias em Saúde)—Universidade de Brasília, Brasília, 2020.

MARTÍNEZ-SALGADO, C. **El muestreo en investigación cualitativa:** principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 3, p. 613–619, 2012.

MARTÍNEZ-SALGADO, C. **Amostra e transferibilidade:** como escolher os participantes em pesquisas qualitativas em saúde? In: *Tópicos Avançados em Pesquisa Qualitativa em Saúde: fundamentos teórico-metodológicos.* Petrópolis – RJ1: Vozes, 2021

MELO, S.C.C.; SANTANA, R.G.; SANTOS, D.C.; ALVIM, N.A.T. **Práticas complementares de saúde e os desafios de sua aplicabilidade no hospital:** visão de enfermeiros. *Revista Brasileira de Enfermagem.* 2013 nov-dez; 66(6): 840-6.

MELLO, A.L. *et al.* **Estratégia organizacional para o desenvolvimento de competências de enfermeiros:** possibilidades de Educação Permanente em Saúde. *Escola Anna Nery*, 22(1), 2018.

MENDONÇA, Simone de Araújo Medina. **Ensino-aprendizagem em serviço na educação para atenção farmacêutica.** 2017. Tese (Doutorado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

MENDONÇA, S. A. M.; FREITAS, E. L.; OLIVEIRA, D. R. **Competencies for the provision of comprehensive medication management services in an experiential learning project.** *Plos One New York*, v. 12, n. 9, 2017

MESQUITA, A.R *et al.* **Developing communication skills in pharmacy: A systematic review of the use of simulated patient methods.** Patient Education and Counseling. Volume 78, Issue 2. Pages 143-148. 2010.

METELSKI, F.K. *et al.* **Teoria Fundamentada Construtivista:** características e aspecto operacionais para a pesquisa em enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2021; 55:e03776.

MINAYO, M. C. S. **Análise qualitativa:** teoria, passos e fidedignidade. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. **Qualitativo-quantitativo: oposição ou complementaridade?** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-248, jul./set. 1993.

MINAYO, M.C.S; ASSIS, S.G; SOUZA, E.R. **Avaliação por triangulação de métodos:** abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde:** o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 1ª edição revisada. Brasília – DF. 2018.

MORISINI, M.V; FONSECA, A.F.; PEREIRA, I.B. **Educação em saúde.** In: Fundação Oswaldo Cruz. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde.* Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2ª edição revista e ampliada. 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsiv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edusau.html>. Acesso em: 08 dez. 2022.

MUÑOZ, R.L.S; SOUSA, E.S.S. **Educação na Saúde para fortalecimento do SUS.** João Pessoa: Editora UFPB. 2020.

NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERROR REPORTING AND PREVENTION [NCC MERP]. **Medication Errors – What is Medication Error?** Disponível em: <https://www.nccmerp.org/about-medication-errors>. Acesso em 24 set. 2024.

NICOLACI-DA-COSTA, A.M.; ROMÃO-DIAS, D.; DI LUCCIO, F. **Uso de Entrevistas On-Line no Método de Explicitação do Discurso Subjacente (MEDS).** Psicologia: Reflexão e Crítica, 22(1), 36-43, 2009.

NOBRE, M.R.C; BERNARDO, W.M; JATENE, F.B. **A prática clínica baseada em evidências.** Parte I – Questões clínicas bem construídas. Rev Assoc Med Bras. 2003; 49(4):445-9.

OLIVEIRA, Isabela Viana. **Processo de tomada de decisão em gerenciamento da terapia medicamentosa: da compreensão ao desenvolvimento de um modelo teórico**. 2016. Dissertação (Mestrado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

PEREIRA, M.L; NASCIMENTO; M.M.G. **Das boticas aos cuidados farmacêuticos**: perspectivas do profissional farmacêutico. Revista Brasileira de Farmácia. 92(4): 245-252, 2011.

PEREIRA, L.R.L **Da botica à clínica farmacêutica** – capítulo 3. In Assistência Farmacêutica no Brasil – Política, gestão e clínica – Vol. V: Atuação clínica do farmacêutico. Organização de Luciano Soares *et al*. Florianópolis : Ed. da UFSC, 2016.

PHARMACEUTICAL SOCIETY OF AUSTRALIA. **Guidelines for comprehensive medication management reviews**. 2020. Disponível em: <https://www.psa.org.au/career-and-support/mmq/>. Acesso em 02 maio 2023.

PHARMACY QUALITY ALLIANCE [PQA]. About PQA. Disponível em: <https://www.pqaalliance.org/our-story>. Acesso em: 13 dez. 2024.

PHARMACY QUALITY ALLIANCE. **Medication Therapy Problem Categories Framework for PQA Measures**. *apud* SORENSEN, T.D. *et al*. **A Dentist, Pilot, and Pastry Chef Walk into a Bar...Why Teaching PPCP is Not Enough**. American Journal of Pharmaceutical Education 2020; 84 (4) Article 7704.

PIMENTEL, A. **A teoria da aprendizagem experiencial como alicerce de estudos sobre desenvolvimento profissional**. Estudos de Psicologia 2007, 12(2), 159-168.

POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

POSSAMAI, F.P; DACOREGGIO, M.S. **A habilidade de comunicação com o paciente no processo de atenção farmacêutica**. Trab. Educ. Saúde, v. 5 n. 3, p. 473-490, nov.2007/fev.2008

QUEIROZ, D. **Venda de medicamentos no Brasil representa 42% da América Latina**. Site: Panorama Farmacêutico, 31 de agosto de 2022. Disponível em: <https://panoramafarmacaceutico.com.br/venda-de-medicamentos-no-brasil/>. Acesso em: 27 jun. 2023.

RAMALHO DE OLIVEIRA, D.; SHOEMAKER, S.J. **Achieving Patient Centeredness in Pharmacy Practice**: Openness and the Pharmacist's Natural Attitude. Journal of the American Pharmacists Association. January/February 2006, Vol. 46, No. 1.

RAMALHO DE OLIVEIRA, D. **Atenção farmacêutica como construção da realidade**. Revista Racine, v. 109, p. 94-102, 2009.

RAMALHO DE OLIVEIRA, D. **Atenção Farmacêutica: da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa**. 1. Ed. São Paulo: RCN Editora Ltda, 344 p. 2011.

REEVES, S.; PELONE, F.; HARRISON, R.; GOLDMAN, J.; ZWARENSTEIN, M. **Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes**. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017, Issue 6. Art. No. CD000072.

REIS, E.A; REIS, I.A. **Análise descritiva de dados**. Universidade Federal de Minas Gerais. Instituto de Ciências Exatas. Departamento de Estatística. Primeira edição. Junho 2002. Disponível em: <https://www.est.ufmg.br/portal/wp-content/uploads/2023/01/RTE-02-2002.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2024.

SALUM, N.C; PRADO, M.L. **A educação permanente no desenvolvimento de competências dos profissionais de enfermagem**. Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2014. Abr-Jun; 23(2): 301-8.

SALOMON, F.C.R. *et al.* **Boletim de Farmacovigilância: Erros de Medicação**. Anvisa. Boletim de Farmacovigilância nº 8, 2019.

SANTOS, M.I.P *et al.* **Formação de recursos humanos na área da saúde e implementação do SUS: Análise de um município polo universitário e referência macrorregional**. Revista Brasileira de Educação Média, 44 (4): e154; 2020.

SATURNINO, L.T.M.; PERINI, E.; LUZ, Z.P; MODENO, C.M. **Farmacêutico: um profissional em busca de sua identidade**. Revista Brasileira de Farmácia, 93(1): 10-16, 2012.

SECUNDA, K.E.; KRUSER, J.M. **Patient-Centered and Family-Centered Care in the Intensive Care Unit**. Clinics na Chest Medicine. Sep;43(3):539-550. 2022.

SINITOX. Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas. Fundação Oswaldo Cruz. 2020. Disponível em: [Brasil6_1.pdf \(fiocruz.br\)](https://brasil6.fiocruz.br/).

SILVA, Danielle Fernandes da. **Construção de um serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa na atenção primária à saúde no sus: um projeto de extensão universitária**. 2015. Dissertação (Mestrado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica). Faculdade de Farmácia. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2015.

SILVA, Daniela Álvares Machado. **Gerenciamento da terapia medicamentosa na atenção primária do município de Belo Horizonte: uma autoetnografia da transformação profissional**. 2016. Dissertação (Mestrado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

SILVA, D. A. M. *et al.* **A prática clínica do farmacêutico no núcleo de apoio à saúde a família**. Trabalho, Educação e Saúde, v. 16, n. 2, p. 659-682, 2018.

SOARES, L.; SANTOS, R.I. **O Processo Saúde-Doença-Cuidado** in Gestão da Assistência Farmacêutica; Eixo 1: Políticas de Saúde e Acesso aos Medicamentos; Módulo 2: Políticas de Saúde e Acesso aos Medicamentos. UnA-SUS. 2013.

SORENSEN, T.D. *et al.* **A qualitative evaluation of medication management services in six Minnesota health systems.** American Journal of Health-System Pharmacy, Volume 73, Issue 5, 1 March 2016, Pages 307–314, <https://doi.org/10.2146/ajhp150212>.

SORENSEN, T.D. *et al.* **A Dentist, Pilot, and Pastry Chef Walk into a Bar...Why Teaching PPCP is Not Enough.** American Journal of Pharmaceutical Education 2020; 84 (4) Article 7704.

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

SOUSA, Samuel Rodrigues Almeida. **Modelo lógico teórico, validado por especialistas, de um serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa.** 2016. Dissertação (Mestrado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

SOUZA, Thais Teles de. **Curso online: prescrição farmacêutica no manejo de problemas de saúde autolimitados:** módulo 2: unidade 2: habilidades de comunicação do farmacêutico / Thais Teles de Souza, Wellington Barros da Silva, Alessandra Rezende Mesquita. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2015.

STORPIRTIS, S; MELO, A. C.; NOBLAT, L. A. C.; PALHANO, T. J. **A origem da Farmácia Clínica no Brasil, a Sociedade Brasileira de Farmácia Clínica e a harmonização de conceitos e nomenclatura.** Infarma Ciências Farmacêuticas, v. 35, e 3, p. 351-363, 2023.

TEODORO, N.R.; OLIVEIRA, G.S. **Análise de conteúdo:** um método qualitativo. Humanidades & Tecnologia. ISSN: 1809-1628. vol. 46- jan. /mar. 2024.

THE NATIONAL ASSOCIATION OF PHARMACY REGULATORY AUTHORITIES. **Professional Competencies for Canadian Pharmacists at Entry to Practice.** 2014. Disponível em: <https://www.napra.ca/wp-content/uploads/2022/09/NAPRA-Comp-for-Cdn-PHARMACISTS-at-Entry-to-Practice-March-2014-b.pdf>. Acesso em 02 mai. 2023.

THE PHARMACEUTICAL SOCIETY OF IRELAND. **Core Competency Framework for Pharmacists**, versão 2, dezembro 2022. Disponível em: <https://www.psi.ie/education-and-training/continuing-professional-development-cpd/core-competency-framework>. Acesso em: 02 mai. 2023.

TOASSI, Ramona Fernanda Ceriotti. **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** Série Vivência em Educação na Saúde – vol. 6. Editora Rede Unida. 1ª edição, Porto Alegre/RS. 2017.

TSINGOS, C.; BOSNIC-ANTICEVICH, S.; SMITH, L. **Reflective Practice and Its Implications for Pharmacy Education**. American Journal of Pharmaceutical Education. 2014; 78 (1); Article 18.

VALENTIN, Aline Angélica de Souza. **Aspectos envolvidos na sustentabilidade do serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa**. 2020. Dissertação (Mestrado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.

WATANABE, J.H.; MCINNIS, T.; HIRSCH, J.D. **Cost of Prescription Drug-Related Morbidity and Mortality**. Annals of Pharmacotherapy, 1-9 pág.2018.

WIEDENMAYER, K. et al. **Pharmacists in the health care team: a policy perspective**. Developing pharmacy practice: a focus on patient care. Handbook - 2006 edition. The Hague: World Health Organization and International Pharmaceutical Federation, v.2, 2006.

WILSON, R. M *et al.* **Patient safety in developing countries: retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital**. BMJ. 2012; 344:1–14

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. **The Pursuit of Responsible Use of Medicines: Sharing and Learning from Country Experiences**. Geneva: World Health Organization, 2012. 64 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-EMP-MAR-2012.3>. Acesso em 27 jun. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. **Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety**. Geneva: World Health Organization, 2017.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO

Formulário de avaliação formativa, profissional e conhecimentos sobre Atenção Farmacêutica - FARMACÊUTICOS

I – Dados pessoais
1. Nome: 2. Unidade assistencial em que atua: 3. Sexo: () masculino () feminino () prefiro não responder 4. Idade: _____ anos
II – Informações quanto ao cargo que ocupa na FHEMIG
5. Tempo de atuação na FHEMIG: () Menos de 1 ano () Entre 1 e 5 anos () Entre 5 e 10 anos () Mais de 10 anos 6. Tipo de vínculo: () efetivo () contrato administrativo () outro 7. Tempo na função atual (em anos completos): _____ 8. Jornada de trabalho diária: () 4 horas () 6 horas () 8 horas () 12 horas () outra 9. Turno de trabalho: () diurno () noturno 10. Diante das suas principais atividades desenvolvidas no seu local de trabalho, você se considera de caráter eminentemente técnico-gerencial ou assistencial? () técnico-gerencial () assistencial () ambos 11. Como encontra-se dividida sua carga horária de trabalho considerando as atividades que desenvolve: _____ % técnico-gerencial _____ % assistencial 12. Campo de atuação principal na unidade hospitalar em que trabalha? () Planejamento e abastecimento farmacêutico () Farmácia Clínica () Farmácia de dispensação hospitalar

☐ Gestão

☐ Outro: _____

13. Dentre as atividades clínicas relacionadas abaixo, selecione aquelas que são desenvolvidas por você em sua instituição (pode ser assinalada mais de uma opção):

☐ Dispensação orientada de medicamentos

☐ Revisão da farmacoterapia

☐ Conciliação medicamentosa

☐ Acompanhamento farmacoterapêutico (ou Gerenciamento da Terapia Medicamentosa)

☐ Outros. _____

☐ Nenhuma.

III – Qualificação profissional e experiências em Atenção Farmacêutica

14. Tempo de formação da graduação de farmácia:

☐ Há menos de 5 anos

☐ Entre 5 e 10 anos

☐ Há mais de 10 anos

15. Possui formação acadêmica complementar em Farmácia Clínica ou Atenção Farmacêutica?

☐ Pós-graduação stricto sensu – doutorado. Ano de conclusão: _____

☐ Pós-graduação stricto sensu – mestrado. Ano de conclusão: _____

☐ Pós-graduação lato sensu (especialização). Ano de conclusão: _____

☐ Residência. Ano de conclusão: _____

☐ Curso de aperfeiçoamento. Ano de conclusão: _____

☐ Nenhum

16. Você já experienciou outras oportunidades de formação em Atenção Farmacêutica (Exemplos: Disciplinas isoladas, participação em Grupos de Estudos em Atenção Farmacêutica, iniciação científica)?

☐ Não.

☐ Sim. Relate resumidamente: _____

17. Possui experiência profissional anterior em Atenção Farmacêutica?

() Não

() Sim. Período e atividades desenvolvidas: _____

18. Exerce atividade acadêmica como professor?

() Não

() Sim. Onde? Qual? _____

IV – Competências para a prática da Atenção Farmacêutica

19. Na sua percepção, quais são as principais competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) a serem desenvolvidas pelo farmacêutico para o cuidado em saúde e desenvolvimento de atividades clínicas?

20. Nas questões 20.1 a 20.8, selecionar de 1 a 5 de forma a descrever como você avalia seu desenvolvimento quanto as competências descritas para a prática da Atenção Farmacêutica e sua necessidade de aprimoramento educacional, onde 1 significa baixo conhecimento e grande necessidade de aprimoramento e 5 significa alto conhecimento/domínio da temática e baixa necessidade de aprimoramento educacional.

20.1. Como você avalia seu conhecimentos em farmacoterapia e farmacologia para as principais condições de saúde atendidas em sua unidade hospitalar e para aquelas mais prevalentes na população (incluindo hipertensão, diabetes, asma, DPOC, dislipidemia, dentre outras)?

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5

20.2. Como você avalia sua habilidade para busca de informações científicas em bases de dados e na literatura científica, assim como avaliação da relevância de tais informações?

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5

20.3. Como você avalia sua habilidade para utilização de um processo lógico, padronizado e racional para avaliação de problemas relacionados ao uso de medicamentos e para a tomada de decisão sobre a farmacoterapia do paciente?

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5

20.4. Como você avalia sua habilidade clínica para elaboração de um plano de cuidado individualizado para o paciente?

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5

20.5. Como você avalia sua habilidade de comunicação com o paciente/familiar/cuidador, de forma a obter todas as informações necessárias para avaliação da farmacoterapia do paciente?

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5

20.6. Como você avalia sua habilidade para comunicação com outros profissionais de saúde, discutindo casos clínicos e, caso seja necessário, realizando alguma intervenção?

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5

20.7. Como você avalia sua habilidade de documentar todas as atividades clínicas realizadas de forma sistematizada e padronizada, gerando dados para o serviço?

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5

20.8. Como você avalia sua habilidade para considerar as experiências do paciente com relação à doença e ao uso de seus medicamentos na sua prática de cuidado?

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5

V – Informações adicionais

21. Na sua percepção e considerando suas atividades desenvolvidas na unidade hospitalar em que atua, indique qual o grau do impacto das situações descritas nos itens 21.1 a 21.5 para a implementação e continuidade dos serviços clínicos voltados para o cuidado ao paciente, onde 1 significa baixa relevância e 5 significa alta relevância.

21.1. Não dispõe de espaço físico para a execução das atividades.

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5

21.2. Não dispõe de tempo para execução das atividades clínicas.

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5

21.3 Não possui formação adequada ou não se sente capacitado para assumir tal demanda.

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5

21.4 Não possui abertura da equipe multidisciplinar ou sente dificuldade na integração com outros profissionais de saúde.

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5

21.5 Não possui apoio da alta gestão ou baixo entendimento da alta gestão quanto ao serviço.

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5

22. Descreva brevemente o que você considera que seja o principal papel do farmacêutico no cuidado em saúde.

23. Descreva como você percebe o papel do farmacêutico junto à equipe multiprofissional e como tem sido sua experiência na integração dessa equipe (pontos positivos e dificuldades).

24. Descreva qual a importância você dá às ações de educação continuada e oportunidades de aprendizado e justifique.

25. Descreva qual seu entendimento quanto ao revocacionamento da unidade em que você se encontra inserido e qual a sua potencial contribuição para o fortalecimento dessa vocação?

APÊNDICE B – TÓPICO GUIA

Tópico-guia para realização de **entrevista individual** com os farmacêuticos que atuam na prática clínica nos hospitais da rede Fhemig.

Condutas antes de iniciar a entrevista:

- Apresentação da pesquisadora e conversa sobre o objetivo da pesquisa e da entrevista.
- Entrega e explicação do termo de consentimento.
- Esclarecimento quanto a gravação da entrevista
- Perguntar se o participante tem alguma dúvida antes de ligar o gravador

>> Tópico 1: Contextualização da formação do participante para a prática clínica (compreender como a formação do profissional pode influenciar no desenvolvimento de suas competências para a prática clínica ou possíveis lacunas deixadas)

Como abordar:

1. Conte, inicialmente, como foi sua formação, na graduação de farmácia, para o cuidado ao paciente.
2. Você teve necessidade de buscar formação complementar? Como foi essa trajetória?

>> Tópico 2: Experiência profissional na prática do cuidado farmacêutico (compreender como o profissional se sente na prática do cuidado, como se insere na equipe junto a outros profissionais de saúde e seu entendimento quanto a filosofia da prática profissional)

Como abordar:

3. Quando e como foi sua primeira experiência no cuidado direto ao paciente?
4. Sentiu que houve evolução daquela época para agora? Em que sentido?
5. De quais formas você buscou essa evolução?
6. Como você se sente atualmente em atender um paciente ou desenvolver um serviço clínico? Sente-se confortável, seguro(a)?

7. O que acha que falta a você para exercer a prática do cuidado ao paciente de forma mais segura ou mais confortável?
8. Qual o tipo de serviço clínico farmacêutico você realiza atualmente na sua prática profissional?
9. Você se sente integrado à equipe multiprofissional de cuidado ao paciente? Como você acha que os outros profissionais de saúde o enxergam?
10. Você se sente responsável pela farmacoterapia do paciente? Você entende que você e seus colegas farmacêuticos estão prontos e abertos a assumir e responder por essa responsabilidade?

>> Tópico 3: Competências para a prática da Cuidado Farmacêutico (compreender as necessidades educacionais para desenvolvimento de competências para a prática clínica farmacêutica)

Como abordar:

11. Quando falamos em Atenção Farmacêutica, o que você entende por esse termo?
12. Você enxerga diferenças conceituais, práticas ou em algum outro aspecto entre a Atenção Farmacêutica e a Farmácia Clínica?
13. Quando falamos em um farmacêutico que irá atuar no cuidado ao paciente, quais as competências (conhecimentos, habilidades, atitudes) você acha importante que sejam desenvolvidas?
14. Qual a sua percepção quanto ao desenvolvimento dessas competências dentre os farmacêuticos atuantes no seu serviço?
15. CONHECIMENTOS CLÍNICOS:
 - a. De que forma seus conhecimentos clínicos sobre as condições de saúde e sobre os medicamentos auxiliam você na prática do cuidado?
 - b. Você se sente apto e seguro quanto aos conhecimentos sobre a farmacologia e farmacoterapia das condições de saúde mais prevalentes no seu cenário de prática? Por que?
 - c. Seus conhecimentos permitem a você identificar, prevenir e resolver problemas relacionados ao uso de medicamentos de forma consistente e eficaz?

- d. Como você obtém tais conhecimentos clínicos?

16. HABILIDADE – PROCESSO RACIONAL DE TOMADA DE DECISÃO:

- a. Com relação à farmacoterapia utilizada pelo paciente, como é seu processo para avaliação dos medicamentos em uso? Você utiliza algum processo definido? Me descreva por onde começa e quais os aspectos avaliados.
- b. A forma ou o processo utilizado para a tomada de decisão sobre a farmacoterapia do paciente é alinhada dentre os profissionais farmacêuticos?
- c. Na sua opinião, o que um farmacêutico deve ter ou saber para ser mais efetivo nos processos de tomada de decisões?

17. HABILIDADE – COMUNICAÇÃO:

- a. Durante a coleta de dados para a realização do serviço clínico desenvolvido, você busca informações junto ao paciente, um familiar ou cuidador? Como é essa experiência? Considera importante essa comunicação com o paciente para sua tomada de decisão?
- b. E a comunicação com outros profissionais de saúde? Você considera fácil essa comunicação? Sente alguma dificuldade?

18. EXPERIÊNCIA SUBJETIVA DO PACIENTE:

- a. Qual importância você atribui à experiência subjetiva do paciente quanto ao uso de medicamentos e as suas doenças? Considera possível incluir essa percepção do paciente na prática do cuidado à saúde prestado na sua instituição?

19. Pensando na realidade do seu serviço, quais as principais necessidades você identifica para o desenvolvimento dos farmacêuticos para a prática do cuidado ao paciente?

>> Tópico 4: perguntas finais

20. Se tivesse oportunidade de desenvolver um curso de capacitação e desenvolvimento de farmacêuticos para a prática clínica, o que considera mais importante que seja abordado?
21. Algum outro aspecto inerente à prática do cuidado ao paciente deixou de ser mencionado e que você considera importante de ser abordado?
22. Há algo mais que você considere que eu deva saber para compreender melhor as suas (sua e de seus colegas farmacêuticos) necessidades educacionais para a prática clínica?
23. Há algo que você gostaria de me perguntar?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde)

Pesquisa: “Educação permanente para o desenvolvimento da prática clínica farmacêutica”

Você está sendo convidado(a) a participar, voluntariamente, como colaborador(a) nessa pesquisa, que tem como objetivo desenvolver, avaliar e compreender a perspectiva dos envolvidos em ações de educação permanente promovidas entre a universidade e os serviços de saúde para o desenvolvimento da prática clínica farmacêutica.

Antes de obter seu consentimento, é importante que todas as informações a seguir sejam lidas com atenção e que todas as suas dúvidas sejam esclarecidas. Desde já agradecemos sua disponibilidade.

Justificativa e objetivo do projeto:

O Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM) é um serviço clínico que auxilia pessoas que utilizam medicamentos a atingir os objetivos de seus tratamentos, melhorando sua experiência subjetiva com a farmacoterapia. Tem como principal objetivo contribuir para a redução da morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos, importante causa de sobrecarga dos sistemas de saúde na atualidade. O profissional do serviço de GTM trabalha identificando, resolvendo e prevenindo problemas relacionados à indicação, efetividade, segurança e/ou adesão à farmacoterapia, em colaboração com outros profissionais da saúde. Uma das limitações para o avanço quanto à oferta deste serviço no sistema de saúde é a carência de farmacêuticos com formação clínica. A formação de farmacêuticos clinicamente competentes é essencial para a implantação e consolidação de serviços de gerenciamento da terapia medicamentosa (GTM) nas redes de atenção à saúde, permitindo com isso a incorporação da filosofia da atenção farmacêutica e o engajamento desses profissionais para manutenção e sustentabilidade dos serviços. Dessa forma, esta pesquisa tem como objetivo compreender e avaliar as necessidades educacionais dos profissionais farmacêuticos atuantes no Sistema Único de Saúde nos níveis de atenção secundária e terciária, de modo a identificar estratégias educacionais de formação para o GTM. Espera-se que os conhecimentos gerados contribuam para a institucionalização de processos educacionais voltados para o desenvolvimento de competências clínicas por farmacêuticos que atuam no sistema de saúde.

Participação no trabalho

A sua participação é voluntária, isenta de despesas e nenhum participante receberá remuneração por seu envolvimento na pesquisa ou terá qualquer despesa durante o estudo. Se houver

Rubrica do participante:

Rubrica do pesquisador:

despesas o (a) senhor (a) será reembolsado de acordo com a lei. Você poderá recusar-se em participar do estudo a qualquer momento, no início ou durante o acompanhamento, sem quaisquer prejuízos.

Procedimentos

Caso concorde em participar do estudo, será convidado(a) a responder um questionário estruturado, a respeito da temática citada anteriormente, contendo um total de 42 questões (entre itens e subitens), podendo ser elas questões abertas ou fechadas, com um tempo médio de resposta de aproximadamente 25 minutos. Você também poderá, futuramente, ser convidado(a) a participar de grupos focais que terão o objetivo de levar os participantes a refletirem e compartilhar sobre a experiência relacionada à temática proposta. O tempo estimado para o grupo focal é de até 1h e 30min por encontro, podendo ser necessária a realização de mais de um encontro caso a temática não seja esgotada nos encontros anteriores. Os grupos focais poderão ocorrer de forma presencial ou por vídeo-chamada, a depender da disponibilidade dos participantes. Da mesma forma, você também poderá ser convidado(a) a participar de entrevistas individuais. As entrevistas serão gravadas através de um aparelho de MP4 e posteriormente transcritas fielmente como foi dita por você, tendo uma duração estimada de cerca de 60 minutos. Você tem total liberdade para se recusar em participar ou para retirar seu consentimento a qualquer momento e por qualquer motivo, sem nenhum dano ou prejuízo quanto à sua participação nas atividades educacionais que são alvo do estudo. Da mesma forma, você poderá negar-se a responder a quaisquer questões ou a fornecer informações de que julgar prejudicial à sua integridade física, moral e social.

É importante esclarecer que a sua participação será isenta de qualquer despesa ou outro ônus. Além disso, a participação neste estudo é voluntária, portanto, não receberá nenhuma remuneração ou bonificação para tal. É garantida a recuperação de danos (indenização), caso seja comprovado o dano decorrente da pesquisa.

Confidencialidade

Os dados coletados na entrevista serão utilizados apenas para fins científicos. Todas as informações obtidas serão tratadas com o máximo respeito. Haverá sigilo absoluto de nome e quaisquer outras informações que possam levar à identificação pessoal durante todo o processo de construção e divulgação do trabalho.

Riscos e desconfortos

Rubrica do participante:

Rubrica do pesquisador:

O caráter interacional da coleta de dados (entrevistas e grupos focais) pode trazer constrangimento, receio ou ansiedade nos sujeitos da pesquisa por estarem expondo questões que envolvem a dinâmica dos serviços de saúde e suas percepções quanto a educação permanente e seu grau de aprendizagem, porém serão garantidos os direitos de confidencialidade e sigilo absoluto dos participantes desta pesquisa. Em caso de qualquer dano pessoal, físico ou moral a que o (a) senhor (a) possa vir a sofrer, comprovadamente decorrente da participação na pesquisa, o (a) senhor (a) terá direito a indenização determinada por lei.

Benefícios

Ao participar das entrevistas e grupos focais, o (a) senhor (a) terá oportunidade de refletir e relatar sobre seu processo de desenvolvimento de competências clínicas, o que lhe permitirá identificar suas necessidades educacionais e direcionar a busca por oportunidades de aprendizado. O (A) senhor (a) também será convidado a participar das ações de educação permanente desenvolvidas, tendo benefício direto com o projeto.

Consentimento

Declaro para os devidos fins que me considero satisfeito com as explicações das pesquisadoras e concordo em participar como voluntário (a) deste estudo.

Uma via deste termo permanecerá com o (a) Sr. (a) e a outra ficará arquivada, juntamente com os demais documentos da pesquisa, com a orientadora responsável.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 2024.

Nome completo do participante: _____

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador

Toda a informação obtida neste estudo é confidencial e será estritamente utilizada para fins de pesquisa. Todos os dados pessoais coletados serão protegidos e incluídos numa base de dados de acordo com as Normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os registros e documentos coletados ficarão sob a guarda do pesquisador responsável, em seu setor de trabalho, na UFMG, por até cinco (5) anos. Após esse período, o material será destruído e descartado em local adequado. Só terão acesso aos mesmos os pesquisadores participantes.

Rubrica do participante:

Rubrica do pesquisador:

Sua participação é muito valiosa para o desenvolvimento desta pesquisa.

Eu,....., após ter sido suficiente e devidamente esclarecido (a) pela pesquisadora sobre a realização desta pesquisa, como está escrito neste termo, declaro que consinto em participar da pesquisa em questão por livre vontade não tendo sofrido nenhuma forma de pressão ou influência indevida. Estou ciente que meus dados serão tratados com absoluta segurança para garantir a confidencialidade, privacidade e anonimato. Fui informado que em caso de dúvida posso entrar em contato com Comitê de Ética em Pesquisa/UFMG.

Data: ____/____/____ Assinatura:.....

Pesquisadora responsável

Eu, Simone de Araújo Medina Mendonça, responsável pelo projeto acima descrito, declaro que obtive espontaneamente o consentimento deste participante de pesquisa (ou do seu representante legal) para realizar este estudo.

Data: ____/____/____ Assinatura:.....

Este termo será arquivado, pelo pesquisador responsável, por um período de 5 anos para consultas e verificações.

Nota: Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado em duas vias, ficando uma com o sujeito participante da pesquisa e a outra com o pesquisador responsável.

Contatos:

- Professora Dra. Simone de Araújo Medina Mendonça – telefone: (31) 3409-6991

E-mail do pesquisador: simoneamm@ufmg.br

Endereço completo: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627, Faculdade de Farmácia – 4º andar, bloco 4, Campus Pampulha, Belo Horizonte/MG – Brasil, CEP 31270-901.

- Comitê de Ética em Pesquisa / UFMG – telefone: (31) 3409-4592 Endereço completo: Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005, Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil, CEP 31270-901.

APÊNDICE D – PRIMEIRO ARTIGO DE RESULTADOS

Farmacêuticos na prática do cuidado: caracterização do profissional e necessidades educacionais para o desenvolvimento de competências clínicas

Pharmacists in care practice: professional characterization and educational needs for clinical competency development

FAGUNDES, Priscila Oliveira¹; MOREIRA, Walisson Braga²; MENDONÇA, Simone de Araújo Medina³

¹Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais / Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Faculdade de Farmácia. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil.

² Faculdade de Farmácia. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil.

³ Departamento de Farmácia Social. Faculdade de Farmácia. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

Copyright© 2024 Fagundes et al. Este é um artigo em acesso aberto distribuído nos termos da Licença Creative Commons atribuição que permite o uso irrestrito, a distribuição e reprodução em qualquer meio desde que o artigo original seja devidamente citado

Resumo: A mudança do perfil de atuação dos farmacêuticos, impulsionada por uma necessidade social de redução da morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos, traz grandes desafios. O novo papel assumido pelo farmacêutico no cuidado ao paciente implica na necessidade de desenvolvimento de novas competências (conhecimentos, habilidades e atitudes). Porém, a carência de profissionais com formação clínica, dificulta a instrumentalização dos mesmos com as competências necessárias para a prática clínica e para a tomada de decisão racional em farmacoterapia. O objetivo deste estudo foi descrever o perfil dos farmacêuticos atuantes na atenção secundária e terciária do Sistema Único de Saúde, na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, e caracterizar as necessidades educacionais desses para o desenvolvimento de competências para a prática clínica farmacêutica. Trata-se de um estudo qualiquantitativo descritivo, realizado entre janeiro e maio de 2024, cujos dados foram coletados a partir de um questionário semiestruturado aplicado aos farmacêuticos por meio digital (com o uso de um formulário online). Observou-se que a lacuna de formação dos farmacêuticos para o cuidado em saúde e a visão ainda voltada para um modelo biomédico de assistência hospitalar podem ser fatores importantes que dificultam a internalização e o desenvolvimento de competências necessárias para a prática clínica farmacêutica, sendo ainda um desafio a ser enfrentado. Habilidades para o uso de um processo racional para tomada de decisão, desenvolvimento de um plano de cuidado individualizado e

a busca do aprendizado de forma contínua ao longo da vida, com o desenvolvimento de conhecimento clínico, são fatores importantes para a provisão do cuidado farmacêutico de forma eficiente e que precisam ser desenvolvidos.

Palavras chave: atenção farmacêutica, competências clínicas, educação em saúde.

Abstract: The change in the pharmacists' performance, enhanced by the social need to reduce morbidity and mortality related to the use of medicines brings great challenges. The new role assumed by the pharmacist in patient care implies the need to develop new competencies (knowledge, skills and attitudes). However, the lack of professionals with clinical training makes it difficult training them with the necessary competencies for clinical practice and rational decision-making in pharmacotherapy. This article aims to portray the pharmacists working in secondary and tertiary care in the Brazilian Unified Health System, working at the Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, and to identify their educational needs for the development of competencies for clinical pharmaceutical practice. This is a descriptive qualitative study, carried out between January and May 2024, whose data were collected using a semi-structured questionnaire applied to pharmacists through an online form. We observed that the lack of training for pharmacists in health care and the vision still focused on a biomedical model of hospital care may be important factors that hinder the internalization and development of necessary competencies for clinical pharmaceutical practice, which still are a challenge to be faced. Training skills for a rational decision-making process, developing an individualized care plan and seeking continuous learning throughout life, cultivating clinical knowledge, are important factors for the efficient pharmaceutical care that need to be developed.

Keywords: Pharmaceutical care, clinical competencies, Health Education.

Introdução

Ao longo do último século, a profissão farmacêutica passou por diversas mudanças, com transformações significativas quanto a concepção das suas funções e responsabilidades. A rápida expansão da indústria farmacêutica, a partir da segunda metade da década de 1930, transformou radicalmente a atividade farmacêutica até então existente^{1,2}. A indústria rompeu o monopólio do conhecimento farmacêutico, minimizando, como consequência, o elo entre o farmacêutico, o usuário e os demais profissionais responsáveis pelo cuidado em saúde¹. Tais fatos contribuíram para o afastamento do farmacêutico no cuidado à saúde individual e coletiva e a uma perda gradual de sua identidade e do reconhecimento de seu papel pela sociedade¹⁻³. Tentativa de resgate da participação do farmacêutico na equipe de cuidado à saúde surgiu a partir do movimento da Farmácia Clínica, iniciado nos Estados Unidos e cujo

desenvolvimento, no Brasil, se deu a partir do final da década de 1970^{4,5}. Apesar de ter sido um avanço para a atuação farmacêutica, sua prática ainda apresentava um foco muito direcionado ao objeto, ou seja, ao medicamento, diferente de outras profissões de saúde, cujo foco é o paciente⁴.

Grande marco na evolução da trajetória da profissão farmacêutica, no que tange à busca de seu fortalecimento no cuidado em saúde, se deu com a publicação de Hepler e Strand, em 1990, de documento que deu origem ao conceito do *Pharmaceutical care*^{2,4}. Esta publicação apresentou uma filosofia de atuação profissional com foco no paciente, por meio da qual os farmacêuticos assumem a responsabilidade pela provisão responsável do tratamento farmacológico, atuando de forma a identificar, prevenir e resolver problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM), tendo o paciente como centro de sua atuação²⁻⁴. O PRM é definido como “qualquer evento indesejável experienciado pelo paciente, que envolve, ou suspeita-se envolver, a farmacoterapia, e que interfere no resultado esperado da terapia, requerendo julgamento profissional para ser resolvido”⁶.

Essa chamada para a mudança de paradigma de atuação do farmacêutico foi impulsionada por uma necessidade social emergente de redução da morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos, a partir da otimização e gerenciamento da farmacoterapia do paciente de uma forma holística^{3,6}. Os erros de medicação, definidos como qualquer evento evitável que, de fato ou potencialmente, pode causar ou levar ao uso inapropriado de medicamentos ou a danos ao paciente⁷, constituem hoje um problema em saúde pública^{8,9}. Os grandes prejuízos para a saúde da população e as perdas econômicas vultuosas¹⁰, requerem uma resposta à sociedade, para a qual o farmacêutico pode ser a melhor alternativa de solução^{3,9}. A identificação e resolução de PRM's dentro da atuação desse profissional no cuidado em saúde é um meio que se mostra cada vez mais propício.

Esse novo papel para os farmacêuticos implica, no entanto, no desenvolvimento de novas competências (conhecimentos, habilidades e atitudes)^{9,11}. O foco do profissional passa não mais a ser centrado no medicamento, redirecionando-o para o paciente e suas necessidades farmacoterapêuticas². Implica, assim, que o farmacêutico desenvolva, dentre outras coisas, a capacidade de identificar, resolver e prevenir problemas relacionados ao uso de medicamentos; a capacidade de assumir a responsabilidade pelas necessidades relacionadas à terapia medicamentosa do indivíduo; a capacidade de construir laços terapêuticos e comunicar-se efetivamente com profissionais, pacientes e familiares; trabalhar em equipe multiprofissional; utilizar fontes adequadas de informação em farmacoterapia e em saúde; utilizar um processo racional de tomada de decisões em farmacoterapia; além de compreender e melhorar a experiência subjetiva com medicamentos do paciente^{11,12,13,14}.

Em consonância com tais transformações na profissão farmacêutica, os currículos do curso de graduação em Farmácia precisaram ser reestruturados de modo que pudessem refletir essas novas necessidades profissionais. As mais recentes Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de graduação em Farmácia¹⁵, promulgadas em 2017, apresentaram uma evolução no que diz respeito à prática do cuidado farmacêutico ao proporcionarem maior ênfase no eixo cuidado em saúde. Essa priorização da formação voltada para o cuidado possibilita o desenvolvimento de competências direcionadas ao indivíduo e orientadas para a prática clínica do farmacêutico nos diferentes níveis de atenção à saúde¹⁶.

Deve-se lembrar, no entanto, que os farmacêuticos que atuam nos serviços de saúde na atualidade graduaram-se em época anterior à incorporação da formação para o cuidado em saúde no curso de Farmácia e muitos não tiveram educação clínica formal em seus currículos de graduação. Isso, por muitas vezes, dificulta a instrumentalização desses farmacêuticos com as competências necessárias para a prática clínica e para a tomada de decisão em farmacoterapia¹¹. Até que a nova geração de profissionais promova as mudanças necessárias na realidade, há de se envidar esforços para a educação permanente dos profissionais que já estão inseridos no sistema de saúde, possibilitando, com isso, melhorias no exercício profissional e, como consequência, na segurança dos pacientes, os quais se beneficiarão da prática farmacêutica¹⁷. É, portanto, urgente e necessária a oferta de apoio educacional apropriado para que desenvolvam competências clínicas e possam sistematizar suas práticas na assistência direta aos pacientes.

Diante do exposto, este trabalho teve como objetivos descrever o perfil dos farmacêuticos atuantes na atenção secundária e terciária na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig), instituição vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), e compreender a percepção desses quanto as competências e necessidades educacionais para a prática clínica farmacêutica.

Materiais e métodos:

Trata-se de um estudo qualiquantitativo descritivo, realizado entre janeiro e maio de 2024, tendo como participantes farmacêuticos atuantes na Fhemig. Essa Fundação é uma instituição pública vinculada ao governo do Estado de Minas Gerais, responsável pela gestão de uma rede de hospitais e unidades de saúde do estado, que abrange serviços de urgência e emergência até tratamentos especializados e de alta complexidade. Encontra-se composta por uma sede administrativa e dezessete unidades hospitalares distribuídas em Belo Horizonte, região metropolitana e cidades no interior do Estado¹⁸. O trabalho desenvolvido contemplou todas as unidades assistenciais da Fhemig, assim como sua unidade administrativa (administração central da Fhemig).

Foram convidados a participar todos os farmacêuticos atuantes na instituição, ocupantes dos cargos de Farmacêutico ou Farmacêutico Hospitalar, conforme relação levantada em janeiro/2024 junto ao departamento de gestão de pessoas da instituição, a qual totalizou 145 profissionais. Foram incluídos dentre a população alvo do estudo todos os farmacêuticos com vínculo empregatício vigente junto à Fhemig, independente da função exercida, do tipo de vínculo (efetivo ou contrato) ou do tempo de atuação. Os dados foram coletados por meio de um questionário estruturado online, desenvolvido e administrado com o uso da plataforma Google Forms. Após a elaboração, esse questionário foi distribuído aos participantes por meio de mensagem eletrônica, via endereço de e-mail institucional e por meio de aplicativo de mensagens em grupos contendo os farmacêuticos da instituição, nos quais foi disponibilizado um link eletrônico, que garantiu a acessibilidade e conveniência para a participação no estudo. O questionário foi composto de um total de 42 perguntas, incluindo questões abertas e fechadas, com um tempo médio de resposta de aproximadamente 15 minutos. Algumas questões ofereciam mais de uma opção de resposta. Esse questionário abordou aspectos sobre o perfil sociodemográfico, formativo e profissional, além de informações sobre a compreensão dos profissionais quanto às competências necessárias para a prática clínica e quanto às suas necessidades educacionais. Os elementos incluídos nas perguntas do questionário estruturado que envolveram questões relacionadas às competências clínicas para a prática do cuidado farmacêutico e os recursos necessários para a gestão da prática clínica se basearam na literatura técnico-científica utilizada como referencial teórico do trabalho^{6,11,12,19-22}.

Foi solicitada a identificação nominal do respondente, porém o sigilo de identidade foi preservado pelos pesquisadores e os dados obtidos, guardados sob confidencialidade.

Os dados foram organizados e analisados utilizando o Google Planilhas (Google Sheets), tendo sido compilados e estruturados em tabelas que permitiram melhor análise e comparação dos dados coletados. A escolha do Google Planilhas se deu pela sua acessibilidade e capacidade de colaboração em tempo real. Utilizou-se estatística descritiva para a análise dos dados.

Este trabalho faz parte de uma pesquisa de mestrado, tendo sido aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Fhemig (CAAE: 69327823.4.3001.5119) e da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE: 69327823.4.0000.514), mediante os Pareceres nº 6.611.574 e nº 6.155.225, respectivamente. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Por fazer parte de um trabalho mais amplo, a presente publicação inclui apenas parte das respostas obtidas no questionário, tendo sido analisados para este artigo os dados quantitativos e uma questão aberta. As respostas à questão aberta foram tratadas de forma a identificar a frequência de citação dos temas pelos participantes, na perspectiva da análise de conteúdo (Bardin)²³.

Resultados e Discussão:

Dentre os 145 profissionais estabelecidos como população alvo e aptos a participar da pesquisa, 44 responderam ao questionário de forma espontânea, correspondendo a um total de 30% de respondentes. Deve-se destacar que dentre os profissionais considerados aptos para a participação, foram incluídos todos aqueles com cargo de entrada na instituição compatível a farmacêutico ou farmacêutico hospitalar. Devido a possibilidade de movimentação dentro da instituição, porém, esses profissionais poderiam não se encontrar obrigatoriamente atuando de forma direta com os processos da Assistência Farmacêutica nas unidades assistenciais. Esse fato pode ter levado a um menor interesse de resposta por certa parcela dessa população, pelo distanciamento do teor da pesquisa com a realidade atual de trabalho, ajudando em menor adesão à pesquisa.

Perfil sociodemográfico e funcional dos farmacêuticos

Dentre os respondentes, encontram-se farmacêuticos atuantes em unidades localizadas tanto em Belo Horizonte e região metropolitana quanto em cidades do interior de Minas Gerais, onde localizam-se unidades assistenciais da Fhemig. Houve representatividade entre os locais de atuação dos farmacêuticos, com pelo menos um representante para 16 das 17 unidades assistenciais que compõem a rede. Desses, 40 (90,9%) eram mulheres. A faixa etária prevalente situou-se entre 30 e 49 anos (84,1%), com uma média de idade de 41,8 anos.

O vínculo como efetivo na Fhemig foi descrito para 63,6%, sendo que a maior parcela dos profissionais (56,8%) trabalha a mais de 11 anos na instituição. Apesar de a maioria dos profissionais possuir vínculo efetivo, ainda é grande a proporção de farmacêuticos em contratação temporária, o que resulta em grande rotatividade de profissionais e maior dificuldade de manutenção dos serviços prestados de forma perene (tendo em vista o tempo para reposição das vagas).

Quanto às atividades desenvolvidas pelo farmacêutico, deve-se ter em mente, primeiramente, que a Assistência Farmacêutica, conforme previsto na Resolução nº 338/2004²⁴, deve prover um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde tanto individual como coletiva, exigindo, para isso, a integração entre a disponibilidade do medicamento e a provisão de serviços clínicos à sociedade. Nessa concepção, constitui-se de dois grandes eixos principais, interligados entre si, os quais correspondem: a) as atividades técnico-gerenciais, que inclui as etapas que compõe o ciclo logístico da Assistência Farmacêutica (seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação) e b) as atividades assistenciais, que incluem a prestação de serviços clínicos farmacêuticos^{25,26}.

No presente estudo, dentre os 44 farmacêuticos que responderam ao questionário da pesquisa, apenas 5 (11,4%) identificaram-se como profissionais de caráter exclusivamente assistencial. Os demais se identificaram como

profissionais de caráter eminentemente técnico-gerencial (45,4%) ou conciliam ambas atividades (43,2%), conforme demonstrado na Tabela 1. Quando questionados quanto ao tempo de dedicação dentro da carga horária de trabalho para as atividades desenvolvidas, apenas 3 (6,8%) manifestaram dedicação exclusiva para as atividades clínicas. Dos respondentes, 54,5% (24) informaram ter sua carga horária de trabalho priorizada com atividades técnico-gerenciais, com aporte de pelo menos 75% do seu tempo de trabalho para tais atividades.

Esses resultados demonstram que o serviço ainda se encontra organizado com um foco muito direcionado ao acesso ao medicamento e as atividades clínicas tem permanecido ainda como serviços secundários na estruturação desses serviços. O predomínio das atividades técnico-gerenciais é uma situação frequente na realidade do farmacêutico, estando muito ligado ao contexto histórico de atuação do profissional e ao modelo biomédico ainda muito presente em ambientes hospitalares. Entretanto, a mudança do paradigma de atuação do farmacêutico e a inclusão de atividades clínicas como prática profissional deve ser um objetivo a ser buscado pelos serviços, como forma de garantir a integralidade do tratamento medicamentoso, de modo que o farmacêutico assuma as responsabilidades quanto as necessidades da farmacoterapia do paciente desde a seleção até o monitoramento e acompanhamento do seu uso por meio dos serviços clínicos prestados. Não basta mais garantir apenas o acesso aos medicamentos, mas sim garantir a utilização adequada desses, de forma a conduzir aos melhores resultados possíveis para o paciente e para a sociedade³. Tais serviços são necessários, portanto, para garantir o atendimento das necessidades em saúde da população dentro do contexto do sistema de saúde^{3,25}. Assumir esse papel social e adotar o cuidado farmacêutico como uma missão profissional é uma das grandes questões que movimenta as discussões da profissão farmacêutica nas últimas décadas^{3,9,25}.

Tabela 1: Perfil sociodemográfico e funcional dos farmacêuticos da FHEMIG.

VARIÁVEL / DIMENSÃO	n	%
Sexo		
Feminino	40	90,9
Masculino	4	9,1
Faixa etária (anos)		
18 - 29	1	2,3
30 - 49	37	84,1
50 - 59	6	13,6
Tempo de atuação na Fhemig (anos completos)		
0 - 5	16	36,4
6 - 10	3	6,8

11 - 15	19	43,2
16 - 20	4	9,1
20 ou mais	2	4,5
Vínculo		
Efetivo	28	63,6
Contrato administrativo	16	36,4
Percepção quanto ao caráter das atividades desenvolvidas na função		
Técnico-gerencial	20	45,4
Assistencial	5	11,4
Ambos	19	43,2
Campo de atuação principal		
Planejamento e abastecimento farmacêutico	10	22,7
Farmácia clínica	8	18,2
Farmácia de dispensação hospitalar	11	25,0
Gestão (coordenação de serviços)	10	22,7
Outros	5	11,4

Fonte: Dados da pesquisa

Perfil de escolaridade e formação clínica dos farmacêuticos

Em relação à formação acadêmica, 21 (47,7%) dos respondentes informaram ter se graduado em Farmácia há mais de dezesseis anos, isto é, graduaram-se no período de vigência das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de graduação em Farmácia de 2002 ou anterior a esta.

Deve-se destacar que as DCN para o curso de graduação de Farmácia de 2002²⁷ tiveram como proposta redirecionar o ensino farmacêutico, até então centrado em habilidades tecnológicas, para formar um profissional generalista com formação voltada ao atendimento das necessidades sociais de saúde e atuação no SUS²⁵⁻²⁷. Entretanto, o termo generalista (nos currículos de Farmácia) acabou por gerar interpretações variadas, culminando no seu entendimento como um atributo do profissional que fosse capaz de exercer todas as atividades antes previstas para cada área de habilitação. Esse fato resultou em currículos sobrecarregados, com manutenção de uma formação tecnicista e fragmentada, enfatizando ainda o modelo biomédico e permanecendo com lacunas no desenvolvimento de conhecimentos, habilidade e atitudes clínicas e humanísticas^{5,28,30}. Muitos desses profissionais, portanto, não tiveram em sua formação um foco para o desenvolvimento de competências direcionadas para o cuidado em saúde. Os resultados obtidos, portanto, sinalizam a grande importância de promoção de ações voltadas para a qualificação desses

profissionais para o cuidado, tendo em vista o tempo de formação descrita para a maior parte dos participantes e a possível lacuna de formação.

Essa necessidade educacional é reforçada pela informação de que apenas 15 (34,1%) profissionais manifestaram não desenvolver atualmente nenhuma atividade vinculada à prática clínica. Isso demonstra que, apesar de ainda incipiente ou ainda com pequeno tempo de dedicação, os serviços clínicos farmacêuticos vem sendo de alguma forma desenvolvidos pelos farmacêuticos³¹. Cabe, no entanto, uma avaliação mais profunda quanto a padronização, alinhamento de conceitos e qualidade desses serviços ofertados, os quais são parâmetros que não foram avaliados na presente pesquisa.

Dentre os serviços clínicos com maior representatividade entre os citados pelos participantes como sendo realizados pelos mesmos estavam a dispensação de medicamentos, com uma frequência de resposta de 23,8%, a revisão da farmacoterapia (22,2%), educação em saúde (20,6%) e conciliação medicamentosa (17,5%) (Tabela 2).

A busca por formação complementar após a graduação também mostrou-se grande entre os respondentes, sendo que, do total de farmacêuticos apenas 16 (36,4%) manifestaram não possuir formação complementar na área de farmácia clínica ou atenção farmacêutica. Dezenove participantes (43,2%) possuíam pelo menos o título de especialista (pós-graduação *lato sensu*) e 11,4% (5) tinham mestrado e/ou doutorado.

Em contraponto, verificou-se que apenas 39,5% (17) dos farmacêuticos relataram ter tido outras experiências prévias de formação na área de farmácia clínica, como, por exemplo, por meio de disciplinas isoladas, da participação em grupos de estudos voltados para a clínica farmacêutica, iniciação científica ou atividades de extensão. Ainda, 34,1% (15) deles tinham experiência profissional em farmácia clínica anterior ao atual vínculo empregatício. Esses dados nos mostram que a experiência prática e teórica no que tange a farmácia clínica e as atividades relacionadas a atenção farmacêutica da maior parte desses profissionais vem sendo construída dentro do próprio serviço em que atuam atualmente.

Tabela 2: Escolaridade e formação em clínica farmacêutica

VARIÁVEL / DIMENSÃO	n(44)	%
Tempo de formação (anos completos)		
1 - 5	5	11,4
6 - 10	6	13,6
11 - 15	10	22,7
16 ou mais	21	47,7
Não informado	2	4,6
Formação complementar em Atenção Farmacêutica ou Farmácia Clínica*		

Doutorado	1	2,3
Mestrado	4	9,1
Especialização	19	43,2
Residência	2	4,5
Curso de aperfeiçoamento	7	15,9
Nenhum	16	36,4
Outras oportunidades de formação em clínica farmacêutica		
Sim	17	39,5
Experiência profissional anterior em clínica farmacêutica		
Sim	15	34,1
Atividades clínicas atualmente exercidas*		
Dispensação de medicamentos	15	34,1
Revisão da farmacoterapia	14	31,8
Conciliação medicamentosa	11	25
Acompanhamento farmacoterapêutico	8	18,2
Educação em Saúde	13	29,5
Nenhuma	15	34,1
Outros	2	4,5

Fonte: dados da pesquisa

*O total de respostas é superior ao número de farmacêuticos participantes pois alguns deles informaram mais de uma opção de resposta para a questão.

Percepção sobre as competências para a prática clínica

A inserção do farmacêutico no cuidado direto ao paciente é um campo promissor, mas também representa um desafio, uma vez que o profissional precisa se apropriar de novas competências, aproximando-se da equipe de saúde, a fim de contribuir no processo de cuidado^{3,29}. Tais competências envolvem capacidades cognitivas, atitudinais e psicomotoras que, de modo integrado, deverão ser mobilizadas a fim de prevenir e resolver problemas de saúde relacionados ao uso de medicamentos. Diversos autores^{3,6,11,12,19,30} apresentaram trabalhos nos quais discutiram competências necessárias para a prática do cuidado em saúde pelo farmacêutico. Em consonância, tais autores pontuam a necessidade de tais competências estarem relacionadas a um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes.

No presente estudo, ao serem questionados, em uma pergunta aberta, quanto às principais competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) que identificavam como necessárias de serem desenvolvidas para um farmacêutico atuar no cuidado ao paciente e para a provisão de serviços clínicos farmacêuticos, os respondentes descreveram uma gama de atributos, os quais puderam ser agrupados em treze categorias principais, conforme demonstrado na Tabela 3. Os itens com maior frequência de relato descritos pelos

farmacêuticos foram relacionadas com a necessidade de desenvolvimento de: a) conhecimento clínico, principalmente vinculado ao conhecimento teórico em farmacologia, farmacoterapia, semiologia e interpretação de exames laboratoriais; b) habilidades de comunicação, sendo estas vinculadas tanto ao paciente quanto ao médico e demais membros da equipe assistencial; e c) integração com a equipe multidisciplinar, com o reconhecimento e inclusão do farmacêutico dentro da equipe responsável pelo cuidado ao paciente.

Destaca-se ainda o fato de ter sido citado com uma frequência de quase 7% a necessidade de desenvolver a habilidade de buscar o aprendizado de forma contínua. Esse atributo pode ser entendido pelo termo *lifelong learning*, sendo definido como todas as atividades de aprendizagem realizadas ao longo da vida, com o objetivo de melhorar as competências dentro de determinada perspectiva³³. A Federação Internacional de Farmácia (FIP) reconhece o aprendizado ao longo da vida (*lifelong learning*) e o desenvolvimento profissional contínuo como competências essenciais a serem incluídas nos currículos de Farmácia, garantindo o desenvolvimento dessa habilidade nos egressos dos cursos de graduação, com continuidade de seu uso ao longo da vida profissional^{33,34}. Entretanto, esse tópico é ainda pouco desenvolvido em alguns países, como o Brasil, havendo uma lacuna para o desenvolvimento de competências nesse sentido. No âmbito da saúde, envolto por um cenário em constante mudança, com novas tecnologias, serviços e terapias que são continuamente introduzidos na prática de trabalho, os profissionais de saúde, dentre os quais o farmacêutico, devem adotar novos comportamentos e ajustar suas práticas continuamente para atenderem as necessidades emergentes no atendimento ao paciente³³. O conhecimento e as habilidades de um farmacêutico são mantidos, portanto, por meio de um compromisso contínuo de aprendizagem, em um processo cíclico que envolve a autoavaliação, desenvolvimento de um plano de aprendizagem pessoal, implementação de um plano de aprendizagem e avaliação quanto ao aprendizado³³.

Tabela 3: Percepção dos farmacêuticos quanto as competências necessárias para a provisão de serviços clínicos.

DIMENSÃO		%
Conhecimento teórico	27	23,3
Comunicação (com o paciente e com a equipe assistencial)	15	12,9
Integração com a equipe multiprofissional	12	10,3
Aprendizado contínuo - " <i>lifelong learning</i> "	8	6,9
Uso de um processo racional para tomada de decisão sobre a farmacoterapia	7	6,0
Ética e responsabilidade	7	6,0
Cuidado centrado no paciente	6	5,2

Proatividade	5	4,3
Habilidade para considerar as experiências subjetivas do paciente	4	3,4
Uso de fontes adequadas de informação em farmacoterapia e em saúde	3	2,6
Habilidade de documentação	3	2,6
Desenvolvimento de um plano de cuidado individualizado	2	1,7
Outros	17	14,7
Não responderam ou respostas inconclusivas	8	—

Em continuidade, visando identificar a percepção dos farmacêuticos quanto ao nível de desenvolvimento individual de algumas de suas competências para atuação na prática clínica, os participantes foram apresentados a requisitos pré-estabelecidos, levantados na literatura^{3,6,12,15,19} como competências pertinentes ao farmacêutico para a provisão de serviços clínicos. Para cada uma das competências elencadas foi atribuída uma nota graduada de zero a cinco, sendo que a nota “0” representa nenhum desenvolvimento e, portanto, grande necessidade de desenvolvimento educacional e “5” alto desenvolvimento para a competência apresentada e, portanto, baixa necessidade de desenvolvimento educacional. As respostas foram posteriormente agrupadas em três categorias, como mostrado na tabela 4, de acordo com a percepção dos respondentes sobre cada atributo.

A maior parte dos farmacêuticos avaliou o desenvolvimento de suas competências de forma pelo menos intermediária em todos os quesitos apresentados. Destaca-se a habilidade de comunicação, tanto com o paciente quanto com os demais profissionais de saúde, o qual foi o quesito com melhor percepção de desenvolvimento dentre os profissionais, tendo apresentado 59% de respostas como um alto desenvolvimento para essa competência.

As competências para a comunicação clínica são imprescindíveis para a provisão do cuidado em saúde de forma efetiva e com qualidade pelos farmacêuticos, permitindo o desenvolvimento de uma relação farmacêutico-paciente necessária no processo do cuidado e contribuindo para a aplicação de modelos de atenção centrados no paciente, levando à ruptura com o modelo biomédico muitas vezes dominante nos cuidados de saúde atuais^{6,35}. Da mesma forma, as habilidades de comunicação, em uma perspectiva interacional e de parceria entre os profissionais de saúde, contribui para intervenções mais eficazes e no desenvolvimento de planos terapêuticos holísticos e mais efetivos³⁵. A competência de comunicação envolve competências verbais, não verbais e de escuta e inclui a habilidade do farmacêutico comunicar seus conhecimentos e suas decisões tomadas de forma adequada e compreensível a todos os atores envolvidos no processo de cuidado⁶.

É importante entender que a habilidade de comunicação, assim como todas as demais competências, deve ser sempre vista de forma integrada a outras, as quais, em conjunto, viabilizarão o cuidado e a resolução dos problemas relacionados à farmacoterapia. Como exemplo, podemos refletir que, ao comunicar-se, o profissional deve estar apto a comunicar alguma coisa (no caso seu conhecimento técnico) a alguém e espera-se a interação entre os mesmos, inclusive com a escuta e entendimento dos posicionamentos desse outro alguém. O desequilíbrio em uma das competências (conhecimento técnico, comunicação e consideração sobre as experiências individuais) podem levar a falhas no cuidado e na assertividade do plano de cuidado proposto.

Assim, os demais atributos avaliados demonstram oportunidades de aprendizagem para os farmacêuticos que devem ser melhor explorados. Os resultados apresentados para as competências de uso de um processo racional de tomada de decisão e de desenvolvimento de plano de cuidado individualizado podem demonstrar certa fragilidade dos serviços e necessidade de padronização da forma de atuação dos profissionais.

O processo racional de tomada de decisões em farmacoterapia (*pharmacotherapy workup*) proposto por Cipolle *et al.*⁶ no arcabouço teórico-metodológico da atenção farmacêutica, em que se propõe a avaliação da indicação, efetividade, segurança e conveniência dos medicamentos para as condições de saúde apresentadas, nessa ordem específica, desempenham um papel fundamental para o estabelecimento de um processo cognitivo sistemático, com uma estrutura padronizada para que os farmacêuticos organizem seus pensamentos e atuem sobre os problemas de saúde identificados^{3,6,11,36}. Essa estrutura padronizada de pensamento, além de uniformizar o processo de trabalho, fornece um ponto de referência para manter a conexão dos farmacêuticos à sua responsabilidade profissional específica, a qual é justamente garantir que todos os medicamentos de um paciente sejam adequadamente indicados, efetivos, seguros e convenientes para esse indivíduo¹¹.

Tabela 4: Percepções dos farmacêuticos quanto ao desenvolvimento de suas competências para a prática clínica farmacêutica.

DIMENSÃO	Percepção negativa (0-1)		Percepção mediana (2-3)		Percepção positiva (4-5)	
	n(44)	%	n(44)	%	n(44)	%
Conhecimentos técnicos (farmacologia e farmacoterapia)	4	9,1	24	54,5	16	36,4
Competência para uso de fontes adequadas de informação	4	9,1	21	47,7	19	43,2
Competência para uso de um processo racional para tomada de decisão sobre a farmacoterapia	2	4,5	25	56,8	17	38,6

Competência para desenvolvimento de um plano de cuidado individualizado	6	13,6	26	59,1	12	27,3
Competência de comunicação com o paciente/familiar/cuidador	2	4,5	16	36,4	26	59,1
Competência de comunicação com outros profissionais de saúde	2	4,5	16	36,4	26	59,1
Competência de documentação	5	11,4	21	47,7	18	40,9
Competência para considerar as experiências subjetivas do paciente	6	13,6	20	45,5	18	40,9
Competência para avaliação dos resultados obtidos na prática do cuidado	5	11,4	20	45,5	19	43,2

Fonte: Dados da pesquisa

Diante dos resultados obtidos, cabe aqui refletir que, frequentemente, os profissionais “pressupõem” estarem aptos e competentes para prestarem cuidados farmacêuticos por já trabalharem em ambientes de cuidado ao paciente e estarem inseridos nesse ambiente. Entretanto, isso nem sempre se concretiza como uma verdade e nem sempre garante o desenvolvimento de todas as competências desse profissional de forma adequada e na amplitude que se espera. Cipolle *et al.*⁶ enfatizam que a lacuna no aprendizado de uma filosofia de prática específica e a ausência de uma obrigatoriedade de se aplicar um processo específico e padronizado de atendimento e de raciocínio para a tomada de decisão, muitas vezes leva a uma falta de consciência do que não sabem. Competências muitas vezes podem estar subdesenvolvidas ou até mesmo ausentes pela falta de uma formação adequada desse profissional para o cuidado em saúde e a não internalização de uma filosofia de prática única e específica voltada para o cuidado farmacêutico. A falta de consistência e padronização na implementação do processo de cuidado farmacêutico ao paciente acaba, por muitas vezes, gerando um prejuízo no reconhecimento do valor da profissão perante a sociedade e a desconfiança na experiência que o paciente terá com esse profissional³⁷. Ter essa filosofia enraizada e utilizar um processo padronizado de desenvolvimento de raciocínio lógico e de intervenção farmacêutica é, portanto, importante e necessário para o reconhecimento da prática farmacêutica e para o desenvolvimento de competências na magnitude esperada para que haja efetividade e resolutividade ao que se propõe para o farmacêutico na provisão do cuidado.

Suporte necessário para a prática clínica

A implementação de serviços clínicos farmacêuticos robustos e sustentáveis requer não apenas a disponibilidade do profissional *in loco*, mas também uma gama de recursos e estrutura de suporte que viabilizarão o oferecimento de um serviço clínico efetivo e eficiente. Cipolle *et al.*⁶ definem que o Cuidado

Farmacêutico, quando enxergado como uma prática profissional deve ser sustentado por três eixos principais, a saber, uma filosofia de prática, um processo de cuidado ao paciente e um processo de gestão da prática.

O processo de gestão da prática é o que torna possível que os serviços sejam oferecidos em uma estrutura organizacional que garanta qualidade e responsabilidade, a fim de sustentar a viabilidade da prática a longo prazo^{3,6}. Incluem-se dentro desse suporte, dentre outras coisas, os recursos físicos e financeiros; recursos humanos qualificados; acesso a bases de dados com informações científicas relevantes; a documentação utilizada; a descrição clara do serviço prestado e o delineamento dos processos; além de mecanismos de monitoramento e avaliação do serviço^{3,6}.

A tabela 5, apresenta os resultados sobre a percepção dos farmacêuticos quanto ao impacto de algumas condições de suporte para a provisão dos serviços clínicos em seus ambientes de prática. O agrupamento “impacto importante”, o qual obteve a maior parcela de respostas em todos as dimensões apresentadas, representa que tais recursos impactam diretamente na implementação e continuidade dos serviços prestados pelos farmacêuticos, demonstrando que não há disponibilidade desses quesitos no serviço ou que a falta dos mesmos vem impactando significativamente na condução das atividades clínicas realizadas no cenário atual de prática dos mesmos. Em contraponto, o grupamento “impacto baixo” sinaliza que os quesitos apresentados teriam pouca relevância para o farmacêutico, pois já estariam contemplados no serviço ou esse serviço consegue ser realizado da melhor maneira independente dessa variável.

Dentre os itens analisados, destaca-se a importância do envolvimento da alta gestão nos cenários de prática onde os serviços clínicos farmacêuticos serão providos. Conforme alguns estudos norte-americanos, onde a prática clínica farmacêutica se encontra mais consolidada, o sucesso de serviços de acompanhamento farmacoterapêutico alcançam maior sucesso quando vinculados ao suporte da gestão da unidade^{38,39}. Esse apoio da alta gestão subsidia um ambiente propício à prática, a alocação de recursos necessários e a inserção do farmacêutico na equipe multidisciplinar com apoio a práticas que integre esse farmacêutico aos demais profissionais da equipe de saúde.

Da mesma forma, destaca-se ainda a sinalização quanto a disponibilidade de tempo como importante fator de impacto, o que pode ser relacionado à situação de conciliação das atividades clínicas com atividades técnicas-gerenciais, já demonstrado anteriormente.

A formação para a prática clínica, mostra-se como outro parâmetro fundamental de ser destacado. Reconhecer a necessidade e o impacto quanto a necessidade de formação adequada dos farmacêuticos, que viabilize o desenvolvimento de competências para a prática clínica, é fator primordial para fomentar ações de

desenvolvimento do grupo técnico da instituição, de forma que os mesmos possam ter segurança e maior qualidade no serviço prestado, consolidando, assim, o serviço clínico farmacêutico.

Tabela 5: Percepções dos farmacêuticos quanto ao impacto* das condições de suporte para o desenvolvimento da prática clínica

DIMENSÃO	não se aplica (0)		Impacto baixo (1-2)		Impacto mediano (3)		Impacto importante (4-5)	
	n (44)	%	n (44)	%	n (44)	%	n (44)	%
Espaço físico	6	13,6	9	20,5	10	22,7	19	43,2
Disponibilidade de tempo	8	18,2	6	13,6	5	11,4	25	56,8
Formação para a prática clínica	2	4,5	4	9,1	13	29,5	25	56,8
Abertura para inserção na equipe multidisciplinar	5	11,4	7	15,9	5	11,4	27	61,4
Apoio da alta gestão	4	9,1	4	9,1	6	13,6	30	68,2

*O impacto deve ser entendido como o grau em que as condições afetam a provisão dos serviços clínicos farmacêuticos, sendo “impacto importante” considerado aqueles que afetam diretamente na implementação e continuidade dos serviços, não havendo sua disponibilidade; e o “impacto baixo” representa aqueles com baixa relevância por já estarem contemplados ou não afetarem a realização do serviço.

Vários estudos^{32,40-42} corroboram com os resultados apresentados, demonstrando que o déficit de capacitação/treinamento dos farmacêuticos, a falta de apoio da alta gestão, a infraestrutura precária, a carga de trabalho expressivamente administrativa e outros, são fatores frequentes de barreira para o desenvolvimento das atividades clínicas. Novos estudos podem aprofundar essa análise, demonstrando as particularidades do ambiente hospitalar em que o serviço clínico farmacêutico é desenvolvido.

Deve-se ter em mente, no entanto, que o processo de cuidado ao paciente, provido pelo profissional farmacêutico, e o sistema de gestão da prática, no cenário em que os serviços são prestados, impactam diretamente um ao outro, de forma constante, uma vez que o sistema de gestão da prática é o facilitador para que esse processo de cuidado ocorra de forma eficiente. Assim, é importante que esses componentes – fundamentados a partir de uma filosofia de prática bem internalizada e entendida pelos envolvidos – estejam em equilíbrio e sejam atendidos de forma equânime.

Conclusão:

A introdução de novas práticas nos serviços de saúde e a mudança de paradigmas de atuação profissional são grandes desafios, pois envolvem a disponibilidade e a automotivação para buscar novas habilidades,

conhecimentos e apropriar-se de novas atitudes. A prática clínica farmacêutica já é uma realidade nas instituições de saúde e, apesar de ainda incipiente em certos locais e, algumas vezes, pouco estruturada, vem aos poucos tomando espaço entre os serviços prestados pelo farmacêutico no ambiente hospitalar de forma mais proeminente. Esse processo de mudança, reconhecimento e até mesmo valorização da atividade clínica farmacêutica não ocorre em poucos dias ou meses, sendo um caminho a ser percorrido em meio a diversas intempéries, principalmente dentro da gestão pública.

Promover o desenvolvimento dos farmacêuticos para que assumam com segurança e efetividade esse papel na equipe de cuidado é imprescindível para a sustentabilidade dos serviços clínicos propostos e para maior perenidade dos mesmos. Profissionais competentes para a prática do cuidado e com apropriação quanto a filosofia da prática profissional proposta têm maior potencial de se posicionarem e assumirem seu papel dentro da equipe de saúde, proporcionando ganhos e resolutividade frente aos problemas da farmacoterapia do indivíduo assistido.

Conhecer o perfil dos profissionais atuantes na instituição é, portanto, de grande relevância para o planejamento e desenvolvimento de ações educacionais mais propícias e focadas no público alvo em específico. Com este estudo foi possível fazer um diagnóstico inicial da atuação farmacêutica na provisão do cuidado dentro da instituição estudada, o que é fundamental para direcionar a sistematização e estruturação do cuidado farmacêutico em suas unidades hospitalares, viabilizando a sua consolidação no cenário de saúde e permitindo a transformação do farmacêutico por meio da reflexão sobre sua prática e suas necessidades de aprendizagem.

Cabe ressaltar que este estudo trata da perspectiva dos farmacêuticos participantes sobre o cenário de prática em que atuam e, apesar de os achados serem condizentes e corroborados pelo descrito na literatura técnico-científica, é necessária a realização de estudos adicionais de avaliação das condições reais de cada serviço.

Além disso, apesar de ser um estudo desenvolvido em um ambiente limitado à instituição pesquisada, entende-se que seus resultados podem ser extrapolados para outras realidades e instituições de prática em saúde, com possibilidade de discussões complementares quanto ao desenvolvimento de competências para a prática clínica farmacêutica. A contribuição deste estudo pode ser direcionada e significativa para diferentes atores envolvidos na estruturação do cuidado farmacêutico nos cenários de saúde, como gestores e os próprios farmacêuticos. Os gestores dos serviços podem ter, por meio deste trabalho, uma ferramenta importante de gestão para avaliação das necessidades educacionais dos profissionais, de forma a possibilitar um planejamento coerente e participativo com os profissionais envolvidos de ações de educação, com possibilidade de construção de políticas de educação permanente para e com os farmacêuticos,

de forma que permita o desenvolvimento contínuo de competências relevantes para o cuidado em saúde em seus colaboradores. Aos farmacêutico, por sua vez, apresenta-se como uma possibilidade de reflexão e auto avaliação de suas necessidades educacionais para aprimoramento de suas práticas e para melhorias de seus processos de acordo com as experiências vivenciadas. Espera-se, com isso, a contribuição para a preparação de farmacêuticos comprometidos e competentes para o atendimento eficaz ao paciente.

Agradecimentos:

Agradecemos a Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais pelo apoio, por meio da concessão de bolsa do Programa de Capacitação de Recursos Humanos (PCRH), a Priscila Oliveira Fagundes e a Pró-Reitoria de Pesquisa (PRPq) da Universidade Federal de Minas Gerais pela bolsa de iniciação científica concedida ao acadêmico Walisson Braga Moreira.

1. Pereira ML, Nascimento MMG. Das boticas aos cuidados farmacêuticos: perspectivas do profissional farmacêutico. *Rev Bras Farm.* 2011; 92 (4): 245-252.
2. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm.* Washington, 1990; 47(3): 533-543.
3. Ramalho-de-Oliveira D. Atenção Farmacêutica: da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa. 1. Ed. São Paulo: RCN Editora Ltda, 2011, 344 p.
4. Storpirtis S, Melo AC, Noblat LAC, Palhano TJ. A origem da Farmácia Clínica no Brasil, a Sociedade Brasileira de Farmácia Clínica e a harmonização de conceitos e nomenclatura. *Infarma.* 4º de outubro de 2023; 35(3):351-63. Disponível em: <https://cff.emnuvens.com.br/infarma/article/view/3170>
5. Saturnino LTM, Perini E, Luz ZP, Modeno CM. Farmacêutico: um profissional em busca de sua identidade. *Rev Bras Farm* 2012; 93(1): 10-16.
6. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. Pharmaceutical care practice: the patient-centered approach to Medication Management Services. 3rd. ed. New York: McGraw-Hill, 2012.
7. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention [NCCMERP]. Medication Errors – What is Medication Error?. Disponível em: <https://www.nccmerp.org/about-medication-errors>.
8. World Health Organization [WHO]. Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety. Geneva: World Health Organization, 2017.
9. Freitas EL, Ramalho-De-Oliveira D, Perini E. Atenção farmacêutica—Teoria e prática: Um diálogo possível? *Acta Farm Bonaer.* 2006; 25(3):447–53.
10. Freitas GRM, Neyeloff JL, Neto GB, Heineck I. Drug-Related Morbidity in Brazil: A Cost-of-Illness Model. *Value Health Reg Issues*, 2018; 150-157.

11. Mendonça SAM, Freitas EL, Ramalho-De-Oliveira D. Competencies for the provision of comprehensive medication management services in an experiential learning project. *PLoS ONE*. 2017; 12(9): e0185415.
12. Conselho Federal de Farmácia. Competências para a atuação clínica do farmacêutico: Relatório do I Encontro Nacional de Educadores em Farmácia Clínica e Matriz de Competências para a Atuação Clínica. Conselho Federal de Farmácia. – Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2017.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais do Cuidado Farmacêutico no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS): atualizadas em 14 de junho de 2024. Portaria no 4.379, de 14 de junho de 2024. Brasília, 2024.
14. Conselho Federal de Farmácia [CFF]. Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. Brasília: CFF, 2016. 200 p.
15. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 6, de 19 de outubro de 2017. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. 2017
16. Chagas MO, Porto CC, Chaveiro N, Noll M, Chagas FO. Diretrizes curriculares nacionais do curso de farmácia de 2017: perspectivas e desafios. *TICs&EaD em Foco*. 2019, 5(2).
17. Bonomo LF, Silva ID, Montanhas TS, Mesquita AR, Ramalho-De-Oliveira D; Mendonça SAM. Educação permanente para farmacêuticos preceptores que atuam na atenção primária no Sistema Único de Saúde: um estudo qualitativo. *Physis*, 2023; v. 33, e33081.
18. Fundação Hospitalar do Estado De Minas Gerais (FHEMIG). *Sobre o órgão*. Minas Gerais, 2020.
19. Losinski V. Educating for action: understanding the development of pharmaceutical care practitioners. University of Minnesota, 2011.
20. Pereira CEO, Bambirra EHF, Fernandes, BD, Sousa MCVB, Mendonça SAM, Chemello C. Factors influencing the implementation of pharmaceutical care in outpatient settings: A systematic review applying the Consolidated Framework for Implementation Research. *Res Social Adm Pharm*. 2022; 8(4): 2579-2592.
21. Sousa SRA. Modelo Lógico teórico, validado por especialistas, de um serviço de gerenciamento de terapia medicamentosa. [Dissertação] Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2016.
22. Valentin AAS. Aspectos envolvidos na sustentabilidade do serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa. [Dissertação] Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2020.
23. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1997.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 338 de 06 de maio de 2004. Estabelece a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 2004; 6 mai. Seção 1. p. 50.
25. Destro DR, Vale AS, Brito MJM, Chemello C. Desafios para o cuidado farmacêutico na Atenção Primária à Saúde. *Physis* 2021; 31(3).

26. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Assistência Farmacêutica. Diretrizes para a Assistência Farmacêutica Integral em Belo Horizonte. Belo Horizonte: SMSA/GEASF, 2018.
27. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 2, de 19 de fevereiro de 2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. 2002.
28. Sousa IF, Bastos PRH, Bogo D. Diretrizes curriculares nacionais: desafios na formação dos farmacêuticos para atuação no Sistema Único de Saúde. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*. 2013; 15(1): 129-134.
29. Araújo FQ, Prado EM. Análise das diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em farmácia. *Revista Contemporânea de Educação*. 2008; 3(5).
30. Mendonça SAM. Ensino-aprendizagem em serviço na educação para atenção farmacêutica. [Tese]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais, 2017.
31. Fundação Hospitalar do Estado De Minas Gerais. Diretoria Assistencial. Assessoria de Apoio Diagnóstico e Terapêutico. Informe Técnico nº 005 – Definições e diretrizes para a farmácia clínica nas unidades da FHEMIG. 2017.
32. Magedanz L. Implantação do serviço de farmácia clínica em hospitais públicos do Distrito Federal. [Dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília, 2020.
33. Khamis S, Abdi AM, Basgut B. Preparing lifelong learners for delivering pharmaceutical care in an ever-changing world: a study of pharmacy students. *BMC Med Educ* 2020; 20, 502. Disponível em: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-020-02394-w>.
34. International Pharmaceutical Federation (FIP). Nanjing Statements. Statements on Pharmacy and Pharmaceutical Sciences Education. 2017. Disponível em: https://www.fip.org/files/fip/PharmacyEducation/Global_Conference_docs/Nanjing_Statements.pdf.
35. Mesquita AR, Lyra DP Jr, Brito GC, Balisa-Rocha BJ, Aguiar PM, Almeida Neto AC. Developing communication skills in pharmacy: A systematic review of the use of simulated patient methods. *Patient Educ Couns*. 2010, Feb;78(2):143-8.
36. Freitas EL, Ramalho-De-Oliveira D. Critical thinking in the context of clinical practice: The need to reinvent pharmacy education. *Revista Portuguesa de Educação*, 2015, 28(2): 231-250.
37. Sorensen TD, Pestka D, Sorge LA, Wallace ML, Schommer J. A Dentist, Pilot, and Pastry Chef Walk into a Bar...Why Teaching PPCP is Not Enough. *Am J Pharm Educ*. 2020; 84 (4) Article 7704.
38. Sorensen TD, Pestka D, Sorge LA, Wallace ML, Schommer J. A qualitative evaluation of medication management services in six Minnesota health systems. *Am J Health Syst Pharm*. 2016; 73(5):307-14.
39. Sousa SRAE, Shoemaker SJ, do Nascimento MMG, Costa MS, Ramalho de Oliveira D. Development and validation of a logic model for comprehensive medication management services. *Int J Pharm Pract*. 2018. Jun;26(3):250-257.
40. Penm J, Moles R, Wang H, Li Y, Chaar B. Factors affecting the implementation of clinical pharmacy services in China. *Qual Health Res*. 2014 Mar;24(3):345-56.

41. Brazinha I, Fernandez-Llimos F. Barriers to the implementation of advanced clinical pharmacy services at Portuguese hospitals. *Int J Clin Pharm*. 2014 Oct;36(5):1031-8.
42. Detoni KB. Implantação do serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa no componente especializado da assistência farmacêutica [Dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas; 2016.

APÊNDICE E – SEGUNDO ARTIGO DE RESULTADOS

Compreensão das necessidades educacionais na saúde: desenvolvimento de competências para a prática clínica farmacêutica

FAGUNDES, Priscila Oliveira¹; MOREIRA, Walisson Braga²; MENDONÇA, Simone de Araújo Medina³

¹Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais / Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Faculdade de Farmácia. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: prifag2012@gmail.com

² Faculdade de Farmácia. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: walissonbraga12@gmail.com

³ Departamento de Farmácia Social. Faculdade de Farmácia. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: simoneamm@ufmg.br.

Resumo: O modelo de prática do Cuidado Farmacêutico implica em uma mudança de paradigma profissional na Farmácia. Tal mudança demanda o desenvolvimento de competências clínicas e humanísticas por farmacêuticos, viabilizando a provisão de serviços que contribuam para o alcance dos resultados em saúde almejados. Nesse contexto, a educação permanente em saúde surge como uma estratégia factível para o desenvolvimento de competências e transformação das práticas de profissionais já inseridos no sistema de saúde. Buscou-se com esta pesquisa compreender as necessidades educacionais para a prática clínica na perspectiva de farmacêuticos atuantes no Sistema Único de Saúde, com o intuito de subsidiar o planejamento de ações de educação permanente. Trata-se de um estudo qualitativo, baseado na metodologia da Teoria Fundamentada nos Dados com abordagem construtivista. Foram conduzidas entrevistas com farmacêuticos selecionados por amostragem intencional, observando-se a saturação dos dados. Tais entrevistas ocorreram entre os meses de abril e junho de 2024. Após a análise sistemática dos dados emergiram três categorias principais que envolveram a aprendizagem por meio da prática; a consciência quanto a responsabilidade profissional e o desenvolvimento de competências. Espera-se que os achados orientem ações educacionais futuras.

Palavras chave: Educação continuada; Atenção Farmacêutica

Understanding educational needs in health: developing competencies for clinical pharmacy practice

Abstract: The Pharmaceutical Care practice model implies a change in the professional paradigm in Pharmacy. Such a change requires the development of clinical and humanistic competencies by pharmacists, enabling the provision of services that contribute to achieving the desired health outcomes. In this context, permanent health

education emerges as a feasible strategy for developing competencies and transforming the practices of professionals already inserted in the health system. This research sought to understand the educational needs for clinical practice from the perspective of pharmacists working in the Brazil's Unified Health System, in order to support the planning of continuing education actions. This is a qualitative study, based on the Grounded Theory methodology with a constructivist approach. Interviews were conducted with pharmacists selected by intentional sampling, observing data saturation. These interviews took place between April and June 2024. After systematic analysis of the data, three main categories emerged that involved learning through practice; awareness of professional responsibility; and development of skills. It is expected that the findings will guide future educational actions.

Keyword: Education, Continuing; Pharmaceutical Care

Comprender las necesidades educativas en salud: desarrollar habilidades para la práctica de la farmacia clínica

Resumen: El modelo de práctica de Atención Farmacéutica implica un cambio en el paradigma profesional en Farmacia. Tal cambio exige el desarrollo de habilidades clínicas y humanísticas por parte de los farmacéuticos, que permitan prestar servicios que contribuyan a alcanzar los resultados de salud deseados. En este contexto, la educación continua en salud surge como una estrategia viable para desarrollar habilidades y transformar las prácticas de los profesionales ya involucrados en el sistema de salud. Esta investigación buscó comprender las necesidades educativas para la práctica clínica desde la perspectiva de los farmacéuticos que actúan en el Sistema Único de Salud, con el objetivo de apoyar la planificación de acciones de educación continua. Se trata de un estudio cualitativo, basado en la metodología Grounded Theory con un enfoque constructivista. Se realizaron entrevistas a farmacéuticos seleccionados mediante muestreo intencional, observándose la saturación de los datos. Estas entrevistas se llevaron a cabo entre abril y junio de 2024. Después del análisis sistemático de los datos, surgieron tres categorías que involucraron el aprendizaje a través de la práctica; Conciencia de la responsabilidad profesional y el desarrollo de habilidades. Se espera que los hallazgos orienten futuras acciones educativas.

Palabra clave: Educación Continua; Atención Farmacéutica

Introdução

O Cuidado Farmacêutico vem sendo estabelecido nos cenários de prática de saúde, atualmente, como um modelo de prática profissional que tem se mostrado efetivo frente aos desafios enfrentados com o uso inadequado de medicamentos pela população¹⁻³. A ocorrência de morbidade, hospitalizações, mortalidade e aumento dos custos em saúde em todo o mundo relacionados ao uso de medicamentos levantaram o alerta quanto à

necessidade de enfrentamento dessa situação e quanto a importância de inserção do farmacêutico nesse cenário^{4,5}.

Por meio da prática do Cuidado Farmacêutico, esse profissional assume a responsabilidade pelas necessidades farmacoterapêuticas dos pacientes, colaborando com outros membros da equipe de saúde para prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM)⁵. Como toda prática profissional da área da saúde, o Cuidado Farmacêutico é estruturado em uma filosofia profissional, um processo de cuidado ao paciente e um processo de gestão da prática^{4,5}.

Assumir essa nova filosofia de prática profissional, porém, configura-se em uma mudança significativa no paradigma de atuação do farmacêutico, o qual, tradicionalmente, teve sua formação voltada para o insumo (medicamento)^{6,7}. Esse novo papel a ser assumido pelos farmacêuticos implica no redirecionamento do olhar para o paciente e suas necessidades farmacoterapêuticas. Implica ainda no desenvolvimento de competências específicas para o cuidado em saúde, como a capacidade de identificar, resolver e prevenir problemas relacionados ao uso de medicamentos; a capacidade de assumir a responsabilidade pelas necessidades relacionadas à terapia medicamentosa do indivíduo; a capacidade de construir laços terapêuticos e comunicar-se efetivamente com profissionais, pacientes e familiares; trabalhar em equipe multiprofissional; utilizar fontes adequadas de informação em farmacoterapia e em saúde; utilizar um processo racional de tomada de decisões em farmacoterapia; além de compreender e melhorar a experiência subjetiva com medicamentos do paciente⁸⁻¹⁰.

As mudanças nas diretrizes curriculares nacionais para o curso de graduação de Farmácia¹¹, estabelecidas em 2017, têm potencial para contribuir na transformação desse cenário de atuação do farmacêutico. Ao proporcionarem maior ênfase no eixo cuidado em saúde, possibilitam aos egressos o desenvolvimento de competências voltadas ao

indivíduo e orientadas para a prática clínica do farmacêutico nos diferentes níveis de atenção à saúde^{11,12}.

Muitos dos farmacêuticos que atuam nos serviços de saúde na atualidade, porém, graduaram-se em época anterior à incorporação da formação para o cuidado no curso de Farmácia e, ao estarem inseridos nos cenários de prática, são impelidos a assumirem essa nova responsabilidade da profissão. A lacuna de formação para a prática clínica apresenta-se como um dificultador para a implementação e para a sustentabilidade de serviços clínicos baseados no Cuidado Farmacêutico, tendo sido demonstrado em estudos¹³⁻¹⁵ já realizados. Por outro lado, são escassos os estudos dirigidos para o desenvolvimento educacional de farmacêuticos já inseridos na prática profissional para o cuidado em saúde. É preciso, portanto, garantir o desenvolvimento desses profissionais de forma a possibilitar melhorias no exercício profissional e, conseqüentemente, ganhos nos resultados em saúde e na segurança dos pacientes, os quais se beneficiarão da prática farmacêutica¹⁶.

A educação permanente em saúde mostra-se como uma estratégia importante de transformação das práticas profissionais e organização do processo de trabalho por meio da educação em serviço¹⁷, visando fortalecer o desenvolvimento de competências nos farmacêuticos que se dedicam a atuação no cuidado em saúde. O processo de formação e desenvolvimento de pessoal na área da saúde apresenta um papel crucial e de elevada importância na determinação dos níveis de oferta e qualidade dos serviços de saúde prestados, uma vez que é inerente ao padrão de qualidade do trabalho especializado na saúde¹⁸. Esse fato justifica a necessidade e relevância do desenvolvimento de ações educativas que viabilizem o desenvolvimento de farmacêuticos para a prática clínica. Ressalta-se ainda que, conforme pontuado por Ceccim e **Feuerwerker**¹⁹, qualquer processo educativo dirigido a adultos e que se pretenda efetivo deve ser desencadeado

mediante identificação da necessidade de aprendizagem por parte dos próprios educandos.

Diante do exposto, buscou-se, com este trabalho, compreender o processo de desenvolvimento de competências para a provisão de serviços clínicos farmacêuticos, de forma a identificar as necessidades educacionais relacionadas à prática clínica de farmacêuticos atuantes na atenção secundária e terciária do Sistema Único de Saúde (SUS).

Metodologia

Desenvolveu-se uma pesquisa qualitativa, baseada na metodologia da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), sob uma perspectiva construtivista²⁰. O estudo foi conduzido junto a profissionais atuantes nas unidades assistenciais da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig), no período de abril a junho de 2024. A Fhemig constitui uma instituição pública, vinculada ao governo do Estado de Minas Gerais, responsável pela gestão de uma rede de hospitais e unidades de saúde do Estado, sendo composta, no período de realização do estudo, por 17 unidades assistenciais distribuídas em Belo Horizonte, região metropolitana e em cidades do interior do Estado²¹.

O principal método utilizado para coleta de dados foi a entrevista formal semiestruturada. As entrevistas foram aplicadas a farmacêuticos selecionados como informantes chave, por atuarem na provisão de serviços clínicos farmacêuticos nos hospitais da rede estudada, caracterizando a amostragem intencional²⁰. A amostra, conforme proposto na metodologia da TFD de Charmaz²⁰, foi definida em campo, de acordo com a análise dos dados e avaliação da necessidade de clarificação e aprofundamento dos dados que emergiam. Respeitando o processo de saturação dos dados²⁰, a partir da suficiência teórica alcançada, foram entrevistados nove farmacêuticos,

cada qual de uma unidade hospitalar pertencente à Fhemig, representando aquelas em que a prática clínica farmacêutica vem sendo desenvolvida. A suficiência teórica foi considerada alcançada quando as categorias desenvolvidas satisfizeram a suficiência necessária para o desenvolvimento da teoria, não havendo novas propriedades a serem desenvolvidas²⁰.

As entrevistas tiveram uma duração média de 64 minutos, sendo a mais curta com 31 minutos e a mais longa com 88 minutos. Todos os participantes concordaram com os termos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As entrevistas foram conduzidas por meio de um tópico guia, cujas perguntas, ao longo da pesquisa, foram sendo refinadas, permitindo aprofundar em pontos pouco explorados e preencher lacunas, conforme preconizado pela metodologia utilizada²⁰. Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e analisadas. A análise dos dados, conforme proposto pela metodologia da TFD²⁰, envolve um processo constante de codificação e comparação dos dados, ocorrendo de forma simultânea à coleta. Assim, desde a primeira entrevista, foi iniciada a análise dos dados, que foi mantida durante todo o processo de coleta. Para a análise, foram utilizados os métodos de codificação (inicial e focalizada) e a redação de memorandos²⁰. Todos os dados gerados foram analisados com o auxílio do software NVivo, versão release 1.2.

Este trabalho faz parte de uma pesquisa de mestrado, tendo sido aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Fhemig (CAAE: 69327823.4.3001.5119) e da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE: 69327823.4.0000.514), mediante os Pareceres nº 6.611.574 e nº 6.155.225, respectivamente.

Resultados e Discussão

A busca pela compreensão quanto aos principais elementos envolvidos no processo de desenvolvimento de competências para a provisão de serviços clínicos

farmacêuticos resultou na definição de três categorias principais que emergiram do processo de análise sistemática dos dados: 1. “Aprendendo com as experiências da prática”; 2. “~~Não~~ Assumindo a responsabilidade pela farmacoterapia do paciente” e 3. “Desenvolvendo as competências para a prática clínica”. Essas categorias fundamentaram a construção de um modelo teórico (representado na figura 1), o qual teve como propósito orientar o processo de desenvolvimento de competências para a prática do cuidado, propiciando o direcionamento de ações educativas para tal finalidade. Os resultados foram ilustrados por meio de falas dos entrevistados. Os profissionais foram identificados por nomes fictícios.

Aprendendo com as experiências da prática

As experiências da prática servem como meio condutor para o desenvolvimento de competências, pois é a partir dessa vivência e da reflexão sobre a prática que o farmacêutico desenvolve a compreensão de como pensar, de quais habilidades necessárias de serem desenvolvidas e quais as suas responsabilidades. Segundo Freitas e Ramalho de Oliveira²², a experiência é um meio de se promover o pensamento crítico de uma forma contínua, levando o indivíduo a desenvolver habilidades essenciais para a prática do cuidado. Permite assim, que seja curioso, criativo, que saiba fazer perguntas adequadas, conectar informações e usar experiências anteriores para tomar a melhor decisão possível para o indivíduo assistido naquele momento²². Essas habilidades são essenciais no cenário de saúde e de cuidado direto ao paciente, em que os profissionais corriqueiramente são demandados a tomar decisões em situações incertas, onde não há uma única opção de resposta. A fala abaixo demonstra a importância do desenvolvimento por meio da experiência prática de formação e a necessidade do ambiente de prática para o desenvolvimento profissional.

Então, depois que eu saí da residência, eu me sentia apta para atuar em qualquer área, em qualquer hospital e segura de fato, porque foi construída uma identidade mesmo

profissional e eu fui entendendo algumas coisas que a gente vê na prática e não é exatamente como a gente vê em livro. [...] Então eu enxergo que falta mesmo uma questão de capacitação prática. Não é um curso que você vai fazer, teórico, que vai lhe falar como que faz, como que eu faço... Não, é a prática! (Sofia)

Como parte do processo de aprendizagem experiencial, emerge a necessidade de desenvolver a habilidade reflexiva frente às experiências de prática. Essa habilidade permite que a experiência clínica seja convertida em conhecimento clínico, podendo ser utilizada como uma ferramenta de aprendizagem. Refletir sobre as ações desenvolvidas, as decisões tomadas e os resultados obtidos fornece uma oportunidade retrospectiva de analisar criticamente o que ocorreu, a adequação necessária para melhoria da prática e compreender as lacunas entre as ações efetivamente realizadas na prática e aquelas desejadas²². A fala de Helena transmite o uso dessa habilidade na prática:

Eu acho que é uma mistura, de uma situação que acontece e aí você vai estudar, aprende e aí aquilo se repete. Então, no outro caso eu já sou mais rápida e mais resolutiva, ou talvez um caso que depois eu vejo que poderia ter feito de outra forma, poderia ter feito uma outra intervenção, não era por ali. Ou alguma intervenção não aceita que talvez eu não entenda naquele momento, mas depois eu entendo que era por isso. Eu acho que dos casos saem, eu acho, a maior evolução. Até mesmo porque eles me motivam a buscar, a estudar e desenvolver. [...]. Hoje, na minha prática, eu acho que é das próprias situações que a gente vai vendo, que vão estimulando onde que eu preciso ir. (Helena)

Tem-se, portanto, que para se produzir mudança nas práticas e, sobretudo, para modificar práticas institucionalizadas nos serviços de saúde, é necessário privilegiar o conhecimento prático nas ações educativas e favorecer a reflexão compartilhada e sistemática¹⁷. Criar espaços que propiciem a reflexão em conjunto é uma oportunidade de, junto a seu par, se tornar mais consciente de suas próprias crenças e preconceitos e aprimorar suas práticas profissionais²². A proposta de criação de grupos para discussão de casos clínicos foi citada por vários dos farmacêuticos.

Outro ponto de destaque na fala de grande parte dos participantes diz respeito à necessidade de desenvolvimento da habilidade de aprendizado contínuo ao longo da vida (ou *lifelong learning*). As constantes transformações na prática farmacêutica e o dinamismo do cenário da saúde trazem consigo as necessidades de investimento na

formação desse profissional de forma contínua. A construção de competências para o cuidado farmacêutico durante a formação acadêmica, ainda tão frágil nos cursos de graduação de Farmácia no país, não garante a renovação na prática ao longo da trajetória desses profissionais. O aperfeiçoamento dessa competência deve envolver, portanto, um compromisso individual, um compromisso institucional, mas acima de tudo um compromisso profissional, como uma prerrogativa para se manter na profissão e na provisão do cuidado, uma vez que, baseado em sua filosofia de prática, assume a responsabilidade clínica frente a um indivíduo para o qual presta o cuidado em saúde. A importância dessa competência é exemplificada na fala abaixo.

Você tem que estar continuamente estudando, sabe? Tem que estar sempre buscando, sempre buscando. Até porque a medicina, a clínica está sempre atualizando, sempre lançando coisas novas. Sempre tem alguma coisa, sempre tem uma novidade. Então você tem que estar sempre se atualizando. (Fernanda)

~~Não~~ Assumindo a responsabilidade pela farmacoterapia do paciente

A incorporação da filosofia de uma prática profissional mostra-se como o primeiro passo para a internalização das responsabilidades assumidas. No Cuidado Farmacêutico, a lógica é equânime e a conscientização do farmacêutico quanto a seu papel permite maior discernimento quanto a suas atribuições e, com isso, suas competências. A fragilidade no entendimento dessa responsabilidade, percebida dentre os entrevistados, resulta em um posicionamento mais frágil junto a equipe multi ou interprofissional e distanciamento de seu papel de assumir a responsabilidade pela farmacoterapia do paciente, como demonstrado na fala abaixo.

E eu fico muito indignada quando eu escuto uma ‘coisa’ dessas porque querem um reconhecimento, mas não querem assumir. Porque quando vira e fala assim: “a dose tá errada”. “Ah, mas foi o médico que prescreveu” Pra mim não é o médico que prescreveu, você também estava, então você também é responsabilizado. (Teresa)

Deve-se ter em mente, no entanto, que a atuação no cuidado em saúde, para muitos dos farmacêuticos inseridos no sistema de saúde atualmente, significa uma mudança de

paradigma e uma ruptura com os padrões até então direcionados para a sua atuação, como evidencia Sofia em sua fala.

Eu vejo que às vezes muitos farmacêuticos que vieram pro hospital, vieram pensando em gestão. Então é um desafio muito grande você quebrar essa barreira para estar assumindo ali no cuidado com o paciente, né? A responsabilidade a mais assusta. (Sofia)

Muitos profissionais não tiveram educação clínica formal em seus currículos de graduação, sendo necessária a oferta de apoio educacional apropriado para que entendam a responsabilidade a ser assumida, desenvolvam competências clínicas e possam sistematizar suas práticas na assistência direta aos pacientes.

Ter essa consciência quanto a responsabilidade assumida no modelo de prática do Cuidado Farmacêutico resulta na padronização de valores e comportamentos e no oferecimento consistente de um serviço passível de ser reconhecido e demandado pela sociedade^{23,24}. Além disso, facilita a identificação quanto às deficiências e necessidades de desenvolvimento, compreendendo melhor as atitudes, valores éticos, habilidades, comportamentos e conhecimentos necessários para a prática clínica, propiciando maior reconhecimento e visibilidade do profissional.

O desenvolvimento da consciência profissional auxilia no reconhecimento do papel do farmacêutico dentro da equipe de saúde e sua contribuição, única e exclusiva, no cuidado ao paciente^{5,7}. Esse reconhecimento é importante para se distanciar da figura do farmacêutico como um mero “membro assessorio” da equipe, como ressaltado por Helena.

[...] Porque às vezes a gente é visto como um membro assessorio da equipe, sabe? Assim, se eu fizer: “Ah, que legal, que eu identifiquei o medicamento, que eu fui lá e que eu fiz uma intervenção” e se eu não fizer: “Está tudo bem”, ou se eu fizer errado ou se eu fizer de outra forma [...]. (Helena)

Programas de educação permanente que abordem e incentivem o trabalho colaborativo, a comunicação interprofissional e o entendimento quanto ao papel de cada membro da equipe de saúde são essenciais para que se alcance a qualidade e integralidade do cuidado ao paciente de forma holística.

Desenvolvendo as competências para a prática clínica

As competências para a prática clínica podem ser representadas como a combinação sinérgica de ações que articulam conhecimentos (o saber teórico), habilidades (o saber fazer) e atitudes (o saber ser), que serão manifestadas pelo desempenho profissional, a fim de atingir um cuidado pautado na ética, segurança e qualidade, dentro de um determinado contexto organizacional^{5,25}. O desenvolvimento de competências para a prática clínica dos farmacêuticos é de fundamental importância para a provisão de serviços de cuidado com qualidade e efetividade, como também para viabilizar que o farmacêutico assuma a responsabilidade pela qualidade dos resultados farmacoterapêuticos obtidos.

Três elementos principais emergiram dentre as competências percebidas pelos farmacêuticos para o desenvolvimento de suas competências: desenvolvimento do conhecimento clínico; comunicação e padronização do processo de cuidado.

Conhecimento clínico: corresponde ao conhecimento especializado exclusivo do farmacêutico que o diferencia dos demais profissionais de saúde, fazendo-o necessário ao paciente, e que o coloca em uma posição de importância dentro da equipe de saúde. É por meio da aplicação desse conhecimento (alinhado às demais habilidades necessárias ao cuidado) que o farmacêutico mostra-se capaz de realizar sua missão de promover melhorias na saúde do paciente por meio da identificação, prevenção e resolução de PRM.

O desenvolvimento de conhecimento teórico, representado pela busca do conhecimento técnico-científico sobre os medicamentos e as doenças, foi fortemente apontado entre os participantes. Esse conhecimento encontra-se direcionado para as áreas de farmacologia e da farmacoterapia, considerando, sobretudo, a visão do farmacêutico como profissional com o domínio e expertise sobre os medicamentos, conforme fala abaixo.

Acho que primeiro o conhecimento da área, tanto do que é a prática em si – porque também não adianta eu saber muito de farmacologia se não conseguir aplicar na prática, no que é o modelo que a gente conhece, ou os modelos, né – mas o conhecimento da prática e o técnico relacionado a medicamentos em geral, porque é a nossa expertise, é o que a gente se propõe a agregar numa equipe ou no cuidado com o paciente. (Helena)

A busca por esse conhecimento teórico é direcionada pela prática profissional, sendo entendido pelos participantes a necessidade de um conhecimento básico (que atenda às condições de saúde mais prevalentes na sociedade) a ser posteriormente escalonada de acordo com o cenário de prática e o perfil dos pacientes atendidos. Essa lógica de desenvolvimento dos conhecimentos é corroborada por outros autores^{4,5,26}.

Destaca-se ainda a percepção dos farmacêuticos quanto a relação entre o domínio do conhecimento teórico e a segurança para a execução de sua prática clínica, principalmente na relação com outros profissionais.

Hoje eu não sinto dificuldade de comunicação e eu acho que muito disso está atribuído ao fato de ter segurança do que eu estou fazendo. Então o fato de ter referência, o fato de não só estar ali como papagaio, reproduzindo uma informação, mas saber o porquê da importância daquilo. Então, quando eu sou questionada, eu tenho segurança para continuar aquele diálogo ali. (Sofia)

Assim, o desenvolvimento do conhecimento teórico mostra-se como elemento essencial para a efetivação e desenvolvimento de outras competências necessárias ao farmacêutico para sua atuação clínica, tendo uma ligação direta tanto no desenvolvimento da comunicação como também no processo de cuidado ao paciente. Justifica-se, assim, a manutenção de ações educativas voltadas para o desenvolvimento desses conhecimentos teóricos, preferencialmente dentro de abordagens metodológicas que conectem teoria e prática.

Comunicação: no processo de cuidado em saúde, a comunicação implica o envolvimento de diferentes atores. Para atender as necessidades farmacoterapêuticas do paciente, o farmacêutico necessita mobilizar o seu conhecimento técnico e a sua capacidade de julgamento clínico, com o propósito de otimizar e alcançar os melhores resultados frente aos problemas relacionados ao uso de medicamentos. Isto envolve a

mobilização das habilidades comunicativas do farmacêutico junto aos outros profissionais da saúde envolvidos no cuidado, como também com o paciente, seus familiares ou cuidadores²⁷.

Um processo comunicativo eficaz permite identificar problemas relacionados ao tratamento, contribui para o desenvolvimento de soluções adaptadas às necessidades individuais do paciente e fortalece uma relação de confiança e colaboração entre farmacêutico e paciente. O desenvolvimento de habilidades comunicativas, portanto, torna-se essencial para a prática centrada no paciente. Ao investir nessas habilidades, o farmacêutico melhora a interação com o paciente, assim como com outros profissionais da saúde, facilitando um cuidado mais integrado, colaborativo e humanizado; fortalece ainda a comunicação interpessoal e contribui para melhores resultados em saúde²⁶. Deste modo, instrumentalizar os farmacêuticos com habilidades comunicativas é de grande relevância no processo de desenvolvimento para a prática clínica, justificando-se a sua inclusão em ações de educação permanente.

Além das habilidades de comunicação verbal e não verbal, é essencial aos farmacêuticos, de forma similar aos demais profissionais de saúde, desenvolver a habilidade de documentar suas atividades de forma eficiente e apropriada. A capacidade de comunicar as condutas e intervenções farmacêuticas fornecidas em um registro escrito é essencial para a continuidade do cuidado pelos próprios profissionais ou por outros da equipe de saúde, para a prática ética e por razões legais. A fala de Larissa exemplifica a importância atribuída à documentação, apesar de não ter sido uníssona entre todos os participantes.

Eu acho que tem que documentar toda intervenção. E é importante porque às vezes [*o outro profissional*] modificou aquela prescrição ou modificou aquele tratamento do paciente, porque a gente foi lá e falou. Então é um serviço nosso, que eu acho que a gente tem que colocar ali. E respalda a gente também. (Larissa)

Uma vez que o Cuidado Farmacêutico implica ao farmacêutico assumir a responsabilidade profissional pelos resultados do paciente, a comunicação efetiva entre os profissionais de saúde é requerida e a documentação é vital para a continuidade do cuidado ao paciente²⁸. Ter a consciência quanto a importância da documentação, como também a sua forma de escrita é essencial para uma comunicação efetiva e para a continuidade do cuidado.

Processo de cuidado: no modelo de prática do Cuidado Farmacêutico, o processo de cuidado corresponde a um método de tomada de decisão clínica racional, que permite ao farmacêutico avaliar de forma padronizada, sistemática e abrangente a farmacoterapia do paciente e propor intervenções relacionadas ao seu escopo de atuação⁴. Seu método de trabalho é estruturado pelo mesmo padrão de etapas que compõe outras práticas profissionais na área da saúde, proporcionando, por meio dessa congruência das práticas, a visibilidade de sua atuação e o reconhecimento do farmacêutico como um profissional de saúde frente à sociedade. Essas etapas incluem a avaliação inicial, a elaboração de um plano de cuidado e a avaliação de resultados, sendo um processo cíclico, proposto para ocorrer repetidamente durante todo o período de acompanhamento do paciente^{4,5}.

Apesar de os farmacêuticos demonstrarem o entendimento quanto à necessidade de sua atuação mais próxima aos pacientes, observou-se uma falta de padronização da forma de atuação desses profissionais e a presença de atividades ainda muito focadas na prescrição, as quais se caracterizam por uma falta de padrão de prática, baixa reprodutibilidade e uma menor responsabilização pelo cuidado^{5,29}. Essa situação gera uma limitação no reconhecimento de um processo de cuidado padrão na prática clínica e no seu entendimento pelos demais profissionais de saúde, com os quais o farmacêutico deve manter ações integradas e colaborativas.

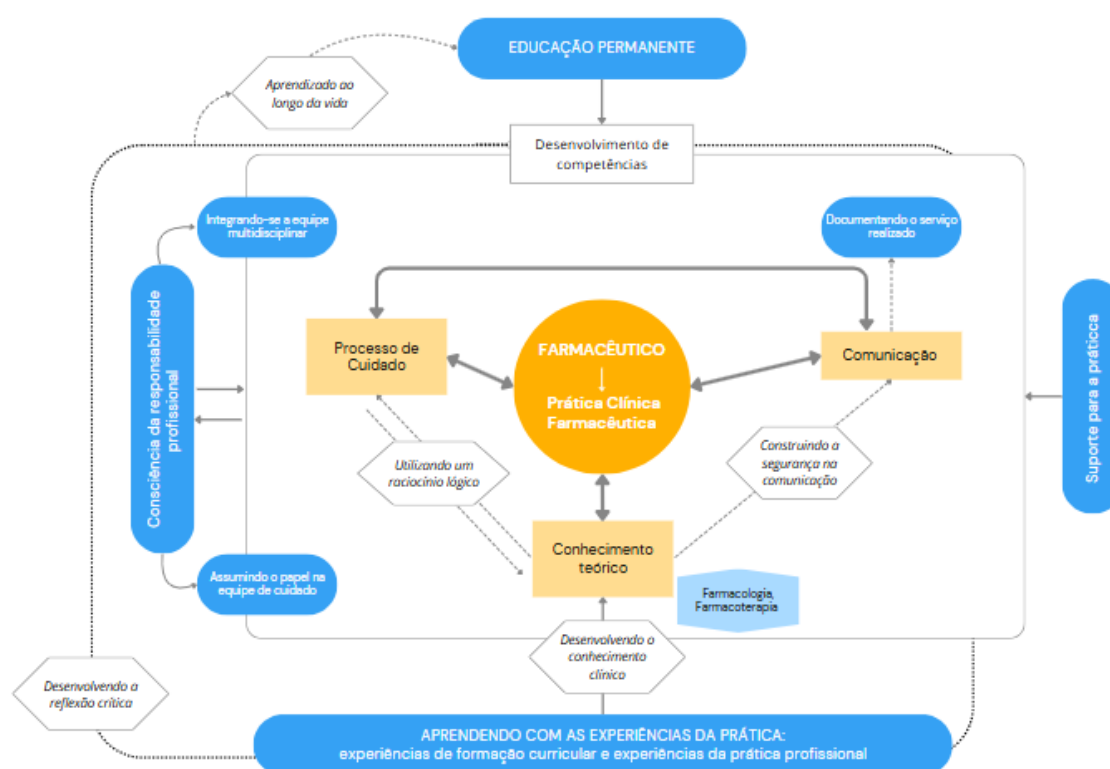
Destaca-se que o processo de cuidado possibilita que o farmacêutico aplique seu

conhecimento único e específico e suas habilidades clínicas junto à equipe de saúde no cuidado ao paciente. Assim, é imprescindível que esse processo seja alinhado e reconhecido por todos os seus praticantes permitindo uma caracterização reconhecível do método utilizado. A fala abaixo transmite essa importância da padronização do processo.

Eu acho que uma vez que a gente trabalha com essa filosofia da Atenção Farmacêutica, a gente usa o método PW [*pharmacotherapy workup*], eu acho que todo mundo deveria conhecer, até mesmo para a gente ter uma atuação e falar mesmo a linguagem. [...] Acho que é complicado, porque às vezes a gente fala de conhecimento técnico, mas assim, é possível a gente ir fazendo e absorvendo. Mas ir fazendo sem ter um método, sem ter assim o que que é meu objetivo com isso aqui, eu acho que já complica. (Helena)

Assim, estabelecer ações educativas que visem a transformação do processo de prática, com a internalização do uso de um raciocínio lógico para a tomada de decisão sobre a farmacoterapia, é de relevância para a qualificação do serviço clínico provido pelo farmacêutico e para seu reconhecimento.

Figura 1 – Modelo teórico para o processo de desenvolvimento de competências para a prática clínica



FONTE: autoria própria

Conclusão

A introdução de novas práticas nos serviços de saúde e a mudança de paradigma de atuação profissional são grandes desafios, pois envolvem a disponibilidade e a automotivação para buscar novas habilidades, conhecimentos e apropriar-se de novas atitudes. Promover o desenvolvimento dos farmacêuticos para que assumam com segurança e efetividade esse papel na equipe de cuidado é imprescindível para a sustentabilidade dos serviços clínicos propostos e para maior perenidade dos mesmos. Profissionais competentes para a prática do cuidado têm maior potencial de se posicionarem e assumirem seu papel dentro da equipe de saúde, proporcionando ganhos e resolutividade frente aos problemas da farmacoterapia do indivíduo assistido, agregando qualidade e valor ao serviço prestado.

A identificação de elementos prioritários no desenvolvimento de competências para a prática clínica proporcionam um direcionamento para a implementação de ações educacionais adequadas que visem a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, ampliando a capacidade resolutiva dos serviços de saúde propostos. Essa etapa de reflexão crítica sobre a realidade e a identificação dos elementos propícios à transformação é essencial para um planejamento adequado e implementação de um programa educacional condizente com as necessidades de todos os atores envolvidos.

As ações de educação permanente devem ser constantes nos serviços de saúde, contribuindo, desta forma, para a formação e o desenvolvimento de profissionais mais qualificados para o exercício de suas funções no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Ao trazer os farmacêuticos para serem corresponsáveis na construção deste trabalho a partir da entrega de suas perspectivas sobre suas necessidades educacionais, possibilita-se a proposição de ações educacionais que sejam construídas também por eles e para eles. Assim, espera-se que as considerações geradas a partir da proposta teórica

desenvolvida sejam incorporadas em práticas educacionais dos farmacêuticos de forma a fomentar a qualificação cada vez maior desses profissionais para o cuidado. Considerando-se os critérios de rigor empregados na realização deste estudo, acredita-se que a transferabilidade dos resultados permita expandir os benefícios a profissionais e gestores de outros cenários semelhantes³⁰.

Agradecimentos:

Agradecemos a Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais pelo apoio, por meio da concessão de bolsa do Programa de Capacitação de Recursos Humanos, a Priscila Oliveira Fagundes e a Pró-Reitoria de Pesquisa (PRPq) da Universidade Federal de Minas Gerais pela bolsa de iniciação científica concedida ao acadêmico Walisson Braga Moreira.

Referências

1. World Health Organization [WHO]. Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety. Geneva: World Health Organization, 2017
2. Watanabe JH, Mcinnis T, Hirsch JD. Cost of Prescription Drug-Related Morbidity and Mortality. *Ann Pharmacother*, 2018, 1-9.
3. Freitas GRM, Neyeloff JL, Neto GB, Heineck I. Drug-Related Morbidity in Brazil: A Cost-of-Illness Model. *Value Health Reg Issues*, 2018, 150-157.
4. Ramalho-de-Oliveira D. Atenção Farmacêutica: da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa. 1. Ed. São Paulo: RCN Editora Ltda, 2011, 344 p.
5. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. Pharmaceutical care practice: the patient-centered approach to Medication Management Services. 3rd. ed. New York: McGraw-Hill, 2012.
6. Freitas EL, Ramalho-De-Oliveira D, Perini E. Atenção farmacêutica—Teoria e prática: Um diálogo possível? *Acta Farm Bonaer*. 2006; 25(3):447–53.
7. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*. Washington, 1990, vol. 47, n.3, p.533-543.

8. Mendonça SAM, Freitas EL, Ramalho-De-Oliveira D. Competencies for the provision of comprehensive medication management services in an experiential learning project. *PLoS ONE*, 2017, 12(9): e0185415.
9. Conselho Federal de Farmácia. Competências para a atuação clínica do farmacêutico: Relatório do I Encontro Nacional de Educadores em Farmácia Clínica e Matriz de Competências para a Atuação Clínica. Conselho Federal de Farmácia. – Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2017.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais do Cuidado Farmacêutico no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS): atualizadas em 14 de junho de 2024. Portaria no 4.379, de 14 de junho de 2024. Brasília, 2024.
11. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 6, de 19 de outubro de 2017. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. 2017
12. Chagas MO, Porto CC, Chaveiro N, Noll M, Chagas FO. Diretrizes curriculares nacionais do curso de farmácia de 2017: perspectivas e desafios. *TICs&EaD em Foco*. 2019, v. 5, n. 2.
13. Silva DAM, Mendonça SAM, Ramalho-De-Oliveira D, Chemello C. A prática clínica do farmacêutico no núcleo de apoio à saúde a família. *Trab. educ. saúde*, 2018, v. 16, n. 2, 659-682.
14. Silva DF. Construção de um serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa na atenção primária à saúde no sus: um projeto de extensão universitária [Dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas; 2015.
15. Detoni KB. Implantação do serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa no componente especializado da assistência farmacêutica [Dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas; 2016.
16. Bonomo LF, Silva ID, Montanhas TS, Mesquita AR, Ramalho-De-Oliveira D; Mendonça SAM. Educação permanente para farmacêuticos preceptores que atuam na atenção primária no Sistema Único de Saúde: um estudo qualitativo. *Physis*, 2023, v. 33, e33081.
17. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação permanente em Saúde. Série B – Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde, 2006, v. 9. Brasília – DF. 2009.
18. Santos MIP, Sousa KM, Ferreira MA, Paulo MA, Rodrigues CL. Formação de recursos humanos na área da saúde e implementação do SUS: Análise de um município polo universitário e referência macrorregional. *Rev. bras. educ. med.*, 2020, 44 (4): e154.

19. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, Rio de Janeiro, 2004, v. 14, n. 1, 41-65.
20. Charmaz K. A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa. Porto Alegre. Artmed Editora, 2009.
21. Fundação Hospitalar do Estado De Minas Gerais (FHEMIG). *Sobre o órgão*. Minas Gerais, 2020.
22. Freitas EL, Ramalho-De-Oliveira D. Critical thinking in the context of clinical practice: The need to reinvent pharmacy education. *Revista Portuguesa de Educação*, 2015, 28(2), pp. 231-250.
23. Sorensen TD, Pestka D, Sorge LA, Wallace ML, Schommer J. A Dentist, Pilot, and Pastry Chef Walk into a Bar...Why Teaching PPCP is Not Enough. *Am J Pharm Educ*. 2020; 84 (4) Article 7704.
24. Ramalho-De-Oliveira D, Shoemaker SJ. Achieving Patient Centeredness in Pharmacy Practice: Openness and the Pharmacist's Natural Attitude. *J Am Pharm Assoc*. January/February 2006, Vol. 46, No. 1.
25. Salum NC, Prado ML. A educação permanente no desenvolvimento de competências dos profissionais de enfermagem. *Texto Contexto – Enferm*, 2014, Abr-Jun; 23(2): 301-8.
26. Losinski V. Educating for action: understanding the development of pharmaceutical care practitioners. University of Minnesota, 2011.
27. Souza TT. Curso online: prescrição farmacêutica no manejo de problemas de saúde autolimitados: módulo 2: unidade 2: habilidades de comunicação do farmacêutico / Thais Teles de Souza, Wellington Barros da Silva, Alessandra Rezende Mesquita. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2015.
28. American Society of Health-System Pharmacists [ASHP]. ASHP guidelines on documenting pharmaceutical care in patient medical records. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 2003, v. 60, n. 7, 705-7.
29. Sousa SRA. Modelo lógico teórico, validado por especialistas, de um serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa [Dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas; 2016.
30. Charmaz K, Thornberg R. The pursuit of quality in grounded theory. *Qualitative Research in Psychology*, 2020, 18(3), 305-327.

APÊNDICE F – PROPOSTA DE PROGRAMA DE FORMAÇÃO

Atividade educativa para desenvolvimento de competências clínicas por farmacêuticos atuantes na atenção secundária e terciária do Sistema Único de Saúde

PROGRAMA DE FORMAÇÃO: “Desenvolvimento de competências para a prática clínica farmacêutica”

CARGA HORÁRIA: 48 horas

EMENTA: Desenvolvimento de competências para a prática clínica farmacêutica. Compreensão do modelo de prática do Cuidado Farmacêutico e a sua filosofia de prática profissional. Processo de cuidado: avaliação inicial, plano de cuidado e avaliação de resultados. Processo racional de decisões em farmacoterapia. Desenvolver competências em comunicação com pacientes, cuidadores e profissionais de saúde. Documentação da prática. Desenvolvimento de competências colaborativas para o cuidado em saúde. Habilidade de análise reflexiva da prática clínica farmacêutica, como forma de transformação e melhoria.

OBJETIVO GERAL: Contribuir para o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes para a provisão de serviços clínicos farmacêuticos no cenário de prática hospitalar, proporcionando o entendimento quanto a responsabilidade profissional do farmacêutico no cuidado em saúde e sua prática colaborativa com os demais profissionais de saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Fomentar a prática reflexiva diante de situações da prática profissional do farmacêutico clínico.
- Promover o autorreconhecimento quanto ao papel do farmacêutico na equipe de cuidado ao paciente, sua contribuição dentro de uma prática colaborativa e a responsabilidade assumida por esse profissional na provisão do cuidado.
- Fortalecer a atuação interprofissional e o trabalho colaborativo no cuidado em saúde.
- Desenvolver a prática do processo racional de tomada de decisões em farmacoterapia para a identificação, prevenção e resolução de problemas

relacionados ao uso de medicamentos.

- Fomentar o desenvolvimento de habilidades de comunicação e interação com outros profissionais de saúde e com os pacientes/cuidadores.
- Desenvolver atitudes de abertura para aspectos subjetivos e culturais do cuidado ao paciente, promovendo a visão do cuidado centrado no paciente.
- Desenvolver competências para a prática clínica farmacêutica e para a provisão do serviço de acompanhamento farmacoterapêutico, no cenário de prática hospitalar.

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO:

Conteúdo programático teórico

Módulo 1: Fundamentos do Cuidado Farmacêutico

- Histórico e evolução da prática clínica farmacêutica.
- Responsabilidade assumida pelo farmacêutico na equipe de cuidado – filosofia da prática profissional.
- Componentes da prática clínica farmacêutica e seu arcabouço teórico-metodológico.

Módulo 2: Raciocínio clínico e tomada de decisão

- Processo racional de tomada de decisão em farmacoterapia.
- Identificação de necessidades relacionadas à farmacoterapia e de problemas relacionados ao uso de medicamentos.
- Construção de planos de cuidado farmacêutico.

Módulo 3: Interprofissionalidade no Cuidado Farmacêutico

- Cuidado farmacêutico como prática colaborativa e relações interprofissionais.
- Competências interprofissionais necessárias para o trabalho em equipe na prática do cuidado.
- A interprofissionalidade no cenário de prática hospitalar e a integração do farmacêutico na equipe multi/interprofissional.

Módulo 4: Habilidades de Comunicação aplicadas à prática clínica

- Comunicação farmacêutico-paciente/cuidador e comunicação interprofissional.
- Escuta ativa e gestão de conflitos.
- Prática centrada no paciente e comunicação terapêutica.
- Referência e contra-referência na prática clínica farmacêutica.
- Documentação da prática.

Módulo 5: Habilidade reflexiva e crítica sobre a prática clínica

- Avaliação de resultados no processo de cuidado farmacêutico (parâmetros de monitorização da efetividade e da segurança da farmacoterapia, situação clínico-farmacoterapêutica).
- Desenvolvimento e discussão de casos clínicos reais com a aplicação da metodologia teórico-prática do Cuidado Farmacêutico.

Conteúdo programático prático

- Desenvolvimento do raciocínio clínico para tomada de decisão a partir de situação problema, por meio da aprendizagem baseada em problemas.
- Simulação de entrevista/atendimento junto a pacientes no contexto do cenário de prática hospitalar.
- Simulação de participação em discussões multi/interprofissionais no contexto de prática hospitalar.
- Apresentação de casos clínicos reais.

METODOLOGIA: Curso teórico-prático e presencial.

Para o desenvolvimento dos conhecimentos teóricos deverão ser realizadas aulas expositivas dialogadas e discussões reflexivas com base na leitura prévia de textos teóricos sugeridos.

Para o desenvolvimento de habilidades e atitudes, deverá ser utilizada a aprendizagem baseada em problemas, a partir de situação problema desenvolvida e vinculada ao cenário de prática hospitalar. A aprendizagem baseada em problemas será utilizada para o desenvolvimento de competências relacionadas à aplicação do conhecimento clínico, aplicação do processo

racional de tomada de decisões em farmacoterapia e desenvolvimento da prática reflexiva, dentre outras competências relacionadas à prática do cuidado em saúde. Além disso, utilização de simulações clínicas, utilizando as técnicas de *role play* e/ou de simulação realística, com a finalidade de desenvolver competências de comunicação (com o paciente/cuidador e outros profissionais de saúde) e a interação interprofissional. Ao final do curso, deverão ser realizados projetos de intervenção, com apresentação de casos clínicos reais apresentados pelos participantes, com reflexão e discussão em grupo quanto ao processo de cuidado aplicado, e desenvolvimento de plano de cuidado farmacêutico para aplicação no ambiente de trabalho.

REFERÊNCIAS

RAMALHO DE OLIVEIRA, D. **Atenção farmacêutica: da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa**. São Paulo: RCN Editora. 2011. 327p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais do Cuidado Farmacêutico no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**: atualizadas em 14 de junho de 2024. Portaria no 4.379, de 14 de junho de 2024. Brasília, 2024.

CIPOLLE, Robert J.; STRAND, Linda M.; MORLEY, Peter C. **Pharmaceutical care practice: the patient-centered approach to Medication Management Services**. 3rd. ed. New York: McGraw-Hill, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução nº. 585, de 29 de agosto de 2013. **Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 set. 2013f. Seção 1, p. 186-188.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual** / Conselho Federal de Farmácia. – Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016. 200 p.: il. Disponível em: https://www.cff.org.br/userfiles/Profar_Arcabouco_TELA_FINAL.pdf

COSTA, M.V; PEDUZZI, M.; FILHO, J.R.F e SILVA, C.B.G. **Educação Interprofissional em Saúde**. Natal: SEDIS-UFRN, 2018. 85 p.

FREITAS, E.L., RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D.; PERINI, E. **Atenção farmacêutica—Teoria e prática: Um diálogo possível?** Acta Farm Bonaer. 2006;25(3):447–53.

ANEXO A - DOCUMENTO DE APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Educação permanente para o desenvolvimento da prática clínica farmacêutica

Pesquisador: Simone de Araújo Medina Mendonça

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 69327823.4.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.155.225

Apresentação do Projeto:

O projeto apresentado pelos pesquisadores traz como hipótese que a educação permanente tem potencial para minimizar lacunas verificadas quanto a necessidade de formação sistematizada de profissionais farmacêuticos já atuantes no mercado de trabalho, propiciando a formação de farmacêuticos clinicamente competentes e levando à

institucionalização de processos educacionais voltados para o desenvolvimento de competências clínicas que permitirão a implementação e efetivação dos serviços de gerenciamento de terapia medicamentosa (GTM). Essa problemática está pautada na justificativa de que as atuais diretrizes curriculares para a graduação em Farmácia no Brasil estabelecem que 50% da formação do profissional seja voltada para o cuidado em saúde, aonde se enquadra o GTM, que depende da formação de um farmacêutico clinicamente competente.

Os critérios de inclusão mencionados no projeto correspondem a farmacêuticos que atuam no sistema de saúde e o critério de exclusão são aqueles farmacêuticos que não consentirem em participar do estudo.

O projeto prevê a participação de 300 farmacêuticos (as) que atuam em diferentes níveis de atenção à saúde e que sejam potenciais beneficiários de ações de educação permanente para o desenvolvimento de sua prática clínica e propõe como metodologia o desenvolvimento do projeto em 3 etapas (1) planejamento, (2) avaliação e (3) compreensão sobre a experiência educacional.

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS**

Continuação do Parecer: 6.155.225

Para a etapa 1 está proposto a realização de revisão de literatura; análises documentais; aplicação de questionários estruturados; entrevistas semiestruturadas individuais, grupos focais e observação participante com farmacêuticos (as); posteriormente será construído o planejamento das ações de educação permanente, com definição dos objetivos de ensino-aprendizagem, estratégias metodológicas, formas de avaliação e recursos necessários. As ações de educação permanente serão ofertadas aos (às) farmacêuticos (as) por meio de parceria entre a universidade e o serviço de saúde, com busca conjunta de recursos financeiros, quando necessário. Para a etapa 2, os pesquisadores propõe que serão descritos os resultados alcançados pelos (as) educandos (as) nas atividades de avaliação de ensino-aprendizagem que serão definidas na fase de planejamento. Para a etapa 3 os pesquisadores mencionam que será realizada pesquisa qualitativa, utilizando-se métodos de coleta de dados qualitativo, descrevendo-os no projeto.

Objetivo da Pesquisa:

Os pesquisadores mencionam que os objetivos primário para o projeto são desenvolver, avaliar e compreender a perspectiva dos envolvidos em ações de educação permanente promovidas entre a universidade e os serviços de saúde para o desenvolvimento da prática clínica farmacêutica. Entre os objetivos secundários estão (a) Mapear as necessidades educacionais de profissionais farmacêuticos atuantes no sistema de saúde ara o desenvolvimento da prática clínica farmacêutica;(b) identificar estratégias educacionais de formação para a prática do gerenciamento da terapia medicamentosa (GTM) em atividades acadêmicas oferecidas pelo Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica da UFMG e em serviços de GTM apoiados pelo referido centro; (c) estruturar um programa de formação em GTM adequado às necessidades educacionais de farmacêuticos que atuam no sistema de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os possíveis riscos mencionados pelos pesquisadores para o referido projeto estão relacionados ao caráter interacional da coleta de dados (entrevistas e grupos focais) que pode levar a desconforto e constrangimentos. Também pode haver receio quanto à divulgação de dados confidenciais. Para minimizar esses riscos potenciais, os pesquisadores descrevem que será garantido que as entrevistas ocorrerão em local reservado. Além disso, o participante possuirá liberdade em não responder questões quando não se sentir confortável com as mesmas. Serão também asseguradas a confidencialidade e a privacidade no uso dos dados obtidos. Em nenhum momento haverá associação dos dados obtidos com o nome do participante ou qualquer informação que o identifique. O participante poderá solicitar a qualquer momento informações

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha**Bairro:** Unidade Administrativa II**CEP:** 31.270-901**UF:** MG**Município:** BELO HORIZONTE**Telefone:** (31)3409-4592**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 6.155.225

sobre o andamento do estudo e sobre resultados obtidos relacionados com seus dados.

Entre os benefícios mencionados pelos pesquisadores estão que ao participar das entrevistas e grupos focais, os (as) farmacêuticos (as) terão oportunidade de refletir e relatar sobre seu processo de desenvolvimento de competências clínicas, o que lhe permitirá identificar suas necessidades educacionais e direcionar a busca por oportunidades de aprendizado. Os mesmos serão também convidados a participar das ações de educação permanente desenvolvidas, tendo benefício direto com o projeto. E ainda, os resultados do estudo serão publicados em periódicos científicos da área com vistas a subsidiar ações de educação permanente em contextos semelhantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os pesquisadores reportam nas informações básicas do projeto que par realização do projeto serão utilizados recursos próprios, porém os pesquisadores demonstram intenção de submeter o projeto à agências de fomento para financiamento da pesquisa. Além disso é mencionado que haverá um centro coparticipante (Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG).

O projeto tem sua relevância para fortalecer a formação continuada de farmacêuticos que atuam em diferentes níveis de atenção à saúde, conforme parecer da Câmara Departamental de Farmácia Social da Faculdade de Farmácia da UFMG.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todas as solicitações referentes ao parecer 6.094.244 foram atendidas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com as solicitações atendidas, SMJ, sou a favor da aprovação do projeto

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2095871.pdf	20/06/2023 15:35:19		Aceito

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 6.155.225

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_final2.pdf	20/06/2023 15:34:21	Priscila Oliveira Fagundes	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_UFMG.pdf	20/06/2023 15:33:15	Priscila Oliveira Fagundes	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_assinada_diretoria_FAFAR.pdf	17/04/2023 13:13:10	Simone de Araújo Medina Mendonça	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	2023_FAS_parecer_projeto_Simone.pdf	10/04/2023 14:06:13	Simone de Araújo Medina Mendonça	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_EP_clinica.pdf	26/03/2023 21:43:10	Priscila Oliveira Fagundes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 30 de Junho de 2023

Assinado por:
Corinne Davis Rodrigues
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coop@prpq.ufmg.br

ANEXO B – DOCUMENTO DE APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FHEMIG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Educação permanente para o desenvolvimento da prática clínica farmacêutica

Pesquisador: Simone de Araújo Medina Mendonça

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 69327823.4.3001.5119

Instituição Proponente: Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.611.574

Apresentação do Projeto:

De acordo com o documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2095871:

Resumo: O Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM) é um serviço clínico que auxilia pessoas que utilizam medicamentos a atingir os objetivos de seus tratamentos, melhorando sua experiência subjetiva com a farmacoterapia. Tem como principal objetivo contribuir para a redução da morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos, importante causa de sobrecarga dos sistemas de saúde na atualidade. O profissional do serviço de GTM trabalha identificando, resolvendo e prevenindo problemas relacionados à indicação, efetividade, segurança e/ou adesão à farmacoterapia, em colaboração com outros profissionais da saúde. Uma das limitações para o avanço quanto à oferta deste serviço no sistema de saúde é a carência de farmacêuticos com formação clínica. As atuais diretrizes curriculares nacionais para a graduação em Farmácia têm potencial para contribuir na melhoria da formação clínica de futuros farmacêuticos. Além disso, mudanças nesse cenário têm sido impulsionadas pelas parcerias entre universidades e serviços de saúde. Tais parcerias visam à formação dos estudantes de graduação de forma contextualizada com as necessidades sociais em saúde e também à educação permanente dos farmacêuticos que atuam no sistema de saúde. O objetivo deste projeto é desenvolver, avaliar e compreender a perspectiva dos envolvidos em ações de educação permanente promovidas entre a universidade e os serviços de saúde para o desenvolvimento da prática clínica farmacêutica. Os métodos

Endereço: Rodovia Papa João Paulo II, 4001 - 13º andar do Edifício Gerais - Cidade Administrativa
Bairro: Serra Verde **CEP:** 31.630-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3915-9343 **Fax:** (31)3915-9000 **E-mail:** cep@fhemig.mg.gov.br



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS -
FHEMIG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Educação permanente para o desenvolvimento da prática clínica farmacêutica

Pesquisador: Simone de Araújo Medina Mendonça

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 69327823.4.3001.5119

Instituição Proponente: Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.611.574

Apresentação do Projeto:

De acordo com o documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2095871:

Resumo: O Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM) é um serviço clínico que auxilia pessoas que utilizam medicamentos a atingir os objetivos de seus tratamentos, melhorando sua experiência subjetiva com a farmacoterapia. Tem como principal objetivo contribuir para a redução da morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos, importante causa de sobrecarga dos sistemas de saúde na atualidade. O profissional do serviço de GTM trabalha identificando, resolvendo e prevenindo problemas relacionados à indicação, efetividade, segurança e/ou adesão à farmacoterapia, em colaboração com outros profissionais da saúde. Uma das limitações para o avanço quanto à oferta deste serviço no sistema de saúde é a carência de farmacêuticos com formação clínica. As atuais diretrizes curriculares nacionais para a graduação em Farmácia têm potencial para contribuir na melhoria da formação clínica de futuros farmacêuticos. Além disso, mudanças nesse cenário têm sido impulsionadas pelas parcerias entre universidades e serviços de saúde. Tais parcerias visam à formação dos estudantes de graduação de forma contextualizada com as necessidades sociais em saúde e também à educação permanente dos farmacêuticos que atuam no sistema de saúde. O objetivo deste projeto é desenvolver, avaliar e compreender a perspectiva dos envolvidos em ações de educação permanente promovidas entre a universidade e os serviços de saúde para o desenvolvimento da prática clínica farmacêutica. Os métodos

Endereço: Rodovia Papa João Paulo II, 4001 - 13º andar do Edifício Gerais - Cidade Administrativa

Bairro: Serra Verde **CEP:** 31.630-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3915-9343 **Fax:** (31)3915-9000 **E-mail:** cep@themig.mg.gov.br



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS -
FHEMIG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Educação permanente para o desenvolvimento da prática clínica farmacêutica

Pesquisador: Simone de Araújo Medina Mendonça

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 69327823.4.3001.5119

Instituição Proponente: Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.611.574

Apresentação do Projeto:

De acordo com o documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2095871:

Resumo: O Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM) é um serviço clínico que auxilia pessoas que utilizam medicamentos a atingir os objetivos de seus tratamentos, melhorando sua experiência subjetiva com a farmacoterapia. Tem como principal objetivo contribuir para a redução da morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos, importante causa de sobrecarga dos sistemas de saúde na atualidade. O profissional do serviço de GTM trabalha identificando, resolvendo e prevenindo problemas relacionados à indicação, efetividade, segurança e/ou adesão à farmacoterapia, em colaboração com outros profissionais da saúde. Uma das limitações para o avanço quanto à oferta deste serviço no sistema de saúde é a carência de farmacêuticos com formação clínica. As atuais diretrizes curriculares nacionais para a graduação em Farmácia têm potencial para contribuir na melhoria da formação clínica de futuros farmacêuticos. Além disso, mudanças nesse cenário têm sido impulsionadas pelas parcerias entre universidades e serviços de saúde. Tais parcerias visam à formação dos estudantes de graduação de forma contextualizada com as necessidades sociais em saúde e também à educação permanente dos farmacêuticos que atuam no sistema de saúde. O objetivo deste projeto é desenvolver, avaliar e compreender a perspectiva dos envolvidos em ações de educação permanente promovidas entre a universidade e os serviços de saúde para o desenvolvimento da prática clínica farmacêutica. Os métodos

Endereço: Rodovia Papa João Paulo II, 4001 - 13º andar do Edifício Gerais - Cidade Administrativa
Bairro: Serra Verde **CEP:** 31.630-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3915-9343 **Fax:** (31)3915-9000 **E-mail:** cep@themig.mg.gov.br



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS -
FHEMIG



Continuação do Parecer: 6.611.574

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2172735.pdf	19/12/2023 08:03:59		Aceito
Outros	Parecer_Tecnico_324_CIP_FHEMIG.pdf	19/12/2023 08:03:35	Priscila Oliveira Fagundes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_final2.pdf	20/06/2023 15:34:21	Priscila Oliveira Fagundes	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_UFMG.pdf	20/06/2023 15:33:15	Priscila Oliveira Fagundes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_EP_clinica.pdf	26/03/2023 21:43:10	Priscila Oliveira Fagundes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 12 de Janeiro de 2024

Assinado por:
Vanderson Assis Romualdo
(Coordenador(a))

Endereço: Rodovia Papa João Paulo II, 4001 - 13º andar do Edifício Gerais - Cidade Administrativa
Bairro: Serra Verde **CEP:** 31.630-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3915-9343 **Fax:** (31)3915-9000 **E-mail:** cep@themig.mg.gov.br

ANEXO C – EDITAL FHEMIG Nº 1/2024 – FOMENTO À PESQUISA CIENTÍFICA



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

FHEMIG FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS

FHEMIG/DIGEPE/GEDP - Coordenação Central de Inovação e Pesquisa

Processo SEI nº 2270.01.0017804/2024-40

EDITAL DIGEPE DE FOMENTO À PESQUISA CIENTÍFICA Nº 01/2024

CHAMAMENTO INTERNO DE FOMENTO À PESQUISA CIENTÍFICA - PUBLICAÇÃO EM PERIÓDICO CIENTÍFICO

PREÂMBULO

A FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS – FHEMIG, instituição pública criada pela Lei Estadual nº 7.088/77, regida pelo Decreto Estadual nº 48.651 de 11 de julho de 2023, que estabelece o seu Estatuto, com sede na Rodovia Papa João Paulo II, nº 4.001, 13º andar do Prédio Gerais da Cidade Administrativa de Minas Gerais, Bairro Serra Verde, Belo Horizonte, Minas Gerais, CEP 31.630-901, em observância aos princípios que regem a Administração Pública, notadamente, aos critérios de transparência, publicidade e isonomia, torna público o presente Edital e convoca os pesquisadores da instituição para a submissão de trabalho com o fim de publicação de edição especial de periódico científico contendo pesquisas realizadas na Fhemig ou em parceria com a Fhemig relacionadas à saúde e áreas afins, nos termos estabelecidos no presente regulamento e em conformidade com o disposto nas seguintes legislações de regência: Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988; Constituição do Estado de Minas Gerais, de 21 de setembro de 1989; Decreto Estadual nº 48.651 de 11 de julho de 2023; Portaria Presidencial nº 2.865, de 31 de outubro de 2023 e na Portaria Presidencial nº 2.481, de 27 de fevereiro de 2023.

ÍNDICE

1. DO OBJETO, VALOR E VIGÊNCIA
2. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO
3. DA DOCUMENTAÇÃO PARA EXIGIDA PARA A PARTICIPAÇÃO
4. DO PROCESSO DE ENCAMINHAMENTO DAS SOLICITAÇÕES
5. DO CRONOGRAMA
6. DA ANÁLISE E JULGAMENTO DAS SOLICITAÇÕES
7. DOS RECURSOS
8. DA IMPUGNAÇÃO DO EDITAL

9. DOS PEDIDOS DE ESCLARECIMENTOS

10. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

ANEXO 1. FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DE PERIÓDICO CIENTÍFICO

1. DO OBJETO, VALOR E VIGÊNCIA

1.1. O presente edital tem como objeto a seleção de trabalhos para a publicação de edição especial de periódico científico contendo pesquisas realizadas na Fhemig ou em parceria com a Fhemig, relacionadas à saúde e áreas afins, visando fomentar o desenvolvimento científico e tecnológico da Fhemig e o cumprimento do disposto no Art. 218 da Constituição Federal e no Art. 211 da Constituição do Estado de Minas Gerais.

1.2 O objetivo da edição especial de periódico científico é dar publicidade às pesquisas realizadas na Fhemig, sejam aquelas conduzidas por seus próprios servidores ou por parceiros, ampliando o impacto científico e social desses trabalhos.

1.3 Das categorias de trabalhos e orientações para elaboração:

1.3.1 Os trabalhos apresentados podem se enquadrar nas seguintes categorias: "Artigo Original", "Artigo de Revisão" e "Relato de Caso".

1.3.1.1 Os trabalhos do tipo "Artigo Original" são aqueles que desenvolvem crítica e criação sobre a ciência e a tecnologia, relacionadas à saúde e áreas afins. Devem apresentar Introdução, Objetivo, Metodologia, Resultados e Conclusão.

1.3.1.2 Os trabalhos do tipo "Artigo de Revisão" são aqueles que apresentam síntese atualizada do conhecimento disponível relacionado à saúde e áreas afins, buscando esclarecer, organizar, normatizar e simplificar a abordagem dos vários problemas que afetam o conhecimento humano sobre o homem e a natureza. Devem apresentar Introdução, Objetivo, Metodologia, Resultados, Conclusão.

1.3.1.3 Os trabalhos do tipo "Relato de Caso" são aqueles que apresentem experiência relacionada à saúde e áreas afins. Devem apresentar introdução, discussão sobre principais sintomas e aspectos clínicos, o principal diagnóstico, possível intervenção terapêutica e conclusão.

1.3.2 Os trabalhos deverão ser encaminhados em português, com fonte Arial, tamanho 12, em formato .docx, contendo título, resumo em português e em inglês, palavras-chave em português e em inglês, texto completo, incluindo tabelas (quando o for caso) e referências.

1.3.3 Os trabalhos apresentados devem possuir resumo estruturado em português e em inglês, contendo o contexto e o objetivo da pesquisa, identificando os métodos empregados e as principais conclusões.

1.4 Os autores devem declarar o registro do Copyright, na forma a seguir:

1.4.1 Copyright© [ano da publicação] [referência dos autores]. Este é um artigo em acesso aberto distribuído nos termos da Licença Creative Commons atribuição que permite o uso irrestrito, a distribuição e reprodução em qualquer meio desde que o artigo original seja devidamente citado; ou,

1.4.2 Copyright© [ano da publicação] [referência dos autores]. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original article is properly cited.

Exemplo: Copyright© 2020 Silva et al. Este é um artigo em acesso aberto distribuído nos termos da Licença Creative Commons atribuição que permite o uso irrestrito, a distribuição e reprodução em qualquer meio desde que o artigo original seja devidamente citado.

1.5 As referências devem ser normalizadas e apresentadas de acordo com o padrão Vancouver: citadas no corpo do texto, utilizando-se numeral arábico, sobrescrito, após a pontuação. As referências devem ser numeradas na ordem em que são citadas no texto.

1.6 Outros regramentos relacionados à formatação e ao modelo de apresentação dos trabalhos serão publicados, no mesmo endereço em que se encontra disponível este edital, de forma a atender às determinações do periódico no qual os trabalhos serão publicados.

1.7. Os critérios para análise e julgamento dos documentos encaminhados pelos PROPONENTES neste processo de chamamento interno estão descritos no item 6. DA ANÁLISE E JULGAMENTO DOS TRABALHOS.

1.8 Os prazos para a execução das etapas deste edital estão descritos no item 5. DO CRONOGRAMA.

1.9. É parte integrante deste edital: ANEXO 1 - Formulário de Inscrição para publicação de periódico científico - Link para acessar o formulário a ser preenchido eletronicamente: www.fhemig.mg.gov.br/ensino-e-pesquisa/pesquisa.

2. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

2.1 Poderão participar do processo de chamamento interno de que trata esse edital trabalhos que tenham entre os autores pelo menos um pesquisador que se enquadre em uma das categorias a seguir, o qual deverá figurar como o PROPONENTE no âmbito deste Edital:

2.1.1 Servidores: ocupantes de cargos estaduais de provimento efetivo ou em comissão, em exercício na Fhemig ou que se encontrem em cessão especial para organização social, conforme previsto na Lei Estadual nº 23.081/2018; os detentores de cargos correspondentes à função pública nos termos do art. 4º a que se referem a Lei nº 10.254, de 20 de julho de 1990; os contratados administrativamente de que trata a Lei nº 23.750, de 23 de dezembro de 2020;

2.1.2 Empregados Públicos: ocupantes de empregos públicos estaduais em exercício na Fhemig;

2.1.3 Estagiários: alunos matriculados em curso regular de ensino mantido pelo poder público ou pela iniciativa privada, em nível superior, com funcionamento autorizado ou reconhecido pelos órgãos competentes, que estejam realizando estágio para estudantes na Fhemig em conformidade com a Lei Federal nº 11.788 de 25 de setembro de 2008, Lei Estadual nº 12.079, de 12 de janeiro de 1996 e com o Decreto Estadual nº 45.036, de 04 de fevereiro de 2009;

2.1.4 Bolsistas: aqueles que recebem bolsa para desenvolver atividades relacionadas à saúde e áreas afins e que estejam em exercício na Fhemig, conforme disposto no Decreto Estadual nº 47.512 de 15 de outubro de 2018;

2.1.5 Residentes, médicos e de áreas profissionais da saúde, conforme a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1984, Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, e que estejam matriculados em Programas de Residência da Fhemig;

2.1.6 Funcionários vinculados à organização social e que estejam em exercício em unidade Fhemig gerida por meio de contrato de gestão, conforme previsto na Lei Estadual nº 23.081/2018.

2.7 Os trabalhos poderão ser elaborados individualmente ou por grupos de até 8 (oito) coautores, sendo permitido que um autor integre mais de um grupo de trabalho.

2.8 É permitido que um mesmo proponente ou grupo de trabalho inscreva mais de um artigo.

2.9 O mesmo trabalho não poderá ser inscrito em mais de uma categoria, dentre as descritas no item 1.3 deste edital.

2.10 A correta identificação dos coautores do trabalho submetido é de responsabilidade do PROPONENTE.

2.11 Não poderão participar deste Edital:

2.11.1 Servidores que estejam cumprindo penalidade disciplinar aplicada por qualquer órgão público ou entidade da esfera federal, estadual ou municipal.

2.11.2 Servidores que estejam afastados em Licença de Interesse Pessoal ou em cessão para outros órgãos, exceto para os casos de cessão especial como previsto no item 2.1.1.

2.11.3 Servidores que não estejam regulares com a prestação de contas de projetos submetidos a agências de fomento à pesquisa e inovação.

3. DA DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA PARA A PARTICIPAÇÃO

3.1. Formulário de inscrição disponível no endereço eletrônico www.fhemig.mg.gov.br/ensino-e-pesquisa/pesquisa preenchido, contendo:

3.1.1. Identificação do PROPONENTE, que deverá informar seu enquadramento em uma das categorias de profissionais descritas no item 2.1;

3.1.2 Identificação dos demais autores;

3.1.3 Número do Processo SEI que contenha parecer emitido pela Coordenação Central de Inovação e Pesquisa se manifestando favoravelmente à realização da pesquisa que deu origem ao trabalho, realizada em pelo menos uma das unidades da Fhemig;

3.1.4 Número do parecer do CEP que aprovou a realização da pesquisa, quando tratar-se de pesquisas que envolvam dados de seres humanos;

3.1.5 Declaração de que o trabalho submetido é relacionado ao trabalho realizado pelo PROPONENTE na Fhemig;

3.1.6 Declaração de que o PROPONENTE não está cumprindo penalidade disciplinar aplicada por qualquer órgão público ou entidade da esfera federal, estadual ou municipal, no momento da inscrição;

3.1.7 Declaração de que o PROPONENTE não se encontra afastado em Licença de Interesse Pessoal ou em cessão para outros órgãos, exceto para os casos de cessão especial como previsto no item 2.1.1, no momento da inscrição;

3.1.8 Declaração de que o PROPONENTE não possui irregularidades com a prestação de contas de projetos submetidos a agências de fomento à pesquisa e inovação, no momento da inscrição;

3.1.9 Declaração de Consentimento para Tratamento de Dados Pessoais Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD;

3.1.10 Informação se o preenchimento trata de “submissão de trabalho” ou de “retificação de trabalho já submetido”.

3.2. Documento que contenha a íntegra do trabalho, informando:

3.2.1 Título do trabalho submetido;

3.2.2 Enquadramento do trabalho submetido em uma das três categorias descritas no item 1.3 deste edital.

3.2.3 Upload do arquivo que contenha o trabalho, em formato .docx, sem a identificação do(s) autor(es).

4. DO PROCESSO DE ENCAMINHAMENTO DAS SOLICITAÇÕES

4.1 As inscrições deste chamamento interno são gratuitas e podem ser realizadas entre 01 de julho de 2024 e 30 de agosto de 2024, conforme descrito no item 5 “**DOS PRAZOS PARA ENCAMINHAMENTO DAS SOLICITAÇÕES**”, observado o horário oficial de Brasília, exclusivamente por meio de formulário eletrônico e envio da documentação prevista neste edital.

4.2 O Link para acesso ao formulário de inscrição específico será disponibilizado no site eletrônico da Fhemig no endereço: www.fhemig.mg.gov.br/ensino-e-pesquisa/pesquisa.

4.3 O período de inscrição de que trata o item 4.1 deste Edital poderá ser alterado, conforme necessidade, e será divulgado no referido site eletrônico, com o respectivo comunicado.

4.4 Para o cadastro dos trabalhos e efetivação da inscrição é obrigatório o preenchimento completo e válido do Formulário de Inscrição, previsto no item 4.1.

4.5 O trabalho deverá ser submetido apenas uma vez por um representante dos autores do trabalho, denominado PROPONENTE, que será responsável por todas as informações registradas na inscrição e receberá toda a comunicação relacionada à submissão.

4.5.1 O PROPONENTE do trabalho deve se enquadrar em uma das categorias do item 2.1 na data da submissão do trabalho, conforme previsto no item 2. **DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO** deste edital.

4.6 O preenchimento pelo PROPONENTE quanto aos autores do trabalho submetido, conforme previsto no item 3.1.2 deverá ser feito com a máxima atenção, uma vez que não será permitido, em hipótese alguma, após encerrado o prazo previsto no item 4.1, a inclusão, substituição ou exclusão de nomes de autores para a publicação dos trabalhos aprovados neste processo de chamamento interno.

4.7 Caso o PROPONENTE identifique a necessidade de alterar ou de incluir outros documentos à solicitação anteriormente encaminhada, ele deverá, dentro do prazo previsto no item 4.1, preencher novo formulário de inscrição, atendendo a todas as demais orientações deste edital, selecionando a opção “retificação de trabalho já submetido” no formulário.

4.7.1 As retificações não serão aceitas após encerrado período de submissão dos trabalhos de que trata o item 4.1 deste Edital.

4.8 Caso o PROPONENTE apresente o mesmo trabalho em mais de uma solicitação ou categoria prevista no item 1.3, ou realize uma retificação de trabalho já submetido, será considerada válida para avaliação pela comissão científica somente a última solicitação encaminhada, sendo as anteriores desconsideradas.

4.9 Ao "Formulário de Inscrição", previsto no item 4.1 deste edital, deverá ser anexado documento que contenha o trabalho submetido, que NÃO PERMITA a identificação do(s) autor(es).

4.10 Para cada formulário de inscrição encaminhado será possível a submissão de apenas um (1) documento contendo o trabalho, que deverá incluir todas as suas partes, inclusive anexos, apêndices, referências e quaisquer outros elementos que componham a sua íntegra.

4.11 A apresentação de trabalho, material, informações, dados, pesquisas e/ou resultados pertencente a outros autores, sem lhes dar o devido crédito ou sem citá-los como fonte de pesquisa, configura-se como violação aos direitos autorais e será submetido à análise de unidade competente, sob pena de sanções administrativas, civis e penais aplicáveis, nos termos da legislação vigente.

4.12. Ao encaminhar a submissão, o PROPONENTE se compromete com a autoria, a veracidade e a autenticidade de todas as informações e documentos apresentados, podendo ser desclassificado e responsabilizado administrativamente, sem prejuízo das demais penalidades previstas na legislação pertinente, caso seja constatada a imprecisão ou falsidade de informações ou documentos apresentados.

4.13 A não observância de quaisquer das condições estabelecidas neste edital para a elaboração dos trabalhos a serem submetidos acarretará a desclassificação do trabalho neste processo de chamamento interno.

4.14 Não serão considerados, para fim de avaliação da proposta por parte da comissão científica, documentos diversos dos que foram solicitados neste Edital.

5. DO CRONOGRAMA

ATIVIDADE	PRAZO
Pedido de impugnação.	Até 5 (cinco) dias úteis, contados a partir do primeiro dia útil subsequente à publicação do deste edital.
Análise e resposta do pedido de impugnação	Até 10 (dez) dias úteis, contados a partir do primeiro dia útil subsequente ao recebimento do pedido, prorrogáveis por igual período.
Prazo para eventual pedido de esclarecimento.	Até 5 (cinco) dias úteis, antes do término do prazo para a apresentação do formulário de inscrição.
Resposta ao pedido de esclarecimento.	3 (três) dias úteis, contados a partir do primeiro dia útil subsequente ao recebimento do pedido, prorrogáveis por igual período.

Prazo de inscrição e submissão do trabalho pelo proponente interessado.	Entre 01/07/2024 e 30/08/2024
Prazo de Análise e Julgamento das solicitações: Fase de Qualificação	15 (quinze) dias úteis, contados a partir do primeiro dia útil subsequente à data do fim do prazo para encaminhamento das solicitações.
Divulgação do resultado da fase de qualificação no sítio eletrônico da FHEMIG.	2 (dois) dias úteis, contados a partir do primeiro dia útil subsequente à data do fim do prazo para a análise e julgamento da Fase de Qualificação.
Prazo de saneamento das pendências apontadas pela comissão científica.	5 (cinco) dias úteis, contados a partir do primeiro dia útil subsequente à data da divulgação do resultado da fase de qualificação no sítio eletrônico da FHEMIG.
Prazo de Análise e Julgamento das solicitações: Fase de Classificação	10 (dez) dias úteis, contados a partir do primeiro dia útil subsequente à data do fim do prazo para saneamento das pendências apontadas pela comissão científica.
Divulgação do resultado da Fase de Classificação no sítio eletrônico da FHEMIG.	2 (dois) dias úteis, contados a partir do primeiro dia útil subsequente à data do fim do prazo para a análise e julgamento da Fase de Classificação.
Prazo para interposição de recursos.	10 (dez) dias corridos, contados a partir da divulgação do resultado da Fase de Classificação.
Prazo para análise e decisão sobre os recursos eventualmente recebidos.	5 (cinco) dias úteis, contados a partir do primeiro dia útil subsequente ao fim do prazo para interposição de recursos, prorrogáveis por igual período.
Prazo da divulgação do resultado final.	2 (dois) dias úteis, contados a partir do primeiro dia útil subsequente ao fim do prazo para análise e decisão sobre os recursos eventualmente recebidos.
Prazo de encaminhamento do documento final para publicação, adequado conforme as normas da revista contratada à comissão organizadora.	15 (quinze) dias úteis, contados a partir do primeiro dia útil subsequente à data da notificação do PROPONENTE
Prazo para a publicação dos trabalhos selecionados	30/06/2025

6. DA ANÁLISE E JULGAMENTO DAS SOLICITAÇÕES

6.1 Da comissão organizadora

6.1.1 Para a condução das atividades previstas neste edital de chamamento interno, a Diretoria de Gestão de Pessoas estabelece Comissão Organizadora, composta por::

- a) Alexandra Gomes da Silva Castro - MASP: 14637292;
- b) Priscilla Rodrigues Fernandes de Oliveira - MASP: 13060702;
- c) Rafael Marques Pessoa - MASP:752575-1;
- d) Sophia Alves Mendes da Costa - MASP: 13664438.

6.1.2 As submissões encaminhadas serão avaliadas inicialmente pela Comissão Organizadora, que identificará:

6.1.2.1 Adequação da documentação encaminhada no âmbito da submissão do trabalho, conforme previsto nos itens "3. DA DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA PARA A PARTICIPAÇÃO" e "4. PROCESSO DE ENCAMINHAMENTO DAS SOLICITAÇÕES" deste edital.

6.1.2.2 A atenção aos prazos previstos no item "5. DO CRONOGRAMA".

6.1.3 Ao final da avaliação de que trata o item 6.1.2 a comissão organizadora poderá concluir por:

6.1.3.1 Solicitação habilitada;

6.1.3.2 Solicitação inabilitada.

6.1.4 Nos casos em que a solicitação for considerada habilitada, ela será encaminhada para a avaliação pela Comissão Científica, conforme os itens 6.2 e 6.3 deste Edital.

6.1.5 Nos casos em que a solicitação for considerada inabilitada, o solicitante será comunicado por e-mail.

6.1.6 A análise realizada pela comissão organizadora deverá ser fundamentada e registrada em ata.

6.2 Da comissão científica:

6.2.1 A análise e o julgamento do trabalho submetido com vistas à publicação em edição especial de periódico científico será realizada por Comissão Científica composta por representantes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais.

6.2.1.1 Compõem a comissão científica deste edital:

- e) **Fernando Madalena Volpe - MASP:1206060-4;**
- f) **Flávio Diniz Capanema - MASP: 10878726;**
- g) **Jacqueline Saldanha Mendes da Costa - MASP: 9301169;**
- h) **Marcelo Militão Abrantes - MASP: 11985256;**
- i) **Mariana Gabriela de Oliveira - MASP: 7530421;**
- j) **Mario Borges Rosa - MASP: 10411478;**
- k) **Vanderson Assis Romualdo - MASP: 10897510.**

6.2.2 Os avaliadores deverão verificar a adequação dos trabalhos submetidos pelos PROPONENTES aos critérios descritos no item 6.6 deste edital.

6.2.3 A avaliação dos trabalhos submetidos pelos PROPONENTES será conduzida de forma independente por, pelo menos, 2 (dois) membros da Comissão Científica descrita no item 6.2.1 deste edital.

6.2.4 Os avaliadores não terão acesso a qualquer informação que possa permitir a identificação dos autores do trabalho, bem como não terão acesso a informações relativas às demais avaliações do mesmo trabalho, realizada por outro(s) membro(s) da Comissão Científica.

6.2.5 O avaliador selecionado que apresentar algum impedimento para a análise de que trata o item 6.3 deverá declarar seu impedimento e devolver a solicitação à comissão organizadora, que deverá atribuí-la novamente para a avaliação por outro membro da Comissão Científica.

6.2.5.1 Considera-se impedido para avaliação o membro da comissão científica que:

6.2.5.1.1 Figurar entre os autores do trabalho submetido;

6.2.5.1.2 Tenha atuado como orientador durante a realização do pesquisa ou durante a elaboração do trabalho submetido.

6.2.5.2 Nas situações em que não houver na Comissão Científica suficiente número de membros que não apresentem impedimento para a avaliação, a Comissão Organizadora deverá solicitar a um avaliador *ad hoc*, que não possua impedimento. Nesse caso, o avaliador *ad hoc* atuará como membro da Comissão Científica, atendendo a todas as regras dispostas no presente edital.

6.2.5.2.1 O convite ao avaliador *ad hoc* será formalizado, por e-mail, pela Comissão Organizadora.

6.3 Do processo de avaliação

6.3.1 A análise das solicitações pelos membros da Comissão Científica deverá ser fundamentada e registrada em documento de avaliação.

6.3.2 A análise será dividida em duas fases: Qualificação e Classificação.

6.3.3 Para analisar e julgar as solicitações, a Comissão Científica terá o prazo de até 25 (vinte e cinco) dias úteis, contados a partir do primeiro dia útil subsequente à data do fim do prazo para encaminhamento das solicitações, a ser dividido entre as etapas de qualificação e classificação dos trabalhos da seguinte forma:

6.2.2.1 **Fase de qualificação:** 15 (quinze) dias úteis.

6.2.2.2 **Fase de classificação:** 10 (dez) dias úteis.

6.3.4 A análise dos trabalhos submetidos a ser realizada por cada membro da comissão científica deverá ser fundamentada e registrada em documento de avaliação, que deverá conter:

6.3.4.1 O resultado da qualificação do trabalho, conforme item 6.4.2.

6.3.4.2 Para os trabalhos qualificados como "Aprovado", a pontuação atribuída ao trabalho de acordo com os critérios constantes no item 6.6 deste Edital, para que possa ser possível sua classificação.

6.3.4.3 Para os trabalhos qualificados como "Aprovado com ressalva", as ressalvas, que podem ser pontos de melhoria ou esclarecimentos a serem realizados para possibilitar a continuidade da avaliação.

6.3.5 Uma vez preenchido, o documento de avaliação deverá ser encaminhado à Comissão

Organizadora, que registrará os resultados e elaborará os documentos finais de qualificação e classificação, conforme cada fase deste edital.

6.4 Da Fase de Qualificação:

6.4.1 Na fase de Qualificação, os trabalhos submetidos serão avaliados pela Comissão Científica com vista à qualificação do trabalho, conforme os critérios previstos no item 6.6 deste edital.

6.4.2 Ao final da avaliação de que trata o item 6.4.1 os trabalhos poderão ser qualificados em:

6.4.2.1 Aprovado;

6.4.2.2 Aprovado com ressalvas;

6.4.2.3 Reprovado.

6.4.3 Durante a fase de Qualificação, nas situações em que os dois (2) avaliadores discordarem quanto à qualificação do trabalho, no que se refere aos itens “6.4.2.1 Aprovado” e “6.4.2.3 Reprovado”, um terceiro membro da Comissão Científica será indicado para realizar a avaliação de desempate.

6.4.4 Nas situações em que uma das avaliações quanto à qualificação do trabalho conclua por “6.4.2.2 Aprovado com ressalvas”, prevalecerá este resultado e o trabalho deverá seguir os trâmites previstos nos itens 6.4.6 a 6.4.9 deste edital.

6.4.5 Decorridos os 15 (quinze) dias previstos para a realização da fase de qualificação a comissão organizadora divulgará o resultado desta fase no sítio eletrônico da FHEMIG www.fhemig.mg.gov.br/ensino-e-pesquisa/pesquisa em até dois (2) dias úteis.

6.4.6 Os PROPONENTES que tenham submetido trabalhos qualificados conforme o item “6.4.2.2 Aprovado com ressalvas” receberão correspondência eletrônica no endereço de e-mail informado no ato da inscrição, informando quanto à necessidade de adequações e/ou esclarecimentos e especificando as ações necessárias para a reavaliação do trabalho.

6.4.7 O prazo dos PROPONENTES para o saneamento das ressalvas apontadas pela Comissão Científica é de cinco (5) dias úteis contados da publicação do resultado da Fase de Qualificação endereço eletrônico indicado no item 6.4.5.

6.4.8 Decorrido o prazo de que trata o item 6.4.7, se não houver manifestação do PROPONENTE ou em caso de não atendimento por completo das ressalvas apontadas, o trabalho será qualificado como “6.4.2.3 Reprovado”.

6.4.9 Decorrido o prazo de que trata o item 6.4.7, os trabalhos serão novamente encaminhados para os avaliadores para finalização da análise e condução da Fase de Classificação dos trabalhos, conforme item 6.5 deste edital.

6.5 Da Fase de Classificação

6.5.1 Na fase de Qualificação, a pontuação atribuída aos trabalhos, conforme critérios descritos no item 6.6, será contabilizada para fins de classificação dos trabalhos.

6.5.2 Nesta fase, os trabalhos anteriormente qualificados como “6.4.2.2 Aprovado com ressalvas”

serão novamente avaliados com o objetivo de verificar o saneamento das ressalvas apontadas pela Comissão Científica e de atribuir a pontuação ao trabalho de acordo com os critérios previstos no item 6.6 deste edital.

6.5.3 Para a nova avaliação, de que trata o item 6.5.2, deverá ser elaborado um novo documento de avaliação contendo:

6.5.3.1 O resultado da qualificação do trabalho, podendo ser Aprovado ou Reprovado;

6.5.3.2 Para os trabalhos qualificados como "Aprovado", a pontuação atribuída ao trabalho de acordo com os critérios constantes no item 6.6 deste Edital, para que possa ser possível sua classificação..

6.5.4 As pontuações atribuídas aos trabalhos por meio do documento de avaliação serão compiladas e será obtida a média da pontuação atribuída pelos avaliadores, sendo esta média a pontuação final de cada trabalho.

6.5.4.1 A pontuação por cada avaliador será atribuída entre 0 (zero) a 25 (vinte e cinco) pontos, sendo atribuídos até 5 (cinco) pontos para cada critério conforme descrito no item 6.5.6.

6.5.5 Após a obtenção da pontuação final, os trabalhos submetidos serão classificados em ordem decrescente.

6.5.6 O Quadro 1, a seguir, contém a escala de pontuação a ser utilizada pela Comissão Científica:

Quadro 1: Escala de pontuação utilizada pela Comissão Científica	
Valor da pontuação	Conceito
5	Excelente
4	Muito bom
3	Bom
2	Suficiente
1	Pobre
0	Ausente ou Insuficiente

6.5.7 Serão selecionados para a publicação científica de que trata este edital os 20 (vinte) trabalhos mais bem classificados entre os que atenderem aos critérios constantes neste Edital.

6.5.8. A Comissão Científica e a Comissão Organizadora zelarão pelo julgamento objetivo e isonômico dos documentos apresentados pelos PROPONENTES, obedecendo aos critérios previstos neste Edital.

6.5.9. É vedada a utilização de qualquer elemento, critério ou fator sigiloso, secreto, pessoal ou reservado, que possa, ainda que indiretamente, elidir o princípio da imparcialidade entre os PROPONENTES.

6.5.10 Decorridos os 10 (dez) dias previstos para a realização da fase de Classificação, a Comissão Organizadora divulgará, em até dois (2) dias úteis, o resultado dessa fase no sítio eletrônico, no seguinte endereço www.fhemig.mg.gov.br/ensino-e-pesquisa/pesquisa.

6.6 Critérios de julgamento dos trabalhos submetidos:

6.6.1 Os critérios a serem utilizados pela comissão científica para avaliação dos trabalhos submetidos estão descritos no Quadro 2 - Critérios, Fatores de avaliação e Pontuação.

Quadro 2: Critérios, Fatores de avaliação e Pontuação		
CRITÉRIO DE AVALIAÇÃO	FATORES DE AVALIAÇÃO	PONTUAÇÃO DO CRITÉRIO
1. Referência expressa à Fhemig	Para avaliação dos trabalhos, o conteúdo deverá fazer referência expressa ao apoio recebido pela FHEMIG. O trabalho deverá deixar claro se a pesquisa foi realizada em uma ou mais das unidades da Fhemig ou se foi em realizada em outra instituição em parceria com a Fhemig. Caso o trabalho tenha sido realizado em outra instituição, em parceria com a Fhemig, o trabalho deverá mencionar expressamente a participação da Fhemig.	Critério eliminatório
2. Antecedentes e fundamentos para o estudo	- O problema ou questão que o estudo aborda e seu significado são aparentes? - Se necessário, são apresentados dados antecedentes ou questões-chave para preparar a cena do estudo? - O autor declara explicitamente o(s) objetivo(s) do estudo? - O(s) objetivo(s) é(são) apropriado(s) para abordar o problema ou questão de estudo?	5 = excelente; 4 = muito bom; 3 = bom; 2 = suficiente; 1 = pobre; e, 0 = ausente ou insuficiente.
3. Adequação dos métodos	- O desenho do estudo, seja ele quantitativo ou qualitativo, está adequadamente descrito? - O desenho/metodologia do estudo é apropriado e eficaz para abordar os objetivos do estudo? - As definições críticas estão claramente enunciadas (se não forem óbvias)? Estas poderiam incluir, por exemplo: caso, exposição principal, falha de vacina etc. - Os métodos estão concisamente descritos? Em caso de pesquisa quantitativa os autores devem descrever procedimentos epidemiológicos ou estatísticos em vez de nomes de pacotes de software. - A população envolvida é declarada ou aparente? - A fonte de dados (questionário, registro, conjunto de dados de vigilância) é indicada?	5 = excelente; 4 = muito bom; 3 = bom; 2 = suficiente; 1 = pobre; e, 0 = ausente ou insuficiente.

4 Apresentação dos resultados	- Os resultados do estudo seguem, logicamente, os métodos descritos? - Os resultados do estudo são resumidos utilizando medidas quantitativas/qualitativas apropriadas (por exemplo, número de indivíduos em estudo, maior tempo, pessoa e local)? - As comparações numéricas são corretas e apropriadas (por exemplo, taxas para comparações explícitas ou implícitas)? - Os dados apresentados são suficientes e adequados para permitir que o leitor chegue a uma conclusão?	5 = excelente; 4 = muito bom; 3 = bom; 2 = suficiente; 1 = pobre; e, 0 = ausente ou insuficiente.
5. Conclusões e interpretações dos resultados	- A conclusão e a interpretação são baseadas nos dados apresentados? - A conclusão/interpretação aborda o problema e os objetivos? - O estudo parece suficientemente válido e confiável para servir de base para as conclusões e, se for o caso, para a tomada de medidas de saúde pública (ou seja, é improvável que os resultados sejam atribuíveis ao acaso, à confusão ou a outros potenciais preconceitos)? - A interpretação das descobertas é consistente com o conhecimento científico atual? - O autor sintetiza os resultados em uma conclusão? (As conclusões não devem simplesmente repetir os dados dos resultados ou reapresentá-los com adjetivos que substituam os números).	5 = excelente; 4 = muito bom; 3 = bom; 2 = suficiente; 1 = pobre; e, 0 = ausente ou insuficiente.
6. Importância para a saúde pública	- As sugestões de ações/recomendações/medidas de controle são práticas e derivam dos resultados do estudo? - As ações de saúde pública, se houver, são recomendadas, relatadas como empreendidas, completadas ou demonstradas como eficazes? (Por exemplo, iniciar ou melhorar a prevenção ou outros programas de saúde pública; desenvolver procedimentos, políticas ou legislação; implementar e fortalecer sistemas de vigilância de saúde pública; reduzir a incidência de doenças). - Se as recomendações ainda não foram implementadas, é provável que elas abordem o problema ou a questão de saúde que levou a este estudo?	5 = excelente; 4 = muito bom; 3 = bom; 2 = suficiente; 1 = pobre; e, 0 = ausente/insuficiente.
Pontuação máxima possível		25

6.6.2 Em caso de empate na **Fase de Classificação**, será considerada a melhor nota obtida nos critérios de avaliação listados abaixo, independentemente das categorias citadas no item 1.3 deste Edital, na seguinte ordem:

6.6.2.1 Importância para a saúde pública;

6.6.2.2 Conclusões e interpretações dos resultados;

- 6.6.2.3 Apresentação dos resultados;
- 6.6.2.4 Adequação dos métodos;
- 6.6.2.5 Antecedentes e fundamentos para o estudo.

6.6.3 Mantendo-se o empate, terá melhor classificação aquele trabalho cujo PROPONENTE tiver maior idade.

6.7 Do resultado final e do período para adequações.

6.7.1 Após decorridos todos os prazos recursais, a Comissão Organizadora divulgará, em até dois (2) dias úteis, o resultado final deste processo de chamamento interno no sítio eletrônico DA FHEMIG, no seguinte endereço: www.fhemig.mg.gov.br/ensino-e-pesquisa/pesquisa.

6.7.2 Caso sejam necessárias adequações de forma no trabalho aprovado após a publicação do resultado final, em decorrência das normas do periódico científico a ser contratado, a Comissão Organizadora notificará os PROPONENTES, que terão o prazo de 10 (dez) dias úteis, contados do primeiro dia útil subsequente à data da notificação, para o encaminhamento do documento final para publicação. A ausência do encaminhamento do referido documento contendo as adequações solicitadas implicará na desclassificação do trabalho selecionado e na convocação do próximo trabalho mais bem classificado.

7. DOS RECURSOS

7.1 Os recursos devem ser direcionados à Diretoria de Gestão de Pessoas.

7.2 O PROPONENTE interessado em recorrer da decisão deverá enviar e-mail obrigatoriamente para a cip@fhemig.mg.gov.br, fundamentando o pedido de revisão e inserindo os documentos necessários.

7.2.1 O e-mail contendo o recurso deverá ser identificado da seguinte forma: "Assunto: Recurso - Edital DIGEPE de Fomento à Pesquisa Científica nº 01/2024 - Chamamento Interno para Ações de Fomento à Pesquisa Científica - Publicação de Periódico Científico".

7.3. O PROPONENTE deverá se identificar, por meio do Nome, Masp ou CPF, e disponibilizar as informações para contato (e-mail) na respectiva interposição de recurso eventualmente encaminhada à Diretoria de Gestão de Pessoas.

7.4 Após a publicação do resultado o PROPONENTE terá o prazo de 10 (dez) dias corridos, contados a partir do primeiro dia útil subsequente à publicação do resultado, para interposição de recursos, conforme cronograma previsto no item 5. DO CRONOGRAMA.

7.4 Das especificações do recurso:

7.4.1 Identificação do trabalho: o título do trabalho, bem como a identificação do(s) autor(es) por, no mínimo, nome completo;

7.4.2. Os documentos enviados para fins de consubstanciar os recursos deverão ser apresentados em português, sem emendas, rasuras ou entrelinhas.

7.4.3. O recurso deve conter fundamentação das razões;

7.4.4 O recurso deve conter documentação comprobatória de todos os argumentos apresentados, caso necessário, apresentados em português, sem emendas, rasuras ou entrelinhas.

7.5 O não atendimento aos requisitos dispostos no item 7.4 resultará no indeferimento do recurso.

7.6 Recebido o recurso, à Diretoria de Gestão de Pessoas terá até 5 (cinco) dias úteis, contados a partir do primeiro dia útil subsequente ao fim do prazo para interposição de recursos, prorrogáveis por igual período, para analisar e decidir.

7.6 O teor de cada recurso e a decisão da Diretoria de Gestão de Pessoas deverão ser publicados no sítio eletrônico, no seguinte endereço: www.fhemig.mg.gov.br/ensino-e-pesquisa/pesquisa.

7.7 Não caberá, na esfera administrativa, a interposição de outro recurso em face da decisão da Diretoria de Gestão de Pessoas.

8. DA IMPUGNAÇÃO DO EDITAL

8.1. Até o prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir do primeiro dia útil subsequente à publicação do deste edital, os interessados poderão encaminhar pedidos de impugnação.

8.1.1. Os pedidos de impugnação acerca deste Edital poderão ser realizados por qualquer pessoa e deverão ser, obrigatoriamente, encaminhados para o e-mail cip@fhemig.mg.gov.br. Os pedidos deverão ser fundamentados e, se for o caso, deverão ser juntadas as evidências que se fizerem necessárias.

8.1.2. O interessado deverá se identificar, por meio do Nome, Masp ou CPF, e disponibilizar as informações para contato (e-mail) pedido de impugnação eventualmente encaminhado à Diretoria de Gestão de Pessoas.

8.1.3 O e-mail contendo o pedido de impugnação deverá ser identificado da seguinte forma: "Assunto: Pedido de Impugnação - Edital DIGEPE de Fomento à Pesquisa Científica nº 01/2024 - Chamamento Interno de Fomento à Pesquisa Científica - Publicação de Periódico Científico".

8.2. Recebido o pedido de impugnação, a Diretoria de Gestão de Pessoas terá até 10 (dez) dias úteis, contados a partir do primeiro dia útil subsequente ao recebimento do pedido, prorrogáveis por igual período, para analisar e responder.

8.3. Decorrido o prazo de que trata o item 8.1, decairá do direito de impugnação dos termos deste Edital, sendo que a apresentação do formulário de inscrição de que trata o item 4.1 pelo PROPONENTE implica a aceitação integral e irrevogável dos seus termos, condições, cláusulas e anexos.

8.4. Não serão aceitas, sob quaisquer hipóteses, alegações de desconhecimento dos termos, condições, cláusulas e anexos do presente Edital em qualquer fase do processo de chamamento interno.

9. DOS PEDIDOS DE ESCLARECIMENTOS

9.1. Até o prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis, antes do término do prazo para a apresentação do formulário de inscrição de que trata o item 4.1, os interessados poderão encaminhar pedidos de esclarecimentos acerca deste edital.

9.1.1. Os pedidos de esclarecimentos acerca deste Edital poderão ser realizados por qualquer pessoa e deverão ser, obrigatoriamente, encaminhados para o e-mail cip@fhemig.mg.gov.br.

9.1.2. O interessado deverá se identificar, por meio do Nome, Masp ou CPF e Unidade de Lotação, e disponibilizar as informações para contato (e-mail) na respectiva solicitação de

esclarecimentos.

9.1.3 O e-mail contendo o pedido de esclarecimento deverá ser identificado da seguinte forma: "Assunto: Pedido de Esclarecimento - Edital DIGEPE de Fomento à Pesquisa Científica nº 01/2024 - Chamamento Interno de Fomento à Pesquisa Científica - Publicação de Periódico Científico".

9.2. Recebido o pedido de esclarecimento, a Comissão Organizadora terá até 3 (três) dias úteis, contados a partir do primeiro dia útil subsequente ao recebimento do pedido, prorrogáveis por igual período, para responder.

9.3. É de responsabilidade do interessado solicitar o esclarecimento em tempo hábil para obter informações ou esclarecimentos, previamente ao preenchimento do formulário de inscrições.

10. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

10.1. A FHEMIG, por meio da Diretoria de Gestão de Pessoas e suas unidades, reserva-se o direito de resolver os casos omissos e situações não previstas no presente Edital.

10.2. As informações que forem recebidas pela FHEMIG/DIGEPE durante a vigência deste Edital deverão ser mantidas confidenciais e não serão divulgadas a terceiros nem utilizadas para propósitos que não os aqui descritos, sem o consentimento prévio da outra parte.

10.3. Os interessados em participar do presente Edital serão inteiramente responsáveis pelos custos financeiros e demais ônus decorrentes, não fazendo jus a qualquer espécie de ressarcimento, indenização ou reembolso por despesa incorrida.

10.4. A participação no processo do Edital pressupõe:

10.4.1. A responsabilidade pela fidelidade e legitimidade das informações e a observância do regulamento deste Edital.

10.4.2. A aceitação plena e irrevogável de todas as normas e condições previstas neste Edital.

10.5. Quaisquer documentos, atos complementares, avisos, comunicados e convocações relativos a este processo de chamamento interno que vierem a ser divulgados no sítio eletrônico da Fhemig no seguinte endereço: www.fhemig.mg.gov.br/ensino-e-pesquisa/pesquisa serão incorporados a este Edital para todos os efeitos.

10.6. Caso haja necessidade de retificação do Edital, a FHEMIG/DIGEPE fará a devida avaliação e fundamentação e, havendo alteração das condições estabelecidas para a elaboração das propostas, deverá prorrogar o prazo para preenchimento do Formulário de Inscrições.

10.7. É assegurado à FHEMIG/DIGEPE o direito de, de acordo com o interesse público, anular ou revogar, a qualquer tempo, no todo ou em parte, o presente processo de chamamento interno, fundamentando sua decisão e dando publicidade ao ato, por meio de divulgação no sítio eletrônico da FHEMIG.

10.8. É facultado à FHEMIG/DIGEPE, à Comissão Organizadora e à Comissão Científica, em qualquer fase deste processo de chamamento interno, promover diligências, a fim de esclarecer ou complementar a instrução do mesmo.

10.9. A qualquer momento, a FHEMIG/DIGEPE poderá desclassificar os PROPONENTES, em despacho motivado, sem direito a indenização ou ressarcimento e sem prejuízo de outras sanções, se tiver ciência de fato ou circunstância, anterior ou posterior ao processo de seleção, que represente infração das regras deste Edital.

10.10. Será de responsabilidade dos proponentes o acompanhamento de atos, avisos, publicações e alterações neste edital, referentes a este concurso, que serão disponibilizadas no sítio eletrônico da Fhemig: www.fhemig.mg.gov.br/ensino-e-pesquisa/pesquisa.

10.11. Fica eleito o foro da cidade de Belo Horizonte para dirimir quaisquer dúvidas e questões decorrentes do presente Edital, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

ANEXOS AO EDITAL

ANEXO I: FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DE PERIÓDICO CIENTÍFICO



Documento assinado eletronicamente por **Thais Portela Amabile, Diretor (a)**, em 14/06/2024, às 15:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mg.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **88393937** e o código CRC **D564D36A**.

Referência: Processo nº 2270.01.0017804/2024-40

SEI nº 88393937

ANEXO D – CHAMADA PÚBLICA – GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE: GENTE QUE FAZ O SUS ACONTECER

12/10/2024, 14:38

Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: gente que faz o SUS acontecer - Chamada Pública - Revista Ciência & Saúde Coletiva

f @ EN PT



Chamadas Públicas

Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: gente que faz o SUS acontecer

01/10/2024 | Chamada Pública

Facebook

Twitter

Whatsapp

Período: 02 de outubro de 2024 à 15 de janeiro de 2025

Editoras(es) Convidadas(os): Isabela Pinto (mestra em saúde coletiva e doutora em administração pela UFBA); Laise Rezende (mestra em saúde pública pela Fiocruz e doutora em saúde pública pela UFBA); Lívia Mélo (mestra em saúde coletiva pela UFPE e doutora em saúde pública pela Fiocruz); e Bruno Guimarães (mestre em saúde coletiva pela UFBA).

A proposta de um número temático da Revista Ciência e Saúde Coletiva, dedicado à publicação de artigos que apresentem resultados de estudos e pesquisas na área de Trabalho e Educação na Saúde, faz parte da celebração da 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (4ª CNGTES), que ocorre após 18 anos de sua última edição. A temática tem sido central nas discussões sobre o desenvolvimento, fortalecimento, eficiência ou viabilidade dos sistemas nacionais de saúde.

A depender dos pressupostos epistemológicos e políticos, a racionalidade desses temas converge para diferentes formas de reconhecer a classe trabalhadora, sendo uma delas a que reflete a Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (GTES) com um conjunto de elementos que integram essa grande área como ordenamento da formação, educação permanente, planejamento da força de trabalho, dimensionamento ou provimento das trabalhadoras e trabalhadores na saúde, entre outros.

Estimulamos a produção e divulgação de conhecimentos envolvendo velhos e novos desafios da GTES, como a precarização do trabalho, financeirização da saúde, revolução tecnológica, desregulação da formação em saúde, regulação do trabalho, educação permanente e educação popular a partir da mobilização de universidades, escolas de saúde do SUS, controle social, usuárias(os), gestoras(es) e profissionais da saúde. Os artigos selecionados irão compor um número especial em comemoração da 4ª CNGTES.

OBJETIVOS DO NÚMERO TEMÁTICO:

- Fomentar a divulgação de pesquisas, reflexões e análises que possam subsidiar a formulação, implementação, monitoramento e avaliação de políticas, programas e ações em torno dos desafios prioritários para a área de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no Brasil;
- Fortalecer os grupos de pesquisa da área de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde ao possibilitar a publicação de estudos em revista de alto impacto;
- Comemorar a realização da 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

TIPOS DE ARTIGOS:

Serão aceitos trabalhos originais, inéditos, podendo ser: prioritariamente relatos de pesquisa, ensaios ou revisões da literatura.

EIXOS DE SUBMISSÃO DOS ARTIGOS:

- Enfrentamentos da precarização do trabalho ou da educação na saúde em tempos de globalização, reestruturação produtiva, plataformação e 4ª Revolução Industrial;
- Trabalho decente, digno, seguro, equânime, humanizado e democrático na saúde;
- Formação em saúde emancipadora, humanística, intercultural, interprofissional, interdisciplinar e permanente que atenda às necessidades do SUS;
- Ordenamento, regulação e planejamento da formação e do trabalho na saúde de acordo com as necessidades do SUS;
- Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde (COAPES) e os estágios no SUS;
- Consolidação do SUS como escola por meio da integração educação-trabalho-comunidade;
- Reorientação do trabalho e da formação em saúde orientados pelo princípio da equidade nas suas dimensões de classe, gênero, raça e etnia com foco na força de trabalho na saúde;
- Fortalecimento da democracia, da participação popular, do controle social e da educação popular na Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde;
- Incorporação tecnológica e o processo de transformação digital na formação e no trabalho em saúde;
- Modelos de financiamento da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde;
- Formação técnica e pós-técnica orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS;
- Aspectos pedagógicos inovadores no ensino e na avaliação das Residências em Saúde;
- Formação em saúde na perspectiva da transformação digital: desafios e potencialidades dos Ambientes Virtuais de Aprendizagem;
- Educação Popular para o fortalecimento do cuidado, gestão, participação popular e controle social.

Observações:

Serão priorizados aqueles artigos submetidos que integrem na discussão as áreas de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Os trabalhos enviados serão avaliados pelas(os) editoras(es) convidadas(os), por pares e pela editoria da Revista Ciência & Saúde Coletiva. Todos os artigos devem, além de focar uma ou mais linhas temáticas, seguir as orientações e normas para envio de artigos que constam na página web da revista:

https://cienciaesaudecoletiva.com.br/uploads/atualizacao_CSC_ptbr_2024_REV_Normas.pdf

Os artigos serão publicados em português, inglês e espanhol.

Os textos que não atendam os pré-requisitos não serão avaliados. Os textos deverão ser encaminhados em .doc (arquivo salvo do Word) com todos os dados das(os) autoras(es) (filiação e e-mail) para o e-mail indicado nesta chamada.

E-mail para submissão: gtes.revista@saude.gov.br

Atenção: Não serão considerados para este número temático artigos submetidos na plataforma ScholarONE.

NOTA:

1) Só recebemos artigos para a chamada no e-mail indicado.

2) Esse número tem financiamento e autoras(es) que forem selecionadas(os) estão isentas(os) da taxa de submissão.

Últimas

Chamadas Públicas[A Política Nacional de Assistência Farmacêutica: 20 anos em defesa da vida](#)

Encerramento: 30/09/2024

[Chamada Pública: Sexualidade e reprodução entre jovens na América Latina no século 21: teoria, metodologia e política](#)

Encerramento: 30/07/2024

[Por um desempenho mais resiliente do SUS: políticas, práticas e tecnologias](#)

Encerramento: 30/03/2024

[Acidentes e Violências no Brasil e nas Américas: o que mostram os dados e análises epidemiológicas mais recentes?](#)

Encerramento: 15/03/2024

[Homoparentalidade: desafios para a saúde coletiva](#)

Encerramento: 16/10/2023

Realização**Patrocínio**MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃOMINISTÉRIO DA
CIÊNCIA, TECNOLOGIA
E INOVAÇÃOMINISTÉRIO DA
SAÚDE**Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Saúde Coletiva**

Impressa ISSN 1413-8123 | Online ISSN 1678-4561

Avenida Brasil, 4036 / sala 703 – Mangueiras – CEP: 21040-361, Rio de Janeiro/RJ

(21) 3882-9153 - Todos os direitos reservados para ABRASCO.

