

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE FARMÁCIA**

**DANIELLE FERNANDES DA SILVA**

**CONSTRUÇÃO DE UM SERVIÇO DE GERENCIAMENTO DA  
TERAPIA MEDICAMENTOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO  
SUS: um projeto de extensão universitária**

**Belo Horizonte  
2015**

**DANIELLE FERNANDES DA SILVA**

**CONSTRUÇÃO DE UM SERVIÇO DE GERENCIAMENTO DA  
TERAPIA MEDICAMENTOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO  
SUS: um projeto de extensão universitária**

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 título de Mestre em Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

Área de concentração: Medicamentos em populações.

Orientadora: Professora Djenane Ramalho de Oliveira

**Belo Horizonte  
2015**

S586c 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 / Danielle Fernandes da Silva. – 2015.

104 f. : il.

Orientadora: Djenane Ramalho de Oliveira .

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

1. Atenção farmacêutica – Teses. 2. Atenção primária à saúde – Teses. 3. Extensão universitária – Teses. 4. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Teses. I. Oliveira, Djenane Ramalho de. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Farmácia. III. Título.

CDD:362.1042



FOLHA DE APROVAÇÃO

CONSTRUÇÃO DE UM SERVIÇO DE GERENCIAMENTO DA TERAPIA  
MEDICAMENTOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SUS: um projeto de  
extensão universitária

DANIELLE FERNANDES DA SILVA

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

Aprovada em 02 de setembro de 2015, pela banca constituída pelos membros:

Prof. Djenane Ramalho de Oliveira - Orientadora  
UFMG

Prof. Mateus Rodrigues Alves  
UFMG

Prof. Clarice Chemello  
UFMG

Prof. Marcella Guimarães Assis  
UFMG

Belo Horizonte, 2 de setembro de 2015.

## **AGRADECIMENTOS**

Esse trabalho não teria sido realizado sem a contribuição de pessoas que forneceram suporte e incentivo para que ele acontecesse, quero agradecer à todos que de alguma maneira me motivaram a chegar até aqui.

A Deus por me amparar nos momentos difíceis e mostrar o caminho.

A minha família, a qual amo muito, pelo carinho, paciência e incentivo. Ao Douglas pela compreensão nos momentos difíceis.

Aos amigos que fizeram parte desses momentos e que de alguma forma contribuíram com estímulo para que eu conseguisse concluir este percurso.

A minha orientadora Djenane, por acreditar em mim, me mostrar o caminho da ciência de uma forma mais leve e prazerosa. Por ser exemplo de profissional e de mulher, que tem batalhado pela consolidação do cuidado farmacêutico.

A Simone, uma grande amiga e companheira de jornada, por acreditar nesse projeto, por contribuir para o meu crescimento profissional e por representar um exemplo a ser seguido. Sua contribuição foi fundamental para a realização deste trabalho!

As estudantes extensionistas que participaram diretamente do projeto e ajudaram em todos os momentos. Foi estimulante ver o desejo e o comprometimento de vocês na busca de uma formação voltada para o cuidado das pessoas.

A Beatriz, Marianne e Gabriela pela colaboração em diferentes momentos no planejamento e execução do projeto.

Aos colegas do CEAF pela troca de experiências e apoio.

A Prefeitura de Belo Horizonte por fornecer o cenário para condução do projeto. Pela colaboração e todo o auxílio fornecido, agradeço especialmente aos funcionários do centro de saúde, ao gerente, a farmacêutica e os demais profissionais da unidade.

*“Nossos sonhos podem se transformar em realidade se o desejamos tanto a ponto de correr atrás deles”*

***Walt Disney***

## RESUMO

O grande consumo de medicamentos pela população culminou no surgimento de uma demanda social, a necessidade de um profissional responsável por detectar, resolver e prevenir os problemas relacionados ao uso de medicamentos. O serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa (GTM) utiliza o arcabouço teórico e metodológico da prática da atenção farmacêutica e constitui uma solução possível para atender essa demanda. Estudos têm demonstrado resultados favoráveis obtidos por esses serviços que justificam sua implantação. No Brasil, parcerias entre a universidade e o serviço de saúde têm sido estabelecidas para promover a construção de um serviço clínico para o farmacêutico. Assim, conhecer as experiências de estudantes de graduação e pós-graduação em Farmácia durante o processo de provisão de um serviço de GTM como atividade de extensão universitária poderá fornecer informações que estimulem a construção deste serviço. O objetivo desse trabalho foi compreender o processo de construção do serviço de GTM na atenção primária à saúde (APS), através da experiência dos atores envolvidos. Foi selecionada a pesquisa qualitativa autoetnográfica. Foram realizadas dez entrevistas semiestruturadas. Também foram utilizados os diários de campo da pesquisadora e a transcrição das reuniões realizadas entre as estudantes de pós-graduação. Os resultados revelaram aspectos da experiência da construção do serviço de GTM na APS, especialmente sobre a parceria universidade-serviço de saúde. Também emergiram temas referentes ao trabalho do farmacêutico na APS, como “o real x o ideal” e da prática “clínica a mercê da farmácia”. Na “autonomia e limitações na atuação profissional” são abordados alguns fatores que interferem com a prática clínica e conseqüentemente nos seus resultados. Em “experiências na tutoria de estudantes durante a construção do serviço de GTM”, é realizado um relato sobre as vivências de assumir a tutoria simultaneamente ao planejamento do serviço. Na “vocação para o cuidado” foram abordados sentimentos da pesquisadora e da equipe do GTM diante da missão de assumir responsabilidade sobre a farmacoterapia de pacientes. A APS e a estratégia saúde da família é um cenário promissor para a construção de serviços de GTM, entretanto, questões sobre a organização do trabalho do farmacêutico e mudanças na parceira universidade-serviço de saúde devem ser discutidas. Existe a necessidade de sistematizar a prática clínica do farmacêutico na APS e o GTM fornece os instrumentos necessários para essa reorganização. Discussões e reflexões sobre a forma de inserção na APS são fundamentais para avançar o trabalho desse profissional e melhorar os resultados em saúde neste cenário no SUS.

**Palavras-chave:** Atenção Farmacêutica . Gerenciamento da Terapia Medicamentosa . Extensão Universitária . Atenção Primária à Saúde . Sistema Único de Saúde. Autoetnografia.

## ABSTRACT

The large consumption of medicines in society culminated in the emergence of a new social need: the need of a professional responsible for detecting, resolving and preventing drug-related problems. Medication Therapy Management (MTM) services use the theoretical framework of the practice of pharmaceutical care and can be seen as a possible solution to meet this demand. Studies have demonstrated favorable results from these services that justify its implementation at health care systems. In Brazil, partnerships between universities and the health systems have been established to promote the construction of MTM. Thus, the experiences of professional and graduate pharmacy students during the process of providing MTM services as a university extension activity may provide information that encourage the provision of this new health service. Thus, the aim of this study was to understand the construction process of MTM services in Primary Health Care (PHC), through the experience of those involved. The methodology utilized was autoethnography. Ten semi-structured interviews were conducted. In addition, the researcher's field notes and the transcription of the meetings held between all participants were used. The results revealed aspects about the MTM service construction experience in PHC, especially about the partnership between the university and the health service. Themes concerning the pharmacist's job in PHC also emerged, like "the real versus the ideal" and "the clinical role at pharmacy's mercy". In the "autonomy and limitations in professional activities" are addressed some factors that interfere with clinical practice and consequently on its results. On "experiences in mentoring students during the construction of the MTM service", is carried an account of the experiences of take the tutoring simultaneously to the planning service. In "vocation to care", issues and feelings of the researcher and the MTM team were discussed regarding the mission of taking responsibility for patients' drug therapy. The PHC is a promising scenario for the construction of MTM services; however, questions about the pharmacist's job organization and changes in the partnership between university and health systems should be further discussed. There is a need to systematize clinical pharmaceutical practice PHC and MTM provides the necessary tools for this reorganization. Discussion and reflection on how to insert PHC are critical to advance the work of this professional and improve health outcomes in this scenario in the unified health system.

**Keywords:** Pharmaceutical Care . Medication Therapy Management . University Extension . Primary Health Care . Health Unic System . Autoethnography.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Eixos de trabalho desenvolvidos durante o projeto GTM/APS/SUS .....	41
Figura 2 – Organização do trabalho da equipe GTM/APS/SUS .....	42
Figura 3 - Esquema de representação da provisão do serviço de GTM na APS. ....	44

## LISTA DE SIGLAS

<b>AF</b>	Atenção Farmacêutica
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>CEAF</b>	Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica
<b>CFF</b>	Conselho Federal de Farmácia
<b>eSF</b>	Equipe Saúde da Família
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>GTM</b>	Gerenciamento da Terapia Medicamentosa
<b>IFES</b>	Instituição Federal de Ensino Superior
<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
<b>PBH</b>	Prefeitura de Belo Horizonte
<b>PRM</b>	Problema Relacionado ao uso de Medicamento
<b>RAS</b>	Rede de Atenção à Saúde
<b>SMS</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>URM</b>	Uso Racional de Medicamentos
<b>UFMG</b>	Universidade Federal de Minas Gerais

## SUMÁRIO

1	MOTIVAÇÃO PARA O ESTUDO .....	10
2	ATENÇÃO FARMACÊUTICA E SERVIÇO DE GERENCIAMENTO DA TERAPIA MEDICAMENTOSA: UMA VIAGEM PELA HISTÓRIA RECENTE DA FARMÁCIA .....	14
2.1	Crise de identidade da profissão farmacêutica.....	14
2.2	Surgimento de uma nova demanda social: campo de prática para a atenção farmacêutica e o serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa .....	16
3	O GTM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO SUS.....	21
4	EXPERIÊNCIAS DE SERVIÇOS CLÍNICOS FARMACÊUTICOS E PARCERIA UNIVERSIDADE-SERVIÇO.....	24
5	OBJETIVOS.....	29
6	METODOLOGIA .....	30
6.1	Pesquisa autoetnográfica .....	31
6.2	Sujeitos selecionados para a pesquisa.....	33
6.3	Coleta de dados.....	35
6.3.1	Entrevistas semiestruturadas.....	35
6.3.2	Observação participante .....	35
6.3.3	Diário de campo.....	37
6.4	O rigor da pesquisa.....	37
6.5	A análise dos dados.....	38
6.6	Considerações éticas.....	39
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	40
7.1	Planejar, construir e ofertar o serviço de GTM: a descrição da história do projeto .....	40
7.1.2	Planejamento do serviço: ideal x real .....	48
7.1.3	A clínica a mercê da gestão da farmácia .....	53
7.1.4	Experiências na construção do serviço de GTM na APS.....	60
7.1.5	Autonomia e limitações na atuação profissional .....	65
7.2	Experiências na tutoria de estudantes durante a construção do serviço de GTM.....	68
7.3	A vocação de cuidar: posicionando o paciente num lugar especial e diferente na vida do farmacêutico.....	72
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	76

REFERÊNCIAS .....	78
APÊNDICES .....	88
APÊNDICE A – TÓPICO GUIA.....	89
APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAÇÃO E PRIORIZAÇÃO DE USUÁRIO PARA O SERVIÇO DE GTM NA APS.....	90
APÊNDICE C – FORMULÁRIO PARA ENCAMINHAMENTO AO SERVIÇO DE GTM.....	91
APÊNDICE D – CARTILHA SERVIÇO DE GTM .....	92
APÊNDICE E – CADERNETA DO USUÁRIO DO SERVIÇO DE GTM .....	93
APÊNDICE F – CARTILHA COM INFORMAÇÕES SOBRE DIABETES.....	100
APÊNDICE G – CARTILHA COM INFORMAÇÕES SOBRE HIPERTENSÃO .	101
APÊNDICE H – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO .....	102

## 1 MOTIVAÇÃO PARA O ESTUDO

No início, o curso de Farmácia despertou o meu interesse devido a possibilidade de atuar em laboratórios de análises clínicas. Logo nas primeiras semanas do curso percebi que existem inúmeras áreas de atuação para esse profissional e essa informação foi repassada aos estudantes como uma das grandes vantagens da profissão. Entretanto, com o passar dos semestres os sentimentos que eu tinha eram de muita confusão e insegurança. Sabia que haviam inúmeras possibilidades de trabalho para o farmacêutico, mas me sentia despreparada para atuar nessas diversas áreas. Minha percepção era de que o currículo generalista preparava o estudante para um pouco de tudo, mas, para nada profundamente. Diante dessa confusão de [falta] identidade profissional, tentei eliminar as várias áreas que não me interessavam, a começar pelas análises clínicas, tentando direcionar o foco dos meus estudos, foi quando percebi que não queria atuar em nenhuma das inúmeras áreas possíveis ao farmacêutico.

Sentia que faltava alguma coisa, era uma sensação de um vazio, não conseguia enxergar claramente a contribuição específica do farmacêutico dentro do sistema de saúde. Depois de muita reflexão, percebi que faltava o contato do profissional com o paciente. Eu me perguntava: qual seria a contribuição do meu trabalho para a vida das pessoas? Eu queria usar os conhecimentos adquiridos na graduação em benefício da população. Até que, na metade do curso, tive a disciplina de atenção farmacêutica, o que representou o divisor de águas da minha formação. Já tinha escutado o termo inúmeras vezes na faculdade, mas não tinha a compreensão do que seria realmente essa prática. No momento que tive a primeira aula já sabia que era isso que eu tanto procurava, finalmente consegui me encontrar dentro da profissão, era através da Atenção Farmacêutica que poderia me aproximar dos pacientes.

Ter a oportunidade de descobrir a atenção farmacêutica ainda na graduação me permitiu ter um novo olhar para minha formação e decidi que era isso que eu iria fazer em minha carreira profissional. Para aprender mais sobre o assunto busquei mais informações na literatura, participei de um projeto de iniciação científica e de monitorias para conhecer sobre esse outro universo dentro da Farmácia. Mesmo buscando mais informações e outras experiências sempre percebia que faltava

muito, farmacêuticos não são preparados durante a graduação para cuidar de pacientes.

Quando finalmente me formei, sabia o que queria fazer, mas ainda não imaginava como, então procurei emprego em locais que eu acreditava que seria viável a prática da atenção farmacêutica. Comecei a trabalhar em uma farmácia pública, sem objetivos lucrativos, onde o profissional tinha autonomia para desenvolver trabalho clínico. Eu tentei executar esse serviço nos primeiros anos de trabalho, porém depois de algumas tentativas de insucesso fui me convencendo de que esse não era um cenário ideal, os pacientes não esperavam que esse tipo de serviço fosse oferecido ali, além disso, também deveria desempenhar atividades de gestão da farmácia e dispensação de medicamentos, o que exige competências diversas para a prestação do serviço. Existem desafios em executar atenção farmacêutica em farmácias comunitárias.

Na medida que o tempo passava me sentia frustrada e estava insatisfeita profissionalmente por não contribuir com a farmacoterapia dos pacientes da maneira que acredito ser a mais resolutiva. Me perguntava se eu estava fugindo do meu compromisso com os pacientes. Vários questionamentos perpassavam minha mente, por que farmacêuticos, mesmo os que já tem experiência clínica, tem tanta dificuldade em fazer atenção farmacêutica no “mundo real” [em seu local de trabalho]? O meu problema era mesmo o cenário? E se fosse, qual seria o cenário ideal? Como seria o proceso de construção desse serviço? Me sentia culpada por toda essa situação, então percebi que precisava voltar para academia para encontrar as respostas e também porque a universidade representava uma boa oportunidade de vivenciar novamente a prática da atenção farmacêutica.

O pensamento de voltar a atender pacientes me trazia satisfação e ao mesmo tempo insegurança por não me sentir preparada para o que surgiria. Voltar ao ambiente acadêmico representava a melhor oportunidade para acessar as informações que me faltavam e esse retorno só seria possível através do mestrado, esse foi minha escolha não necessariamente pelo título de mestre, mas pela oportunidade de adquirir os conhecimentos necessários ao desenvolvimento da minha prática clínica.

Entrei no programa de mestrado e senti a necessidade de desenvolver um trabalho que pudesse auxiliar, incentivar a construção e execução de um serviço clínico,

denominado Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM), baseado na filosofia e metodologia da atenção farmacêutica. Essa pesquisa me permitiria voltar a cuidar de pacientes e gerar conhecimentos que contribuam para a construção de novos serviços.

Implantar serviços de GTM é uma solução possível para atender uma demanda social atual decorrente da exposição da população a morbimortalidade resultante do uso de medicamentos (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012; FREITAS, 2005; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; WIEDENMAYER *et al.*, 2006). Pacientes que utilizam medicamentos estão sujeitos aos Problemas Relacionados ao Uso de Medicamentos (PRM), que podem prejudicar a qualidade de vida das pessoas (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012).

O cenário escolhido para a provisão desse serviço foi a Atenção Primária à Saúde (APS), que constitui a principal porta de entrada de pacientes ao Sistema Único de Saúde (SUS). Este cenário tem a capacidade de reduzir internações e complicações decorrentes do descontrole das doenças crônicas, permite o acompanhamento longitudinal de pacientes e executar intervenções custo efetivas (VIEIRA, 2007). Assim, a APS foi o nível de atenção selecionado devido a experiência frustrante de tentar oferecer esse serviço em farmácia comunitária e também a maior afinidade da pesquisadora com a filosofia e a característica do trabalho desenvolvido neste cenário. Outro fator que influenciou na escolha deve-se a uma experiência anterior, durante a execução de um projeto de Iniciação Científica, com o objetivo de conhecer a experiência subjetiva de pacientes usuários crônicos de medicamentos que frequentavam um centro de saúde. Neste trabalho convivi de perto com pacientes com baixo nível sócio-econômico, que necessitavam de cuidados básicos e que não eram atendidos. Foram percebidos também outros problemas como a desarticulação dos serviços prestados na APS, falta de acesso, baixa resolubilidade, atendimento desumanizado, dentre tantos outros, e muitas das situações observadas poderiam ser resolvidas se a lógica da APS tivesse sido incorporada pelo sistema (SILVA, *et al.*, 2012). Outro fator marcante foi ouvir de uma paciente o seu desejo de que exista um profissional que se responsabilize por sua farmacoterapia. Este relato teve um significado diferente do que quando essa demanda é citada em livros e artigos científicos. Esse conjunto de fatores despertaram um grande desejo de desenvolver em um serviço que cuide da

farmacoterapia das pessoas, daí surge o interesse em conhecer o processo de provisão do serviço de GTM na APS.

Assim, este trabalho tem a finalidade de conhecer o processo de construção de um serviço de GTM na APS/SUS. Espera-se que o conhecimento gerado possa contribuir para o surgimento de novos serviços de GTM, que possa fortalecer a parceria entre academia-serviço de saúde e que contribua para a continuidade do trabalho após conclusão dos projetos acadêmicos. Neste sentido, as seguintes perguntas surgiram: *“Como acontece o planejamento e oferta de um serviço de GTM na APS no SUS? Como esse ambiente se apresenta como um possível cenário para construção desse serviço? Como acontece a construção desse serviço por meio de parceria entre a academia e o serviço de saúde?”*

Na implantação de um serviço de GTM, é necessário planejamento das ações, negociações no cenário de saúde, reuniões e treinamento dos envolvidos, dentre outros. Além disso, é importante que haja reuniões periódicas com a equipe de GTM para discussão de questões referentes ao serviço, também para dar suporte e apoio aos profissionais. Além das perguntas apontadas, este estudo pretende conhecer as experiências de estudantes de graduação e pós-graduação em Farmácia durante o processo de planejamento e provisão de um serviço de GTM. O conhecimento gerado poderá auxiliar e estimular outros profissionais a desenvolverem esse serviço, especialmente na APS no SUS.

## 2 ATENÇÃO FARMACÊUTICA E SERVIÇO DE GERENCIAMENTO DA TERAPIA MEDICAMENTOSA: UMA VIAGEM PELA HISTÓRIA RECENTE DA FARMÁCIA

*“Os farmacêuticos deveriam sair detrás do balcão e começar a servir ao público, provendo cuidado ao invés de apenas pílulas. Não há futuro no simples ato de dispensar. Essa atividade pode e será feita pela internet, máquinas e/ou técnicos bem treinados. O fato de o farmacêutico ter um treinamento acadêmico e agir como um profissional de saúde coloca uma obrigação sobre ele para melhor servir à comunidade de uma forma melhor do que faz atualmente” (WIEDENMAYER et al., 2006).*

### 2.1 Crise de identidade da profissão farmacêutica

O processo histórico da profissão farmacêutica é marcado por constantes mudanças. O boticário dominava o modo de produção artesanal de medicamentos, controlava o processo de fabricação e era o proprietário dos meios para produzi-lo (GARCIA, 1989: 64 *apud* SANTOS, 1999). Entretanto, com os crescentes avanços tecnológicos, o desenvolvimento e expansão das indústrias farmacêuticas culminaram na industrialização da produção dos medicamentos e no declínio da produção artesanal das boticas (ANGONESI; SEVALHO, 2010; SANTOS, 1999; VIEIRA, 2007).

Quando presente na farmácia, o profissional se ocupou de atividades gerenciais e deixou em segundo plano o contato com o paciente. Nesse contexto, os estabelecimentos farmacêuticos ganharam características exclusivamente comerciais, visando somente à obtenção de lucros, o que resultou no reconhecimento pela sociedade como um comércio. Assim, a interação entre farmacêutico e população passou a ter características mercantilistas e o profissional perdeu o *status* de agente de saúde perante a sociedade (ANGONESI; SEVALHO, 2010; SANTOS, 1999; HEPLER; STRAND, 1990; VIEIRA, 2007).

Enquanto a profissão farmacêutica perdia sua essência, a prática médica se consolidava cada vez mais. A centralização do cuidado direcionada aos hospitais e a chamada *revolução bacteriológica* contribuíram para a construção do Modelo Médico Hegemônico (MMH). Este novo cenário viabilizou a organização de parcerias entre médicos e o complexo médico industrial, formado por indústrias farmacêuticas e

fabricantes de aparelhos médico-hospitalares (SANTOS, 1999), surge então, pressões econômicas e comerciais que irão influenciar o modelo de prestação de serviços e a prática dos demais profissionais de saúde.

As terminologias que colocam a prática médica como centro das atividades em saúde, apresentam um significado simbólico que proporciona à medicina uma posição de maior prestígio em detrimento às demais profissões e práticas de saúde.

Outro fator impactante nesse processo foi a preocupação exclusiva com o atendimento de interesses corporativistas e a formação de profissionais voltados para a conquista de espaços no mercado de trabalho (SANTOS, 1999). A *profissão* de farmácia e os profissionais foram se moldando de forma egocêntrica, esquecendo que uma profissão tem a essência de atender às demandas estabelecidas pela sociedade.

Segundo Santos (1999, pag. 47):

*O objeto de conhecimento de uma determinada ciência não se deve estabelecer somente visando atender uma demanda de mercado de trabalho. O próprio desenvolvimento de seu conteúdo epistemológico, para que se estabeleça sobre uma almejada relevância social, deve buscar o devido comprometimento social deste conhecimento. Há o risco, caso não seja feito, de perder os requisitos de perenidade da configuração deste objeto [...].*

Ao contrário do que ocorreu com outras profissões da saúde, não houve uma interface entre o ensino farmacêutico e as Ciências Sociais (SANTOS, 1999). Reflexões e discussões por parte de profissionais, estudantes e pensadores da área sobre o futuro da profissão, poderiam ter contribuído para um novo redirecionamento da prática farmacêutica no Brasil.

O processo de descaracterização do farmacêutico como profissional de saúde para o profissional do medicamento, aliado a situações como a pressão mercadológica e a omissão por grande parte dos farmacêuticos resultou na crise de identidade da profissão, processo que foi agravado pelas lacunas da formação e pelo desprestígio social do profissional (LAPORTE, 1989).

## **2.2 Surgimento de uma nova demanda social: campo de prática para atenção farmacêutica e o serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa**

Os medicamentos são ferramentas terapêuticas extensamente utilizadas, seu uso tem crescido devido a fatores como o aumento da expectativa de vida mundial, a alta prevalência de doenças crônico-degenerativas, surgimento de novas doenças infecciosas, dentre outros (CHERRY *et al.*, 2008; QATO *et al.*, 2008; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2010; 2011; 2013; WHO, 2003). Aliado a isso, a polifarmacoterapia e a grande variedade terapêutica disponível contribuíram para a formação de uma sociedade medicalizada.

Atualmente, a morbimortalidade resultante do uso de medicamentos pela população constitui-se como um problema de saúde pública (ARRAIS, 2002; FERRAES; CORDONI JÚNIOR, 2002; FREITAS, 2005; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011), que onera ainda mais os sistemas de saúde com gastos decorrentes das complicações e internações advindas do uso de medicamentos (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011) e que também gera sofrimento humano, podendo prejudicar a qualidade de vida desse indivíduo.

O farmacêutico, por ser o profissional que tem uma formação voltada para o medicamento, possui um amplo conhecimento técnico-científico em farmacologia aliado ao fato de existir uma necessidade de que esse profissional seja melhor aproveitado no serviço de saúde, pode ser capaz de assumir o compromisso de atender a essa demanda, sendo responsável pela avaliação de todos os medicamentos (prescritos, não prescritos ou terapia alternativa) garantindo que sejam indicados, efetivos, seguros e convenientes de acordo com as necessidades do paciente (FAUS, 2000; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; 2013).

Cabe ressaltar que a resolução do problema da morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos é uma demanda social real, que pode ser resolvida pelo farmacêutico que oferece o serviço de GTM. Entretanto, este serviço, que representa a tradução da prática profissional da Atenção Farmacêutica como um serviço clínico aplicado aos sistemas de saúde, não foram criados para salvar uma profissão sem identidade e sem prestígio social (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011). Assim, compete aos profissionais assumirem responsabilidade por essa demanda

ou se omitirem e aguardar que outros profissionais de saúde resolvam esse problema social.

Atenção Farmacêutica foi definida inicialmente por Hepler e Strand (1990) como a *“provisão responsável da terapia medicamentosa com o propósito de alcançar resultados concretos e que melhorem a qualidade de vida dos pacientes”*. Essa nova prática introduziu alguns pontos que não eram comuns ao trabalho do farmacêutico, como por exemplo, assumir a responsabilidade pela farmacoterapia do paciente.

Um novo conceito foi proposto para reafirmar o paciente como foco central da prática, sendo assim, foi redefinida como *“uma prática centrada no paciente na qual o profissional assume a responsabilidade pelas necessidades farmacoterapêuticas do paciente e responde por esse compromisso”* (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1998).

Promover essa mudança de foco do medicamento para o paciente é um exercício árduo para farmacêuticos, que apresentam uma formação extremamente tecnicista. Conforme ressalta Santos (1999), os farmacêuticos no Brasil, apresentam uma forma de atuação fragmentada e com formação tecnicista, o que contribuiu para o seu distanciamento dos demais profissionais da equipe de saúde e do próprio paciente.

Os problemas e deficiências da formação de farmacêuticos precisam ser superados, é necessário um redirecionamento para a formação de profissionais de saúde críticos (ANGONESI; SEVALHO, 2010; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011), capazes de promover transformações significativas no sistema de saúde e não apenas de técnicos em medicamentos (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

O farmacêutico também precisa desenvolver algumas habilidades essenciais para a condução de uma prática centrada no indivíduo, por exemplo, a de se comunicar com os pacientes e demais profissionais de saúde por meio de diálogo. Deve estar aberto a realidade dos indivíduos, ser capaz de legitimar os seus conhecimentos e valorizar suas experiências (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

Na Atenção Farmacêutica, o profissional deve colocar as necessidades, desejos e preocupações do paciente antes das suas. O paciente é um ser complexo, possuidor

de conhecimentos, experiências e valores que devem ser considerados durante a tomada de decisões sobre sua farmacoterapia (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

A compreensão das experiências subjetivas dos pacientes com o uso de medicamentos são importantes ao se propor intervenções propostas pelos farmacêuticos e para que seja coerente à realidade dos sujeitos (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2003; 2010; 2011; 2012; 2013; SHOEMAKER; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2008).

A Atenção Farmacêutica é uma prática holística em que o farmacêutico deverá cuidar de todos os problemas farmacoterapêuticos apresentados pelo paciente, é inadmissível ignorar um problema de saúde ou medicamento utilizado. Entretanto, isso não significa que seja capaz de atender a todas as demandas identificadas, é necessário um trabalho colaborativo em equipe multidisciplinar. O farmacêutico trabalha como parte de uma equipe que incorpora o próprio paciente e os outros profissionais que participam do cuidado a esse paciente (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; 2013).

Essa prática profissional possui três componentes fundamentais: uma filosofia de prática, uma metodologia do cuidado e um sistema de gestão da prática (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; 2013). Elementos fundamentais em qualquer profissão, mas que não estão presentes em nenhuma outra prática farmacêutica (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; 2013).

A filosofia da prática fornece os valores e responsabilidades que devem ser incorporados por todos profissionais, antes mesmo de iniciar o cuidado ao paciente. Conforme descrito por Ramalho de Oliveira (2011) a filosofia da Atenção Farmacêutica define **o que** (atender uma necessidade social e ser responsável pela farmacoterapia do paciente), e **como** (usando o paradigma do cuidado e de forma centrada no paciente) o farmacêutico deve exercer suas atividades (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

A filosofia da Atenção Farmacêutica define que a prática atende uma necessidade social, *identificar, resolver e prevenir PRM decorrentes da morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos*. Também descreve a responsabilidade do profissional pela farmacoterapia dos pacientes, além de, responder por esse

compromisso. O farmacêutico deve prestar um cuidado holístico e centrado no indivíduo, e no estabelecimento de vínculo terapêutico com esse paciente (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; 2013).

O método de cuidado do paciente fornece um processo sistemático de tomada de decisão clínica que permite ao profissional avaliar a farmacoterapia do paciente, propor intervenções e oferecer um serviço de qualidade. Também fornece ao farmacêutico vocabulário e ferramentas necessárias para sua atuação (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

O processo de cuidado é dividido em três etapas, a **Avaliação Inicial** é quando se determina as necessidades farmacoterapêuticas do paciente, se as mesmas foram atendidas ou se existem PRM. No **Plano de Cuidado** o profissional determina, juntamente com o paciente, estratégias para resolver os PRM e atingir os objetivos terapêuticos. Na **Avaliação de Resultados** será verificado se as metas estabelecidas foram alcançadas. Neste momento, são coletadas novas informações e ocorre avaliação para elaboração de um novo plano de cuidado, este processo é cíclico e ocorre inúmeras vezes durante o acompanhamento do paciente (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1998; 2012; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; 2013).

O processo de gestão da prática inclui todo o suporte e recursos necessários para ofertar um serviço de qualidade e eficiente aos pacientes. Deve-se elaborar uma missão do exercício profissional, que será compreendido e incorporado pelos farmacêuticos da Atenção Farmacêutica. Também é necessário um sistema de captação de pacientes e também de avaliação do serviço (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

Na oferta desse serviço é necessário um ambiente reservado aos atendimentos, que ofereça conforto e privacidade aos pacientes durante os encontros com o farmacêutico. O serviço deve estar bem documentado e avaliações serão necessárias para mensurar sua qualidade e também para demonstrar o seu impacto no cenário de saúde (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

Também é importante determinar requisitos básicos de competência e responsabilidades para o farmacêutico e a definição de procedimentos operacionais, para que se possa criar uma prática única e reproduzível que propicie a avaliação do

impacto clínico, econômico e humanístico do serviço (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

O profissional irá oferecer consultas individuais, na qual irá detectar, resolver e prevenir PRM. Strand *et al.* (1990) definiu PRM como um evento indesejado da farmacoterapia que é experimentado pelo paciente que tem o potencial de interferir no resultado esperado.

O GTM incorpora os princípios e o arcabouço teórico metodológico determinados na prática da Atenção Farmacêutica, é o serviço clínico ofertado através da aplicação desse conhecimento. O serviço de GTM fornece a estrutura e o processo de trabalho necessários para que o farmacêutico possa cuidar da farmacoterapia dos pacientes (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; 2013).

Este serviço clínico é abrangente, sistemático e integrado ao trabalho da equipe de saúde, agregando valor ao cuidado do paciente. Tem a capacidade de ser implantado, avaliado e reproduzido de forma consistente em diferentes cenários de atenção à saúde (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2013).

### **3 O GTM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO SUS**

No Brasil, a APS é o nível de cuidado contínuo mais relevante para o SUS, é a forma de contato preferencial do indivíduo com o sistema, sendo a principal porta de entrada e centro de comunicação com Rede de Atenção à Saúde (RAS). É orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade, da responsabilização e humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2011; 2012b).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) representa o instrumento mais importante para expansão, qualificação e consolidação da APS no país, tem o potencial para ampliar a resolubilidade e impacto na situação de saúde dos indivíduos e das coletividades. Busca aperfeiçoar o trabalho da equipe multiprofissional e garantir o cuidado integral e humanizado aos usuários (BRASIL, 2011; 2012b; CAMPOS, 2006; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2013).

A assistência à saúde baseada na ESF, propicia a superação do modelo de atenção médico-centrado para um modelo de atuação e responsabilização multiprofissional e interdisciplinar. O SUS reconhece e incentiva a implantação de equipes multiprofissionais de saúde, compartilhando múltiplas visões e competências, o que viabiliza um trabalho colaborativo e multidisciplinar na prestação de um cuidado integral aos pacientes (CAMPOS, 2006; BRASIL, 2012b; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2013).

Além dos profissionais das equipes saúde da família (eSF), a APS ainda conta com o suporte do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que foi criado para ampliar a abrangência e resolubilidade da APS. As equipes do NASF são compostas por diferentes profissionais de diversas áreas da saúde, que desenvolvem um trabalho de apoio às eSF, com atuação interdisciplinar e compartilhando conhecimentos em saúde (BRASIL, 2012a).

O NASF segue a lógica do apoio matricial onde o trabalho é realizado em parceria aos profissionais das eSF, que constituem a referência para o cuidado da população na APS, assumindo a corresponsabilidade pela saúde dos usuários na perspectiva da promoção de um cuidado integral (BRASIL, 2010). Entretanto, discussões sobre

a expansão da eSF na APS em contraponto ao apoio matricial tem sido realizadas (MENDES, 2011).

O farmacêutico está inserido na APS através do NASF, seu processo de trabalho necessita ser desenvolvido com enfoque que priorize o cuidado, não se limitando às atividades administrativas e nem se distanciando das assistenciais. Espera-se que esse profissional possa contribuir de maneira efetiva e eficiente para transformar o investimento em medicamentos no incremento de saúde e qualidade de vida da população (BRASIL, 2010).

No município de Belo Horizonte todos os núcleos de NASF contam com o farmacêutico como membro da equipe multiprofissional na APS. Neste cenário, cada farmacêutico é responsável pela gestão das farmácias em duas ou três unidades de saúde e também desenvolve atividades assistenciais. Atualmente assistência farmacêutica é discutida no sentido de promover uma redefinição das atividades técnico-gerenciais e assistenciais desenvolvidas por esse profissional.

No cenário de saúde atual os gastos do SUS com medicamentos são crescentes, constituindo o segundo maior ítem de financiamento do sistema, entretanto, o volume de recursos financeiros investidos não tem sido traduzido em melhora no estado de saúde da população (MENDES, 2011). Diante dessa realidade observa-se uma lacuna, existe a necessidade de um profissional que ofereça um serviço consistente, capaz de promover o uso racional de medicamentos e que resulte em melhorias nas condições de saúde da população.

O serviço de GTM visa resolver os PRM identificados e prioriza as ações de prevenção e promoção da saúde, incentiva o trabalho em equipe multiprofissional e fornece um cuidado longitudinal ao paciente. O indivíduo é o foco central da prática, suas concepções e prioridades são consideradas, além da busca pela promoção da autonomia dos usuários. Essas características fazem com que o serviço de GTM vá de encontro com os objetivos e princípios do SUS e da Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2012b), além de ser inteiramente compatível com o modelo de RAS adotado pelo SUS (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2013).

O serviço de GTM é uma excelente estratégia para cumprir com os objetivos estabelecidos para a atuação clínica do farmacêutico na APS, pois suas ações serão

voltadas para a prevenção, identificação e resolução de PRM, melhorando a farmacoterapia e contribuindo para a qualidade de vida dos pacientes.

É necessário que o farmacêutico do GTM participe da equipe multiprofissional de saúde, que desenvolva ações de prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde, e redirecione sua prática de atuação de forma que promova o cumprimento dos princípios do SUS e que garanta a saúde como um direito da população.

O farmacêutico do GTM atua de forma complementar, colaborativa e integrada ao cuidado prestado pela equipe multiprofissional de saúde, e apresenta a responsabilidade específica de gerenciar a farmacoterapia do paciente (RAMALHO DE OLIVIERA, 2011). Dessa forma, a implantação de serviços de GTM no SUS tem o potencial de gerar resultados positivos, podendo impactar na qualidade de vida de pacientes, bem como, promover redução de gastos em saúde.

Considerando as demandas da APS/SUS, da população e as tentativas de reorganização da assistência farmacêutica na Prefeitura de Belo Horizonte (PBH), a elaboração de um projeto de extensão universitária e os conhecimentos obtidos com essa experiência podem fomentar o planejamento e a construção de serviços de GTM na APS.

#### **4 EXPERIÊNCIAS DE SERVIÇOS CLÍNICOS FARMACÊUTICOS E A PARCERIA UNIVERSIDADE-SERVIÇO**

Diversas experiências de serviços clínicos farmacêuticos têm sido descritas na literatura, entretanto, existe uma grande variabilidade de práticas clínicas farmacêuticas e de termos empregados, o que resulta em dificuldades na padronização de uma prática clínica farmacêutica consistente e reconhecida socialmente.

Ricieri *et al.* (2006) descreve um relato de experiência de inserção do farmacêutico na ESF através de um programa de residência multiprofissional no Paraná. Neste relato, farmacêuticos residentes descrevem as experiências vivenciadas e as dificuldades enfrentadas durante sua inserção na APS. A falta de referência de um farmacêutico do serviço, os problemas e limitações impostos pela formação profissional insuficiente foram as principais barreiras enfrentadas. Apesar de não apresentarem um processo de trabalho sistematizado, os profissionais puderam prestar assistência aos pacientes e experimentar a integração e o trabalho em equipe multiprofissional.

Em Ribeirão Preto, 30 pacientes idosos foram acompanhados por um farmacêutico-pesquisador em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). O pesquisador ofereceu um serviço de atenção farmacêutica e trabalhou em parceria com quatro médicos e dois farmacêuticos da unidade, visando contribuir com os resultados farmacoterapêuticos dos pacientes. O trabalho colaborativo entre médicos e farmacêuticos foi exitoso e fundamental para a identificação e resolução de PRMs, além de otimizar a farmacoterapia e melhorar a qualidade de vida dos pacientes acompanhados (LYRA JÚNIOR, 2007).

Em Belo Horizonte, foi criado um serviço de atenção farmacêutica na APS/ESF/SUS através de um projeto de extensão universitária viabilizado pela parceria entre a UFMG e a PBH, entre 2006 a 2008, onde 114 pacientes foram acompanhados, 185 PRMs resolvidos, e 86,9% do estado de saúde dos pacientes evoluíram positivamente. Estudos qualitativos foram realizados e a análise da experiência vivida dos participantes com o serviço foi positiva e revelou temas variados. Com os resultados foi possível observar que a participação do farmacêutico na ESF foi

cl clinicamente efetiva, pela percepção dos pacientes e também dos profissionais envolvidos (FREITAS, 2005; FURTADO, 2008; PEREIRA *et al.*, 2005; PEREIRA, 2006; RAMALHO DE OLIVEIRA *et al.*, 2009). Tais estudos trouxeram conhecimentos importantes à equipe para melhor qualificação do profissional e da prática da atenção farmacêutica na APS. Porém, com o término do projeto de extensão, não houve continuidade na provisão do serviço naquela unidade de saúde. Houve tentativa de envolver a farmacêutica referência da região, porém, não foi bem sucedida por indisponibilidade de tempo para participação no projeto. Ela era responsável por várias farmácias, já que àquela época, a equipe de farmacêuticos no SUS do município era relativamente pequena (9 farmacêuticos atuando na assistência farmacêutica e uma população de mais de 2 milhões de habitantes). Em 2006 o foco da atuação profissional era a garantia do acesso e promoção do uso racional de medicamentos no âmbito coletivo. Não havia pessoal suficiente para trabalhar a logística do medicamento e paralelamente investir na provisão de serviços clínicos aos usuários.

Uma parceria entre a universidade-serviço de saúde foi estabelecida através de um projeto de extensão universitária da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Goiás com a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. Este projeto possibilitou a inserção do farmacêutico na ESF e o provisão do cuidado aos pacientes através da farmácia clínica. Após 12 meses, 50 pacientes foram acompanhados e foi possível evidenciar as contribuições do farmacêutico clínico para a equipe multiprofissional na ESF (PROVIN *et al.*, 2010).

Na experiência do município de Janaúba, Minas Gerais, o farmacêutico foi introduzido na APS através da ESF, visando a promoção do Uso Racional de Medicamentos. Este município conseguiu avançar no processo de implantação do Plano Diretor estabelecido pelo governo estadual, que é o planejamento político para a construção de serviços considerados essenciais para a população, portanto consideraram este cenário como favorável para o projeto piloto de assistência farmacêutica clínica na APS. Os profissionais ficaram responsáveis por aproximadamente três eSF e desenvolveram assistência farmacêutica clínica à população. As atividades desenvolvidas incluíam acompanhamento da adesão, atendimento farmacêutico, visitas domiciliares, gestão de caso, dispensação especializada, conciliação de medicamentos e grupos operativos. Na análise dos

resultados obtidos, perceberam que a grande diversidade de atividades desempenhadas pelos farmacêuticos dificultaram o estabelecimento das metas quando comparadas as de outros profissionais de saúde. O trabalho realizado contribuiu para aumento da adesão dos pacientes ao tratamento medicamentoso bem como as condutas adotadas. Diante da experiência adquirida os autores afirmaram que é necessário um farmacêutico para cada eSF (SOLER *et al.*, 2010).

Um serviço de Atenção Farmacêutica foi criado em um centro de saúde de Divinópolis/MG, através de parceria entre a secretaria municipal de saúde (SMS) e o curso de Farmácia da Universidade Federal de São João Del Rei. Foi disponibilizado pelo município um farmacêutico para participar do serviço. A equipe do serviço de atenção farmacêutica se reuniu com os profissionais da unidade de saúde para apresentar os objetivos e a filosofia desse serviço, como seria a inserção do trabalho farmacêutico na equipe multiprofissional e quais os pacientes elegíveis para serem acompanhados. Foi disponibilizado um local para os atendimentos e os profissionais da unidade de saúde encaminhavam os pacientes a serem agendados para o farmacêutico. Após oito meses da implantação, 42 pacientes foram atendidos e a experiência foi considerada exitosa, tanto que para o ano posterior foi negociado a participação de estudantes de farmácia e uma professora na oferta do serviço juntamente com o farmacêutico. Os objetivos também incluíam avaliar os resultados clínicos, econômicos e humanísticos do serviço, além de desenvolver um programa de formação clínica de estudantes e educação permanente de profissionais (VERONA *et al.*, 2011). A experiência de integração ensino-serviço de saúde-comunidade através da parceria entre a universidade e a prefeitura do município foi exitosa. Os conhecimentos gerados contribuíram para a promoção de mudanças no currículo do curso de Farmácia. Para o município foi possível observar a institucionalização do serviço de GTM mesmo após a saída dos membros da academia do campo, e a carga horário do farmacêutico responsável pelo serviço de GTM foi ampliada de 20 para 40 horas semanais, viabilizando a expansão do serviço e o acompanhamento farmacoterapêutico de um número maior pacientes (MEIRELES *et al.*, 2015).

Lula *et al.* (2012) descreve um trabalho de avaliação da farmacoterapia de 10 idosas de um asilo em Montes Claros, Minas Gerais com diagnóstico de hipertensão. Foi estabelecido uma parceria entre universidade-serviço de saúde onde estudantes de

farmácia entrevistaram as participantes. Foi utilizada a ficha da entrevista sugerida pelo método Dáder e quando problemas foram detectados um plano de ação foi elaborado para resolvê-lo. Os resultados das intervenções não puderam ser avaliados devido ao tempo insuficiente em campo. Os autores observaram que seus resultados justificam a criação de serviços clínicos farmacêuticos e a necessidade de continuidade desse serviço. Neste estudo, apesar dos pesquisadores utilizarem um método de raciocínio clínico para detectar PRM, após uma análise crítica do trabalho realizado observa-se que não foi desenvolvida uma prática centrada no paciente, visto que as preferências e os desejos dos mesmos não foram considerados para a tomada de decisão.

Estudo clínico controlado e randomizado de um programa de cuidado farmacêutico para pacientes com diabetes tipo 2 realizado em 6 UBS de Ouro Preto, Minas Gerais, obteve resultado satisfatório. Observou-se redução significativa nos níveis de hemoglobina glicada, glicemia pós-prandial, colesterol total, LDL colesterol, triglicérides e pressão arterial, além de aumento nos níveis de HDL colesterol (MOURÃO *et al.*, 2013).

Experiências de construção de serviços clínicos através do estabelecimento de parcerias entre a universidade-serviços de saúde tem sido relatadas na literatura. Essa parceria tem o potencial de fornecer crescimento mútuo entre as instituições, uma vez que contribui para construção de serviços inovadores, para a atualização e educação permanente dos profissionais, além de fornecer campo de prática e formação em serviço de estudantes.

A integração ensino-serviço acontece quando o trabalho coletivo entre os representantes da academia e os trabalhadores do serviço de saúde ocorre de forma integrada e colaborativa. Para que essa integração aconteça também é necessário contar com o apoio dos gestores dos serviços (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008).

Apesar do potencial benefício, existem desafios a serem enfrentados neste modelo de parceria. Divergências entre os interesses institucionais tem limitado essa integração, isso porque a universidade se ocupa das questões voltadas para a geração do conhecimento (o saber) e o serviço de saúde está envolvido na produção da assistência à saúde - o fazer (CARVALHO; DUARTE; GUERRERO,

2015). Essa assimetria nas relações prejudica o processo de integração e dificulta a incorporação de novas tecnologias e conhecimentos pelo serviço de saúde.

Os estudos sobre a criação de serviços de clínica farmacêutica através de parcerias entre a universidade-serviço não descrevem claramente se houve continuidade dos serviços, entretanto, sabe-se que muitos se encerram a medida que a academia finaliza o trabalho de campo. É necessário a construção de diretrizes com definições das responsabilidades e compromissos que deverão ser assumidos pela academia e também pelo serviço de saúde, viabilizando a construção do conhecimento e a manutenção dos benefícios que essa parceria tem o potencial para oferecer.

## 5 OBJETIVOS

**Objetivo geral:** Compreender a construção de serviço de GTM na APS como uma experiência de extensão universitária a partir da perspectiva de estudantes de graduação e pós-graduação envolvidos.

**Objetivos específicos:**

- Revelar as experiências e as perspectivas das pessoas que participaram da construção desse serviço por meio do projeto de extensão universitária, inclusive da própria pesquisadora como farmacêutica tutora.
- Descrever as características da APS como cenário para a provisão do GTM.

## 6 METODOLOGIA

Esta pesquisa visa conhecer o processo de construção de um serviço de GTM no cenário da APS, através das experiências subjetivas dos sujeitos envolvidos. Assim, a pesquisa qualitativa foi selecionada porque permite conhecer este fenômeno, revelando as expectativas, motivações e valores dos participantes da pesquisa (MINAYO, 2013), além de se situar no campo da subjetividade e do simbolismo (MINAYO; SANCHES, 1993).

Na pesquisa qualitativa o objetivo não é somente compreender um fenômeno, mas também conhecer o significado desse para indivíduos que vivenciaram essa experiência (TURATO, 2005). É útil para conhecer e aprofundar a compreensão de grupos, de realidades regionais, de sua lógica, opiniões, crenças, valores, atitudes, dentre outros (MINAYO; MINAYO-GÓMEZ, 2003).

As metodologias de pesquisa qualitativa são capazes de incorporar a questão do *significado* e da *intencionalidade* como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 2013).

A abordagem qualitativa aproxima o sujeito do objeto, envolve as intenções, motivos e projetos dos atores, a partir dos quais as ações, estruturas e relações tornam-se significativas (MINAYO; SANCHES, 1993).

O principal dado obtido na investigação qualitativa é a palavra, que possui a capacidade de transmitir representações de condições históricas, socioeconômicas e culturais dos entrevistados (MINAYO; SANCHES, 1993).

Para os pesquisadores que pretendem utilizar o método qualitativo para desenvolver suas pesquisas, Minayo e Minayo-Gómez (2003) fazem algumas considerações:

*“Talvez possa parecer banal, mas fazemos questão de ressaltar que, nas trilhas dessa senda, um aviso é fundamental aos caminhantes: antes que seja possível reunir disciplinas e integrar métodos, é fundamental fazer o encontro de pessoas: sem conversa, sem diálogo, sem inter-relação dos pesquisadores, não se constrói a complementaridade de saberes e de métodos por meio de grupos.”*

## 6.1 Pesquisa autoetnográfica

Autoetnografia é um método de pesquisa que utiliza princípios da etnografia e da autobiografia, que procura descrever e analisar sistematicamente a experiência pessoal, com a finalidade de compreender a experiência cultural (ELLIS, 2004 *apud* ELLIS; ADAMS; BOCHNER, 2011; ETORRE, 2010).

Na abordagem autoetnográfica a experiência do pesquisador também é considerada relevante, são reconhecidas suas subjetividades, emotividade e influência na pesquisa, e não apenas, desconsiderar a interferência do pesquisador nesse processo ou omitir a existência desses questionamentos (ELLIS; ADAMS; BOCHNER, 2011).

Segundo Etorre (2010), a autoetnografia faz um convite para contar histórias de uma forma diferente, pois permite ao pesquisador dar voz a sua experiência e trazer uma “autenticidade reflexiva” ao seu trabalho, além disso, o uso de ferramentas da sociologia possibilita a análise da experiência do autor de uma maneira que esclareça as experiências de outras pessoas.

Na autoetnografia, o autor busca produzir uma abordagem que englobe a experiência pessoal e interpessoal, que contemple descrições estéticas, densas e evocativas. Os dados podem ser obtidos através de anotações em diário de campo, entrevistas, percepções e reflexões obtidas durante o trabalho de campo, dentre outras ferramentas (ELLIS; ADAMS; BOCHNER, 2011).

A autoetnografia está fundamentada em requisitos que tem como base a descrição, a reflexão e a introspecção intelectual e emocional, tanto do autor quanto dos autores que atuam dentro de um contexto social e cultural, e também do leitor que se apropria desses conceitos (BOSSLE; NETO, 2009; CHANG, 2008).

O pesquisador, ao contar a história, visa construir textos que sejam capazes de atrair e envolver o leitor, e que também seja acessível a um público diversificado, que geralmente é excluído por abordagens mais tradicionais. Os questionamentos mais importantes são, “*quem lê esse trabalho, como o trabalho os afeta, e de que maneira pode-se manter uma conversa?*” (ELLIS; ADAMS; BOCHNER, 2011).

Os principais proponentes da autoetnografia foram Carolyn Ellis, Arthur Bochner e Laurel Richardson. Estes autores afirmam que a autoetnografia necessita ser avaliada sob a ótica da ciência e da arte, deve também, produzir textos que preencham a lacuna entre a escrita científica e literária (ETORRE, 2010).

Técnicas narrativas são utilizadas em autoetnografia para contar as histórias de forma esteticamente atraentes e evocativas. Foster (2013) divide o processo de pesquisa autoetnográfica em duas etapas, na primeira o pesquisador desenvolve uma narrativa pessoal evocativa e na segunda, ocorre o estudo dessas narrativas e articulação de conexões entre as histórias relatadas e padrões culturais mais amplos. O processo de escrita e análise dos dados é cíclico e contínuo.

Autoetnógrafos acreditam que a pesquisa possa ser rigorosa, teórica, analítica, emocional e terapêutica (ELLIS; ADAMS; BOCHNER, 2011). As características do texto autoetnográfico possibilitam um envolvimento tão profundo do leitor que pode promover mudanças em seu contexto de vida (BOSSLE; NETO, 2009; CHANG, 2008; ELLIS; ADAMS; BOCHNER, 2011).

Assim, a pesquisa autoetnográfica é uma metodologia adequada na investigação do processo de implantação do GTM na APS sob a perspectiva das pessoas envolvidas, principalmente devido as suas características descritiva, introspectiva e reflexiva.

Também, os textos autoetnográficos produzem descrições atraentes e evocativas que têm o potencial de sensibilizar e mobilizar os leitores (profissionais, docentes, discentes, gestores e usuários) que incentivem a promoção de mudanças nos serviços de saúde e no modelo de parceira com a academia. Além disso, pode gerar conhecimento que auxilie e incentive a implantação de novos serviços de GTM na APS.

## 6.2 Sujeitos selecionados para a pesquisa

Nos estudos qualitativos as “amostras” são intencionais, cujo objetivo é obter representatividade e qualidade das informações obtidas. O “quem?” é mais importante do que “quantos?” (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Assim, foram selecionados para a pesquisa pessoas que tiveram experiência com o processo de construção de um serviço de GTM na APS no SUS. Foram entrevistados indivíduos que vivenciaram essa experiência, tais como a farmacêutica do serviço, duas farmacêuticas estudantes da pós graduação e sete estudantes de graduação em Farmácia que participaram como bolsistas ou voluntárias no projeto de extensão universitária. Também foram incluídas no trabalho, as minhas observações e reflexões decorrentes do trabalho que foram registradas no diário de campo. A descrição das participantes entrevistadas segue abaixo:

- **Aline** é a farmacêutica do NASF responsável pela unidade onde foi conduzida a pesquisa. Logo que se formou, iniciou estudos para concursos e há pouco mais de três anos é farmacêutica nesse município. Demonstrou-se incomodada com a situação da profissão e relatou interesse em modificar sua prática profissional;
- **Ana** é farmacêutica doutoranda que participou do projeto para pesquisar o processo de formação das estudantes. É apaixonada pelo GTM, pela APS e o SUS, que são sentimentos compartilhados pela autora. Também tem interesse em construir cenários de prática que promovam a integração ensino serviço comunidade;
- **Alice** cursava a graduação de Farmácia durante a condução do projeto. Muito dedicada, buscou aprofundar seus conhecimentos em atenção farmacêutica e o projeto representou a oportunidade para obter experiência prática. Hoje é farmacêutica e continua a se enveredar pelos caminhos do trabalho clínico do farmacêutico em ambiente hospitalar;
- **Cecília** é estudante de Farmácia. Uma de suas características e que logo se nota é a sua paixão pela atenção farmacêutica e pelo cuidado. É articulada e conseguiu, juntamente com outros estudantes, fomentar a discussão sobre o papel do farmacêutico na equipe de saúde;

- **Elisa** é estudante de graduação em Farmácia, apaixonada pelo GTM e pela APS. É muito dedicada e está sempre em busca de aprender mais sobre essa prática clínica.
- **Júlia** é estudante que deseja aprender na prática a aplicação dos conhecimentos obtidos em disciplinas teóricas. Possui sensibilidade crítica que lhe permitiu perceber situações que interferiram no seu aprendizado durante a condução do projeto. Diante disso, continuou a desenvolver o serviço de GTM em outra unidade para adquirir experiência clínica;
- **Larissa** era uma estudante da graduação que amadureceu no desenvolvimento do projeto e conseguiu perceber questões importantes para o planejamento do serviço de GTM. Atualmente é farmacêutica e trilha caminhos na busca por conhecimento para torná-la uma profissional cada vez melhor;
- **Luiza** é farmacêutica mestranda e gosta de trabalhar na APS, participou do projeto e nos auxiliou nos atendimentos, nas reuniões e na orientação das estudantes;
- **Manuela** era a mais insegura dentre as estudantes, mas com grande paixão pela atenção farmacêutica. Também cresceu muito durante a condução do projeto e aprimorou suas habilidades clínicas com o passar dos atendimentos. Agora participa de outros projetos voltados para a clínica;
- **Sofia** foi uma das estudantes que possuía uma profunda empatia com o paciente. Assumiu a responsabilidade pelo cuidado dos pacientes e vivenciou o peso dessa responsabilidade em determinados momentos. Buscou aprender ainda mais sobre esse serviço ao continuar os atendimentos em outra unidade de saúde.

### **6.3 Coleta de dados**

Os dados foram coletados através de múltiplos métodos, tais como entrevistas semiestruturadas, diálogos que emergiram durante as reuniões de planejamento do serviço, observação participante, anotações em diário de campo e reflexões da pesquisadora.

#### **6.3.1 Entrevistas semiestruturadas**

Modalidade de entrevista que obedece a um roteiro que é utilizado pelo pesquisador, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa e que oferecem amplo campo de novas perguntas, que podem surgir à medida que se recebem as respostas do informante (MINAYO, 2013).

Por ter um apoio claro na sequência das questões, a entrevista semiestruturada facilita a abordagem e assegura, sobretudo aos investigadores menos experientes, que suas hipóteses ou seus pressupostos serão cobertos na conversa. No entanto, os pesquisadores, principalmente os pouco experientes, no momento da análise, devem ter o cuidado de explorar as estruturas de relevância dos entrevistados trazidas do campo (MINAYO, 2013).

Neste trabalho, as entrevistas foram realizadas com as pessoas que participaram e estiveram mais envolvidas no processo de construção do serviço de GTM na APS. Assim, foram entrevistadas sete estudantes de farmácia e duas estudantes de pós-graduação. A farmacêutica do serviço de saúde, apesar de não ter participado da equipe, também foi entrevistada com o objetivo de conhecer sua perspectiva sobre esse processo. O tópico guia utilizado nas entrevistas encontra-se descrito no Apêndice A.

#### **6.3.2 Observação participante**

Na técnica da observação participante o pesquisador mantém interação com o pesquisado, nela podem-se obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seu ambiente natural (VALLADARES, 2007). Assim, o observador é parte do

contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto (MINAYO, 2013).

O pesquisador deve ter atenção e necessita saber ouvir, escutar, ver, ou seja, fazer uso de todos os sentidos, conversas, gestos, expressões faciais, dentre outros, devem ser descritos (VALLADARES, 2007). Durante a observação participante pequenas anotações poderão ser feitas em diário de campo para que possam ser detalhadas posteriormente. Entretanto, será necessário tempo e dedicação para que o pesquisador desenvolva essa habilidade prática.

Estive em campo por um pouco mais de quatro meses, no período da tarde, uma vez por semana, período em que efetivamente ofertamos o serviço. Antes disso, também estive na unidade em reuniões com o gerente do centro de saúde, com os profissionais da unidade e em encontros com a farmacêutica. Apesar do breve período em campo, pude observar questões sobre os fluxos da unidade, das relações entre os funcionários da unidade e também com os pacientes. As situações observadas, diálogos e até gestos que me chamaram atenção foram registradas em diário de campo. O que fosse considerado relevante para a condução do serviço de GTM era discutido em reunião de planejamento do serviço, realizada periodicamente entre as estudantes de pós-graduação. As informações obtidas como observadora também auxiliaram na construção do serviço, porque permitiram ajustes no fluxo de trabalho da equipe de GTM à medida que rediscutíamos nossa inserção e integração na unidade de saúde.

Durante a condução do trabalho em campo, vivenciei diferentes papéis que despertaram sentimentos diversos. Um dos papéis foi o de pesquisadora interessada na construção do serviço de GTM na APS e o grande desejo de que esse serviço desse certo, que fosse bem aceito pelos profissionais do centro de saúde e que tivesse uma continuidade após a conclusão do meu trabalho de campo, que fosse institucionalizado. Um outro papel que vivi, foi o de farmacêutica provisora do serviço, que me trouxe a satisfação de poder voltar a cuidar de pacientes, de vivenciar esse momento especial de troca de experiências e que me deixa muito feliz porque é o meu lugar especial dentro da profissão. O terceiro papel vivenciado refere-se a experiência de tutora de estudantes do projeto de extensão interessadas em aprender sobre essa prática. Essa última responsabilidade me provocou certa

ansiedade e preocupação, devido ao desejo de conseguir passar todo o conhecimento necessário para que as estudantes tivessem condição de aplicá-lo em sua carreira. Os aprendizados foram diversos e servirão de base para incentivar a construção desse serviço em outras unidades de saúde.

### **6.3.3 Diário de campo**

O diário de campo é um caderno de notas em que o investigador, diariamente, anota o que observa e que não é objeto de nenhuma modalidade de entrevista. A observação participante tradicionalmente utiliza esse instrumento de pesquisa (MINAYO, 2013).

Devem ser registradas as impressões pessoais que vão se modificando com o tempo, resultados de conversas informais, observações de comportamentos contraditórios com falas, manifestações, dentre outros aspectos. O acervo de impressões e notas sobre as diferenciações entre as falas, comportamentos e relações podem tornar mais verdadeira a pesquisa de campo (MINAYO, 2013). Em pesquisa qualitativa, toda triangulação de métodos e técnicas favorecem a qualidade e a profundidade das análises (DENZIN, 1973 *apud* MINAYO, 2013).

Em meus diários registrei as percepções, falas e expressões que me chamaram a atenção e que estivessem relacionadas à forma de organização do trabalho na instituição, desde os interesses e posicionamentos de alguns profissionais que foram marcantes, até mesmo alguma situação que nosso grupo vivenciou durante o período na unidade de saúde e que tivesse algum significado importante para o trabalho.

### **6.4 O rigor da pesquisa**

Autores como Denzin (1970), Jick (1979), Samaja (1992) e Minayo (1993) afirmam que um único método de pesquisa não é capaz de responder às questões da realidade social (MINAYO; MINAYO-GÓMEZ, 2003).

A utilização de diferentes métodos e instrumentos de coleta permite uma melhor compreensão e explicação dos fenômenos sociais (MINAYO; MINAYO-GÓMEZ, 2003). Neste trabalho, a triangulação dos métodos foi uma das formas utilizadas para garantir o rigor da pesquisa realizada e permitir conhecer as experiências sob a perspectiva de diferentes ângulos.

### **6.5 A análise dos dados**

Para analisar os dados foi utilizada a análise narrativa. Este processo de análise visa à compreensão geral do significado, onde o pesquisador busca a compreensão do todo até chegar a uma compreensão holística que melhor engloba os significados das partes (JOSSELSO, 2011).

A construção da história reflete o mundo atual interno do narrador, bem como aspectos da realidade social em que ele vive. Ao invés de apenas identificar e descrever os temas, a análise narrativa se dedica a compreensão dos temas em relação ao todo, e também como essa compreensão do todo permite iluminar o entendimento das partes (JOSSELSO, 2011).

Inicialmente o pesquisador faz uma leitura global das entrevistas para ter noção de como a narrativa é estruturada e identificar os temas. Então, o pesquisador retorna às partes para descobrir os seus significados de maneira mais aprofundada. Leituras interativas são realizadas até que se atinja uma boa compreensão e que os diferentes temas forneçam padrões sensatos dentro de unidades coerentes. A partir desse momento, os dados obtidos nas entrevistas são comparados às informações da literatura, isso permite ao pesquisador permanecer sensível às nuances de significados expressos e os diferentes contextos em que os significados possam estar envolvidos (JOSSELSO, 2011).

As entrevistas e os áudios das reuniões de planejamento foram transcritas. Foi realizada a leitura de todo o material coletado (diários de campo e transcrições) para criar uma visão global dos dados. Posteriormente, o material foi relido várias vezes com o intuito de identificar relatos considerados significativos. Na etapa seguinte os dados foram analisados visando estabelecer conexões entre os temas identificados. Os temas foram agrupados em categorias, que foram organizados em um

documento que serviu como o esqueleto para a construção dos resultados desse trabalho.

## **6.6 Considerações éticas**

Este projeto seguiu as recomendações éticas estabelecidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e obteve aprovação sendo registrado sob o número de CAAE 25780314.4.0000.5149.

As participantes da pesquisa foram convidados a participar, e receberam informações sobre os objetivos do estudo, da ausência de incentivos financeiros e da sua liberdade para abandonar a pesquisa a qualquer momento. Foi garantida a confidencialidade da identidade das participantes e a preservação do anonimato através de nomes fictícios. Foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) disponível no Apêndice H.

## **7 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **7.1 Planejar, construir e ofertar o serviço de GTM: a descrição da história do projeto**

O projeto de GTM na APS/SUS abrangeu atividades de extensão universitária, de formação em serviço e de pesquisa. A ideia para construção desse projeto surgiu a partir do convite de uma professora da Faculdade de Medicina que lecionava em um centro de saúde. Ao tomar conhecimento sobre a Atenção Farmacêutica e o trabalho da coordenadora do Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica (CEAF), ela buscou estabelecer uma parceria que contribuísse para a formação clínica e promovesse a troca de experiências entre farmacêuticos e médicos.

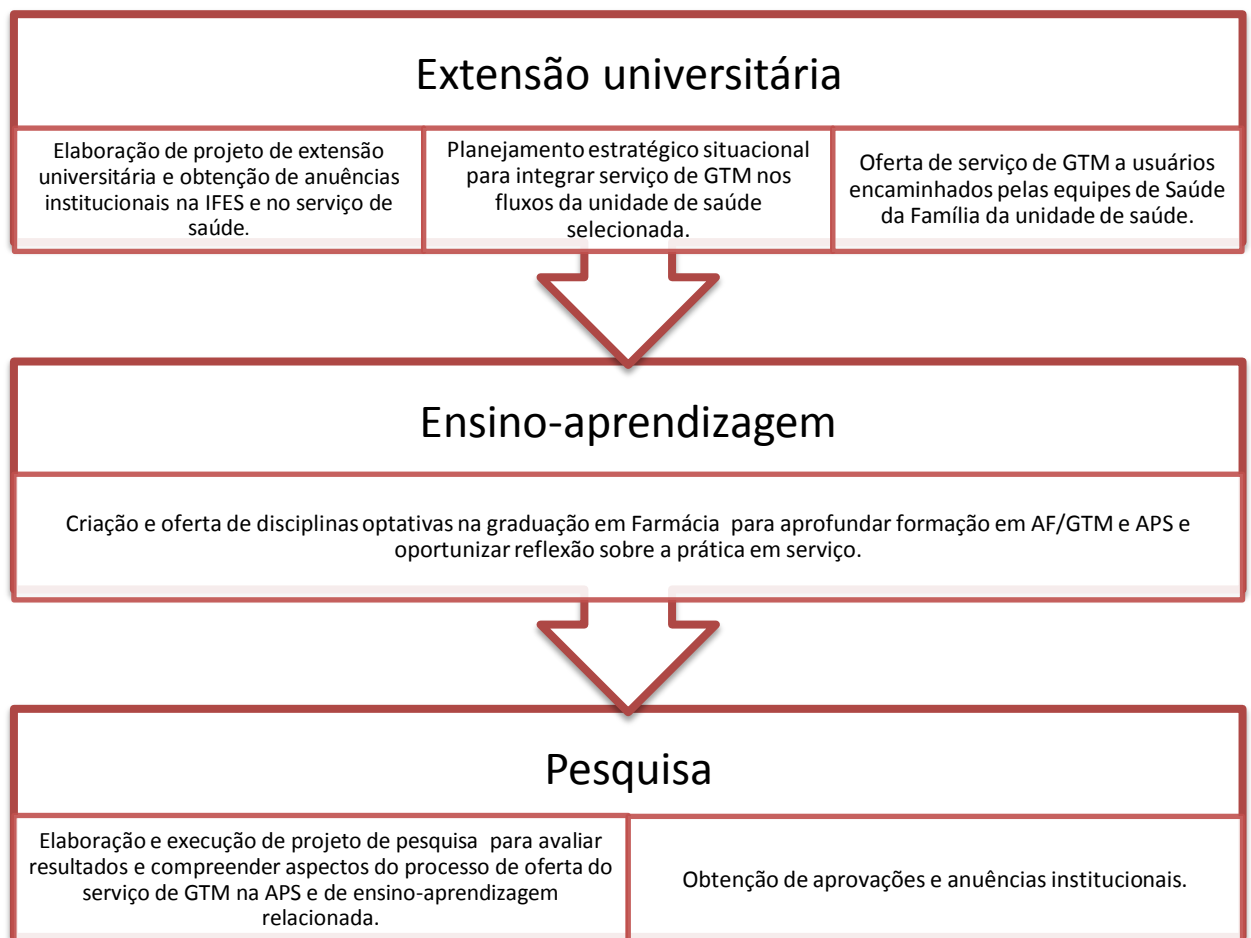
Diante da oportunidade apresentada pela professora médica, uma doutoranda e eu planejamos o desenvolvimento do serviço de GTM na APS. Aquela seria uma boa oportunidade de trabalhar em parceria com médicos e futuramente disseminar o GTM no SUS. Também planejamos a inclusão de estudantes de graduação no processo a fim de viabilizar sua formação em serviço. Selecionamos sete estudantes da graduação em Farmácia para compor a equipe e participar do processo de implantação do serviço através de projeto de extensão universitária.

Enquanto buscávamos as aprovações institucionais necessárias para o desenvolvimento do projeto, elaboramos disciplinas para preparar a equipe e nos embasar teoricamente para a prática. Nestas disciplinas, discutimos assuntos relacionados ao SUS e ao GTM/atenção farmacêutica, estudamos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, aspectos filosóficos e organizacionais da APS. Também desenvolvemos materiais para serem utilizados pelo serviço (Apêndice B, C, D, E, F e G) e criamos um modelo de prontuário em Excel para registro dos atendimentos farmacêuticos. Esse período de preparação foi muito importante, mas também de muita ansiedade para toda equipe que estava ávida por iniciar o cuidado de pacientes.

Visando a continuidade do serviço, uma estudante de Farmácia elaborou seu trabalho de conclusão de curso realizando o diagnóstico situacional do centro de saúde e planejando a inserção do serviço de GTM na unidade (COSTA, 2014). Por

meio deste levantamento conhecemos os fluxos de trabalho e os profissionais envolvidos na APS. Nossa intenção era estabelecer um serviço condizente com a realidade local e não gerar inconveniente para a rotina da unidade.

Sobre as atividades de pesquisas desenvolvidas no projeto, destaco que apesar do breve período em campo foram realizados três trabalhos de conclusão de curso, dois relacionados aos resultados clínicos do serviço e outro discutindo sobre o processo de auditoria clínica (ALVES, 2014; MAURÍCIO, 2015; SANTOS, 20015), e apresentação de trabalho em evento científico (LIMA *et al.*, 2015). Além disso, a experiência de construção do serviço de GTM e o processo de ensino-aprendizagem em serviço resultarão nesta dissertação de mestrado e uma tese de doutorado. O esquema representando os eixos de trabalho desenvolvidos no projeto GTM APS/SUS está descrito esquematicamente a seguir (**Figura 1**).



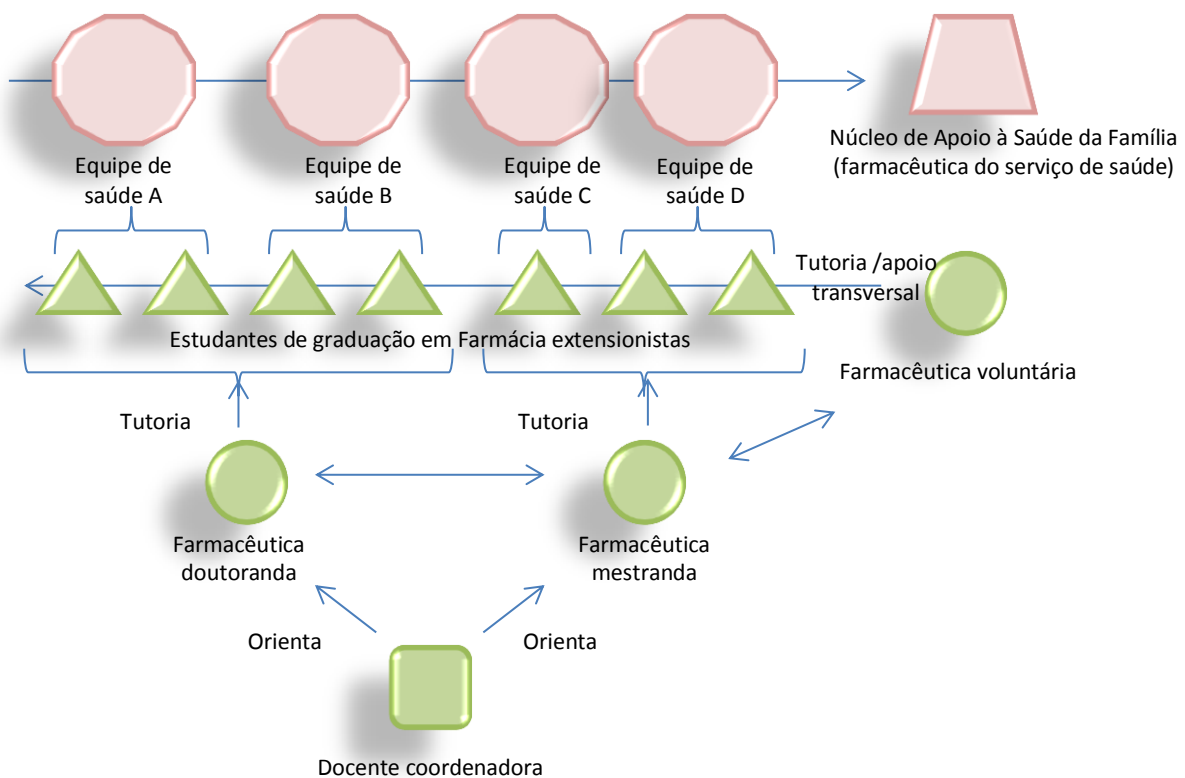
IFES – Instituição Federal de Ensino Superior; AF – Atenção Farmacêutica

**FIGURA 1 - Eixos de trabalho desenvolvidos durante o projeto GTM/APS/SUS**

Conseguimos a aprovação para iniciar os atendimentos em maio de 2014 e começamos a atender pacientes em agosto de 2014, quando entramos efetivamente em campo. A equipe de GTM se encontrava nas terças feiras em disciplinas optativas criadas especificamente para uma melhor formação das estudantes para o oferecimento e provisão do serviço de GTM na APS. Tínhamos também uma tarde reservada para o atendimento de pacientes, tanto em consultório quanto em visita domiciliar e em outro período a equipe se revezava para participar das reuniões semanais das eSF, devolvendo casos e captando novas demandas das equipes.

O centro de saúde contava com 4 eSF. A farmacêutica do NASF prestava assistência a todas as equipes da unidade, atendia às demandas de gestão da farmácia e além disso, desenvolvia as mesmas funções em outro centro de saúde.

Assim, resolvemos subdividir a equipe do projeto de GTM/APS de modo que duas ou uma estudante de graduação acompanhasse uma eSF sob a supervisão das tutoras. Uma farmacêutica com formação para o serviço de GTM participou voluntariamente do projeto e forneceu um apoio extra para as estudantes. O projeto foi supervisionado pela professora orientadora das tutoras e coordenadora do CEAF (Figura 2).



**FIGURA 2 – Organização do trabalho da equipe GTM/APS/SUS**

Nossa entrada na unidade foi realizada de maneira cordial e estratégica, elaboramos uma carta de apresentação do serviço de GTM, explicando brevemente o serviço e as contribuições que poderia trazer ao Centro de Saúde e a equipe multiprofissional. Essa carta foi entregue para todos profissionais do centro de saúde. Convidamos os funcionários da unidade a participarem de uma reunião onde a coordenadora do projeto fez uma apresentação do Projeto GTM na APS e depois tivemos um *coffee break*. Foi um momento bem descontraído onde pudemos interagir livremente com os funcionários da unidade.

Posteriormente, cada subequipe foi se integrando ao trabalho das eSF, por meio da participação nas reuniões semanais, ao atender pacientes e discutir os casos com os profissionais responsáveis. A equipe do GTM colaborou com o trabalho prestado ao fornecer uma perspectiva e uma abordagem diferente ao cuidado, que contribuiu para um olhar mais holístico sobre a farmacoterapia dos pacientes.

*“Além de atender paciente eu acho que a gente também serviu como ponte do paciente para a equipe. Às vezes percebendo problemas que a equipe não via. Às vezes ajudando a solucionar problemas que a equipe não dava conta. E eu acho que o nosso papel era esse mesmo [...]. Acho assim, era atender pacientes e fazer essa ponte, tipo assim, mais um profissional auxiliando nesse atendimento” [Trecho de entrevista da estudante de graduação Larissa].*

Na maioria das vezes, os atendimentos aconteciam em algum consultório da unidade, mas visitas domiciliares também eram realizadas sempre que fosse necessário, fosse pela indisponibilidade de espaço para o atendimento ou por necessidade do paciente, ou quando a eSF solicitava. Tivemos o cuidado de documentar todos os atendimentos e condutas adotadas no prontuário físico da unidade de saúde, visando informar os demais profissionais e também resguardar o trabalho desenvolvido pela equipe. O processo de inserção e execução do serviço de GTM na APS está descrito esquematicamente na Figura 3.

O desejo primordial da nossa equipe era promover a institucionalização do serviço de GTM para que houvesse continuidade do trabalho desenvolvido e que fosse uma conquista para a unidade de saúde. Os objetivos também contemplavam estabelecer um cenário para prática de ensino em serviço e de pesquisa na APS para projetos e estudantes vinculados ao CEAF.

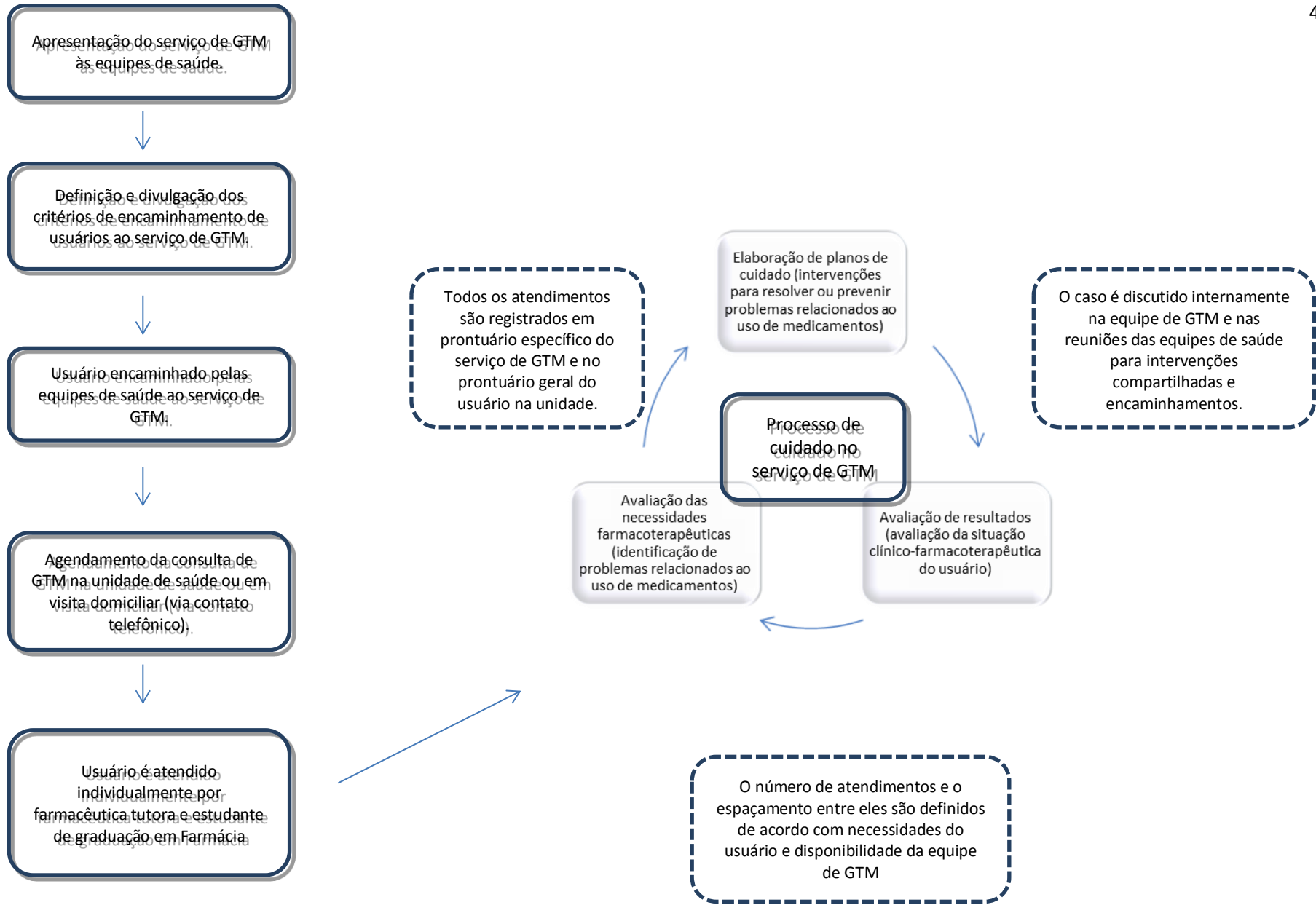


FIGURA 3 - Esquema de representação da provisão do serviço GTM na APS.

Iniciamos o planejamento do serviço de GTM e uma dificuldade encontrada foi a inclusão da farmacêutica em todas as atividades que pretendíamos desenvolver. A farmacêutica é responsável pela população adscrita de dois centros de saúde, sendo responsável pelo desenvolvimento de atividades técnico-gerenciais na gestão das farmácias e também atividades clínicas com pacientes que são encaminhados pelas eSF. Essas atividades incluem atendimentos individuais, visitas domiciliares, condução de grupos operativos e reuniões de matriciamento com as equipes. Essa limitação de tempo foi um fator que dificultou o envolvimento da profissional nos trabalhos. A sobrecarga de trabalho da farmacêutica da unidade e sua participação em outras atividades acadêmicas/educacionais inviabilizou sua capacitação para o GTM, oferecida pela universidade. E conseqüentemente sua inserção no processo de trabalho do serviço e a continuidade do mesmo na unidade a longo prazo.

Em parcerias com o serviço de saúde, a universidade possui o papel de levar o conhecimento e contribuir para a educação permanente dos profissionais. Como a formação para atenção farmacêutica e o GTM não é uma realidade de muitas graduações em Farmácia, e, também, não era da farmacêutica do serviço, oferecemos a oportunidade de capacitação em disciplinas que contribuiriam para o desenvolvimento de competências básicas e o restante da capacitação seria em serviço. Esse processo não foi concretizado durante o desenvolvimento dessa pesquisa, entretanto a oportunidade ficou em aberto e a farmacêutica irá decidir o momento mais factível para sua capacitação.

Para fazer GTM é indispensável a incorporação dos princípios da atenção farmacêutica e isso requer mudanças profundas no modo de pensar e de agir do profissional. É necessária muita leitura e reflexão, sendo um processo longo e complexo. Devido a essa complexidade, sem capacitação não seria possível que a farmacêutica atendesse pacientes com a equipe de GTM, já que não é algo que pode ser aprendido apenas na prática.

Vale ressaltar a importância de que todos os farmacêuticos envolvidos no oferecimento de serviço clínico dentro de uma unidade de saúde utilizem o mesmo padrão de prática. A atenção farmacêutica estabelece os padrões para o desempenho do profissional que oferece o serviço GTM (RAMALHO DE OLIVEIRA 2011; CIPOLLE; STRAND; MORLEY 2012). A oferta de serviços com características

diferentes num mesmo local dificulta a compreensão do mesmo tanto pelos usuários quanto pelos profissionais de saúde. Isso deve ser levado em conta quando um novo serviço como o GTM começa a ser disponibilizado no sistema de saúde. Além disso, pode comprometer a credibilidade do profissional diante da equipe multiprofissional. Por este motivo, é crucial que toda equipe seja formada no arcabouço teórico da atenção farmacêutica antes de iniciar o serviço.

Diante desta situação, após quatro meses de atendimentos, as atividades do serviço de GTM na unidade foram reduzidas (interrupção na captação de novos pacientes, redução da quantidade de pessoas da universidade no serviço de saúde e manutenção somente dos atendimentos já iniciados). Esta redução foi pactuada em reuniões com o gerente e a farmacêutica da unidade e com a coordenação do CEAF. As tutoras saíram de campo para finalização de suas atividades acadêmicas. Uma das estudantes extensionistas tem dado continuidade ao atendimento dos pacientes atendidos em 2014, realizando-os em parceria com a farmacêutica da unidade. Nesta parceria, a estudante se responsabiliza por atender os pacientes, estudar os casos a partir do referencial da atenção farmacêutica, discutir as intervenções com uma das tutoras anteriores e em seguida pactuar a implantação dos planos de cuidado com a farmacêutica. Esta se responsabiliza por discutir com as equipes e providenciar o que for possível para a implantação dos planos. A previsão é que as atividades desta estudante extensionista com os pacientes atendidos prossiga até fevereiro de 2016, quando o projeto de extensão será finalizado na unidade.

Quando a academia se propõe a criar um serviço de GTM, a primeira ação, antes mesmo de escolher a unidade de saúde, deve ser procurar o farmacêutico e conhecer o seu interesse e disponibilidade para participar do serviço. Escolhemos essa unidade devido ao convite para trabalhar em parceria com médicos. Posteriormente procuramos a farmacêutica e apresentamos a proposta de trabalho.

*“a gente quer implantar o serviço lá, o serviço é da unidade, não é nosso, dos estudantes. A gente tá ali pra contribuir. Então teoricamente vai ser de lá, tem que ter uma referência local, uma pessoa que seja a identidade [para o serviço]” [trecho da entrevista com estudante de graduação Cecília].*

O encerramento do serviço de GTM gerou frustração na equipe, já que gostaríamos que o serviço continuasse a se fortalecer na unidade e que mais pacientes fossem contemplados pelo serviço. Apesar dessa limitação, esse projeto gerou frutos e o serviço de GTM atualmente é oferecido por outra farmacêutica, mestranda do CEAFF, que também é a profissional do serviço de saúde e está atuando como preceptora das estudantes bolsistas em outras duas unidades de saúde.

Outra conquista importante do projeto, foi conseguir reunir pessoas interessadas em fortalecer a parceria entre a universidade e o serviço de saúde no município, reuniões tem ocorrido para o planejamento da expansão dessa parceria visando a institucionalização do serviço de GTM na APS de Belo Horizonte.

Estivemos por um curto período em campo. O início do trabalho foi atrasado por fatores externos, o que acabou influenciando nesta experiência e na integração com os profissionais do serviço. A seguir apresento as reflexões e experiências obtidas durante o processo de planejamento e execução do serviço de GTM na APS.

### 7.1.2 Planejamento do serviço: ideal x real

No planejamento do serviço de GTM estudamos os princípios da APS, da ESF e do NASF. Vivemos um dilema para decidir se iríamos orientar nosso serviço na lógica da ESF ou do NASF e também qual filosofia se encaixaria melhor ao preconizado na atenção farmacêutica. À medida que caminhávamos nesse planejamento fomos nos apaixonando pela ESF e resolvemos nos organizar para seguir essa lógica de trabalho.

Dividimos a equipe do GTM de forma que as farmacêuticas se responsabilizaram por duas eSF e foram tutoras das estudantes que acompanharam uma eSF da unidade. Cada subequipe teria funções como acompanhar os pacientes encaminhados, participar das reuniões semanais, dar devolutiva dos pacientes atendidos e captar novos pacientes com as equipes. Pensamos em nossas atividades visando integrar ao trabalho das eSF. E assim fizemos.

Resolvemos organizar o serviço de GTM pela lógica da ESF por entender que as filosofias de trabalho estão mais próximas. Questões como a construção do vínculo com o paciente, o acompanhamento longitudinal, a coordenação do cuidado e as equipes como a porta de entrada do paciente ao serviço são posicionamentos coerentes com a filosofia profissional abarcada pelo serviço de GTM. Por outro lado, no NASF, os profissionais prestam apoio ao trabalho das eSF visando ampliar o escopo das ações das equipes (BRASIL, 2010).

Observamos que os profissionais do NASF, dão assistência a mais de um centro de saúde, têm muitas responsabilidades e devem prestar apoio a muitas eSF. Devido à sobrecarga de demandas encaminhadas pelas várias equipes das unidades, acabam por priorizar as atividades coletivas. Outro problema observado é que devido a essa grande demanda pelo atendimento dos profissionais de apoio, as reuniões de matriciamento perdem sua essência e se tornam apenas encontros para encaminhamento ('passação') de casos.

O farmacêutico, diferente de outros profissionais do NASF, tem metade de sua carga horária reservada para a gestão da farmácia, o que limita sua disponibilidade para se dedicar à clínica. Além disso, não existe um papel definido das competências e

limites da atuação farmacêutica e observa-se que são incipientes as experiências desse profissional na APS e na ESF (RICIERI *et al.*, 2006).

Diante de nossas observações em campo e do estudo teórico das filosofias de trabalho, acreditamos que o serviço de GTM tem maior potencial de sucesso se estiver vinculado as eSF, sendo, portanto, o que consideramos como o '*modelo ideal*' para inserção desse serviço na APS. Entretanto, a realidade da maioria dos farmacêuticos na APS hoje é trabalhar na lógica do NASF, é o que chamamos de '*o modelo real*'. Esse pode ser visto como um ponto falho no nosso planejamento, já que embora desejássemos integrar a farmacêutica ao projeto, optamos por uma lógica incompatível com a sua realidade. Esta situação foi percebida pela equipe da universidade, como apontado pela estudante Júlia:

*“a gente tentou trabalhar no fluxo da eSF, sendo que nem tem farmacêutico na saúde da família.” [trecho da entrevista com estudante de graduação Júlia]*

Apesar da preocupação de toda equipe da Universidade com a institucionalização do serviço através da participação da farmacêutica desde o princípio dos trabalhos, acabamos cometendo esse equívoco, influenciados pelo que acreditamos ser o ideal para um serviço de GTM na APS. Isso só ficou evidente para nossa equipe após várias reflexões sobre toda a experiência que vivenciamos em campo.

*“O ideal seria um farmacêutico na equipe saúde da família para fazer GTM, isso aí seria o ideal e era isso que a gente pensava quando a gente incorporou o serviço. O NASF tem o horário limitado e não é isso que a gente quer. No NASF [o farmacêutico] tem que dividir com gestão e não é isso que a gente quer, mas tipo assim ‘é o que tem para hoje’, se quiser fazer isso hoje, tem que ser assim, aos poucos pode ser que vai conquistando espaço e quem sabe?...” [trecho da entrevista com estudante de graduação Júlia]*

A inserção do farmacêutico no NASF foi fundamental para expandir a atuação desse profissional na APS/SUS, por promover sua introdução na equipe multiprofissional e principalmente proporcionar seu envolvimento em atividades clínicas, que até então muitos não conheciam ou não se aventuravam, ou não se sentiam preparados para desenvolver.

O farmacêutico deve organizar sua agenda de forma que considere participar das reuniões de matriciamento com as eSF dos centros de saúde sob sua responsabilidade, reuniões entre a equipe do NASF e de gestão das farmácias,

grupos de educação em saúde/atividades comunitárias, visita domiciliar, atendimento conjunto com outros profissionais de saúde, atendimento familiar e/ou individual, educação permanente, além de acompanhar e participar dos inventários periódicos realizados nas farmácias dos centros de saúde que estão vinculados (BRASIL, 2010).

A proposta do NASF como estratégia para fortalecer a APS através de uma perspectiva multiprofissional tem contribuído para a educação permanente das eSF, mas ainda é considerada insuficiente para construir efetivamente uma atenção multiprofissional. Os profissionais devem prestar apoio a no mínimo 8 e até 20 eSF (BRASIL, 2008), o que inviabiliza o apoio longitudinal e a construção de vínculo com os usuários do serviço (MENDES, 2011).

*“A reunião de matriciamento infelizmente, todo mundo sabe que ela está muito fora do ideal. Infelizmente não veem o NASF como apoio matricial, uma equipe que está pra apoiar, aumentar o escopo das ações da equipe saúde da família. Então, ainda a gente não consegue fazer o longitudinalidade do cuidado, que perpassa por vários profissionais. Até pra saber se a reunião de matriciamento seria um momento viável para [o serviço de GTM], porque as vezes é muito corrida. As vezes é assim ‘ah não gente vamos rápido porque tem muitos casos pra passar’ [reproduz fala de um profissional de saúde], né!? E onde que fica o apoio matricial? Onde que fica a questão do cuidado integrado? Da corresponsabilidade?”*  
[trecho da entrevista com farmacêutica do NASF Aline]

Nakamura e Leite (2015) perceberam que a estrutura do NASF gera uma sobrecarga de demandas devido ao elevado número de eSF sob responsabilidade do farmacêutico. Apesar de existir uma recomendação para que esse número de equipes vinculadas ao NASF seja reduzido de no mínimo 5 até 9 equipes (BRASIL, 2012a), essa ainda é uma realidade diferente da encontrada na grande maioria dos municípios brasileiros.

Existem críticas ao modelo atual de cuidado a condições crônicas, que é centrado no médico e, quando muito, conta com a contribuição do enfermeiro. Mendes (2011) aponta a necessidade de uma equipe de APS efetivamente composta por múltiplos profissionais, como nutricionista, fisioterapeuta, educador físico, psicólogo, assistente social e farmacêutico clínico.

Apesar da inclusão desses novos profissionais implicarem em maiores custos, ainda será um investimento custo-efetivo ao aumentar a efetividade do cuidado prestado,

principalmente nas condições crônicas. Existem recomendações para que essa equipe seja vinculada a até três eSF, sendo essa mudança imprescindível para o SUS e o sucesso da APS (MENDES, 2011).

Para melhorar os resultados em saúde e otimizar os investimentos em assistência farmacêutica, o farmacêutico clínico deve ser membro orgânico da eSF (MENDES, 2011). Existem experiências relatadas na literatura em que os resultados corroboram com a inclusão desse profissional na ESF (LULA *et al.*, 2012; MEIRELES *et al.*, 2015; PROVIN *et al.*, 2010; RICIARI *et al.*, 2006; SOLER *et al.*, 2010; VERONA *et al.*, 2011).

Estudos que avaliaram a inserção do farmacêutico na ESF através de um serviço clínico baseado em atenção farmacêutica demonstraram a necessidade do trabalho desse profissional. Os profissionais da eSF conseguiram perceber as contribuições desse serviço e o olhar diferenciado sobre a farmacoterapia dos pacientes e na promoção de um cuidado integral (FURTADO, 2008).

A inclusão de farmacêuticos clínicos na APS será importante para provisão do cuidado farmacêutico e poderá contribuir para a melhora dos resultados em saúde, tanto para usuários de medicamentos como também na redução de custos para o sistema de saúde, uma vez que apenas o incremento de verbas para aumentar o acesso a medicamentos não reflete em melhor condição de saúde (MENDES, 2011).

É importante enfatizar que apesar de considerar a ESF como o ambiente ideal para a inserção do serviço de GTM, pensamos ser viável seu oferecimento pelo farmacêutico do NASF, visto que fornece uma forma de raciocínio clínico sistemático para avaliar e intervir sobre a farmacoterapia dos pacientes, um método para detectar problemas e propor intervenções coerentes a realidade dos indivíduos. Essa demonstração do que fazer e como fazer é uma demanda dos farmacêuticos, que não encontram esses componentes em nenhuma outra prática farmacêutica.

*“farmacêutico no atendimento é uma coisa muito nova. Por várias vezes já quis fazer formulário de atendimento pra isso, formulário de atendimento pra aquilo e acaba que ficou tudo.... a gente atende de uma maneira peculiar e própria, uma metodologia muito própria, cada farmacêutico tem seu jeito de fazer. Então eu acho que o GTM seria uma forma de delinear, de alinhar, o que tem que ser visto, o que tem que ser olhado, o que é preconizado, o que tem que ser medido, acompanhado no DM, na HAS, então eu acho que é uma forma*

*de alinhar. Então na minha prática eu me cobro isso, que eu tenho que me inteirar disso... o pensar que vocês tem, todas as etapas.” [trecho da entrevista com farmacêutica do NASF Aline]*

Diante da ausência de uma metodologia que estabeleça como deve ser realizado o trabalho, cada farmacêutico desenvolve o seu próprio método e faz da maneira que acredita ser a melhor possível. A metodologia da atenção farmacêutica fornece todos os componentes necessários para estruturar a prática clínica e pode amenizar as angústias dos profissionais nesse percurso (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

A forma de inserção do farmacêutico na APS no SUS não tem sido discutida pelos gestores e formuladores de políticas, portanto, diante de nossas reflexões e ao apresentado pela literatura, cabe uma reflexão sobre o modelo atual de inserção desse profissional na APS e sobre a organização de suas práticas profissionais. Acreditamos que essa discussão é fundamental para o aprimoramento e o progresso do trabalho do farmacêutico na APS e sua contribuição na promoção de melhores resultados em saúde no SUS.

### 7.1.3 A clínica a mercê da gestão da farmácia

Em nossa trajetória de construção do serviço de GTM percebemos que existe uma cultura sobre o trabalho do farmacêutico, onde prevalecem as funções técnico-gerenciais em detrimento das atividades clínicas. Não é proibido desenvolver atividades clínicas, desde que as funções gerenciais que garantem o bom andamento da farmácia estejam funcionando de forma satisfatória.

*“A clínica está sempre a mercê da gestão da farmácia [...] ela [farmacêutica do serviço] já tem outras funções e é isso que o serviço espera dela” [Reunião entre farmacêutica doutoranda Ana e a autora].*

A gestão de medicamentos é prioridade, somente após organizar o funcionamento da farmácia o profissional poderá se dedicar às outras atividades. Escutamos por mais de uma vez, de diferentes farmacêuticos do NASF, que até é permitido fazer clínica, mas a qualquer momento o gestor pode convocá-los para resolver problemas gerenciais, neste caso, o farmacêutico deverá deixar o seu papel assistencial de lado. A presença do farmacêutico no serviço basicamente se justifica pela existência da farmácia, sendo considerada a prioridade do trabalho desse profissional.

*“O serviço que funciona [se refere a cobrança do trabalho farmacêutico] é o serviço que não tem falhas no estoque né, que tem um inventário com resultado legal e aí assim é o que eu falo, a gente infelizmente é mais cobrado por essa parte técnico-gerencial, o ‘controlador de estoque’.” [trecho da entrevista com farmacêutica do NASF Aline].*

Historicamente, na cultura da Farmácia, as atividades de gestão ocupam uma posição de maior destaque e são priorizadas em detrimento da clínica. A razão fundamental para essa supervalorização está balizada em uma visão equivocada que coloca o objeto do trabalho farmacêutico, o medicamento, no foco de suas atividades e deixa a pessoa que utiliza o objeto em segundo plano (FOPPA *et al.*, 2008; MENDES, 2011).

Essa cultura permite que o profissional decida como desempenhar seu trabalho, se irá se envolver ou não com atividades clínicas. O cuidado direto do paciente é opcional para o farmacêutico. Como resultado desse cenário, o farmacêutico não é reconhecido pelos outros profissionais de saúde, pela sociedade e pelos gestores

como um profissional do cuidado, mas é visto como quem cuida da farmácia e não das pessoas.

Independente do cenário de saúde e da origem da instituição, o farmacêutico agrega múltiplas funções, principalmente nas questões organizacionais e na gestão da farmácia. Este é local onde se sente seguro, detentor do conhecimento e do controle das possíveis situações que podem ocorrer. Tudo isso resulta em tempo escasso para se dedicar ao paciente, além de agravar a crise de identidade que a categoria enfrenta, aumentar sua frustração profissional e a insegurança perante os pacientes e outros profissionais da saúde. Essas questões reforçam a necessidade de se pensar em formas de incentivos para que os farmacêuticos estejam motivados a superar todos os fatores limitantes que acabam por afastá-los do cuidado a pacientes (FARINA; ROMANO-LIEBER, 2009; OLIVEIRA *et al.*, 2005).

Em estudo conduzido por Fegadolli e colaboradores (2010), os farmacêuticos entrevistados revelaram que o trabalho se restringe as ações relacionadas às tecnologias de gestão do medicamento, ao cumprimento de exigências legais e aos procedimentos estabelecidos no serviço. Com esse volume de atribuições, o tempo para dedicar a assistência ao usuário de medicamento se torna escasso.

No percurso histórico da profissão, o farmacêutico acabou se isolando dos demais profissionais da equipe de saúde e criou seu próprio conjunto de regras. Este comportamento solitário e desarticulado contribuiu para o reconhecimento desse profissional como um gestor do medicamento, incapaz de prover cuidado aos pacientes. Esta visão se estende aos sistemas de saúde que não estabeleceram uma forma clara de remunerar e estimular o trabalho clínico desse profissional (FEGADOLLI *et al.*, 2010; PROVIN *et al.*, 2010).

*“[...] Não querem inovar, quer pagar o farmacêutico para ficar controlando o estoque? A gente podia estar sendo melhor aproveitado, mas eles não querem... eu acho que é um contrassenso, porque quando a gente vê, quando trabalha numa equipe multidisciplinar as vezes eu me vejo ... e conversando com outros farmacêuticos também, a gente se vê como um peixinho fora d'água.” [trecho da entrevista com farmacêutica do NASF Aline]*

Essa realidade nos leva a questionar alguns pontos, o principal deles é como um profissional que está inserido na APS com uma carga horária reservada para a clínica, não cuida de pacientes? Por que os gestores não cobram desse profissional

o cumprimento dessas atividades assistenciais? Parece que nesse ponto a cultura da profissão é determinante, na maioria das vezes ninguém cobra porque não é esperado que o farmacêutico desempenhe essas atividades.

A assistência farmacêutica no SUS é muitas vezes realizada com o objetivo primordial de garantir o abastecimento dos medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde, marginalizando os cuidados com os pacientes, o que gera resultados econômicos e sanitários insatisfatórios (FOPPA *et al.*, 2008; MENDES, 2011).

O Ministério da Saúde publicou documentos que orientam as atividades clínicas assistenciais do farmacêutico do NASF (BRASIL, 2010; 2014a; 2014b). Entretanto não existe uma descrição clara de como os serviços clínicos devem ser executados e portanto não existe um padrão para as atividades dos farmacêuticos. Em um estudo qualitativo que acompanhou o trabalho de farmacêuticos, observou-se que após três anos de inserção desses profissionais no NASF o seu processo de trabalho ainda não estava totalmente definido e estruturado (NAKAMURA; LEITE, 2015).

A existência de um modelo de prática é importante para permitir ao farmacêutico intervir na farmacoterapia de pacientes de forma responsável e eficiente (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011). Apesar de uma maior movimentação no que se refere ao cuidado farmacêutico nos últimos tempos, no Brasil os investimentos e atenção dadas às atividades assistenciais e farmácia clínica dentro da assistência farmacêutica são incipientes (MENDES, 2011).

As atividades desempenhadas pelos farmacêuticos do NASF foram acompanhadas em estudo realizado por Nakamura e Leite (2015). Diante da variedade de atribuições do farmacêutico, as autoras perceberam que as atividades técnico-gerencias, principalmente no que envolvia a organização da farmácia, compreendiam grande parte da carga horária de trabalho desse profissional. As atividades assistenciais ficavam em segundo plano e raramente eram realizadas.

Na provisão do serviço de GTM na APS ocorre à inversão desses papéis, o usuário do medicamento passa a ser o foco do trabalho, o farmacêutico se torna um membro da equipe multiprofissional de saúde e irá interagir com a equipe, pessoas usuárias do sistema, suas famílias e a comunidade de forma que gere vínculos baseados no

acolhimento e na humanização das práticas clínicas (MENDES, 2011; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

Algumas hipóteses para a subvalorização da prática clínica pelo farmacêutico podem estar relacionadas à formação tecnicista e insuficiente em clínica, na cultura da profissão que coloca o medicamento como o objeto central do trabalho, e no posicionamento do medicamento como um bem de consumo e não como um insumo básico de saúde (MENDES, 2011). Essas questões também são apontadas pela farmacêutica do serviço, conforme demonstrado no trecho a seguir:

*“eu acho que isso vem muito da nossa... do que a gente deixou de fazer e do que a gente foi formado pra fazer. [...] A nossa formação foi muito técnica-gerencial mesmo, é como o cuidador do medicamento... a gente cuida do medicamento e não das pessoas. A gente foi formado pra isso, o profissional do medicamento, então você mudar isso em tantas escolas de farmácia, com tantas pessoas formando... eu acho que é um processo mesmo e vai muito da aptidão do estudante, do profissional por buscar outras coisas.” [trecho da entrevista com farmacêutica do NASF Aline]*

A capacitação para o desempenho da atenção farmacêutica foi uma demanda apontada por farmacêuticos entrevistados, que evidenciou o despreparo para o exercício dessa prática e reforça a necessidade de investimentos em formação e educação permanente. Também surgiram temas como a falta de condições de trabalho, de tempo e de receptividade do público, e da atenção farmacêutica como possibilidade de resgatar o papel do farmacêutico perante a sociedade (FEGADOLLI *et al.*, 2010).

Ademais, esse afastamento do farmacêutico do contato com pacientes também pode ser decorrente de algumas características descritas como *traços de personalidade do farmacêutico*, que incluem a insegurança, medo de novas responsabilidades, paralisa frente à ambiguidade, necessidade de aprovação e aversão ao risco. Esses fatores são descritos como alguns dos aspectos observados na cultura da Farmácia (ROSENTHAL; AUSTIN; TSUYUKI, 2010).

Rosenthal, Austin e Tsuyuki (2010) descrevem que apesar de tentativas para superar as barreiras, não houve uma mudança sustentada na prática farmacêutica. Os autores questionam se as barreiras realmente existem ou são meras desculpas.

Farmacêuticos realmente querem avançar sua prática? Ou a barreira real é a própria psique da cultura desse profissional?

Agregar atividades de gestão da farmácia e o cuidado aos pacientes demanda do profissional o desenvolvimento de habilidades muito distintas, o que faz com que uma ou outra atividade seja prejudicada. O reconhecimento do farmacêutico como um 'gestor da farmácia' pela equipe de saúde também pode influenciar na decisão do farmacêutico em prestigiar a gestão, visto que esse é o papel esperado que ele desempenhe e é por esse tipo de serviço que será cobrado. Essa realidade também é percebida pela farmacêutica Aline que relata a frustração ao perceber que seu conhecimento é subutilizado no sistema de saúde, que a prática clínica é opcional ao farmacêutico e que esta será desempenhada de acordo com o seu perfil do profissional:

*“E é assim que os outros profissionais nos reconhecem, o profissional do medicamento, o controlador do armário de controlados, o controlador do estoque e que normalmente muitas pessoas fazem isso melhor do que nós, então, existe o estoquista lá do supermercado que faz isso muito melhor do que eu com certeza!” [trecho da entrevista com farmacêutica do NASF Aline].*

*“Porque assim, infelizmente a gente ainda é mais cobrado pela questão administrativa e técnica. Eu as vezes fico um pouco chateada porque eu não sou cobrada por acompanhar um paciente, então isso é muito pessoal, isso [desenvolver atividades clínicas] vai muito da personalidade do farmacêutico” [trecho da entrevista com farmacêutica do NASF Aline].*

No trabalho de Furtado (2008), profissionais do centro de saúde valorizam o trabalho do farmacêutico no cuidado a pacientes, mas ressaltam que devido a grande demanda de trabalho, as atividades técnico-gerenciais acabam “encarcerando o farmacêutico na burocracia da farmácia”.

No município de Lagoa Santa, a assistência farmacêutica é dividida entre o profissional que atua como responsável técnico da farmácia e o profissional que presta serviço clínico em colaboração com a equipe de saúde. Existe o entendimento que estas são práticas diferentes na mesma profissão, portanto, para o melhor andamento do trabalho farmacêutico no município é necessário uma postura, habilidades e condutas muito distintas para serem desenvolvidas pela mesma pessoa. O farmacêutico responsável técnico desenvolve atividades referentes ao ciclo da assistência farmacêutica, realiza grupos anti-tabagismo e do

hiperdia, participa de consultas compartilhadas com médicos nos programas de tuberculose e hanseníase, e das comissões técnicas. O farmacêutico clínico é responsável por prover o serviço de GTM, assumindo a responsabilidade pela farmacoterapia dos pacientes, participar de reuniões com a equipe multiprofissional para discussão de casos clínico e atenção contra os erros de medicação. Este modelo inovador de organização da assistência farmacêutica têm obtido grandes resultados para o município, seus profissionais e principalmente, para a população (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

A falta de um farmacêutico da APS responsável pela organização das farmácias impede que esse profissional forneçam o suporte necessário para as eSF. Uma das barreiras para estruturação do processo de trabalho do farmacêutico do NASF está relacionada à ausência de farmacêuticos nas farmácias básicas, o que desloca os farmacêuticos do NASF para resolverem problemas das farmácias das unidades de saúde e os tornam medidas paliativas para resolverem as deficiências dos serviços (NAKAMURA; LEITE, 2015).

Acredita-se que a mesma pessoa seja capaz de desempenhar os papéis de gestor da farmácia e a clínica farmacêutica. Entretanto, algumas questões devem ser levantadas, por exemplo, *como conseguir administrar o tempo entre essas duas atividades? Como se capacitar para desenvolver práticas que exigem o desenvolvimento de competências tão diferentes? Aquele profissional que domina as ferramentas de gestão do medicamento e trabalha para garantir o acesso aos medicamentos estará preparado para a clínica? E o contrário, seria uma boa possibilidade? Como esse profissional será reconhecido pelos pacientes e equipe de saúde?* Essas questões merecem ser refletidas e discutidas com maior intensidade.

O farmacêutico que trabalha na gestão do medicamento e da farmácia utiliza seus conhecimentos para a promoção do uso racional de medicamentos (URM) na perspectiva da epidemiologia, ao garantir que o paciente receba um produto de qualidade, no planejamento em saúde, na seleção do medicamento indicado, efetivo e seguro através da aplicação da saúde baseada em evidências. Trabalho que segue uma abordagem para o coletivo, que é fundamental para o sistema de saúde e para a população.

O farmacêutico da clínica também visa promover o URM, mas sob uma perspectiva de trabalho diferente. Ele irá associar os conhecimentos da saúde baseada em evidências com a experiência subjetiva do paciente com aquele medicamento, pressupõe o estabelecimento de uma relação terapêutica e a promoção do cuidado de uma forma centrada na pessoa. Enquanto o profissional da gestão da farmácia é aquele que detém o medicamento e regula suas formas de acesso, o profissional do cuidado lida diretamente com o paciente em busca de melhores resultados farmacoterapêuticos para esse indivíduo.

Para que esse serviço, que acreditamos ser diferenciado e que tem um grande potencial seja disseminado, é fundamental repensarmos divisão das responsabilidades do trabalho farmacêutico. A promoção de um rearranjo nas atribuições desse profissional é imprescindível para que tenha disponibilidade para assumir o cuidado de seus pacientes (FARINA; ROMANO-LIEBER, 2009; MCDONOUGH *et al.*, 1998;). Do contrário, podemos desenvolver um padrão de serviço superficial e de baixa qualidade, correndo o risco de não corresponder as expectativas dos demais profissionais, do serviço de saúde e da população. Diante disso, é pertinente convidar a categoria farmacêutica, gestores e a população a discutir essa temática envolvida no desenvolvimento do trabalho farmacêutico.

#### 7.1.4 Experiências na construção do serviço de GTM na APS

Quando planejamos o serviço de GTM na APS já imaginávamos que teríamos algumas dificuldades, que são inerentes ao processo de construção de um novo serviço. Buscamos antever alguns problemas e nos organizamos de forma a não interferir negativamente no trabalho dos demais profissionais da unidade.

*“no início eu achei tudo lindo tudo maravilhoso, mas depois que começou eu pensei, ah eu não sei se estou preparada (risos), mas eu acho que a gente foi adquirindo as respostas ao longo do processo.” [Trecho da entrevista com estudante de graduação Cecília]*

Um dos principais problemas enfrentados foi a conquista de espaço físico na unidade. Conseguir consultório para os atendimentos da nossa equipe foi uma tarefa árdua. Diante dessa dificuldade, reorganizamos nossa agenda de forma que concentramos os atendimentos em um único turno no período da tarde, priorizando horários em que muitos profissionais já haviam cumprido suas atividades e a unidade estava mais vazia. Também realizamos muitas visitas domiciliares, que nos permitiu conhecer a realidade do paciente *in loco*.

Mesmo com as limitações encontradas conseguimos superá-las de forma satisfatória. Conquistamos um consultório para o atendimento do serviço de GTM na unidade e, apesar do pouco tempo em campo, conseguimos nos integrar bem com os profissionais da eSF. O gerente da unidade apoiou e reconheceu o potencial que esse serviço tem a oferecer para a APS, foi possível identificar PRM e intervir sobre a farmacoterapia dos pacientes atendidos.

Outra dificuldade foi o acesso aos prontuários. Ainda na fase do planejamento, solicitamos uma senha para acessar o prontuário eletrônico dos pacientes, para, além de buscar sua história clínica, poderíamos registrar a evolução de nossos atendimentos e compartilhar as condutas adotadas com os demais profissionais de saúde. Como não conseguimos o acesso, buscamos esse histórico no prontuário físico, porém, neste a documentação estava incompleta e as informações defasadas. A fala da estudante Cecília demonstra essa situação:

*“Agora, outras questões eram difíceis mesmo porque o prontuário [físico] não estava atualizado. Talvez se a gente tivesse acesso ao sistema [prontuário eletrônico], o outro que não era o da farmácia, mas o geral a gente conseguiria buscar essas informações.” [Trecho de entrevista com estudante de graduação Cecília]*

Isso prejudicou a avaliação da farmacoterapia, tivemos que realizar mais de um atendimento ou procurar as equipes para resgatar as informações. Esse problema resultou, em alguns casos, no atraso da coleta de dados necessários para a conclusão da avaliação inicial da farmacoterapia e conseqüentemente na elaboração dos planos de cuidado. Dificuldades semelhantes foram relatadas por Soler e colaboradores (2010).

A integração com os profissionais de saúde da unidade foi se estabelecendo gradativamente. Apesar de nossas apresentações iniciais sobre o serviço, percebemos que os profissionais não sabiam bem o que faríamos. Além disso, nossa equipe era numerosa, o que causou certa confusão por parte dos funcionários da unidade. Com o passar das semanas, a participação da equipe de GTM nas reuniões da eSF e a nossa presença na unidade contribuiu para fortalecer essa integração com a equipe multiprofissional.

Observamos que os profissionais de saúde da unidade não compreendiam o trabalho clínico do farmacêutico, não esperavam que esse profissional pudesse desempenhar assistência ao paciente. Nossa chegada promoveu uma abertura para novas atividades ao farmacêutico da unidade e apresentou para eSF um serviço com potencial para contribuir com os resultados de saúde dos pacientes. Esse aumento da demanda por atendimentos clínicos foi percebido pela farmacêutica do serviço, que nos relatou uma maior procura pelos profissionais da eSF após a nossa chegada à unidade.

*“Depois que vocês [equipe serviço de GTM] chegaram aqui que eles [profissionais da eSF] passaram a enxergar meu trabalho, descobriram que eu podia fazer visita [domiciliar]” [trecho relatado pela farmacêutica Aline e registrado em diário de campo]*

*“Quem já dava mais abertura, já tinha aptidão e já conseguia reconhecer o trabalho do farmacêutico aprofundou. Hoje, por exemplo, eles não fazem mais gestão [clínica] sem que eu esteja junto” [trecho da entrevista com farmacêutica Aline]*

O projeto de extensão universitária possibilitou que estudantes pudessem vivenciar o trabalho de cuidado a pacientes em uma unidade de saúde, conhecer a APS e interagir com a equipe multiprofissional de saúde. Além disso, as estudantes de pós-graduação vivenciaram a experiência de tutoria acadêmica e a construção e planejamento do serviço. Os conhecimentos adquiridos foram enriquecedores para

os membros e apesar do nosso planejamento não haverá uma continuidade ao trabalho construído no serviço de GTM nesta unidade.

Na integração ensino-serviço o trabalho entre estudantes, docentes, profissionais do serviço e gestores deve ocorrer de forma integrada e colaborativa, contribuindo para a qualidade do atendimento prestado à população, qualificando a formação profissional e desenvolvendo a satisfação dos trabalhadores (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008). O Plano Nacional de Extensão Universitária reafirma o compromisso da universidade se voltar para a geração de conhecimentos que possam atender as necessidades da população (POLÍTICA NACIONAL DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA, 2012).

*“Ele [serviço de GTM] foi implantado, teve todas as decisões e aí a gente começou a conduzir ele pra que fosse visto. Como se a gente fosse dar o exemplo de como vai ser. A gente tá começando a fazer pra que ele possa ser repetido e repetido e dar sequência. Eu vejo que o serviço vai ser implantado realmente se ele tiver capacidade de ter reprodutibilidade. Se eles forem capazes de, a gente mostrou como faz daí, pra frente eles continuarem reproduzindo da forma como a gente mostrou, aí eu entendo que o serviço deu certo né? Conseguiu. Então eu vejo como a gente tá indo um pouco até pra ensinar, mas também pra aprender a como que acontece ali dentro do centro de saúde, como as coisas funcionam. Então acho que a nossa contribuição foi de levar um pouco do nosso ensino pra prática, mas ao mesmo tempo acho que a gente tá ganhando muito assim em vivência em prática. [trecho de entrevista com estudante de graduação Cecília].*

Nas relações entre ensino-trabalho é essencial reconhecer essa interseção de conhecimentos. Este espaço constitui o cenário ideal para transformação e consolidação dos modelos de atenção à saúde preconizados pelo SUS. Nele também se evidencia as dificuldades e estratégias geradas para resolução das limitações percebidas (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008).

Apesar do potencial crescimento entre as partes, se observa um relativo distanciamento entre os diferentes atores. Carvalho, Duarte e Guerrero (2015) entrevistaram estudantes, docentes e profissionais de uma UBS acerca desse modelo de parceria e observaram que os temas mais evidenciados foram os interesses distintos entre os atores, o envolvimento da universidade, a participação do aluno na unidade de saúde, a comunicação, a estrutura da unidade e o conhecimento da realidade.

Alinhar os diversos interesses de ambas instituições é fundamental para a consolidação dessa parceria. Promover a integração de forma que os benefícios possam ser valorizados e as limitações resolvidas. Transpor a imagem de projeto acadêmico para um serviço da unidade foi um dos objetivos que traçamos e que não foi completamente superado, conforme relato da estudante Larissa:

*“Eu acho que precisa se integrar mais [...], mas eu acho que o relacionamento no sentido de eles verem a gente como parte do grupo. Eu acho que eles viam a gente como um projeto universitário. Entendeu? Eu acho que é isso. [...] Eu acho que o olhar deles para a gente não como um projeto universitário, mas como colegas ali para ajudar no funcionamento do centro de saúde.” [trecho da entrevista com estudante de graduação Larissa]*

Esse distanciamento necessita ser superado através da construção de espaços que viabilizem e fomentem o diálogo entre os envolvidos. Uma possibilidade é através da identificação de demandas do serviço pela universidade e a construção de medidas que possam contribuir com o trabalho desenvolvido, com a participação dos profissionais e usuários nas discussões sobre o processo de ensino-aprendizagem e o envolvimento efetivo dos docentes no serviço (CARVALHO; DUARTE, GUERRERO, 2015).

Ao se estabelecer uma parceria entre academia-serviço algumas questões devem ser previamente refletidas. A academia deve considerar o impacto de seus projetos na rotina do serviço e principalmente sobre os pacientes. Por outro lado, o serviço também precisa fornecer instrumentos e pessoas necessárias para que os projetos se desenvolvam. Pactuações entre as partes devem ser estabelecidas para que as contrapartidas sejam claras e coerentes, para que essas parcerias possam ser fortalecidas e forneçam campo fértil para crescimento profissional e o aprendizado em serviço.

Cabe ressaltar que apesar dos problemas enfrentados essa experiência foi engrandecedora para toda equipe. Aprendemos muito e acredito que esses conhecimentos adquiridos contribuirão para a construção e o aprimoramento de serviços de GTM em outros locais. A equipe era muito envolvida e irá plantar essa semente em outros terrenos. Neste sentido, hoje, em outras duas unidades de saúde deste mesmo município, há uma farmacêutica implantando o serviço GTM, que conta com o apoio do CEAF e de duas bolsistas de extensão universitária.

*“A gente teve dificuldades, a gente teve algumas barreiras e limitações, mas implantar o serviço e ver ele dando certo mesmo com todas as dificuldades foi bem prazeroso assim. Eu acho que se a gente tivesse como dar continuidade com uma pessoa inserida como era o nosso objetivo, ia ser assim muito bacana.” [trecho da entrevista com a estudante de graduação Alice]*

*“Quero aprender ainda mais e eu peço [a Deus] que eu não fique num lugar comum e ser mais um. Que eu consiga fazer a diferença na vida das pessoas, conseguir impactar positivamente com meu trabalho, conseguir impactar positivamente pro grupo que eu trabalho, pro grupo que eu estou prestando serviço, sabe?” [trecho da entrevista com estudante de graduação Larissa]*

### 7.1.5 Autonomia e limitações na atuação profissional

A autonomia profissional determina a independência para executar procedimentos em relação a outros profissionais. Isso é importante para que tenha a liberdade de propor condutas que considere pertinentes no cuidado de pacientes e para o controle sobre o seu processo de trabalho (BUENO; QUEIROZ, 2006).

Bueno e Queiroz (2006) relatam que a pouca autonomia do enfermeiro e o pouco controle sobre o ambiente, aliado a diferentes processos de trabalho que envolvem atividades orientadas pelo modelo médico-curativo e ao mesmo tempo pela lógica da ESF implicam no aumento da carga de trabalho e dos esforços cognitivos necessários, gerando estresse e insatisfação profissional, impactando negativamente nos resultados em saúde.

Também para o farmacêutico do serviço de GTM, a autonomia é fundamental para o bom andamento do serviço. Na avaliação da farmacoterapia dos pacientes, o profissional necessita de parâmetros para concluir seu julgamento clínico. A autonomia para solicitar exames laboratoriais sem a necessidade da anuência de outros profissionais de saúde agiliza o processo de trabalho e na obtenção de resultados clínicos.

Em nossa experiência encontramos pacientes que não eram devidamente acompanhados pela equipe de saúde, faltavam parâmetros clínicos necessários para avaliação da farmacoterapia e tomada de decisão. A falta de autonomia para solicitar exames imprescindíveis para monitorar a farmacoterapia dos pacientes, resultou em atraso no processo de cuidado. Isso foi percebido pela equipe de GTM e fica evidente na fala de uma das estudantes:

*“Tudo que você precisasse, você tinha que ir na reunião de equipe [de saúde da família], tudo! Para pedir um exame, tinha que ir na reunião de equipe [...]. Foi muito ruim, um balde de água fria porque você entra e quer fazer. Você avalia um paciente e o último exame do paciente foi de 2011, aí tem que ir na reunião de equipe pedir exame, aí na semana não tem reunião de equipe, aí quando você vai na reunião de equipe ‘ah essa semana não tem médico’ na reunião de equipe, o médico está de licença e aí? E aí o paciente lá esperando já deu um mês e se eu não tenho exame, como eu vou fazer um plano de cuidado para esse paciente se eu não tenho exame? Não tem como eu avaliar nada, um paciente diabético entendeu? E aí você desanima totalmente, não tem como fazer nada.” [trecho de entrevista com estudante de graduação Júlia]*

Esse relato demonstra os sentimentos da estudante de graduação ao não conseguir avaliar a farmacoterapia do paciente. Esse inconveniente poderia ser minimizado se a equipe de GTM tivesse autonomia para solicitar exames essenciais para o acompanhamento da farmacoterapia. Também é possível observar alguns desencontros nas relações interprofissionais. Para minimizar esse tipo de problema alguns acordos podem ser estabelecidos para melhorar a comunicação entre a equipe da universidade com os profissionais do serviço, como por exemplo, estabelecer formas de contato direto entre médico-farmacêutico ou enfermeiro-farmacêutico de modo que viabilize a resolução mais rápida desse tipo de problema.

Em Lagoa Santa, os farmacêuticos do serviço de GTM tem autorização para a prescrição de exames de monitoramento da farmacoterapia. Esse foi um ganho importante para o serviço, pois diminuiu o tempo de espera do paciente para a resolução de seus PRMs, além de melhorar a qualidade do acompanhamento (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

No Brasil, o farmacêutico não possui autonomia para introduzir ou alterar uma estratégia terapêutica, excetuando-se os medicamentos isentos de prescrição, mesmo após usar um processo sistemático de raciocínio clínico e defini-la como adequada. Nesse sentido, o Conselho Federal de Farmácia (CFF), através da Resolução 586/2013 regulamentou a prescrição farmacêutica. Desta forma ao recomendar algo ao paciente, seja medicamento, oferta de serviço farmacêutico ou encaminhamento a outro profissional de saúde, o farmacêutico deverá fazê-la por escrito. Esta resolução também reforça a necessidade de documentar, avaliar e acompanhar as atividades farmacêuticas (CFF, 2013).

A permissão para que outros profissionais de saúde solicitem exames através de protocolos é importante para otimizar o trabalho e para o sistema de saúde, podendo agilizar o processo de cuidado e melhorar o acompanhamento dos pacientes, também poderá reduzir a sobrecarga sobre a agenda dos médicos e explorar os conhecimentos dos demais profissionais da equipe.

A falta de autonomia foi um fator que fez parte da nossa experiência de oferta do serviço de GTM, e interferiu na efetividade dos resultados. Acreditamos que, na medida que o serviço de GTM é consolidado em uma unidade de saúde e a equipe multiprofissional passa a reconhecer esse serviço, esses problemas possam ser

minimizados através da construção de protocolos e o estabelecimento de acordos de colaboração.

No campo da enfermagem, as dificuldades são superadas através da reflexão e do desenvolvimento de propostas teóricas que permitam encontrar sua essência e facilitar o reconhecimento social. Este desenvolvimento teórico contribuiu para a profissão, para a qualidade do trabalho e fortalecer a autonomia profissional (CARO, 2009). Diante das mudanças e do processo de redefinição do papel do farmacêutico perante a sociedade, é necessário a condução de estudos que reflitam e possam embasar a estruturação do trabalho clínico desse profissional, de forma que promova os avanços necessários para sua consolidação, dentre eles, a autonomia para a plena execução dos serviços de GTM.

## 7.2 Experiências na tutoria de estudantes durante a construção do serviço de GTM

Para disseminar o conhecimento e proporcionar vivência na rotina de uma unidade de saúde, selecionamos estudantes para participar da equipe do serviço de GTM através de um projeto de extensão. Assumi o papel de tutora de três estudantes de graduação em Farmácia e também a responsabilidade de ensinar na prática o cuidado e a construção de um serviço clínico farmacêutico na APS.

Este compromisso foi desafiador e despertou sentimentos diversos, que variavam da ansiedade por iniciar logo o trabalho, para insegurança em voltar a atender pacientes e preocupação com a responsabilidade pelo aprendizado das estudantes, além do grande desejo de atender as expectativas geradas e contribuir para a institucionalização do serviço de GTM.

*Estou ansiosa por começar logo e ao mesmo tempo insegura por estar cara a cara com o paciente. Não era para ser assim, penso que deveria ter sido melhor preparada para lidar com esse momento. Também fico pensando na Sofia que irá atender comigo, imagino que para ela seja ainda mais difícil, é um universo novo e complexo [...]. A responsabilidade de formar a estudante para a prática da atenção farmacêutica é pesada, isso porque eu desejo que essa prática se torne uma realidade e para isso precisamos de pessoas apaixonadas e devidamente capacitadas para executar bem esse serviço. As meninas possuem essa paixão, por isso não podemos perdê-las e aí a minha cobrança interna em relação a tutoria cresce, é muita responsabilidade... [trecho retirado do diário de campo]*

A presença de estudantes nesse processo contribuiu para sua formação, mas também foi um auxílio importante para a oferta do serviço, uma vez que realizavam atendimentos, estudo dos casos, documentação, contactavam pacientes, participavam das reuniões de equipe, dentre outras.

*“De iniciar uma coisa nova. Bom eu achei muito bacana, eu adorei porque era principalmente uma coisa inovadora. Uma coisa que a gente não tinha acesso dentro da faculdade que é o serviço de GTM. Então era uma forma da gente poder conseguir aplicar o GTM. Só de existir essa possibilidade já era ótimo. Implantar ela e ver ela funcionando foi uma experiência assim ótima no sentido de que agente agora ia ter o campo de prática” [trecho de entrevista com estudante de graduação Cecília].*

Assumir o papel de pesquisadora interessada no processo de construção do serviço de GTM em um novo cenário juntamente com o de tutora de estudantes e

farmacêutica clínica foi uma tarefa difícil, que exigiu muito planejamento e reuniões frequentes para reestruturação do serviço.

*Tenho pensado muito sobre como é complexo o planejamento da construção de um serviço clínico, temos que pensar em inúmeros fatores, como não atrapalhar os fluxos de trabalho das equipes, como integrar as informações, comunicação com os atores envolvidos, como permitir a participação de todos os membros da nossa [grande] equipe de GTM e também envolver a farmacêutica do NASF nesse processo. Isso não é fácil!!! Já marcamos inúmeras reuniões para discutir e definir esses pontos, parece que nós já fomos e voltamos no mesmo ponto inúmeras vezes. Isso me deixa preocupada, angustiada e ansiosa. O fato é que isso gera uma angústia por desconhecer muitas coisas eu fico preocupada com a imagem que estamos passando para os profissionais do CS e também para as estudantes que ainda estão passando pelo processo de formação, isso é muito difícil!!! Mesmo com definições prévias foi preciso fazer adequações para a realidade local e mudanças foram necessárias, acredito e espero que futuramente isso não seja problema [trecho retirado do diário de campo].*

Diante do aprendizado obtido nessa experiência, acredito que envolver estudantes no processo de construção de um novo serviço é importante, para sua formação e por fornecer um olhar diferenciado ao processo. Porém, o número de estudantes envolvidos deve ser pequeno para facilitar a organização do trabalho perante a equipe da unidade de saúde.

O papel do tutor é facilitar o aprendizado dos envolvidos através do compartilhamento dos seus conhecimentos e experiências, além estimular e promover as interações no grupo. O tutor deve manter diálogo efetivo com os participantes de modo a favorecer o aprendizado ativo e a construção de conhecimento cooperativamente (SAAVEDRA, 2014).

*“quando eu pensei em implantar [serviço de GTM] eu achei a ideia ótima. Ainda acho que foi uma ótima ideia, foi muito legal, mas aí depois eu vi, no início eu achava que seria mais fácil. Depois eu comecei a ver que a gente implantar significava ser novo, tudo novo né? Um piloto e aí agente não sabia como fazer algumas coisas, tudo ia ser tentativa e erro e acerto, ou acerto ou erro [trecho de entrevista com estudante de graduação Cecília].*

Nessa experiência pude perceber que ao vivenciar o serviço de GTM as estudantes necessitam de maior direcionamento nos estudos de casos, de forma a internalizar o raciocínio clínico preconizado pela atenção farmacêutica. Entretanto, demorei tempo considerável para chegar a essa conclusão, conforme descrito no trecho apresentado a seguir:

*Demorei a perceber que as meninas não tinham o raciocínio lógico sedimentado. Ao discutir os casos eu já fazia de forma automática considerando que elas já conseguiam pensar para cada medicamento se eram: Indicado=>Efetivo=>Seguro=>Conveniente, com isso atropeliei o aprendizado delas ao acreditar que esse conhecimento já estava internalizado. [...] Se tivesse percebido antes eu poderia ter direcionado o estudo dos casos para esse foco, o que poderia ter amenizado o sofrimento das estudantes e melhorado seu aprendizado. Refletindo mais sobre essa questão chego a conclusão que o tutor precisa estar atento para reconhecer as dificuldades e potencialidades de cada indivíduo, para que possa auxiliar e estimular o processo de construção do conhecimento através da tutoria [trecho retirado do diário de campo].*

O processo de construção do conhecimento por parte do estudante não depende somente de sua relação com o conteúdo proposto, mas também requer a mediação do tutor através da ajuda adaptada as suas necessidades, que permita alcançar adequadamente os aprendizados propostos (SAAVEDRA, 2014). Nessa relação de trabalho recomenda-se respeitar as individualidades e capacidades do estudante, permitindo ao indivíduo enfrentar suas potencialidades e limitações contando com o apoio do tutor na resolução destas questões (FRÍAS, 2013).

Durante esse projeto, não somente as estudantes passaram por um processo de formação, essa experiência foi importante para meu aprendizado. As reflexões realizadas durante o projeto me permitiram identificar questões importantes a serem desenvolvidas e também apontou aspectos que podem ser melhor trabalhado.

*Hoje consigo perceber alguns pontos que poderia ter feito diferente na supervisão das meninas. Infelizmente, muitas vezes, só aprendemos fazendo, sentindo o que deu certo e o que não foi tão bom. Sinto que poderia ter apoiado melhor as estudantes, mas eu também estava aprendendo a assumir esse outro papel, mesmo que não tenha sido da melhor maneira possível eu vejo que todas nós crescemos juntas [trecho retirado do diário de campo].*

Os aprendizados obtidos com a tutoria das estudantes vão auxiliar no acompanhamento de novos estudantes e até mesmo de farmacêuticos interessados em desenvolver a prática clínica, esse conhecimento será importante para a formação e capacitação de pessoas e conseqüentemente para disseminação do serviço de GTM no país.

*“Foi um aprendizado muito grande, igual eu falei ontem, o início foi tímido não só pela gente. Eu acho que o processo é isso mesmo. Essa fase de adaptação é complicada. E foi um aprendizado muito grande que acrescentou pra eu achar que eu tenho muito a melhorar ainda. [...] e apesar de eu ter aprendido bastante, eu acho que eu tenho muito a melhorar, a gente aprendeu não só o conhecimento clínico, mas a lidar com pessoas, lidar com pacientes,*

*lidar com equipe, lidar com um tanto de coisa. Isso eu acho que é para vida inteira” [trecho de entrevista com estudante de graduação Larissa].*

*“Então eu vejo como a gente tá indo um pouco até pra ensinar, mas é pra aprender a como que acontece ali dentro do centro de saúde. Como as coisas funcionam. Então acho que a nossa contribuição foi de levar um pouco do nosso ensino pra prática, mas ao mesmo tempo acho que agente tá ganhando muito assim em vivência em prática. Eu acho que é mais pra dar um empurrão pra conduzir. Mostrar como que talvez seja feito, e pra tentar, pra tentar fazer. Eu acho que é isso” [trecho de entrevista com estudante de graduação Cecília].*

### 7.3 A vocação de cuidar: posicionando o paciente num lugar especial e diferente na vida do farmacêutico

*“Atender pacientes no serviço de GTM tem sido terapêutico, um incentivo para não desistir, é o que faz com que, apesar de tudo que passamos, ainda valha a pena. Me sinto motivada a estudar sempre mais, a buscar mais informações, tenho obrigação de me qualificar e me preparar mais para atender melhor os pacientes, afinal de contas tenho responsabilidades para com os mesmos [trecho retirado de diário de campo]”.*

Poder cuidar de pacientes e se responsabilizar pela sua farmacoterapia é um privilégio, me sinto agradecida por ter a oportunidade de vivenciar essa experiência. Também sou grata aos pacientes que nos confiam sua farmacoterapia e acreditam que podemos contribuir para seus resultados em saúde.

A prática do cuidado deve ser incorporada pelos profissionais de saúde, para isso é necessário que seja sentida e vivida, baseando no respeito, sensibilidade e ética (RODRIGUES; LIMA; RONCALLI, 2008). Também presume responsabilidade com o outro e portanto devo assumir um compromisso com essas pessoas, oferecer o meu melhor para poder auxiliá-las no alcance de seus objetivos. Ainda não consegui definir se me transformo para cuidar de pacientes ou se sou transformada pela prática de cuidado.

*“Nossa! Isso é muito sério! O paciente está contando comigo, não posso desapontá-lo! Perceber isso me deixa angustiada, mas é uma angustia ‘boa’ porque serve de estímulo para o meu crescimento, faz com que eu queira aprender sempre mais, não posso oferecer menos do que o meu melhor a ele [trecho retirado de diário de campo]”.*

Cuidar de paciente, assumir responsabilidade pela sua farmacoterapia e testemunhar os resultados positivos na vida desse indivíduo é algo emocionante. É a minha vocação! Me sinto realizada quando estou atendendo, percebo uma troca de experiências rica com o paciente que contribui para o meu crescimento também como pessoa. Este é o lugar onde me encontro dentro da minha profissão e também é um sentimento partilhado por outras pessoas da equipe de GTM, como ilustrado a seguir:

*“me senti muito bem quando eu vi que consegui estabelecer uma intervenção positiva, sabe? Eu me responsabilizo pelo paciente, então gera uma intervenção que pra ele é positiva, isso*

*foi muito importante pra mim, me senti muito feliz” [trecho de entrevista com estudante de graduação Manuela].*

*“ah é uma emoção muito grande quando a gente estuda o caso e consegue fazer intervenção, e que a intervenção dá resultado. Você começa a ver que seu processo de trabalho faz sentido, que o quê você esta estudando é real, está sendo aplicado em uma pessoa e tem resultado” [trecho de entrevista com estudante de graduação Cecília].*

Caprara e Franco (2004) levantam diversas questões que influenciam a relação entre médicos e pacientes, e apontam a necessidade de superá-las para a construção de uma prática humanizada. No âmbito do trabalho farmacêutico essa discussão também é pertinente para aproximar profissionais e pacientes na construção de uma relação terapêutica onde prevaleça o respeito e a ética.

Os pacientes me ensinam muita coisa, suas histórias de vida, suas experiências, sua visão de mundo são enriquecedoras e mais do que isso, esse contato me ensina a ser uma pessoa melhor, a ser mais humilde. Muitos pacientes vivem em uma realidade diferente da que conheço e possuem histórias que frequentemente estão envoltas por um contexto social tão complexo que é difícil de lidar. Esse aprendizado me faz refletir e repensar muitos aspectos em minha vida pessoal.

Tenho certeza que não somente o meu trabalho modifica a vida do paciente e sua relação com farmacoterapia, mas posso dizer que cada indivíduo me modifica, deixando um pouco de suas experiências e histórias comigo.

*“Aprendo muito com os pacientes. É impressionante como alguns são carentes, principalmente idosos, tem uma necessidade grande de serem ouvidos. Acho que as pessoas mais jovens da família não reservam um pouco do seu tempo para ouvi-los. Outra coisa que me chama a atenção é a falta de estrutura familiar, fico pensando como pode um filho não ajudar seu pai idoso, semi-analfabeto e com dificuldades visuais a aspirar a insulina... Como uma pessoa idosa, analfabeta, apresentando um déficit cognitivo mora sozinha? É impressionante! Que angústia perceber essa situação e ver que nesses aspectos nossa atuação é limitada. Fico pensando nessa vida que estamos levando, nessa correria louca que vivemos que não nos permite dar atenção a nossa própria família. Até que ponto faz sentido viver dessa maneira? [trecho retirado de diário de campo]”*

Ayres (2004) faz uma descrição narrativa de um relato de caso em que consegue superar uma relação desgastada entre profissional-paciente para uma relação terapêutica de cuidado e respeito. Essa superação foi obtida por meio de “sabedoria

prática” que foi utilizada diante de uma situação inesperada, que gerou satisfação tanto para a paciente, como também para o profissional de saúde.

Depois que me formei, estive muito tempo sem praticar atenção farmacêutica e sem ter esse contato com paciente, o que me fez reviver os mesmos sentimentos da primeira vez, quase com a mesma intensidade. No primeiro atendimento, estava ansiosa para chegar e depois fiquei muito preocupada. Assumir responsabilidade pelo cuidado farmacoterapêutico não é fácil, é pesado. Isso é especialmente complexo em uma profissão que não fomenta uma cultura de profissionalismo e responsabilidade pelo outro.

*“[Assumir responsabilidade pelo cuidado do paciente] nossa! Era uma responsabilidade mesmo! Assim, era uma coisa ele tá sob minha responsabilidade, então agora tudo que eu fizer tem que ser bom pra ele de fato, não pode ser uma coisa que eu vou fazer por fazer, não, é responsabilidade minha também e isso foi um choque pra mim, nó e agora? Se eu fizer qualquer coisa meu Deus... e tanto que aconteceu um caso interessante que eu acompanhava um paciente e fiquei sabendo que ele poderia ter falecido, aquilo ali eu entrei em choque: ‘meu Deus ele era meu paciente e eu que não fiz nada!’ (estudante se emociona ao se lembrar desse fato). [...] E realmente ele estava muito ruim e não era ele por fim, mas eu fiquei tão mal que eu vi a responsabilidade que eu tinha e eu não sabia que era tanto, porque eu tinha que atender, eu tinha que fazer pelo paciente e será que eu tava fazendo? E eu não me sentia preparada pra isso. [trecho da entrevista com estudante de graduação, Sofia]”*

Projeto de vida, construção de identidade, confiança e responsabilidade são apontados como traços principais a serem considerados na compreensão das interações entre profissionais de saúde e pacientes, são pontos-chave para a reconstrução ética, política e técnica do cuidado em saúde (AYRES, 2004).

O profissional clínico depara-se com um ser pensante possuidor de sentimentos e desejos, assim como ele próprio o é. Deste momento em diante, vão construir uma relação terapêutica autêntica, permeada de emoções que fluem entre ambos. Não é apenas um encontro entre um técnico e uma patologia, é necessário oferecer as pessoas um tratamento digno e humanizado (RODRIGUES; LIMA; RONCALLI, 2008).

Desenvolver uma relação de cuidado é um processo delicado e frágil, que demanda criatividade e amor pelo trabalho. É vivenciar uma experiência transpessoal, aliar conhecimentos científicos da saúde com a arte. Integrar esses fatores na prática do cuidado, dentro da lógica dos sistemas de saúde é um desafio. É necessário a

construção de novos valores entre estudantes, docentes e profissionais de saúde (CARO, 2009).

Um farmacêutico que já tem sua rotina de trabalho estruturada, que já possui uma imagem e expectativas estabelecidas pelos profissionais da equipe de saúde e pacientes consegue mudar sua prática de trabalho voltada para o cuidado de pacientes?

Acreditamos que para o farmacêutico tradicional o serviço de GTM é uma grande mudança, para que seja possível o profissional deve estar ao menos incomodado com a situação da profissão e disposto a se aventurar em um universo desconhecido, é preciso que tenha paixão e deseje se aproximar dos pacientes.

*“Um farmacêutico que atende os pacientes, que presta cuidado ao paciente, que entende a farmacoterapia dele [paciente], que corre atrás, que vai participar das reuniões de equipe, que promove grupo operativo, esse farmacêutico, ele talvez entenderia bem o nosso serviço, executaria nosso serviço, saberia a importância do resultado que geraria para os pacientes”.*  
*[trecho da entrevista com estudante de graduação Manuela]*

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando comecei a elaborar esse texto tive muitas dúvidas em como contar essa história. Como sensibilizar a comunidade universitária da necessidade de mudanças na parceria academia-serviço de saúde? Essa foi uma experiência de aprendizado importante para evidenciar a necessidade de mudanças.

Parcerias entre a academia e serviço são oportunidades únicas para o crescimento mútuo entre as instituições. O serviço de saúde fornece campo para prática e formação em serviço. A academia oferece oportunidades de capacitação e inovação aos profissionais e pacientes atendidos pelo serviço. A criação de novos serviços deve ser planejada com cuidado, considerando o impacto que irá promover sobre o estabelecimento de saúde, os profissionais e principalmente os pacientes.

Sobre a nossa experiência de construção de um serviço de GTM na APS, gostaríamos que se tornasse um serviço do centro de saúde, que fosse um campo de prática para estudantes e que a farmacêutica da unidade se tornasse a referência do serviço e preceptora de estudantes que fossem se capacitar em campo futuramente.

Ao se propor construir serviços inovadores por meio de parcerias entre a academia e o serviço de saúde, é importante envolver representantes do serviço durante o processo de planejamento. A universidade sozinha não conseguirá manter o serviço funcionando a longo prazo, os papéis e responsabilidades dessas instituições precisam ser previamente discutidos e acordados para que os benefícios obtidos não sejam perdidos. Acreditamos que para garantir a continuidade de serviços clínicos farmacêuticos como o GTM, é imprescindível o envolvimento efetivo do profissional farmacêutico da unidade em projetos de construção de novos serviços em parceria com universidade, viabilizando a continuidade após a conclusão dos projetos acadêmicos.

O profissional deve se comprometer a se capacitar em atenção farmacêutica e GTM. Também é fundamental que participe do planejamento das atividades do serviço de GTM para compreender o seu papel nessa parceria e que a proposta de trabalho do serviço seja adequada e viável dentro da sua realidade.

O farmacêutico do NASF acumula múltiplas funções e seu trabalho é sobrecarregado, entretanto, possui carga horária reservada para o atendimento clínico. A própria diretriz determina que o farmacêutico não deve abandonar a prática clínica e favorecer somente as funções gerenciais. Os resultados revelaram a necessidade de sistematizar da prática clínica do farmacêutico na APS, esse é um fator fundamental para direcionar seu trabalho no SUS. O GTM é uma importante ferramenta para sistematizar o atendimento farmacêutico e fornecer um método de raciocínio lógico para detectar e resolver problemas na farmacoterapia de pacientes. Profissionais que já acompanham pacientes estarão mais abertos porque serão capazes de enxergar as contribuições que esse serviço tem a oferecer.

Discussões e reflexões sobre a forma de inserção do farmacêutico na APS são fundamentais para avançar o trabalho desse profissional e melhorar os resultados em saúde neste cenário. Esta questão já foi levantada e necessita ser fomentada por profissionais e gestores do serviço de saúde para contribuir com o avanço da APS e do próprio SUS.

Como pesquisadora e participante desse projeto, posso afirmar que o planejar, construir e colocar em prática esse projeto foi algo desafiador, mas que apesar das limitações encontradas foi algo engrandecedor e contribuiu muito para o meu crescimento profissional e pessoal. Os conhecimentos adquiridos poderão embasar a construção de novos serviços de GTM na APS/SUS e assumo o compromisso de disseminar as informações na perspectiva de incentivar outros profissionais e novos trabalhos.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, V. S. *et al.* A integração ensino-serviço no contexto dos procesos de mudança na formação superior dos profissionais de saúde. **Rev. Bras. Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 356-362. 2008.
- ALVES, C. P. B. **Auditoria clínica na assistência a pacientes em uso crônico de medicamentos em centro de saúde em Belo Horizonte – MG**. 2014. 36 f. Monografia (Graduação em Farmácia) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.
- ANGONESI, D.; SEVALHO, G. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online], v. 15, n. 3, p. 3603-3614, 2010.
- ARRAIS, P. S. D. O uso irracional de medicamentos e a farmacovigilância no Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online], v. 18, n. 5, p. 1478-1479, 2002.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde soc.** [online], v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.
- BOSSLE, F.; NETO, V. M. Uma autoetnografia em uma escola da rede municipal de ensino de Porto Alegre. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, Campinas, v. 31, n.1, p. 131-146, sept. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cuidado farmacêutico na atenção básica - serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde - caderno 1**. Brasília - DF, 2014, 108p. a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília, DF, 24 jan. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3124, de 28 de dezembro de 2012**. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências, Brasília, Brasil. a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: núcleo de apoio à saúde da família. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27). Brasília, DF, 2010. 152p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção à saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 114p. b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília, DF, 2014. 112 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). b.

BRASIL. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 22 out. 2011.

BUENO, F. M. G.; QUEIROZ, M. S. O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. **Rev. Bras. Enferm.** [online], v. 59, n. 2, p. 222-227. 2006.

CAMPOS, G. W. *et al.* A Atenção Primária à Saúde e a Estratégica Saúde da Família. In: ANDRADE, L. O. M., BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 783-836.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p.139-146, 2004.

CARO, S. Enfermería: Integración del cuidado y el amor. Uma perspectiva humana. **Salud Uninorte**. Barranquilla, v. 25, n.1, p. 172-178. 2009.

CARVALHO, S. B. O.; DUARTE, L. R.; GUERRERO, J. M. A. Parceria ensino e serviço em unidade básica de saúde como cenário de ensino-aprendizagem. **Trab. educ. saúde**. [online], v. 13, n.1, p. 123-144. 2015.

CHANG, H. **Autoethnography as method**. California: Left Coast Press, 2008. 227p.

CHERRY, D. K. *et al.* National ambulatory medical care survey: 2006 summary. **Natl. Health Stat Report**. v. 3, p. 1-39, 2008.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. **Pharmaceutical care practice**. New York: McGraw-Hill, 1998.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. **Pharmaceutical care practice: the patient centered to medication management**. 3<sup>rd</sup> ed. New York: McGraw-Hill; 2012.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Resolução nº. 586**, de 29 de ago. de 2013. Regulamenta a prescrição farmacêutica e dá outras providências. Brasília, 2013, 12p.

COSTA, M. S. **Planejamento de um serviço de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa na Atenção Primária à Saúde no SUS**. 2014. 89 f. Monografia (Graduação em Farmácia) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

DENZIN, N. K. **The research act**. Chicago: Aldine, 1973. *apud* MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13 ed. São Paulo: HUCITEC, 2013. 407p.

ELLIS, C. **The ethnographic I: A methodological novel about autoethnography**. Walnut Creek, CA: Altamira Press. 2004. *apud* ELLIS, C.; ADAMS, T. E.; BOCHNER, A. P. **Autoethnography: An overview**. v. 12, n. 1, jan. 2011.

ELLIS, C.; ADAMS, T. E.; BOCHNER, A. P. **Autoethnography: An overview**. v. 12, n. 1, jan. 2011.

ETORRE, E. **Autoethnography: Making sense of personal illness journeys**. *In: The SAGE Handbook Qualitative Methods Health Research*. chap. 24, p. 478-497, SAGE Publications Ltd, London, 2010.

FARINA, S. S.; ROMANO-LIEBER, N. S. Atenção farmacêutica em farmácias e drogarias: existe um processo de mudança? **Saúde soc.** v. 18, n. 1, p. 7-18. 2009.

FAUS, M. J. **Atención farmacéutica como respuesta a una necesidad social.** Ars. Pharmaceutica, [S. l.], v. 41, n. 1, p. 137 – 143, 2000.

FEGADOLLI, C. *et al.* A percepção de farmacêuticos acerca da possibilidade de implantação da atenção farmacêutica na prática profissional. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 12, n. 1, p. 48-57, dez. 2010.

FERRAES, A. M. B.; CORDONI JÚNIOR, L. Medicamento, farmácia, farmacêutico e o usuário: novo século, novas demandas. **Revista Espaço para a Saúde**, versão online, v. 4, n. 1, dez. 2002. Disponível em:<  
<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v4n1/doc/farmacia.doc>>. Acesso em: 13 abr. 2014.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública** [online], v. 24, n. 1, pp. 17 – 27. 2008.

FOPPA, A. A.; BEVILACQUA, G.; PINTO, L. H.; BLATT, C. R. Atenção farmacêutica no contexto da estratégia de saúde da família. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences.** v. 44, n. 4, p. 727 -737, 2008.

FOSTER, E. **Values and the transformation of medical education: the promise of autoethnographic research.** Journal of Medicine and the Person, 2013.

FREITAS, E. L. **Revelando a experiência do paciente com a atenção farmacêutica:** uma abordagem qualitativa. 2005. 125 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

FRÍAS, J. C. T. Relación de tutoría y promoción del desarrollo de habitus científicos en estudiantes de doctorado en educación: Acercamiento a un caso. **Perfiles educativos** [online], v. 35, n.140, p. 8-27, 2013.

FURTADO, B. T. **O farmacêutico na Atenção Básica: a experiência da equipe de PSF frente à atenção farmacêutica.** 2008. 101 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

GARCÍA, J. C. Pensamento social em saúde na América Latina. *In*: NUNES, E. D. (1989) **apud** SANTOS, M. R. da C. **Profissão farmacêutica no Brasil: história, ideologia e ensino.** Ribeirão Preto: Holos, 1999. 156p.

HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **Am. J. Hosp. Pharm.** v. 47, p. 533-543, 1990.

JOSSERSON, R. Narrative Research: constructing, deconstructing, and reconstructing story. *In* WERTZ, F. J. *et al.* **Five ways of doing Qualitative Analysis: phenomenological psychology, grounded theory, discourse analysis, narrative research, and intuitive inquiry.** The Guilford Press, Chap. 8, p. 224-242, 2011. 434p.

LAPORTE, J. R. *et al.* **Epidemiologia do Medicamento: princípios gerais.** São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1989.

LIMA, R. C. O. *et al.* Integração extensão, ensino e pesquisa. Promovendo mudanças na graduação em Farmácia. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO FARMACÊUTICA. 2015. Salvador.

LYRA JUNIOR, D. P. *et al.* Impact of pharmaceutical care interventions in the identification and resolution of drug-related problems and on quality of life in a group of elderly outpatients in Ribeirão Preto, Brazil. **Therapeutics and Clinical Risk Management.** São Paulo, v. 3, n. 1, p. 989-998, 2007.

LULA, J. F. *et al.* Atenção farmacêutica a pacientes hipertensos do asilo 'Iar das velhinhas' no município de Montes Claros – MG. **Rev. Motricidade.** Montes Claros, v. 8, n. S2, p. 197-203, 2012.

MAURICIO, V. M. O. **Utilização de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos atendidos em um serviço de Gerenciamento da Terapia**

**Medicamentosa em uma Unidade Básica de Saúde de Belo Horizonte.** 2015. 48 f. Monografia (Graduação em Farmácia) – Faculdade de Farmácia. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

MCDONOUGH, R. P. *et al.* Obstacles to the implementation of pharmaceutical care in the community setting. **Journal of the American Pharmacists Association**, Washington, DC, v. 38, n. 1, p. 87-95, 1998.

MEIRELES, B. L. *et al.* Implantação de serviços clínicos farmacêuticos em uma unidade da Estratégia Saúde da Família: uma parceria entre universidade e Secretaria de Saúde. **Experiências exitosas de farmacêuticos no SUS. Conselho Federal de Farmácia.** ano III, n. 3, p. 36-43, jul. 2015.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549p.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família.** Brasília. Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512p.

MINAYO, M. C. S.; MINAYO-GÓMEZ, C. Difíceis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R.M.G.; GOMES, M.H.A. orgs. **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 117-142.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 13 ed. São Paulo: HUCITEC, 2013. 407p.

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.

MOURÃO, A. O. *et al.* Pharmaceutical care program for type 2 diabetes patients in Brazil: a randomised controlled trial. **Int J Clin Pharm.** v. 35, n.1, p. 79-86, feb. 2013.

NAKAMURA, C. A.; LEITE, S. N. Pharmaceutical Services in Family Health Support Team: The Brazilian Experience. **Lat. Am. J. Pharm.** v. 34, n. 3, p. 598-601, 2015.

OLIVEIRA, A. B. *et al.* Obstáculos da atenção farmacêutica no Brasil. **Rev. Bras. Cienc. Farm.** v. 41, n. 4, pp. 409-413, 2005.

OLIVEIRA, G. C. B. *et al.* Reestruturação da assistência farmacêutica no município de Lagoa Santa (MG). **Experiências exitosas de farmacêuticos no SUS**. Conselho Federal de Farmácia. ano III, n. 3, p. 71-77, jul. 2015.

PEREIRA, M. L. *et al.* **Atenção Farmacêutica: implantação passo-a-passo**. Belo Horizonte: Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, 2005.

PEREIRA, M. L. **reDescobrimo a Atenção Farmacêutica**: uma visão qualitativa da implantação de um serviço de atenção farmacêutica em farmácia comunitária. 2006. 116 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

POLÍTICA NACIONAL DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA. Fórum de Pró-reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras. Manaus, AM, maio 2012. 40p. Disponível em: < <http://www.renex.org.br/documentos/2012-07-13-Politica-Nacional-de-Extensao.pdf> >. Acesso em: 15 abr 2015.

PROVIN, M. P. *et al.* Atenção Farmacêutica em Goiânia: inserção do farmacêutico na Estratégia Saúde da Família. **Saúde soc.** [online], v. 19, n. 3, p. 717-724, 2010.

QATO, D. M. *et al.* Use of prescription and over the counter medications and dietary supplements among older adults in the United States. **JAMA**, v. 300, n. 24, p. 2867-2878, 2008.

RAMALHO DE OLIVEIRA, D. **Atenção Farmacêutica: da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa**. 1. Ed. São Paulo: RCN Editora Ltda, 2011. 344 p.

RAMALHO DE OLIVEIRA, D. Atenção Farmacêutica e serviços farmacêuticos. In: ACURCIO, F. A. (org.). **Medicamentos: políticas, assistência farmacêutica, farmacoepidemiologia e farmacoeconomia**. Belo Horizonte: COOPMED, 2013, p. 197-234.

RAMALHO DE OLIVEIRA, D. *et al.* Preventing and resolving drug therapy problems by understanding patient's medication experiences. **J Am Pharm Assoc.** v. 52, p. 71-80. 2012.

RAMALHO DE OLIVEIRA, D. **Pharmaceutical care uncovered: an ethnographic study of pharmaceutical care practice.** 2003. 425 f. Tese (Doutorado em Farmácia Social e Administrativa) – Universidade de Minnesota, Minneapolis.

RAMALHO DE OLIVEIRA, D. *et al.* **“Yo no sabía que había farmacéutico”: La integración de la atención farmacéutica en los equipos de salud, en Belo Horizonte, Brasil.** Resumo apresentado no VI Congreso Nacional de Atención Farmacéutica. Sevilla, España, 2009.

RAMALHO DE OLIVEIRA, D. **The reality of pharmaceutical care-based medication therapy management: patient's pharmacists' and students' perspectives.** Koln: Lambert. Academic Publishing, 2010.

RICIERI, *et al.* **O farmacêutico no contexto da Estratégia Saúde da Família, que realidade é essa?** Ago. 2006

RODRIGUES, M. P.; LIMA, K. C; RONCALLI, A. G. A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. **Ciênc. Saúde coletiva.** v. 13, n. 1, p. 71 – 82. 2008.

ROSENTHAL, M.; AUSTIN, Z.; TSUYUKI, R. T. Are pharmacists the ultimate barrier to pharmacy practice change? **Canadian Pharmacists Journal.** v. 143, p. 37-42, jan/feb. 2010.

SAAVEDRA, S. M. Perfeccionamiento docente virtual: Una experiencia con tutores/as. **Perfiles educativos.** v. 36, n.143, p. 180-194, 2014.

SANTOS, B. D. **Perfil dos pacientes atendidos por um serviço de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM) em uma unidade básica de saúde de Belo Horizonte.** 2015. 48f. Monografia (Graduação em Farmácia) – Faculdade de Farmácia. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

SANTOS, M. R. da C. **Profissão farmacêutica no Brasil: história, ideologia e ensino.** Ribeirão Preto: Holos, 1999. 156p.

SILVA, *et al.* **Experiência vivida de pacientes com doenças crônicas e que usam medicamentos em uma unidade de atenção primária à saúde.** Revista de Iniciação Científica Newton Paiva, Belo Horizonte, vol. 11, 2012, pp. 56-65, 236p. Disponível em: <  
<http://www.newtonpaiva.br/uploads/imagens/bab41712f0931853dea7a29c49841fb640aaca02.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2014.

SHOEMAKER, S. J.; RAMALHO DE OLIVEIRA, D. The meaning of medications for patients: the medication experience. **Pharmacy World & Science**, v. 30, p. 86-91, 2008.

SOLER, O. *et al.* Assistência farmacêutica clínica na atenção primária à saúde por meio do Programa Saúde da Família. **Rev. Bras. Farm.** v. 91, n. 1. p. 37-45, 2010.

STRAND, L. M. *et al.* Drug-related problems: their structure and function. **The Annals of Pharmacotherapy**. v. 24, p. 1093-1097, 1990.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**. v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

VALLADARES, L. Os dez mandamentos da observação participante. **Rev. Bras. Ci. Soc.** v. 22, n. 63, p. 153 – 155, 2007.

VERONA, A. R. V; *et al.* **Implantação de serviço de atenção farmacêutica em unidade de saúde da família.** Anais do Congresso Brasileiro de Farmacêuticos Clínicos. São Paulo, 2011.

VIEIRA, F. S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 12, n. 1, Rio de Janeiro. Jan./Mar. 2007.

WIEDENMAYER, K. *et al.* **Developing pharmacy practice: A focus on patient care.** HANDBOOK – 2006 EDITION. World Health Organization and International Pharmaceutical Federation.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to long-term therapies: Evidence for action.** 2003. 110p. Disponível em:  
<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17054e/s17054e.pdf>. Acesso em: 20 abr 2014.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – TÓPICO GUIA

### Tópico Guia

#### - Participantes do projeto:

- O que significou participar um serviço de GTM para você?
- O que significou para você ter participado de um processo de construção e provisão de um serviço de GTM **na APS**?
- Como você se viu nesse processo, qual foi o seu papel?
- Você se sentiu preparada para isso [construir o serviço e atender pacientes do serviço GTM]? (compreender o que faltou, os desafios)
- Quais competências e habilidades você considera que são necessárias para a provisão desse serviço?
- Como foi se responsabilizar pelo cuidado do paciente?
- O que você considera importante como parte desse processo de implantação, que aspectos estão envolvidos? (pedir exemplos para ilustrar a resposta)
- Você acredita que o serviço foi realmente implantado? Como podemos saber se esse serviço foi realmente implantado? (quando eu sei que o serviço foi realmente implantado?)
- Tem algo que você considere importante ser dito?

#### - Farmacêutica do serviço:

- O que significou a chegada do GTM em seu local de trabalho?
- Qual o impacto desse serviço para sua prática no CS?
- Você acredita que o serviço de GTM é viável na rotina da APS?
- Você se sente preparada para esse serviço?

Como você vê a parceria entre a universidade e o serviço de saúde?

## APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAÇÃO E PRIORIZAÇÃO DE USUÁRIO PARA O SERVIÇO DE GTM NA APS

Equipe de Saúde da Família: \_\_\_\_\_ Membro da equipe de GTM responsável pelas informações: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ACS responsável OU Endereço: \_\_\_\_\_  
 Ciclo de vida: ( ) gestante ( ) criança ( ) adolescente ( ) adulto ( ) idoso Se sim, idoso frágil? ( ) S ( ) N  
 Em polifarmácia? ( ) S ( ) N Número de medicamentos em uso: \_\_\_\_\_  
 Condições e agravos: ( ) HAS ( ) DM I ( ) DM II ( ) em uso de insulina ( ) dislipidemia ( ) asma ( ) hipotireoidismo ( ) osteoporose  
 ( ) aids ( ) tuberculose ( ) hanseníase ( ) hepatites virais ( ) outros. Especificar: \_\_\_\_\_  
 Utilização de serviços de saúde (no último ano):  
 No. de consultas médicas no CS: \_\_\_\_\_ No. de consultas de enfermagem no CS: \_\_\_\_\_ No. de consultas com especialistas: \_\_\_\_\_  
 Número de atendimentos de urgência e emergência: \_\_\_\_\_ Número de internações hospitalares: \_\_\_\_\_  
 Observações:  
 Equipe de saúde recomenda priorizar entre os 30 primeiros? ( ) S ( ) N

Nome completo: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ACS responsável OU Endereço: \_\_\_\_\_  
 Ciclo de vida: ( ) gestante ( ) criança ( ) adolescente ( ) adulto ( ) idoso Se sim, idoso frágil? ( ) S ( ) N  
 Em polifarmácia? ( ) S ( ) N Número de medicamentos em uso: \_\_\_\_\_  
 Condições e agravos: ( ) HAS ( ) DM I ( ) DM II ( ) em uso de insulina ( ) dislipidemia ( ) asma ( ) hipotireoidismo ( ) osteoporose  
 ( ) aids ( ) tuberculose ( ) hanseníase ( ) hepatites virais ( ) outros. Especificar: \_\_\_\_\_  
 Utilização de serviços de saúde (no último ano):  
 No. de consultas médicas no CS: \_\_\_\_\_ No. de consultas de enfermagem no CS: \_\_\_\_\_ No. de consultas com especialistas: \_\_\_\_\_  
 Número de atendimentos de urgência e emergência: \_\_\_\_\_ Número de internações hospitalares: \_\_\_\_\_  
 Observações:  
 Equipe de saúde recomenda priorizar entre os 30 primeiros? ( ) S ( ) N

## APÊNDICE C – FORMULÁRIO PARA ENCAMINHAMENTO AO SERVIÇO DE GTM



Formulário para encaminhamento ao  
Serviço de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa



Paciente: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Motivo do encaminhamento:

- Uso de muitos medicamentos.
- Dificuldades de controlar os problemas de saúde em tratamento com medicamentos.
- Suspeita de reação adversa a medicamento.
- Dúvidas quanto à dose, horário, interação medicamentosa e/ou modo de uso dos medicamentos.
- Dúvidas quanto ao uso de medicamentos com acessórios (pacientes com asma que usam dispositivos inalatórios, ou diabéticos que utilizam equipamentos para medir glicose).
- Dúvidas relacionadas à aquisição dos medicamentos.

Outros motivos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data do encaminhamento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Profissional de saúde: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE D – CARTILHA SERVIÇO DE GTM



Faculdade de Farmácia da UFMG  
Departamento de Farmácia Social / Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica



### O que é o Serviço de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa?

É um serviço para orientar você, paciente, sobre o uso correto dos medicamentos e ajudá-lo a alcançar melhores resultados em seu tratamento.

### Quais benefícios posso ter participando deste serviço?

Participando, você terá o acompanhamento individualizado com o (a) farmacêutico (a) para saber mais sobre os seus medicamentos e controlar melhor seus problemas de saúde.

### Quem pode participar?

Se você se enquadra em alguma das seguintes situações, você está convidado a participar!

- Faz uso de muitos medicamentos;
- Tem alguma doença e apresenta dificuldades em controlá-la;
- Tem dúvidas quanto a dose, horário e como usar os medicamentos;
- Tem dúvidas quanto ao uso de equipamentos necessários ao tratamento (exemplo: pacientes com diabetes que fazem o uso do equipamento para medir a glicemia).

**Todos os profissionais da equipe de saúde podem encaminhá-lo.  
Você também pode solicitar o agendamento na recepção da unidade de saúde.**

### Como funciona o Serviço de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa?

- Na primeira consulta, o(a) farmacêutico(a) coleta dados gerais sobre você, sua saúde e os medicamentos em uso.
- Nos próximos dias o(a) farmacêutico(a) se reúne com a equipe de saúde e estuda todas as informações coletadas e verifica, por exemplo:



Qual o melhor horário para tomar o medicamento?



A dose está correta?  
O modo de uso está correto?



Há alguma interação de medicamentos?

Nas consultas seguintes, o(a) farmacêutico(a) lhe fornece as orientações necessárias para que seu tratamento com medicamentos seja o melhor possível.

**O(a) farmacêutico(a) está aqui para tirar suas dúvidas e te ajudar a obter os melhores resultados com seus medicamentos!**















## APÊNDICE F – CARTILHA COM INFORMAÇÕES SOBRE DIABETES

### O que é Diabetes?

É uma doença em que o pâncreas não produz insulina em quantidade suficiente ou o organismo não a utiliza da forma adequada.

O Pâncreas é uma glândula do nosso organismo que produz hormônios, um deles é a insulina. A Insulina funciona como uma chave que abre as células para a entrada de glicose. A Glicose é o açúcar e funciona como fonte de energia para nosso corpo, mas para produzir energia a glicose deve estar dentro das células.

No paciente que convive com diabetes, como há falta de insulina ou ela não funciona perfeitamente, a glicose não consegue entrar nas células e se acumula no sangue, levando ao que chamamos de HIPERGLICEMIA.

### Tipos de Diabetes?

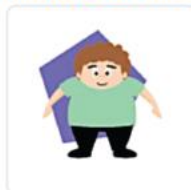
#### TIPO 1

Ocorre devido a destruição de células do pâncreas produtoras de insulina, por causas próprias do organismo, o que chamamos de causas autoimunes. Nesse tipo de Diabetes, o tratamento com insulina é sempre necessário.

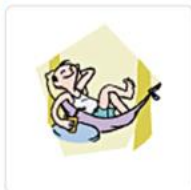
#### TIPO 2

Nesse tipo de Diabetes ainda há produção de insulina, mas muitas vezes ela não funciona adequadamente. O tratamento envolve medicamentos orais e pode ser necessário o uso de insulina.

### Fatores de risco



Excesso de peso



Sedentarismo



Hipertensão arterial



Parentes com diabetes

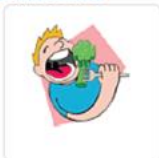


Idade igual ou maior que 45 anos

### Sintomas do Diabetes



Cansaço



Fome excessiva



Perda de peso



Sede excessiva



Urina frequente



Visão turva

## APÊNDICE G – CARTILHA COM INFORMAÇÕES SOBRE HIPERTENSÃO



Faculdade de Farmácia da UFMG  
Departamento de Farmácia Social / Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica



### O que é hipertensão arterial sistêmica?

A Hipertensão Arterial Sistêmica (também conhecida como pressão alta) é o aumento persistente da pressão arterial, igual ou maior que 140 por 90 mmHg (14 por 9 mmHg).

A pressão aumenta por vários motivos, mas principalmente pela contração dos vasos em que o sangue circula. O coração e os vasos podem ser comparados a uma torneira aberta ligada a uma mangueira. Se fecharmos a ponta da mangueira, a pressão lá dentro aumenta. O mesmo ocorre quando o coração bombeia o sangue. Se os vasos são estreitados, a pressão sobe.

### Quais complicações a hipertensão arterial sistêmica pode trazer?

A pressão alta ataca os vasos, coração, rins e cérebro. Os vasos são recobertos internamente por uma camada muito fina e delicada, que é machucada quando o sangue está circulando com pressão elevada. Com isso, os vasos se tornam endurecidos e estreitados podendo, com o passar dos anos, entupir ou romper. Quando o entupimento de um vaso acontece no coração, causa a angina que pode ocasionar um infarto. No cérebro, o entupimento ou rompimento de um vaso leva ao "derrame cerebral" ou "AVC". Nos rins podem ocorrer alterações na filtração até a paralisação dos órgãos. Todas essas situações são muito graves e podem ser evitadas com o tratamento adequado.

### Quais são os sintomas da hipertensão arterial sistêmica?

A maioria das pessoas com pressão alta não apresentam nenhum sintoma no início da doença, por isso ela é chamada de "inimiga silenciosa". A única forma de saber se a pressão está alta é verificar regularmente os seus valores, o que pode ser feito no centro de saúde.

### Sou hipertenso. O que devo fazer?

- Mantenha o peso adequado;
- Tenha uma alimentação saudável;
- Diminua o sal da comida;
- Pratique atividades físicas;
- Tome os medicamentos conforme a orientação do médico e farmacêutico;
- Diminua ou abandone o consumo de bebidas alcoólicas;
- Evite o estresse.

## **APÊNDICE H – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** **Estudantes, docentes e profissionais de saúde (pesquisa qualitativa)**

#### **Pesquisa:**

#### **RESULTADOS CLÍNICOS, ECONÔMICOS, ASPECTOS HUMANÍSTICOS, CULTURAIS E EDUCACIONAIS DE SERVIÇOS DE GERENCIAMENTO DA TERAPIA MEDICAMENTOSA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Você está sendo convidado (a) a participar deste estudo sobre o serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa (GTM) implantado na unidade de saúde em que você trabalha, leciona ou estuda. O objetivo do estudo é a compreensão dos aspectos humanísticos, culturais e educacionais envolvidos na construção, sistematização coletiva e processos de formação no serviço de GTM em ambiente multiprofissional.

Ao concordar em participar da pesquisa, você estará concordando em participar de entrevistas, grupos focais ou da elaboração de diário de campo sobre sua experiência com aspectos relacionados ao serviço de GTM. As entrevistas e os grupos focais serão realizados em local que garanta sua privacidade e sigilo. Toda a informação obtida é considerada confidencial e a sua identificação será mantida como informação sigilosa.

Esses procedimentos poderão lhe trazer como riscos o desconforto ou constrangimento, os quais poderão ser evitados ou minimizados pela sua liberdade em não responder ou escrever sobre assuntos que sejam propostos.

Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e, então, retirar-se da pesquisa sem nenhum dano, prejuízo ou constrangimento. Você não será prejudicado em seu vínculo profissional/acadêmico caso decida por não participar. É importante esclarecer ainda que a sua participação será isenta de qualquer despesa ou

outro ônus. Poderá ocorrer reembolso de gastos decorrentes de sua participação na pesquisa e a reparação de possíveis danos que eventualmente possam ser gerados.

Os benefícios diretos aos sujeitos da pesquisa serão a compreensão de aspectos relevantes do processo de implantação, sistematização e formação no serviço de GTM, de forma a contribuir para melhorias contínuas e para novas experiências com o mesmo escopo. Não haverá incentivos financeiros ou outros bônus para sua participação na pesquisa.

Suas informações são muito valiosas para o desenvolvimento desta pesquisa.

-----

Estou ciente que meus dados serão tratados com absoluta segurança para garantir a confidencialidade, privacidade e anonimato.

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.

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Assinatura:.....

**Pesquisador responsável**

Eu, Djenane Ramalho de Oliveira, responsável pelo projeto acima descrito, declaro que obtive espontaneamente o consentimento deste sujeito 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:**

Profa. Dra. Djenane Ramalho de Oliveira – telefone: 31 3409-6858

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

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Endereço completo: Rua Frederico Bracher Júnior, 103 / 3º andar / sala 02 – Padre Eustáquio – Belo Horizonte, MG – Brasil, CEP: 30720-000. Telefone: 3277-5309