

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

DÉLCIA REGINA DESTRO

**CUIDADO FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE EM BELO HORIZONTE: um processo em construção**

Belo Horizonte
2020

DÉLCIA REGINA DESTRO

**CUIDADO FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM
BELO HORIZONTE: um processo em construção**

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

Orientadora: Professora Dra. Clarice Chemello
Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais,
Brasil

Coorientadora: Professora Dra. Maria José Menezes Brito
Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais,
Brasil

Belo Horizonte
2020

D477c Destro, Délcia Regina.
Cuidado farmacêutico na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte: um processo em construção / Délcia Regina Destro. – 2020.
178 f. : il.

Orientadora: Clarice Chemello.
Coorientadora: Maria José Menezes Brito.

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

1. Atenção farmacêutica – Teses. 2. Farmacêutico e paciente – Teses. 3. Assistência Farmacêutica – Teses. 4. Atenção Primária à Saúde – Teses. 5. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Teses. I. Chemello, Clarice. II. Brito, Maria José Menezes. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Farmácia. IV. Título.

CDD: 362.1042

Elaborado por Aline Guimarães Amorim – CRB-6/2292



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA
FOLHA DE APROVAÇÃO

CUIDADO FARMACÉUTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM BELO HORIZONTE: UM PROCESSO EM CONSTRUÇÃO

DÉLCIA REGINA DESTRO

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

Aprovada em 09 de setembro de 2020, pela banca constituída pelos membros:

Profa. Clarice Chemello - Orientador (FAFAR-UFMG)
Profa. Maria José Menezes Brito - Coordenadora (Escola de Enfermagem-UFMG)
Profa. Denise Bueno (UFRGS)
Profa. Djenane Ramalho de Oliveira (FAFAR-UFMG)
Profa. Marina Guimarães Lima (FAFAR-UFMG)
Profa. Marení Rocha Farias (UFSC)



Documento assinado eletronicamente por Djenane Ramalho de Oliveira, Professora do Magistério Superior, em 09/09/2020, às 18:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por Denise Bueno, Usuário Externo, em 09/09/2020, às 19:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por Clarice Chemello, Servidor(a), em 09/09/2020, às 22:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por Marení Rocha Farias, Usuário Externo, em 10/09/2020, às 09:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por Maria Jose Menezes Brito, Professora do Magistério Superior, em 10/09/2020, às 15:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por Marina Guimaraes Lima, Professora do Magistério Superior, em 10/09/2020, às 15:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 0208801 e o código CRC 5DFC7F3F.

Dedico este trabalho a todos os envolvidos no processo de construção do Sistema Único de Saúde, da Assistência Farmacêutica e do Cuidado Farmacêutico, que consiste em uma prática ancorada na filosofia profissional centrada no paciente.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por direcionar minha existência.

Aos meus pais e irmãos, por terem mostrado a importância da busca de um ideal.

Às professoras Clarice Chemello, orientadora, pelo aprendizado e conhecimento compartilhado, e Maria José Menezes Brito, da Escola de Enfermagem da UFMG, coorientadora, pelas contribuições e por agregar valor às discussões.

À professora Cláudia Maria de Mattos Penna (Escola de Enfermagem – UFMG), por ter propiciado o despertar de outros olhares diante de minha prática profissional, por meio da metodologia qualitativa durante o mestrado e pelas contribuições iniciais para delineamento do projeto do doutorado.

À Vicencina Maria da Costa Val (Gerência de Medicamentos - GEMED), Ana Emília de Oliveira Ahouagi (Gerente de Assistência Farmacêutica e Insumos Essenciais – GAFIE), pela condução exemplar da Política de Assistência Farmacêutica Municipal, extensivo aos Gerentes das Farmácias Regionais e a todos farmacêuticos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, pelo aprendizado contínuo na implantação e consolidação da Assistência Farmacêutica Integral no município.

À Ewerton Lamounier Júnior (Diretor Regional de Saúde Leste) pelo apoio e incentivo durante o doutorado e a todos os gerentes da Regional Leste pelas parcerias constantes, que propiciam crescimento profissional e pessoal.

À Simone Alves do Vale (Farmácia Regional Noroeste) pelas contribuições durante o levantamento dos dados relativos ao perfil sociodemográfico, funcional, formativo dos farmacêuticos e às atividades desempenhadas, e pela coautoria no primeiro artigo.

À Barbara Betsy Rodrigues Martins pela contribuição na realização das entrevistas com os pacientes, que resultou em seu trabalho de Conclusão do Curso de Farmácia na UFMG e no segundo artigo desta tese, e pela condução das entrevistas com os farmacêuticos. À Danielle de Araújo Moreira por ter colaborado na redação do artigo dos pacientes.

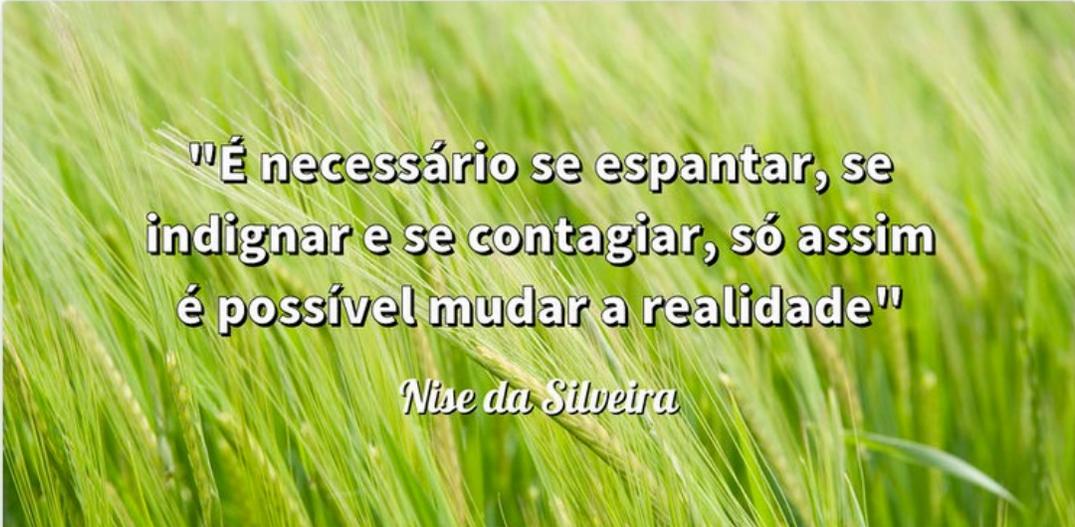
Ao Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica da Faculdade de Farmácia da UFMG e à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte pela oportunidade de crescimento e amadurecimento profissional.

À equipe do Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica da UFMG, pelas contribuições ao compartilhar as experiências teóricas e práticas. Agradeço em especial à professora Djenane Ramalho de Oliveira pelas contribuições durante as disciplinas em Atenção Farmacêutica e pesquisa qualitativa, e à professora Simone de Araújo Medina Mendonça pelas contribuições durante as disciplinas e nos dois últimos artigos sobre formação e prática do Cuidado Farmacêutico.

Aos amigos imprescindíveis, próximos ou distantes, que me acompanham incondicionalmente.

Agradeço a todos os envolvidos em cada etapa da pesquisa, farmacêuticos, pacientes, gerentes das unidades de saúde, sem os quais nada seria concretizado.

O meu muito obrigada!

A close-up photograph of green grass with a quote overlaid. The grass is vibrant green and appears to be blowing in the wind, creating a sense of movement. The quote is centered and written in a bold, white font with a black outline.

"É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade"

Nise da Silveira

DESTRO, Délcia Regina. *Cuidado farmacêutico na atenção primária à saúde em Belo Horizonte: um processo em construção*. 2020. 176 f. Tese (Doutorado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.

RESUMO

Esta tese retrata a experiência da inserção do farmacêutico na Atenção Primária à Saúde, a qual é um processo em construção. Para tanto foi desenvolvido um estudo de caso, com abordagem qualitativa, cujo objetivo foi descrever o Cuidado Farmacêutico no contexto da Atenção Primária à Saúde no município de Belo Horizonte, na perspectiva dos farmacêuticos e pacientes. Farmacêuticos e pacientes dos Centros de Saúde de Belo Horizonte compuseram a amostra do estudo realizado entre maio de 2016 a abril de 2017. A pesquisa foi desenvolvida em três etapas: na primeira, 50 farmacêuticos atuantes na Atenção Primária à Saúde responderam a um questionário semiestruturado abordando aspectos relacionados ao seu perfil sociodemográfico, profissional e formativo, e sobre as atividades desenvolvidas. Para a segunda etapa, a partir desses dados, identificaram-se seis farmacêuticos que realizavam acompanhamento farmacoterapêutico com a utilização de um método validado na literatura. A esses seis foi solicitada a indicação de pacientes, dos quais 12 foram entrevistados individualmente para entender sua experiência com o Cuidado Farmacêutico. Na terceira etapa, os nove farmacêuticos que assinalaram desenvolver o acompanhamento farmacoterapêutico na primeira etapa foram entrevistados individualmente sobre o processo de trabalho na APS. Observou-se que o Cuidado Farmacêutico ainda é um desafio a ser enfrentado, principalmente devido à demanda de atividades gerenciais e à deficiência na formação para o cuidado, necessitando-se reorganizar os processos de trabalho e as diretrizes institucionais para a ampliação do acesso aos serviços farmacêuticos centrados no paciente. Os pacientes demonstraram-se satisfeitos com o serviço de acompanhamento farmacoterapêutico devido à relação com o farmacêutico, e desejavam sua continuidade. Cabe destaque aos aspectos relativos à formação dos farmacêuticos, constatando-se que o profissional identifica suas deficiências na formação para o cuidado e busca supri-las com aprendizado complementar à academia e com a própria prática. Destaca-se o processo de transformação profissional ao assimilar os pressupostos de prática farmacêutica. Ao falar sobre sua prática, os farmacêuticos ressaltaram que, ao aprimorar o raciocínio clínico com a prática, é possível perceber/reconhecer seu papel como cuidador ao identificar as necessidades do paciente. Os resultados permitem inferir que o desconhecimento e, às vezes, a percepção de outros profissionais, muda à medida que os farmacêuticos realizam o atendimento e dão a devolutiva à equipe, esclarecendo sua contribuição no cuidado ao paciente. Ao realizar o acompanhamento farmacoterapêutico, o farmacêutico se aproximou dos pacientes e demais membros das equipes, ampliando o seu papel no cuidado, legitimando sua competência, sendo reconhecido pelo trabalho. Espera-se que esta tese seja subsídio para a sistematização e implementação da prática do Cuidado Farmacêutico no Sistema Único de Saúde, para o resgate do papel social e da identidade do farmacêutico junto aos profissionais das equipes e população. Ademais, que possa sensibilizar gestores e contribuir para as adequações curriculares necessárias para o ensino farmacêutico relacionadas ao Cuidado Farmacêutico, sob a ótica do cuidado centrado no paciente.

Palavras-chave: Cuidado farmacêutico. Experiência dos pacientes. Formação farmacêutica. Assistência farmacêutica. Atenção primária à saúde. Sistema Único de Saúde.

DESTRO, Délcia Regina. *Pharmaceutical care in primary health care in Belo Horizonte: a construction process*. 2020. 176 f. Thesis (Degree of Doctor of Medicine and Pharmaceutical Assistance). Faculty of Pharmacy, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.

ABSTRACT

This thesis portrays the experience of the pharmacist insertion in Primary Health Care, which is a process under construction. It is a case study with a qualitative approach, whose objective was to describe Pharmaceutical Care in the context of Primary Health Care in the city of Belo Horizonte, from the perspective of pharmacists and patients. Pharmacists and patients of the Belo Horizonte Health Centers made up the study sample, carried out between May 2016 and April 2017. The research was developed in three stages: in the first 50 pharmacists working in Primary Health Care answered a semi-structured questionnaire addressing aspects related to their socio-demographic, professional and training profile, and about the activities developed. From these data, six pharmacists were identified who performed pharmacotherapeutic follow-up using a method validated in the literature. These six were asked to refer patients, who twelve were interviewed individually to understand their experience with pharmaceutical care. In the third, the nine pharmacists who reported developing pharmacotherapeutic follow-up in the first stage were interviewed individually about the work process in Primary Health Care. It was observed that pharmaceutical care is still a challenge to be faced, mainly due to the demand for managerial activities and the deficiency in training for care, needing to reorganize the work processes and institutional guidelines for expanding access to pharmaceutical services focused on the patient. Patients reported recognizing the pharmacist as a guide and encourager in the treatment process, showing satisfaction and desire for the service continuity. It is important to highlight aspects related to the training of pharmacists, noting that the professional identifies his deficiencies in training for care and seeks to supply them with complementary learning and with his own practice. The professional transformation process stands out when assimilating the assumptions of pharmaceutical practice. When talking about their practice, pharmacists stressed that by improving clinical reasoning with practice, it is possible to perceive / recognize their role as a caregiver in identifying the patient's needs. The results allow us to infer that the unfamiliarity and, sometimes, the perception of other professionals, changes as the pharmacists perform the service and give feedback to the team, clarifying their contribution to patient care. When performing pharmacotherapeutic follow-up, the pharmacist approached patients and other team members, expanding their role in care, legitimizing their competence, being recognized for their work. This thesis is expected to be a subsidy for the systematization and implementation of the practice of Pharmaceutical Care in the Unified Health System, for the rescue of the social role and the identity of the pharmacist with the professionals of the teams and the population. Furthermore, it can sensitize managers and contribute to the curricular adjustments necessary for pharmaceutical teaching related to Pharmaceutical Care, from the perspective of patient-centered care.

Keywords: Pharmaceutical care. Patient experience. Pharmaceutical formation. Pharmaceutical assistance. Primary health care. Unified Health System.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
CFR	Conselho Federal de Farmácia
CRF-MG	Conselho Regional de Farmácia de Minas Gerais
CS	Centro de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DeCs	Descritores em Ciências da Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GEMED	Gerência de Medicamentos
GEASF	Gerência de Assistência Farmacêutica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Nasf	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PFC	Paciente, família e comunidade
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PRM	Problemas relacionados ao uso de medicamentos
SMSA-BH	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
SUS	Sistema Único de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
URM	Uso Racional de Medicamentos

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	11
1.1	Motivações para o estudo.....	11
1.2	Introdução.....	13
1.3	Referencial teórico.....	16
1.3.1	Assistência Farmacêutica no SUS.....	16
1.3.2	O farmacêutico no Nasf-APS.....	18
1.3.3	Serviços farmacêuticos destinados ao paciente, à família e à comunidade.....	23
1.3.4	Cuidado Farmacêutico / Atenção Farmacêutica.....	24
1.3.4.1	Método clínico centrado no paciente.....	27
1.3.4.2	Processo de Cuidado Farmacêutico	28
1.3.4.3	Formação para o Cuidado Farmacêutico	31
1.3.5	Assistência Farmacêutica integral em Belo Horizonte.....	34
2	OBJETIVOS.....	38
2.1	Objetivo geral.....	38
2.2	Objetivos específicos.....	38
3	METODOLOGIA.....	39
3.1	Local do estudo.....	40
3.2	Participantes do estudo.....	41
3.3	Coleta de dados.....	42
3.3.1	Procedimentos para coleta de dados por participante.....	42
3.4	Análise dos dados.....	43
3.5	Rigor metodológico.....	43
3.6	Aspectos éticos.....	44
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	45
4.1	Artigo de resultados 1: “Desafios para o Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária à Saúde”	45
4.2	Artigo de resultados 2: “Acompanhamento farmacoterapêutico na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte na perspectiva dos pacientes”	70
4.3	Artigo de resultados 3: “A formação para o Cuidado Farmacêutico na atenção primária à saúde na perspectiva dos farmacêuticos”	90
4.4	Artigo de resultados 4: “Perspectivas de farmacêuticos sobre a prática do cuidado: a experiência na Atenção Primária à Saúde em um município brasileiro”	109
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	140
	REFERÊNCIAS.....	143
	APÊNDICES.....	150
	ANEXOS.....	166

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1. 1. Motivações para o estudo

A motivação para a realização desta pesquisa emergiu de indagações, inquietações e anseios referentes à implementação do Cuidado Farmacêutico na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH). O interesse pela temática está relacionado com a minha trajetória acadêmica e profissional, a qual será brevemente descrita neste tópico.

Formada em Farmácia com habilitação em Análises Clínicas pela Universidade Federal de Ouro Preto em agosto de 1988, iniciei minha trajetória profissional como Bioquímica em um hospital, onde permaneci por aproximadamente dois anos. Em 1990, em Belo Horizonte, iniciei a experiência em drogaria, tendo desenvolvido esta atividade durante onze anos. Em março de 1994, iniciei o Curso de Especialização em Saúde Pública – Área de concentração – Medicamentos da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e, em julho do mesmo ano, fui chamada para trabalhar na SMSA-BH, como farmacêutica na área de medicamentos no nível central. Em 2001 fui transferida para uma Farmácia Regional e em 2002 assumi integralmente a função em saúde pública. Passei a trabalhar, então, na Farmácia Regional desenvolvendo ações de supervisão da Assistência Farmacêutica nos Centros de Saúde (CS), em conjunto com a gerência da Farmácia Regional e um Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM), ampliando minha experiência e me aproximando do cuidado. Em 2008 assumi a gerência de uma Farmácia Regional, avançando na experiência em gestão de serviços de saúde.

Minhas experiências como Farmacêutica do CERSAM e das farmácias dos CS, resultaram na realização do mestrado em 2009, cuja dissertação foi intitulada “Terapêutica medicamentosa e suas implicações para os portadores de transtornos mentais: uma via de mão dupla”. Neste trabalho foi desenvolvido um estudo de caso, qualitativo, fundamentado nos pressupostos da Sociologia Compreensiva. O objetivo do estudo foi compreender a adesão à terapia medicamentosa na perspectiva do portador de transtorno mental e do familiar/cuidador. Entretanto, nesta ocasião, o número de farmacêuticos era ainda reduzido e as intervenções priorizadas estavam voltadas para a informatização das farmácias nos pontos de atenção e outras demandas técnico-gerenciais, onde se constatava a lacuna em relação ao Cuidado Farmacêutico, cujo foco é o paciente, em detrimento ao acesso ao medicamento.

Ainda, visando a adequação às novas exigências para o trabalho, tive a oportunidade de participar da elaboração de instrumentos voltados para a formação profissional, oferecidos pelo Ministério da Saúde em parceria com universidades. Dentre eles destacam-se o curso “Farmacêuticos na Atenção Básica/Primária à Saúde: Trabalhando em Rede”, promovido pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e o curso de especialização para farmacêuticos em Gestão da Assistência Farmacêutica, em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e Universidade Aberta do SUS (UNASUS). Participei das “Oficinas de Qualificação da Atenção Primária” realizados pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais e a SMSA-BH. E também os cursos: Curso Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica e Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: Aplicação do Método Clínico, promovidos em parceria pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz, SUS e Ministério da Saúde em 2019.

Desse modo, minha trajetória formativa e profissional foi direcionada com base nos avanços e oportunidades da Assistência Farmacêutica em diversos níveis institucionais e do SUS, fruto da busca incessante da construção e fortalecimento contínuos, somando-se à trajetória de diversos atores envolvidos e comprometidos com esse propósito. Atualmente encontro-me no exercício da função gerencial em uma das Farmácias Regionais. Sou membro da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) e do Comitê do Cuidado Farmacêutico da SMSA-BH.

Neste contexto, destaco alguns problemas que foram elencados em uma oficina sobre Assistência Farmacêutica municipal, realizada no final de 2015, em parceria com a Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica e Medicamentos Estratégicos / Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos / Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde (CGAFME/DAF/SCTIE) / Ministério da Saúde: a não sistematização das ações assistenciais desenvolvidas pelos farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde (APS), bem como a indefinição dos indicadores de monitoramento e avaliação da Assistência Farmacêutica. Desta forma, evidenciamos as dificuldades quanto ao planejamento, monitoramento e avaliação do serviço (BELO HORIZONTE, 2015).

Outro problema identificado estava relacionado ao número insuficiente de farmacêuticos para rede SUS/BH, sendo que um profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) é referência para mais de uma unidade de saúde. Desta forma, constatou-se um desequilíbrio na agenda do farmacêutico para desenvolver todas as atividades técnico-gerenciais e assistenciais, necessárias na APS. A proposta, que continua em andamento, foi de buscar a ampliação gradual do número dos profissionais, bem como aumento da carga horária por CS (BELO HORIZONTE, 2015).

Outra questão diz respeito ao reconhecimento do trabalho do farmacêutico somente nas ações administrativas pelos profissionais das unidades de saúde, ou mesmo, a compreensão distorcida do papel do farmacêutico na questão da assistência, gerando poucos encaminhamentos das equipes da Estratégia de Saúde da Família para o farmacêutico do Nasf (BELO HORIZONTE, 2015).

Dando continuidade às ações para qualificar a Assistência Farmacêutica no município, em 2016 a GEASF/SMSA-BH, ainda em parceria com o CGAFME/DAF/SCTIE/Ministério da Saúde, fez o diagnóstico da situação naquele momento, com foco no Cuidado Farmacêutico, a partir do qual foi construído um plano de ação empregando-se o Planejamento Estratégico Situacional (BELO HORIZONTE, 2016).

Neste contexto este Plano de Trabalho consistiu, portanto, em levantarmos dados relativos à atuação dos farmacêuticos que vêm desenvolvendo as atividades na APS, no sentido de contribuir para sistematização e implementação da prática do Cuidado Farmacêutico na APS na rede SUS-BH. Devemos considerar, também, que é imprescindível inserir práticas avaliativas para fortalecer o processo de gestão, acompanhamento das ações e da evolução do trabalho. Também se torna necessário construir instrumentos, mecanismos de controle e avaliação, além de indicadores de gestão, para melhoria contínua dos processos de trabalho.

Assim, esta tese assume relevância especial por representar o registro da experiência da inserção do farmacêutico na APS, que podemos considerar um processo em construção, de resgate do seu papel social e de sua identidade junto aos profissionais das equipes e população.

1. 2 Introdução

A segunda metade do século XX caracterizou-se pela transformação no papel do farmacêutico como profissional da área da saúde. A partir do final dos anos 1980, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua nova concepção de saúde, priorizando a prevenção e a promoção, fez-se necessária a mudança do perfil do profissional farmacêutico com consequente retomada de sua responsabilidade e habilidade como profissional da saúde coletiva (SATURNINO *et al.*, 2012).

A tripla carga de doenças, o aumento de casos diagnosticados de doenças crônicas não transmissíveis, aliados ao envelhecimento populacional têm acarretado o aumento da utilização de medicamentos, requerendo orientação no controle de enfermidades. Deficiências na informação prestada ao usuário conduzem ao risco de morbimortalidade relacionada à utilização de medicamentos (BRASIL, 2019a), que por sua vez, constitui um problema de saúde pública no Brasil, com impacto sobre a sociedade e sobre os sistemas de saúde (SOUZA *et al.*, 2014).

O avanço da ciência e a inovação tecnológica no desenvolvimento de medicamentos tem contribuído de forma efetiva para o controle das doenças, melhoria na qualidade de vida de indivíduos com doenças crônicas e aumento na expectativa de vida (BRASIL, 2014). Sob influência desses fatores, entre outros, o Brasil apresentou taxa de envelhecimento populacional em crescimento, com segmento de indivíduos considerados idosos (idade ≥ 60 anos). Os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (Pnad Contínua) - Características dos Moradores e Domicílios - registraram em 2012 que os idosos com 60 anos ou mais de idade representavam 12,8% da população residente total, passando para 15,4% em 2018. Em 2012, a população com 60 anos ou mais era de 25,4 milhões. Os 4,8 milhões de novos idosos em cinco anos correspondem a um crescimento de 18% desse grupo etário, que tem se tornado cada vez mais representativo no Brasil. As mulheres são maioria expressiva nesse grupo, com 16,9 milhões (56% dos idosos), enquanto os homens idosos são 13,3 milhões (44% do grupo) (IBGE, 2018).

O uso incorreto e abusivo de medicamentos pode propiciar a ocorrência de óbitos por intoxicação, nesse sentido, dados divulgados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que a morbidade e a mortalidade causadas por medicamentos estão entre os principais problemas de saúde, quadro que começa a ser reconhecido pelos profissionais de saúde e pela sociedade (MOTA *et al.*, 2012). É notória a necessidade de organização da Assistência Farmacêutica (incluída a prática da farmácia clínica), visto os prejuízos inclementes causados à saúde de várias populações e, também, aos cofres públicos e privados, decorrentes de problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM) (MENDES, 2012).

A Assistência Farmacêutica passou por alterações profundas ao longo dos últimos trinta anos, assim devemos considerar que o último decênio de 2008 aos dias atuais traz antigos e novos desafios. O fortalecimento no modelo de Atenção Primária à Saúde (APS), pela expansão da Estratégia da Saúde da Família (ESF) introduziu, via Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), ações relativas à organização das atividades de Assistência Farmacêutica. Isso permitiu

integração dos farmacêuticos com os demais profissionais de saúde, com possibilidade de ações, dentre outras, como as voltadas ao uso apropriado de medicamentos, como exemplo do cuidado integral (BERMUDEZ *et al.*, 2018).

Neste sentido, a inserção do farmacêutico, na APS, especialmente no Nasf, por meio de ações relacionadas ao Cuidado Farmacêutico, pretende qualificar a atenção integral aos usuários por meio de sua prática clínica e, também, potencializar ações realizadas pelos demais profissionais no que se refere ao uso racional de medicamentos (URM), seja no âmbito da promoção, da prevenção ou da reabilitação em saúde (BRASIL, 2014).

O conceito do Cuidado Farmacêutico foi proposto por Hepler e Strand em 1990 e desenvolvido como prática profissional por Cipolle, Strand e Morley em 2012, para atender à necessidade social por um uso indicado, efetivo, seguro e conveniente de medicamentos, tem sido amplamente reconhecida como a filosofia de prática da profissão da farmácia. Neste sentido, a profissão tem sido redefinida como uma prática com responsabilidade direta e manifesta pelo cuidado centrado no paciente (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012). No Brasil, o histórico da profissão farmacêutica evidencia a influência de interesses comerciais no abandono da farmácia por parte do profissional e na perda da relação farmacêutico-paciente. Neste sentido, o Cuidado Farmacêutico incorpora elementos característicos do sistema de saúde brasileiro que contribuem para o redirecionamento da prática farmacêutica brasileira (ANGONESI; SEVALHO, 2010).

Para que este profissional assuma novas funções e responsabilidades é necessário que ele tenha preparação especial, novos conhecimentos, habilidades distintas e um sistema de valores fundamental para o desenvolvimento da prática de cuidados farmacêuticos centrados no paciente (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012). Desse modo, Angonesi e Sevalho (2010) destacam que quando o farmacêutico assume a responsabilidade pelo cuidado do paciente, direcionando as suas ações pelo estabelecimento de uma relação terapêutica de respeito e confiança, reafirma o seu papel na equipe de saúde e revela seu valor social.

Devemos considerar, também, a estrutura organizacional do serviço. Mendes (2012) considera que a introdução da farmácia clínica muda o papel do farmacêutico que, de um profissional que lida com medicamentos, passa a ser membro de uma equipe multiprofissional de saúde, interagindo com os demais profissionais e relacionando-se com os indivíduos, suas famílias e a comunidade, de forma que gere vínculos permanentes, com base no acolhimento e na humanização das práticas clínicas.

Em consonância com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o Ministério da Saúde (MS) e o Conselho Federal de Farmácia (CFF), a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH) trabalha para ampliar as ações do farmacêutico de forma integrada, tendo por objetivo o cuidado integral do usuário, além do acesso aos medicamentos de maneira contínua e regular (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS, 2013; CFF, 2015; 2016; BELO HORIZONTE, 2018a; BRASIL, 2014; 2018).

Embora as atividades assistenciais já aconteçam na SMSA/BH, estas são fragmentadas e não homogêneas necessitando que sejam estruturadas adequadamente. Assim, o desenvolvimento e a aplicação de tecnologias para os serviços clínicos farmacêuticos são prementes (BELO HORIZONTE, 2018a). Devemos considerar que a inserção do farmacêutico na APS, com perspectiva de fortalecimento da sua integração à equipe, tem sido impulsionada pelas recentes mudanças institucionais e normativas no cenário nacional e se configura como um processo em construção (BARBERATO; SCHERER; LACOURT, 2019).

Percebeu-se, portanto, a necessidade de contribuir para organização do serviço, do processo de trabalho do farmacêutico no contexto multiprofissional, com enfoque interdisciplinar para atingirmos um dos objetivos nobres da profissão, qual seja, o Cuidado Farmacêutico. Considerando a evolução da profissão farmacêutica em relação à saúde pública, parte-se do pressuposto que novas exigências surgiram em relação à qualificação do profissional, no desenvolvimento das atividades técnico-gerenciais e assistenciais. Tendo em vista o exposto, a questão norteadora do presente estudo foi compreender como o Cuidado Farmacêutico vem sendo implementado na APS em Belo Horizonte, Minas Gerais.

1.3 Referencial teórico

1.3.1 Assistência Farmacêutica no SUS

A inclusão da Assistência Farmacêutica como uma responsabilidade do SUS pode ser chamada de ressurgimento da Assistência Farmacêutica no Brasil, não obstante a sua concepção tivesse características bastante inovadoras ao ponto de podermos classificá-la como um fato inédito em nossa história. Este fato influenciou acontecimentos importantes no país, como a edição da Política Nacional de Medicamentos (PNM) (BRASIL, 1998), da Lei dos Genéricos (BRASIL,

1999), da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) (2004), entre outros avanços políticos para área (SATURNINO *et al.*, 2012).

Ainda que o termo Serviços Farmacêuticos (Sefar) tenha historicamente se originado da tradução de *pharmaceutical services*, do inglês, ou de *servicios farmacêuticos*, do espanhol, a expressão Assistência Farmacêutica ganhou maior abrangência no Brasil, e seu conceito incluiu aspectos como pesquisa, desenvolvimento de produtos, produção de fármacos etc. Dessa maneira, no Brasil, conceitos distintos de AF e Sefar têm sido adotados, entendendo Sefar como um conjunto de ações contidas na AF, que envolvem atividades e processos mais relacionados às unidades e aos serviços de saúde (CANO; VERA; MARQUES DA CRUZ, 2015).

No sentido de enfatizar o cuidado às pessoas, de acordo com a Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Saúde, que aprovou a PNAF, o conceito de Assistência Farmacêutica foi reformulado, sendo considerada como:

“um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.” (BRASIL, 2004).

De acordo com a PNAF, a Assistência Farmacêutica no SUS deve ser entendida como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, tendo como alguns dos seus eixos estratégicos a manutenção e a qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica na rede pública de saúde, a qualificação de recursos humanos, bem como a descentralização das ações (BRASIL, 2015).

É notório que, no SUS, a estruturação da Assistência Farmacêutica começou de forma tardia e com descompasso entre os seus componentes técnico (seleção, prescrição, dispensação e uso) e logístico (programação, aquisição, armazenamento e distribuição). Se de um lado os programas para oferta de medicamentos começaram a se organizar efetivamente após 10 anos da criação do SUS, por outro, os esforços para a reorientação da Assistência Farmacêutica são ainda mais recentes (VIEIRA, 2008).

Identificam-se desafios importantes para a garantia da integralidade da assistência terapêutica e farmacêutica no SUS. Esses desafios estão relacionados às práticas profissionais, à

organização das ações e serviços e à resposta governamental para problemas de saúde ou para tratamento de grupos populacionais específicos (VIEIRA, 2017). Isso exige dos governos ações estruturantes e eficiência no uso dos recursos disponíveis, a fim de que os problemas existentes sejam superados (BERMUDEZ *et al.*, 2018).

Neste sentido, ao analisarmos o cenário histórico após 30 anos do SUS e 20 anos da PNM, a Assistência Farmacêutica historicamente se constituiu como uma área de suprimentos e logística, voltada ao apoio das ações e serviços de saúde, com baixa inserção às práticas sociais de cuidado e prestação de serviços farmacêuticos, dirigidas ao uso correto de medicamentos. Isso remonta aos desafios de se pensar que a reorientação é um movimento contínuo, vivo e de transformação positiva da realidade e não finita na norma (BERMUDEZ *et al.*, 2018).

Ao longo dos anos, a APS vem assumindo papel relevante no processo de construção do SUS, como coordenadora do cuidado no seu território. Nesse contexto, é necessário que as ações desenvolvidas na Assistência Farmacêutica, que devem integrar as ações de atenção à saúde, acompanhem esse processo, capacitando-se para atender às novas demandas que essa realidade impõe (BRASIL, 2015).

1.3.2 O farmacêutico no Nasf-APS

Para qualificar e ampliar o escopo de ações da APS, em 2008, por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) (BRASIL, 2008), que posteriormente recebeu a denominação de Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf AB), com a publicação da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, a qual estabeleceu as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica na Rede de Atenção à Saúde.

No presente trabalho foi adotado o termo Atenção Primária à Saúde (APS) por entender primeiramente que a PNAB considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde, em suas concepções, como termos equivalentes (BRASIL, 2017). Ademais, segundo as pontuações de Giovanella (2018) ambos os termos podem alinhar-se a uma proposição de sistema público universal de qualidade, embora, os sistemas públicos universais existentes preconizem uma Atenção Primária à Saúde robusta. Portanto, o emprego do termo Atenção

Primária à Saúde alinha-se a essa literatura e à experiência internacional dos sistemas universais, em consonância com o SUS.

O Nasf-APS constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na APS. É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e de APS (eAPS) (BRASIL, 2018a).

Destaca-se, neste contexto, publicação das alterações na PNAB, considerando a Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família do Ministério da Saúde, emitida no dia 27 de janeiro de 2020, que traz o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS), instituído pelo Programa Previne Brasil por meio da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 (BRASIL, 2019b). Alguns instrumentos normativos foram revogados, dentre estes os parâmetros e custeio do Nasf-APS. Assim, a composição de equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada às tipologias de equipes Nasf-APS, o que permite ao gestor municipal cadastrar esses profissionais diretamente nas equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Atenção Primária (eAP), ampliando sua composição mínima, manter os profissionais cadastrados no SCNES como equipe Nasf-APS ou, ainda, cadastrar os profissionais apenas no estabelecimento de atenção primária sem vinculação a nenhuma equipe.

De certa forma, esta alteração corresponde a uma das expectativas em relação aos profissionais do Nasf, de que as equipes seriam membro orgânico da APS, vivendo integralmente o dia a dia nos CS e trabalhando de forma horizontal e interdisciplinar com os demais profissionais, garantindo a longitudinalidade do cuidado e a prestação de serviços diretos à população (BRASIL, 2017).

Entretanto, Massuda (2020) destaca alguns pontos importantes em relação às alterações em vigor. As transferências intergovernamentais dos recursos financeiros passaram a ser calculadas a partir do número de pessoas cadastradas em serviços de APS e de resultados alcançados sobre um grupo selecionado de indicadores, ao invés de número de habitantes e equipes de ESF. Desse modo, apesar da remuneração de serviços por avaliação de desempenho buscar estimular o aumento da produtividade das equipes para atingir metas pré-estabelecidas, o instrumento pode impactar na redução da atenção das equipes para problemas de saúde que não estejam contemplados nos critérios e metas da avaliação, e assim, alterar o escopo de trabalho das

equipes. Essas questões continuam em pauta quanto às perspectivas e impactos no contexto da APS.

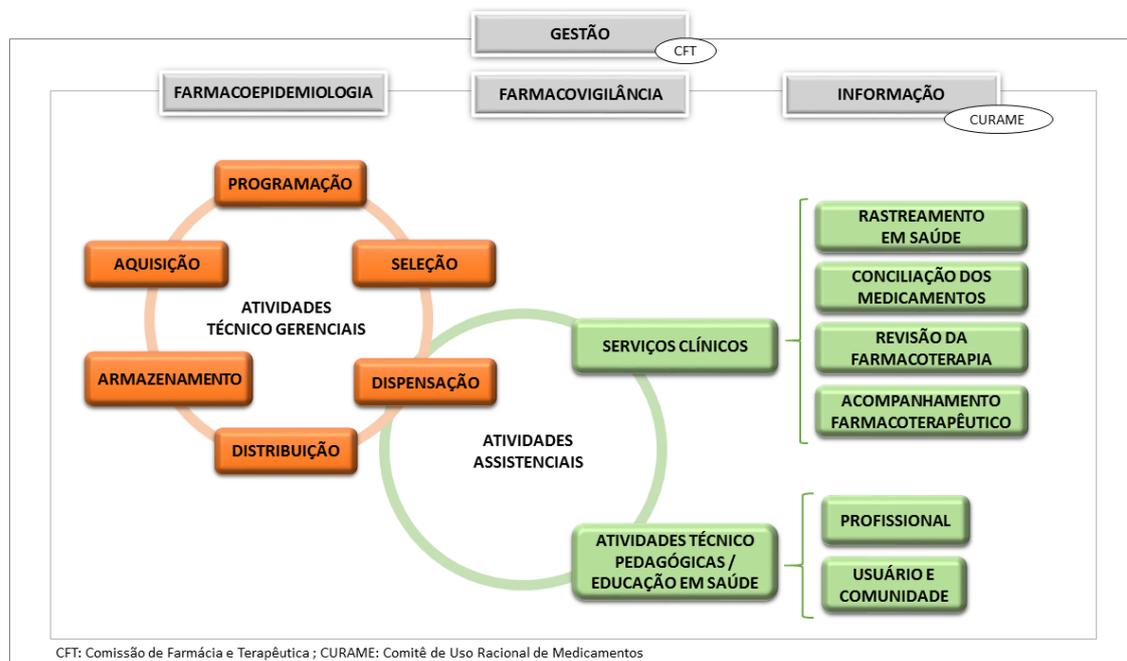
A composição das equipes de Nasf-APS deve ser definida com base nas necessidades do território e a importância das diferentes categorias profissionais é variável (BRASIL, 2017). Assim, quando presente, o profissional farmacêutico visa a qualificar o acesso da população aos medicamentos, contribui para o URM, além de proporcionar Cuidado Farmacêutico aos pacientes, à família e à comunidade (OPAS, 2013; BRASIL, 2018a), e pode atuar tanto em atividades clínico-assistenciais e técnico-pedagógicas, comum aos demais profissionais do Nasf-APS (considerando questões de campo), como específicas do seu saber profissional (considerando questões de núcleo). O papel exato do farmacêutico na equipe multidisciplinar não parecia claro no momento da implantação no Nasf, em 2008. Hoje, sua atuação transcende para a interdisciplinaridade (BRASIL, 2018a). Esta característica diferencia o farmacêutico dos demais profissionais do Nasf-APS ao desempenhar também as atividades técnico-gerenciais.

As ações técnico-gerenciais do farmacêutico na APS se constituem em atividades meio e são ações de suporte ao processo gerencial da Assistência Farmacêutica voltadas principalmente para a logística do medicamento. Estas também dão suporte à prescrição e à dispensação. Por outro lado, as ações técnico-assistenciais visam o cuidado ao usuário, considerando o uso do medicamento, contribuindo para a efetividade do tratamento, seja no âmbito individual ou coletivo por meio de ações voltadas ao paciente e não ao medicamento (CRFMG, 2011). Destaca-se que esse conjunto de atividades deve estar articulado em ações interdisciplinares, com caráter multiprofissional e intersetorial, qualificando o cuidado em saúde ofertado à população.

As atividades assistenciais se desenvolvem na continuidade da prescrição e dispensação, com atuação do farmacêutico na avaliação dos objetivos terapêuticos, orientação ao usuário, monitoramento dos resultados e identificação de problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM) (BRASIL, 2015). Essas atividades do farmacêutico devem envolver as duas dimensões do apoio matricial: a clínico-assistencial e a técnico-pedagógica. A primeira refere-se às ações clínicas diretas aos usuários, de forma individual ou compartilhada. Já a segunda se refere às ações que atendam às necessidades das equipes envolvidas no cuidado, por meio de educação permanente e de ações educativas para os pacientes (BRASIL, 2014; CFF, 2015; MENDES, 2011).

De acordo com a concepção atual, a Assistência Farmacêutica é constituída de dois grandes eixos, interligados entre si, apoiados em ações de farmacovigilância, farmacoepidemiologia, informação e gestão sobre medicamentos: as atividades técnico-gerenciais e as atividades assistenciais conforme ilustrado na Figura 1 (BELO HORIZONTE, 2018a).

Figura 1 - Diagrama da prática farmacêutica no SUS



Fonte: BELO HORIZONTE, 2018a, p. 8.

O eixo das atividades técnico-gerenciais diz respeito à logística de medicamentos e ocorrem antes do início de sua utilização e o eixo atividades assistenciais visa o cuidado do paciente, considerando o uso do medicamento, contribuindo para a efetividade do tratamento, seja no âmbito individual ou coletivo por meio de ações voltadas ao paciente e não ao medicamento (BRASIL, 2014; CORRER; OTUKI; SOLER, 2011; BELO HORIZONTE, 2018a).

No componente assistencial, as ações do farmacêutico devem envolver as duas dimensões do apoio matricial: a clínico-assistencial e a técnico-pedagógica, sendo que a primeira refere-se às ações clínicas, diretas aos usuários, serviços, de forma individual ou compartilhada e a segunda se refere às ações que atendam às necessidades das equipes envolvidas no cuidado, por meio de educação permanente e de ações educativas para os pacientes (MENDES, 2011; BRASIL, 2014; CFF, 2015; BELO HORIZONTE, 2018a).

O cuidado prestado pelo farmacêutico se materializa para o paciente e para a sociedade na provisão de serviços farmacêuticos. Os serviços, como conciliação de medicamentos, monitorização terapêutica de medicamentos, revisão da farmacoterapia, acompanhamento farmacoterapêutico, gestão da condição de saúde, entre outros, se caracterizam pela *expertise* desse profissional em identificar, prevenir e resolver PRM (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013a; 2016). Contudo, o farmacêutico ainda pode prover outros serviços, como a educação e o rastreamento em saúde, bem como vários procedimentos (verificação/monitorização de parâmetros clínicos, realização de pequenos curativos, organização dos medicamentos em uso pelo paciente, entre outros) (CFF2013a; 2013b; 2016). Uma característica do acompanhamento farmacoterapêutico é de ser provido durante vários encontros com o paciente. A principal diferença deste serviço em relação aos demais consiste na perspectiva de continuidade do cuidado provido pelo farmacêutico em múltiplas consultas com o paciente (CFF, 2016). Esse tema será abordado na sequência.

As atividades assistenciais seguem a lógica do Nasf com atuação integrada do profissional, que permite realizar discussões de casos clínicos, possibilita o atendimento compartilhado, visitas domiciliares, permite a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma que amplia e qualifica as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Os pacientes atendidos pelos farmacêuticos provêm de encaminhamentos das equipes de saúde ou em situações de demanda espontânea dos pacientes identificados na unidade de saúde (BELO HORIZONTE, 2018a).

Além dos serviços que podem ser prestados aos pacientes por meio de consulta, o farmacêutico também está inserido em ações educativas e técnico-pedagógicas (BELO HORIZONTE, 2018a). O profissional, que compõe a equipe multidisciplinar, deve participar do apoio matricial às demais equipes de saúde na discussão dos casos, a fim de traçar o melhor plano de cuidado individual ou coletivo, ou contribuindo para tornar as reuniões de matriciamento espaços de educação permanente, fortalecendo a interdisciplinaridade e resolutividade das ações. As reuniões de matriciamento do Nasf se configuram em espaços para a discussão de casos, organização e execução do trabalho integrado entre o Nasf e as eSF (BRASIL, 2018a).

O Cuidado Farmacêutico integra ações de educação em saúde, que incluem atividades de educação permanente para a equipe de saúde e atividades de promoção à saúde de caráter geral, e ações de promoção do uso racional de medicamentos, com o desenvolvimento de atividades assistenciais e técnico-pedagógicas. A atividade assistencial, praticada nos pontos de atenção, inclui os serviços de clínica farmacêutica, que podem ser ofertados ao usuário de forma

individual e/ou em atendimentos compartilhados com outros membros da equipe de saúde. As atividades técnico-pedagógicas, de forma complementar visam à educação e o empoderamento da equipe de saúde e da comunidade para a promoção do uso racional de medicamentos (BRASIL, 2014).

Importante ressaltar também a possibilidade de inserção do farmacêutico em espaços de gestão das Unidades de Saúde, Colegiado Gestor e Comissões Locais de Saúde (Controle Social), para auxiliar na elaboração de propostas e estratégias que visem à melhoria da organização e do processo de trabalho do local em que atuam (BELO HORIZONTE, 2018a).

1.3.3 Serviços farmacêuticos destinados ao paciente, à família e à comunidade

No Brasil, a preocupação com os rumos da profissão farmacêutica insere-se em um contexto que coincide com o debate e as recomendações postuladas por vários organismos internacionais, entre os quais se destacam as diretrizes da OMS e Federação Internacional de Farmacêuticos (FIP), reunidas e divulgadas pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) em um documento constituído de duas partes: a primeira delas um informe de uma Reunião da OMS que aconteceu em Tóquio, no Japão, no início de setembro de 1993, como continuidade ao primeiro encontro de especialistas em dezembro de 1988 em Nova Delhi, “*El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud*” e a segunda, uma declaração da FIP denominada “*Buenas Prácticas de Farmacia: Normas de Calidad de Servicios Farmacéuticos*” (que ficou conhecida como a Carta de Tóquio) (SILVA; DELIZOICOV, 2009).

A OPAS destaca várias experiências nas Américas, sobretudo na década de 90, no desenvolvimento de estratégias de fortalecimento dos serviços farmacêuticos como parte dos sistemas de saúde locais e na revisão das políticas farmacêuticas, citando como exemplo o Brasil, Colômbia e Costa Rica. Os documentos elaborados, assim como as experiências na região das Américas, representam um marco importante para redefinir o papel, não apenas do profissional, mas também dos serviços farmacêuticos para a garantia da atenção integral, integrada e contínua, respondendo às necessidades e problemas, tanto individuais como coletivos da saúde da população. Os valores, princípios e elementos da APS representam uma excelente oportunidade para reorientação dos serviços farmacêuticos de qualidade como parte integral dos sistemas e serviços de saúde (OPAS, 2013).

Pinheiro (2010) considera que a OPAS/OMS vem abordando o tema com maior profundidade, sugerindo mudança do enfoque de políticas que se baseiam somente nos medicamentos para uma nova perspectiva, em que os indivíduos, inseridos em seus contextos familiares e comunitários, sejam mais importantes. Assim, a OPAS preconiza mudanças do enfoque e da direção dos serviços farmacêuticos, as quais devem orientar-se por: eliminação das dificuldades de acesso; à melhoria dos resultados terapêuticos e da saúde; a incorporação dos serviços farmacêuticos como componentes das políticas farmacêuticas nacionais; a gestão com atenção integral e integrada, comprometida em atingir os resultados em saúde; e com a prestação dos serviços farmacêuticos baseados no paciente, família e comunidade (OPAS, 2013). No mesmo sentido, o Conselho Federal de Farmácia (CFF) considera que os serviços farmacêuticos relacionados à Farmácia Clínica, diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade são fundamentados pelo modelo de prática denominado Cuidado Farmacêutico (CFF, 2016).

1.3.4 Cuidado Farmacêutico / Atenção Farmacêutica

A profissão farmacêutica, do ponto de vista histórico, possui três fases: tradicional, de transição e de cuidado ao paciente, sendo esta última a que atualmente nos encontramos (HEPLER; STRAND, 1990). O farmacêutico iniciou o século XX, em seu papel tradicional, como boticário, que preparava, vendia e fornecia orientações aos seus clientes sobre o uso dos medicamentos. Era comum também prescrevê-los (HEPLER; STRAND; 1990; VIEIRA, 2007). Conforme a indústria farmacêutica começou a se desenvolver, este papel do farmacêutico paulatinamente foi reprimido (HEPLER; STRAND; 1990). Começou, assim, o período de transição, em que as atividades farmacêuticas voltaram-se, principalmente, para a produção de medicamentos numa abordagem técnico-industrial (VIEIRA, 2007). Essa mudança de paradigma trouxe profundas alterações, pois a farmácia transformou-se num estabelecimento exclusivamente de comércio de medicamentos (e correlatos) (SOARES *et al.*, 2016).

Assim, em meados de 1960, o farmacêutico em meio a uma grave crise de identidade profissional iniciou sua reação, surgindo o movimento da Farmácia Clínica, que caracteriza o período de transição da profissão farmacêutica (HEPLER; STRAND, 1990; VIEIRA, 2007). Esse movimento que começou a ser difundido nos países desenvolvidos, principalmente nos Estados Unidos, foi considerado uma “revolução”, que transformou de maneira decisiva a profissão farmacêutica (SOARES *et al.*, 2016). Esta nova atividade objetivava a aproximação

do farmacêutico ao paciente e à equipe de saúde e possibilitou o desenvolvimento de habilidades relacionadas à farmacoterapia (MENEZES, 2000).

Após o movimento da Farmácia Clínica, em meados da década de 1970, alguns autores se empenharam em redefinir o papel do farmacêutico em relação ao paciente, pois segundo eles, a Farmácia Clínica estava restrita ao ambiente hospitalar e voltada principalmente para a análise da farmacoterapia dos pacientes, sendo que o farmacêutico ficava próximo apenas à equipe de saúde (PEREIRA; FREITAS, 2008).

Transformado em um enorme problema mundial de saúde pública, o uso dos medicamentos gerou a necessidade de o profissional farmacêutico retomar a sua responsabilidade como agente de saúde, extrapolando o espaço do hospital. Sobre essa necessidade, uma nova filosofia de prática e uma estrutura organizada para orientar a nova atividade do profissional foram se desenvolvendo e formaram uma corrente de pensamento e prática farmacêutica que passou a ser conhecida como Cuidado Farmacêutico (SATURNINO *et al.*, 2012).

Em 1990, Hepler e Strand utilizaram pela primeira vez na literatura científica o termo "*Pharmaceutical Care*", que foi traduzido inicialmente em nosso país para Atenção Farmacêutica. Apresentam-se, como sinônimos, de acordo com os Descritores em Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (DeCS, 2018): Atenção Farmacêutica, Cuidados Farmacêuticos, Serviços de Assistência Farmacêutica, Serviços Farmacêuticos.

Na área da saúde, toda prática profissional se estrutura a partir de quatro componentes: uma filosofia ou princípios da prática, o processo de cuidado, a gestão da prática e a regulamentação (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE 2013; CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2016).

A **filosofia** do Cuidado Farmacêutico alicerça a provisão dos serviços e define que a responsabilidade do farmacêutico é atender, dentro do seu limite profissional, a todas as necessidades de saúde do paciente, incluindo as farmacoterapêuticas (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1993).

A prática do Cuidado Farmacêutico descreve um método centrado no paciente, avançando nos preceitos da farmácia clínica, indo ao encontro da necessidade social de controlar a morbidade e mortalidade associadas a medicamentos, com o explícito objetivo de cuidar das necessidades do usuário em relação ao medicamento, mediante a responsabilidade do profissional, garantindo a indicação, efetividade e segurança de todo o tratamento farmacológico do paciente. Isto é feito através da identificação, resolução e prevenção de problemas relacionados à

farmacoterapia que podem ou poderiam intervir no alcance dos propósitos farmacoterapêuticos do paciente e na obtenção de resultados positivos (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012). Os PRM, por sua vez, são definidos como “*um evento indesejado experienciado pelo paciente que envolve ou se suspeita envolver a farmacoterapia, interferindo no resultado esperado da terapia e que requer julgamento profissional para ser resolvido.*” (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012; p.143).

O **processo de cuidado** baseia-se, em sua essência, no método científico, que oferece os fundamentos para várias abordagens de resolução de problemas (CFF, 2016). Dentre os processos racionais de tomada de decisão mais usados para realizar o Acompanhamento Farmacoterapêutico no Brasil estão o *Método Dáder de Seguimiento Farmacoterapêutico* (Dáder) e o *Pharmacotherapy Workup* (CORRER; OTUKI, 2013).

No serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico, o processo de cuidado inclui a avaliação inicial, a elaboração e implementação de um plano de cuidados, e a avaliação dos resultados, definindo-se, assim, o método de trabalho (RAMALHO-OLIVEIRA; 2011; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012). Nesse serviço, o farmacêutico utiliza o raciocínio lógico para desenvolver seu processo de cuidado e verificar a existência de PRM, que consiste em uma maneira disciplinada e sistemática de avaliar a farmacoterapia, além de organizar as decisões que devem ser tomadas para beneficiar o paciente. Neste processo, o profissional deve conectar cada medicamento utilizado pelo paciente a uma indicação clínica, depois ao seu regime posológico, e finalmente a resposta obtida em relação à efetividade e segurança. Primeiramente avaliam-se os medicamentos (indicação, efetividade e segurança) para depois avaliar o comportamento do paciente (conveniência e adesão) (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

O serviço de acompanhamento farmacoterapêutico também pode ser denominado de seguimento farmacoterapêutico, gestão da terapêutica, gestão da terapia medicamentosa, gerenciamento da terapia medicamentosa, gestão da farmacoterapia, serviço de gerenciamento integral da farmacoterapia e manejo da farmacoterapia (CFF, 2016). Diante de tal diversidade, neste estudo optou-se por acompanhamento farmacoterapêutico, termo adotado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) e pelo Conselho Federal de Farmácia (CFF 2016), exceto nos resultados, onde foram mantidos os termos originais das citações dos participantes das entrevistas.

Portanto, a prática do Cuidado Farmacêutico determina que o profissional deve assumir a responsabilidade pelas necessidades farmacoterapêuticas dos pacientes e estabelecer vínculo

terapêutico, de forma centrada no paciente e generalista (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011), tema descrito no próximo tópico.

1.3.4.1 Método clínico centrado no paciente

Para atender de forma eficaz a necessidade social descrita anteriormente é necessário que o farmacêutico clínico utilize em seu exercício um método claramente definido. Este método deve considerar o paciente como pessoa em seu conjunto, com suas necessidades relacionadas à medicação, e como indivíduo detentor de direitos, conhecimentos e experiências. A atuação profissional requer que o paciente seja considerado parceiro no planejamento do cuidado e como responsável pela tomada de decisão final, já que é ele que vivencia as consequências da terapêutica farmacológica. A atuação do profissional evita que o paciente seja considerado como um receptor de fármacos a serem estudados e avaliados e, também, previne que o indivíduo seja definido como um conglomerado de sistemas, órgãos e reações farmacológicas (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012).

Não basta ter conhecimento técnico e saber realizar diagnósticos e tratamentos. É preciso aliar esses saberes a um cuidado centrado nas pessoas. Nesse sentido, o Método Clínico Centrado na Pessoa proporciona uma abordagem adequada na APS, ao permitir que o profissional não só reconheça a doença, mas também entenda o que a pessoa pensa sobre a sua saúde e qual a experiência que ela tem com o processo de adoecimento, quais os seus sentimentos, as suas ideias e as suas expectativas e como a doença afeta o seu funcionamento de vida. Além disso, aborda os contextos de trabalho, familiar e social nos quais a pessoa está inserida, bem como as suas crenças. A partir dessas informações, o profissional consegue definir melhor quais são os problemas de saúde apresentados, quais são os objetivos comuns de tratamento, baseado nas expectativas da pessoa, e compartilhar a definição de um plano de cuidados capaz de definir, claramente, o papel de cada um (BRASIL, 2019a; STEWART *et al.*, 2017).

A atuação centrada no paciente significa que todas as suas necessidades relacionadas aos medicamentos sejam consideradas como responsabilidade do profissional, não somente as necessidades que correspondem a uma determinada classe de medicamentos ou um estado de enfermidade específico. Isso significa que todas as preocupações, expectativas e conhecimentos que o paciente tem de sua doença – e do tratamento farmacológico associado – passam a ser responsabilidade do farmacêutico. Além disso, a atuação centrada no paciente ressalta que as

necessidades do indivíduo e não as preferências do profissional é que devem “orientar” o exercício do Cuidado Farmacêutico (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012; STEWART *et al.*, 2017).

É importante considerar as competências clínicas necessárias para que o profissional farmacêutico exerça o cuidado centrado no paciente. O Método Clínico Centrado na Pessoa permite conciliar o conhecimento técnico-científico e a experiência profissional ao alinhar isso com o ser e o estar de cada pessoa que busca o cuidado, definindo planos terapêuticos conjuntos. Esse procedimento tem o potencial de fortalecer a autonomia do indivíduo e das famílias para o seu autocuidado, bem como propiciar melhores resultados em saúde e adesão aos tratamentos, e, então, com isso, podem ser minimizados custos desnecessários (BRASIL, 2019a; STEWART *et al.*, 2017).

O arcabouço teórico e metodológico do Cuidado Farmacêutico que dá subsídio e estrutura para o posicionamento do farmacêutico no serviço de acompanhamento farmacoterapêutico é bem claro: o relacionamento terapêutico é essencialmente colaborativo, onde ambas as partes trabalham juntas rumo à prevenção e resolução dos problemas objetivos e subjetivos, vivenciados ou potenciais, relacionados ao uso de medicamentos (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012).

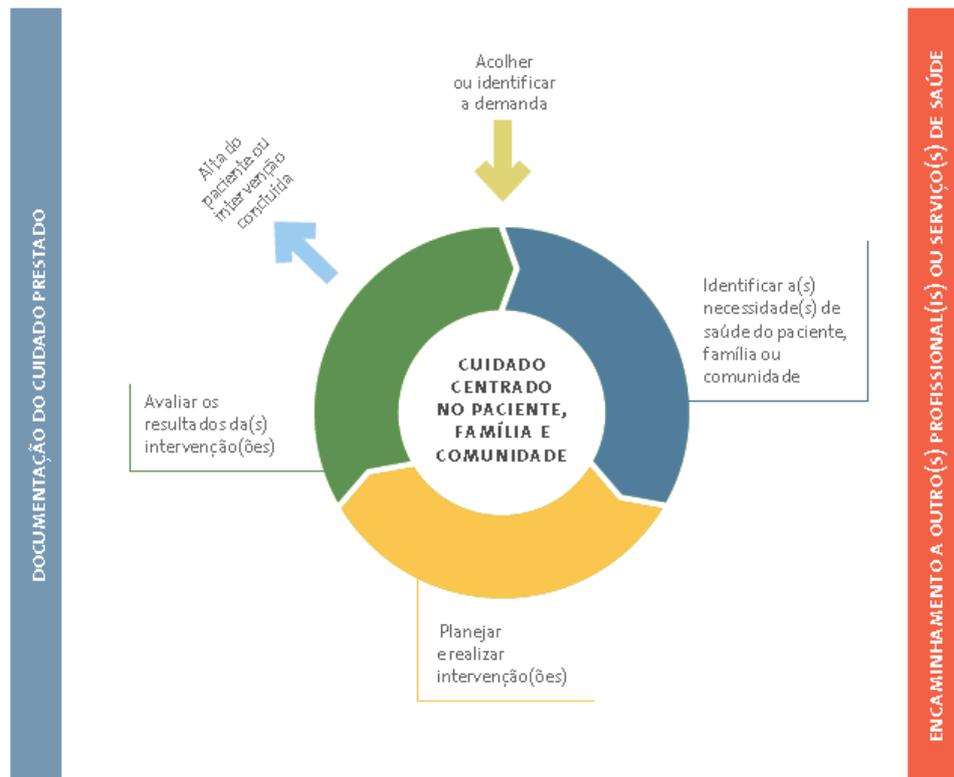
Neste sentido, destaca-se a necessidade de compreender a experiência subjetiva do paciente com os seus medicamentos, a fim de que as decisões e recomendações do farmacêutico sejam contextualizadas na realidade singular de cada indivíduo, considerando, portanto, as suas necessidades, preferências e experiências culturais distintas (SHOEMAKER, 2011; RAMALHO-DE-OLIVEIRA *et al.*, 2012; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2013). Dessa forma, o farmacêutico, juntamente com o paciente, pode resolver problemas relacionados à indicação, efetividade, segurança e adesão ao tratamento.

1.3.4.2 Processo de Cuidado Farmacêutico

O **processo de cuidado** consiste em uma abordagem lógica e sistemática aplicável a diferentes cenários, níveis de atenção e perfis de pacientes, bem como a todos os serviços clínicos cujo modelo de prática é o Cuidado Farmacêutico (CFF, 2016). As etapas do processo de cuidado

ocorrem de forma cíclica e o cuidado somente estará completo quando as quatro etapas forem cumpridas. Na figura 2, estão representadas as etapas do Processo de Cuidado Farmacêutico.

Figura 2 - Processo de Cuidado Farmacêutico



Fonte: CFF, 2016.

Assim, o Processo de Cuidado Farmacêutico compreende 4 etapas:

Etapa 1. Acolher ou identificar a demanda: o acolhimento ou a identificação da demanda, que pode advir do encaminhamento do paciente, da busca ativa, da demanda espontânea, entre outros (BRASIL, 2013; CFF, 2016).

Etapa 2. Identificação das necessidades de saúde, do PFC: o que exigirá a coleta de dados do paciente e a identificação de problemas, por meio da realização da anamnese farmacêutica e da verificação de parâmetros clínicos, quando necessário. A anamnese farmacêutica pode ser compreendida como: *“procedimento de coleta de dados sobre o paciente, realizado pelo farmacêutico, por meio de entrevista, com a finalidade de conhecer sua história de saúde,*

elaborar o perfil farmacoterapêutico e identificar suas necessidades relacionadas à saúde.” (CFF, 2013a, p. 7; CFF, 2016).

Etapa 3. Planejar e realizar intervenções: o delineamento e a implantação de um plano de cuidado compartilhado com o paciente, que inclui as intervenções e condutas necessárias à resolução dos problemas (CFF, 2016);

Etapa 4. Avaliar os resultados das intervenções: a avaliação dos resultados alcançados e a evolução do paciente, o que exigirá a organização de consulta de retorno ou contato com o paciente, após a implantação do plano de cuidado (CFF, 2016).

O Plano de cuidado consiste no planejamento documentado para a gestão clínica das doenças, de outros problemas de saúde e da terapia do paciente, delineado para atingir os objetivos do tratamento. Inclui as responsabilidades e as atividades pactuadas entre o paciente e o farmacêutico, a definição das metas terapêuticas, as intervenções farmacêuticas, as ações a serem realizadas pelo paciente e o agendamento para retorno e acompanhamento (CFF 2013a; 2013b; 2016).

A **gestão da prática**, por outro lado, garante que o farmacêutico possua todos os recursos humanos, de formação, de financiamento, de infraestrutura, ou de outros necessários à implementação, provisão e sustentabilidade de serviços de alta qualidade (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; CFF, 2016).

Por fim, a prática deve estar **regulamentada** de modo a dar legitimidade aos profissionais e segurança aos pacientes, aos estabelecimentos e aos empregadores na oferta dos serviços à população, bem como subsidiar as fiscalizações profissionais e sanitárias (CFF, 2016).

A Resolução/CFF nº 585/2013 constitui a base legal para a atuação clínica do farmacêutico no Brasil (CFF, 2013a). Durante a provisão de serviços farmacêuticos é necessária a tomada de decisão clínica sobre a melhor intervenção possível para o paciente. A decisão de selecionar uma intervenção/condução constitui um ato prescritivo. A prescrição não configura um serviço clínico em si, mas um ato que pode resultar de vários serviços prestados pelos farmacêuticos, durante o processo de cuidado (CFF, 2016).

Durante o processo de cuidado ao paciente, o farmacêutico pode prover diversos serviços e, como todo profissional da saúde, necessita registrar o processo de atendimento, incluindo as condutas selecionadas, e elaborar documentos destinados ao paciente e seus familiares, e a outro profissional ou serviço de saúde (CFF, 2016).

Em toda e qualquer intervenção que haja necessidade de discussão do plano de cuidado com o profissional prescritor, o indivíduo deve estar ciente da conduta a ser discutida. Uma relação terapêutica com um vínculo adequado de confiabilidade garante adesão às orientações, uma vez que elas refletem as expectativas do indivíduo. Conforme explicado anteriormente, após detecção do PRM, passando por todo o raciocínio clínico e proposta de resolução, o farmacêutico deve estabelecer prazos adequados para reavaliação da intervenção (BRASIL, 2018a).

Assim, deve-se considerar dois pressupostos fundamentais do Cuidado Farmacêutico - o encontro clínico entre farmacêutico e paciente e a colaboração com diferentes membros da equipe de saúde, que introduziram diferentes requisitos em termos de competências e habilidades necessárias para cumprir este novo papel profissional (FREITAS; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2015). Neste contexto, novas exigências surgiram, particularmente, em relação à formação e capacitação do farmacêutico, tema que será abordado a seguir.

1.3.4.3 Formação para o Cuidado Farmacêutico

As mudanças na prática e as necessidades da profissão levaram a alterações no ensino da Farmácia e, assim, as escolas de farmácia globalmente buscam responder às recomendações da Organização Mundial de Saúde e da Federação Internacional de Farmacêuticos, por meio de alterações curriculares, especialmente com a inclusão de conteúdo clínico e social. Os autores complementam ainda que os currículos de países como Austrália, Canadá, Estados Unidos e Nova Zelândia passaram por importantes mudanças com a introdução de disciplinas nas áreas de farmácia clínica e farmácia social, administrativa e comportamental (NUNES-DA-CUNHA; FERNANDES-LLIMOS, 2018).

No Brasil, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) (2002), apoiadas em recomendações internacionais e documentos oficiais, redirecionam o foco de formação do farmacêutico não mais para o produto final, técnico e analítico, mas para o processo saúde-doença e sua atuação no SUS (SOUSA; BASTOS; BOGO, 2013). Ademais, os autores alertam para as reflexões necessárias sobre a integração da formação do profissional farmacêutico e as DCN, trazendo interlocuções com referências técnicas sobre as mudanças necessárias na formação teórico-prática deste profissional.

Mendonça (2017) considera como um ponto positivo das DCN de 2002, ao considerá-las como diretrizes de uma fase de transição, a abertura para a implantação de disciplinas relacionadas à atenção farmacêutica nos currículos de graduação em Farmácia, que refletiu em um aumento do número de docentes na área e no despertar dos estudantes para a atuação clínica como potencial caminho profissional, e, ainda, levou ao estreitamento de relações com farmacêuticos do sistema de saúde por meio de estágios e atividades de extensão e na geração de conhecimentos sobre o ensino e a prática clínica na Farmácia.

Foppa *et al.* (2020) consideram que o Brasil, assim como outros países que sentem o atraso na implementação dos serviços relacionados ao Cuidado Farmacêutico, deve priorizar a criação de programas de educação experiencial em contextos que favoreçam a qualificação de profissionais para atuar nessa área. Ademais, os cursos devem ter quantidade adequada de horas e estruturas que garantam o crescente desenvolvimento de habilidades e competências, para atuar de maneira eficiente para o bem-estar dos pacientes e da sociedade.

Em 2017, portanto, foram aprovadas novas DCN, as quais direcionam os currículos para a formação de profissional de saúde generalista, voltado prioritariamente ao cuidado e ao SUS. O egresso deverá ter competências que atendam às necessidades de saúde da população, representando um grande avanço, seguindo a tendência mundial de transformar a formação da profissão para o cuidado centrado no paciente (BRASIL, 2017; FEDERAÇÃO FARMACÊUTICA INTERNACIONAL, 2017; SUPAPAAN *et al.*, 2019).

Além da formação farmacêutica a nível de graduação (BRASIL, 2002; 2017), há que se considerar a necessidade de educação continuada e permanente de profissionais formados pelos currículos de Farmácia anteriores (e tradicionais), com ênfase tecnicista, que não possuíam foco na formação para a clínica e, por vezes, deslocado das necessidades sociais (CFF, 2019; BOSSE; OLIVEIRA; BECKER, 2013). Desse modo é essencial criar espaços de discussão e reflexão sobre o papel do farmacêutico e a organização dos cursos de formação, com propostas de ensino que resultem num perfil que atenda as atuais demandas em saúde da população (ALMEIDA; MENDES; DALPIZZOL, 2014).

De forma complementar à evolução na formação acadêmica, destacam-se as estratégias para o aperfeiçoamento e a capacitação dos profissionais no SUS. A fim de inserir cada vez mais a Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à saúde e pensando também na integralidade do cuidado, foi instituído em 2012 o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (Qualifar-SUS), com eixos em estrutura, educação, informação e cuidado

(VASCONCELOS *et al.*, 2017). Destaca-se o Eixo Cuidado, cujo objetivo é inserir a Assistência Farmacêutica nas práticas clínicas visando a resolutividade das ações em saúde, otimizando os benefícios e minimizando os riscos relacionados à farmacoterapia.

A Diretriz Desenvolvimento e Capacitação de Recursos Humanos é chave para a operacionalização da Política. O Ministério da Saúde (MS) promoveu editais para cursos por todo o Brasil para a capacitação de recursos humanos em Assistência Farmacêutica. Foram oferecidos por universidades federais cursos presenciais e à distância, por exemplo. Estados e municípios também vêm promovendo capacitações sobre Assistência Farmacêutica (VASCONCELOS *et al.*, 2017).

Em consonância com recomendações publicadas pelos organismos internacionais de saúde pública, a exemplo da Estratégia de Recursos Humanos para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde, aprovada em 2017 pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), o Ministério da Saúde, iniciou em 2017, o movimento de retomada da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (BRASIL, 2018b; SILVA; SCHERER, 2020), que estabelece, dentre outras ações:

- ✓ Implementação dos processos de integração ensino-serviço-comunidade, por meio do estabelecimento dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES);
- ✓ Lançamento do Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS (PRO EPS-SUS), com o objetivo de estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área, visando a transformação das práticas de saúde, em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho (BRASIL, 2018c).
- ✓ Educação Interprofissional em Saúde (EIP) na agenda da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, como dispositivo para a reorientação dos processos de formação de profissionais de saúde.

Cabe destacar, ainda, que a formação do farmacêutico deve ocorrer de forma contínua, como previsto pelas DCN, estendendo o período de formação por toda a vida profissional (ALMEIDA; MENDES; DALPIZZOL, 2014). Assim, a formação clínica do profissional farmacêutico torna-se decisiva para o futuro da prática do Cuidado Farmacêutico, pois, ao adquirir os conhecimentos de Farmácia Clínica, o farmacêutico estará apto para realizar um

acompanhamento farmacoterapêutico completo e de qualidade, avaliando os resultados clínico-laboratoriais dos pacientes e interferindo diretamente na farmacoterapia. Além disso, esta prática exige do profissional uma preocupação com as variáveis qualitativas do processo, principalmente àquelas relacionadas à qualidade de vida e satisfação do usuário (PEREIRA; FREITAS, 2008). Portanto, os conhecimentos exigidos de um farmacêutico clínico devem ser sempre revistos e ampliados, num processo dinâmico, no contexto que se insere, seja diante das exigências a nível individual, da família ou comunidade.

1.3.5 Assistência Farmacêutica Integral em Belo Horizonte

Um pouco da história: Costa-Val (1998, p. 307), registrou um marco importante em direção à organização da Assistência Farmacêutica em Belo Horizonte:

“O Programa de Assistência Farmacêutica foi implantado na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte após 1992. Até então, as ações estavam restritas apenas às atividades de aquisição e distribuição de medicamentos às Unidades de Saúde, funcionando sob a responsabilidade de único profissional farmacêutico, que se encontrava alocado no Serviço de Apoio Diagnóstico, por não haver na Secretaria um serviço que se responsabilizasse pelas questões do medicamento. Não havia no quadro de recursos humanos da SMSA cargo para o profissional da área com especialização em Medicamentos, somente cargo de Bioquímico com especialização em Análises Clínicas.” (COSTA-VAL, 1998).

Ainda em 1992, diante das crises constantes de desabastecimento, falhas no processo de seleção de medicamentos da relação básica, alto índice de perdas, inexistência de estrutura organizacional e Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica da SMSA-BH, foi proposto um Projeto para Reestruturação da Assistência Farmacêutica no município, que contou com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e foi apresentado à administração em 1993 (COSTA-VAL, 1998).

Em 1994, ainda que informal, foi criado o Serviço de Apoio Terapêutico no nível central e, posteriormente, a criação das Farmácias Distritais. A proposta contemplava também a reorganização das farmácias das unidades de saúde, buscando a infraestrutura necessária, que foi consolidada aos poucos, bem como o incremento de profissionais farmacêuticos e administrativos. Assim, buscou-se a adequação destes profissionais ao perfil necessário por

meio da capacitação, em curso ministrado por professores da Faculdade de Farmácia da UFMG, em convênio com a SMSA-BH (COSTA-VAL, 1998).

As ações assistenciais na SMSA-BH, efetivamente, iniciaram-se com a alocação dos farmacêuticos nas unidades da Rede de Atenção Secundária (URS), da Saúde Mental e Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Neste sentido a institucionalização do Nasf em 2008, propiciou a inserção do farmacêutico na APS (BELO HORIZONTE, 2008) e apresentou aumento progressivo do número de profissionais proporcional a ampliação das equipes do Nasf. Atualmente, todos os 82 Nasf em Belo Horizonte contam com um farmacêutico, que desenvolve as atividades técnico-gerenciais e assistenciais relativas à Assistência Farmacêutica. A presença destes profissionais no Nasf-APS levou a introdução de novas ações direcionadas ao paciente, especialmente voltadas ao uso do medicamento (BELO HORIZONTE, 2011).

A Assistência Farmacêutica de Belo Horizonte está organizada por meio da Gerência de Assistência Farmacêutica (GEASF), no nível central da SMSA/BH, em nove Farmácias Regionais, no nível regional e em 183 farmácias de unidades de saúde no nível local, incluindo diversos níveis de atenção e serviços: Centros de Saúde, UPA, Unidades de Referência em Saúde Mental (USM): Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) e Centro de Referência em Saúde Mental Álcool e Drogas (CERSAM-AD), Centro de Referência em Saúde Mental Infantil (CERSAMI); URS, Unidades Dispensadoras de Medicamentos Antirretrovirais (UDM): Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infecciosas e Parasitárias Orestes Diniz (BELO HORIZONTE, 2018a).

No modelo proposto em Belo Horizonte, seguindo as diretrizes da OPAS/OMS (2013), do Ministério da Saúde (2014) e do Conselho Federal de Farmácia (CFF), o farmacêutico da APS deve atuar nas duas grandes áreas da assistência farmacêutica (técnico-gerencial e técnico assistencial), buscando garantir acesso ao medicamento e a promoção do seu uso racional. Entretanto, considerando fundamental o aspecto clínico da Assistência Farmacêutica e o foco central de ação no usuário como objetivo principal e não no medicamento ressalta-se, nesse nível de atenção à saúde, a importância do desenvolvimento das atividades assistenciais em conjunto com as equipes da Saúde da Família e NASF-APS (BELO HORIZONTE, 2018a).

A Assistência Farmacêutica no município tem avançado significativamente ao longo dos anos com a implantação de diversas ações com o objetivo de qualificar este serviço especialmente no que tange às atividades técnico-gerenciais que já se encontram consolidadas na rede, sendo descritas em manuais e Procedimentos Operacionais Padrão para os diversos níveis de atenção e com processo de monitoramento e avaliação implantados (BELO HORIZONTE, 2018a).

São empregados dois sistemas de informação associados à Assistência Farmacêutica: O Sistema Integrado de Estoque (SIEST) e o Sistema Saúde em Rede (SISREDE) que funcionam de forma integrada. O SIEST é um sistema de controle de estoque que permite o acompanhamento da aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos no município. O SISREDE é um sistema que abrange toda a rede de atenção, possuindo várias funcionalidades, dentre elas o prontuário eletrônico e o módulo farmácia que inclui informações sobre a dispensação de medicamentos e dados para gerenciamento do estoque (controle de estoque, movimentações), possibilitando que o farmacêutico o utilize como ferramenta de trabalho interdisciplinar, participando e interagindo com a equipe nos projetos terapêuticos, compartilhando informações clínicas e decisões com a equipe. Além desses sistemas, as UDM utilizam o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos Antirretrovirais (SICLOM), do Ministério da Saúde, para dispensação de antirretrovirais às pessoas vivendo com HIV/AIDS e o Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (SIGAF), da Secretaria Estadual de Saúde, em solicitações de medicamentos (BELO HORIZONTE, 2018a).

Mais recentemente foram implantados o Protheus que realiza o acompanhamento da aquisição e distribuição de medicamentos na cidade e o GERAFF (Software para Gerenciamento da Assistência Farmacêutica do município) que permite a consolidação dos dados do SIEST e SISREDE organizando as informações desses dois sistemas e gerando indicadores para Assistência Farmacêutica como o Índice de Abastecimento (IDA), a acurácia dos inventários, o número de atendimentos individuais, de visitas domiciliares e de atividades coletivas, desenvolvidas pelo farmacêutico local, dentre outras (BELO HORIZONTE, 2017). Cabe destacar outra ação importante ao definir e criar mecanismo de registro dos procedimentos assistenciais farmacêuticos, após evolução no prontuário eletrônico dos pacientes no SISREDE, que iniciou em 2019 e fornecem dados importantes para acompanhar a evolução dos atendimentos e evitar um valor subestimado de produção dos farmacêuticos.

Destacam-se, dentre as ações para qualificação da Assistência Farmacêutica, a elaboração e publicação das Diretrizes para a Assistência Farmacêutica Integral em Belo Horizonte com o propósito de alinhar a uniformização de conceitos, a sistematização das ações desenvolvidas pelos farmacêuticos em todos os níveis de atenção e a definição de indicadores de monitoramento e avaliação da Assistência Farmacêutica (BELO HORIZONTE, 2018a), e também implementando ações de educação permanente através da publicação de guias de atuação do farmacêutico no âmbito da SMSA-BH, como o Guia de atuação do farmacêutico no cuidado à pessoa com tuberculose (BELO HORIZONTE, 2018b) e o Guia de Atuação do

Farmacêutico na Hanseníase (BELO HORIZONTE, 2019), sendo que outros encontram-se em fase de elaboração. Além da publicação de guias do cuidado, são realizados encontros periódicos visando alinhamento e capacitação dos farmacêuticos de todos os níveis de atenção.

Entretanto, existem algumas lacunas e desafios a serem trabalhados, tais como a ausência de ferramentas de estratificação de risco relacionado ao uso dos medicamentos, necessárias para organizar a seleção de usuários e a oferta de serviços nos territórios; falta de modelos lógico-conceituais de serviços farmacêuticos clínicos, embasados por evidência e validados para a realidade brasileira; e de indicadores de qualidade mensuráveis, que possam ser aplicados para a avaliação dos serviços farmacêuticos clínicos (BELO HORIZONTE, 2018a).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Compreender o Cuidado Farmacêutico no contexto da Atenção Primária à Saúde no município de Belo Horizonte, Minas Gerais, na perspectiva dos farmacêuticos e pacientes.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil dos farmacêuticos, os serviços farmacêuticos e os fatores determinantes para a provisão do acompanhamento farmacoterapêutico (AFT) fundamentados no modelo de prática do Cuidado Farmacêutico na APS em BH.
- Conhecer as experiências dos pacientes atendidos pelo farmacêutico no serviço de AFT na APS, visando sua difusão e implementação na rede assistencial do SUS.
- Compreender aspectos relacionados a formação para a prática do Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária à Saúde, em Belo Horizonte, Minas Gerais, na perspectiva dos farmacêuticos.
- Compreender aspectos relacionados à prática do Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária à Saúde, em Belo Horizonte, Minas Gerais, na perspectiva dos farmacêuticos.

3. METODOLOGIA

“Nada na vida deve ser temido, somente compreendido. Agora é hora de compreender mais para temer menos.” (Marie Curie)

Dadas as características do presente estudo, trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa. Segundo Minayo (2014, p. 23), essa opção é:

“capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e as estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”.

Esse método, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva do conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo (MINAYO, 2014).

Para se compreender aspectos relativos ao Cuidado Farmacêutico na APS foi utilizado o estudo de caso. O “estudo de caso”, de acordo com Laville; Dionne (1999) se destaca, pois visa sobretudo a profundidade. O objetivo da pesquisa não é ver, mas compreender por meio da objetivação. Com base nos casos representativos, o pesquisador pode extravasar do particular para o geral. O estudo de caso permite uma investigação para se preservarem as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real – tais como ciclos de vida individuais, processos organizacionais e administrativos, mudanças ocorridas em regiões urbanas (YIN, 2015).

Vivenciamos em Belo Horizonte um incremento do número de farmacêuticos e a oportunidade de ampliar o seu campo de atuação na APS, assim este diferencial numérico e a experiência da prática justificou o estudo de caso. A Assistência Farmacêutica no município tem avançado significativamente ao longo dos anos com a implantação de diversas ações com o objetivo de qualificar este serviço especialmente no que tange às atividades técnico-gerenciais que já se encontram consolidadas na rede, sendo descritas em manuais e Procedimentos Operacionais Padrão (POP) para os diversos níveis de atenção e com processo de monitoramento e avaliação implantados (BELO HORIZONTE 2008, 2011). As ações assistenciais efetivamente iniciaram-se com a alocação dos farmacêuticos nas unidades da Rede de Atenção Secundária, da Saúde Mental e UPA.

A implantação do Nasf em 2008 viabilizou a inserção de farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde. Diante da experiência exitosa, este número foi ampliado contemplando um farmacêutico por núcleo, o que permitiu a introdução de novas ações direcionadas ao uso dos medicamentos, complementando a atuação das eSF na integralidade do cuidado (BELO HORIZONTE, 2018a). Desse modo, a institucionalização do Nasf em 2008 propiciou efetivamente a inserção do farmacêutico na APS e apresentou aumento progressivo do número de profissionais, proporcional à ampliação das equipes do Nasf. Atualmente, todos os 82 Nasf em BH contam com um farmacêutico, que desenvolve as atividades de Assistência Farmacêutica.

3.1 Local do estudo

Os locais escolhidos para o desenvolvimento da pesquisa foram os Centros de Saúde da APS, nos quais estão alocadas 82 equipes do Nasf, no município de Belo Horizonte, Minas Gerais. O município estudado, de acordo com estimativas de 2010, apresenta uma população de 2.375.151 habitantes, sendo a sexta cidade mais populosa do país (IBGE, 2010), com estimativa de 2.512.070 pessoas em 2019 (IBGE, 2018).

Em relação à rede de saúde, a cidade encontra-se dividida em nove Regionais, onde os serviços de saúde estão organizados em diferentes níveis de complexidade. Belo Horizonte conta atualmente com 152 centros de saúde, 589 equipes de Estratégia Saúde da Família, o Hospital Metropolitano Odilon Behrens, o Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro. São oito Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM), cinco Centros de Referência em Saúde Mental Álcool e outras (CERSAM-AD) e três Centros de Referência em Saúde Mental Infantil (CERSAMi).

A capital conta ainda com 9 Centros de Convivência. Na atenção especializada, são cinco Unidades de Referência Secundária (URS), nove Centros de Especialidades Médicas (CEM), quatro Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), quatro Centros de Reabilitação (CREAB), dois Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), dois Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), um Centro Municipal de Oftalmologia (CMO), um Centro Municipal de diagnóstico por imagem (CMDI) (BELO HORIZONTE, 2020a).

A rede de Urgência e Emergência é composta por nove Unidades de Pronto-Atendimento (UPA), um Serviço de Urgência Psiquiátrica Noturno (SUP) e o SAMU. A rede de apoio ao diagnóstico possui cinco laboratórios distritais, um laboratório central, um laboratório de Doenças Sexualmente Transmissíveis, nove laboratórios de UPA. A Vigilância em Saúde tem

em sua estrutura um Laboratório de Bromatologia, um Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIE), um Laboratório de Zoonoses, um Centro de Controle de Zoonoses, cinco centros de esterilização de cães e gatos, uma Unidade Móvel de Castração e o Serviço de Atenção ao Viajante. Na promoção à saúde, são 78 Academias da Cidade em funcionamento, com mais de 19 mil alunos e 207 locais que promovem a prática Lian Gong (BEO HORIZONTE, 2020a).

Neste espaço, as atividades são desenvolvidas por profissionais de diversas categorias, inseridos no Estratégia de Saúde da Família (ESF), além dos serviços especializados, profissionais de apoio nas unidades de saúde e 82 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). A cobertura pela Estratégia do Saúde da Família chega a 70% da população (BELO HORIZONTE, 2020a). Belo Horizonte utiliza a Estratégia Saúde da Família como modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde (APS). O Centro de Saúde é a principal porta de entrada do usuário no Sistema de Saúde e coordenador do cuidado no território. A APS é orientada pelos princípios do SUS e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica à Saúde, que são: universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BELO HORIZONTE, 2020b).

Os Centros de Saúde possuem as equipes de saúde da família formadas por enfermeiro, médico, auxiliar/técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde, dentista, auxiliar/técnico em saúde bucal. Cada equipe é responsável por um determinado número de famílias em uma área geográfica definida. Tem também os profissionais de apoio: clínico, ginecologista, pediatra, psiquiatra, psicólogo, assistente social, nutricionista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, farmacêutico, educador físico e equipe de zoonoses. Todos estes profissionais compõem a APS e são responsáveis pela assistência, prevenção de doenças, promoção da saúde, coordenação do cuidado, monitoramento e acompanhamento da população de sua área de abrangência (BELO HORIZONTE, 2020b).

3.2 Participantes do estudo

Na primeira fase da pesquisa, para o levantamento sócio-demográfico-formativo e profissional foram convidados a participar da pesquisa todos os farmacêuticos atuantes, há, pelo menos, um ano, nos CS da APS/Nasf da SMSA-BH (64 farmacêuticos), considerando que nesse município todos os farmacêuticos da APS encontram-se vinculados às equipes do Nasf. Quanto aos

pacientes, foram identificados pelos farmacêuticos, e deviam estar em acompanhamento farmacoterapêutico no momento da pesquisa.

3.3 Coleta de dados

A pesquisa foi desenvolvida em três etapas: na primeira 50 farmacêuticos atuantes na APS, responderam a um questionário semiestruturado abordando aspectos relacionados ao seu perfil sociodemográfico, profissional e formativo, e sobre as atividades desenvolvidas. Desses dados identificou-se seis farmacêuticos que realizavam acompanhamento farmacoterapêutico utilizando um método validado na literatura. Para a segunda etapa, foi solicitada a esses seis farmacêuticos a indicação de pacientes, dos quais 12 foram entrevistados individualmente para entender sua experiência em ser atendido por um farmacêutico. Na terceira etapa, os nove farmacêuticos que assinalaram desenvolver o acompanhamento farmacoterapêutico na primeira etapa foram entrevistados individualmente sobre o processo de trabalho na APS.

3.3.1 Procedimentos para coleta de dados por participante

Na etapa inicial da coleta de dados, os farmacêuticos receberam um formulário para levantamento sociodemográfico-profissional (APÊNDICE A). Os formulários foram entregues pelos farmacêuticos regionais aos farmacêuticos da equipe para preenchimento e entrega posterior. A duração do preenchimento foi de aproximadamente 45 minutos. As entrevistas individuais com os farmacêuticos (APÊNDICE B) e com os pacientes (APÊNDICE C) foram realizadas por meio de um roteiro semiestruturado e foram conduzidas até a saturação dos dados. Considerando que o fechamento amostral por saturação ocorreu quando “as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados” considerando-se o objeto de estudo (FONTANELLA; RIBAS; TURATO, 2008). Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e revisadas.

3.4 Análise dos dados

Os dados sociodemográficos, funcional e formativo dos farmacêuticos foram analisados utilizando-se o programa SPSS para Windows versão 16.0, sendo apresentados de forma descritiva (média \pm desvio padrão e frequência -%).

Os dados obtidos por meio das entrevistas foram trabalhados à luz da análise de conteúdo de Bardin. De acordo com Bardin (2014), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. Laille; Dionne (1999), consideram que o princípio da análise de conteúdo consiste em desmontar a estrutura e os elementos desse conteúdo para esclarecer suas diferentes características e extrair sua significação.

Os dados das entrevistas com os farmacêuticos foram submetidos à análise temática de conteúdo mediante a organização e sistematização dos dados. A análise das respostas dos pacientes e farmacêuticos seguiu com a proposta de Bardin (2016), a qual compreende 3 etapas: 1) Pré-análise – transcrição, na íntegra, leitura flutuante e exaustiva, 2) Exploração do material – consiste na transformação dos dados brutos, quando surgem os temas mais relevantes definindo as categorias temáticas. 3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação, quando podemos propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas. Desse processo, surgiram os temas mais relevantes definindo as categorias temáticas.

3.5 Rigor metodológico

Apresentados os elementos metodológicos, destaca-se que foi utilizada neste estudo a triangulação de dados, por não se restringir à utilização de apenas um método, teoria, fonte de dados ou investigador no processo de análise de um mesmo fenômeno, o que possibilitou a apreensão da realidade sob diversos ângulos, possibilitando o confronto de informações, de maneira a minimizar vieses resultantes de uma única perspectiva de análise (SANTOS *et al.*, 2020). Como estratégia para atingir os objetivos propostos, foram considerados os seguintes conceitos básicos de rigor: garantir credibilidade, confiabilidade, transferabilidade e confirmabilidade (SANTOS *et al.*, 2020; MOREIRA, 2018), apresentados a seguir.

Credibilidade: está relacionada à veracidade da pesquisa (NAGEL, 2014). Para tanto, foi feita uma descrição detalhada do processo e dos resultados. Esta descrição densa contribuiu para determinar o nível de confiança nos resultados relatados, pois oportuniza também aos leitores verificar como foram realizados todos os procedimentos específicos para a coleta e a análise dos dados (MOREIRA, 2018).

Confiabilidade: este é outro aspecto muito ligado ao primeiro que demonstra o crédito dos resultados (NAGEL, 2014). Neste sentido foi necessário obter a saturação das informações obtidas, além de garantir todos os registros gerados no decorrer da pesquisa (MOREIRA, 2018).

Transferabilidade: está relacionada com o grau dos resultados poderem ser aplicados ou generalizados em outros cenários, contextos semelhantes ou outros grupos (NAGEL, 2014). Neste sentido buscou-se elaborar descrições precisas, detalhadas e completas do contexto e dos participantes no sentido de ajudar o leitor a determinar a transferibilidade (MOREIRA, 2018). Destaca-se aqui a experiência da pesquisadora no cenário do estudo.

Confirmabilidade: está relacionada com a ideia de neutralidade ou a medida pela qual o pesquisador é livre de tendenciosidades nos procedimentos e na interpretação dos resultados (MOREIRA, 2018).

3.6 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da UFMG e da Prefeitura de Belo Horizonte, sob número de registro CAAE 50497615.9.0000.5149, conforme Parecer Consubstanciado do CEP SMSA-BH (ANEXO A) e Parecer Consubstanciado do CEP - UFMG (ANEXO B).

Todos os participantes da pesquisa leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - Farmacêuticos – formulário sociodemográfico, formativo e profissional. (APÊNDICE D); TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - Farmacêuticos – entrevista individual (APÊNDICE E); TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – Paciente (APÊNDICE F).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

“Cada pessoa deve trabalhar para o seu aperfeiçoamento e, ao mesmo tempo, participar da responsabilidade coletiva por toda a humanidade.” (Marie Curie).

Os resultados dessa tese foram organizados em artigos, os quais serão apresentados a continuação.

4.1. Artigo de resultados 1: “Desafios para o Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária à Saúde”.

“Challenges for Pharmaceutical Care in Primary Health Care”

Aceito para publicação pela PHYSIS: REVISTA DE SAÚDE COLETIVA, classificada como B2, pelo Sistema Qualis Referência 2019, cumprindo exigência de produção acadêmica do PPGMAF-UFMG (ANEXO E).

Autoras: DÉLCIA REGINA DESTRO^{a, b}, SIMONE ALVES DO VALE^a, MARIA JOSÉ MENEZES BRITO^c, CLARICE CHEMELLO^a

^a Departamento de Farmácia Social, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais

^b Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

^c Escola de Enfermagem da UFMG

Resumo

Este estudo de caso objetivou descrever o perfil dos farmacêuticos, caracterizar os serviços farmacêuticos e desvelar os fatores determinantes para a provisão do acompanhamento farmacoterapêutico fundamentados no modelo de prática do Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária à Saúde. Cinquenta farmacêuticos responderam a um questionário sobre seu perfil e atividades. Aplicou-se a análise de conteúdo de Bardin para análise dos dados sobre as atividades, resultando em 2 categorias: caracterização das atividades desempenhadas pelos farmacêuticos e os determinantes para a provisão do acompanhamento farmacoterapêutico. Observou-se que o cuidado farmacêutico ainda é um desafio a ser enfrentado, principalmente devido à demanda de atividades gerenciais e à deficiência na formação para o cuidado, necessitando reorganizar os processos de trabalho e as diretrizes institucionais para a ampliação do acesso aos serviços farmacêuticos centrados no paciente. Contudo, destaca-se o crescente número de farmacêuticos trabalhando no cuidado, reorganizando e redefinindo seu papel, buscando transformar a realidade da Assistência Farmacêutica municipal. Apesar dos desafios

ainda existentes referentes à formação, estrutura e processos, destaca-se a busca de soluções para a organização do serviço, com o aprimoramento das atividades clínicas, fortalecendo a Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Cuidado farmacêutico. Assistência farmacêutica. Atenção primária à saúde. Sistema único de saúde.

Physis Revista de Saúde Coletiva

PHYSIS

DESAFIOS PARA O CUIDADO FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Journal:	<i>Physis Revista de Saúde Coletiva</i>
Manuscript ID:	PHYSIS-2019-0253.R1
Manuscript Type:	Original Article
Keyword:	Cuidado Farmacêutico, Assistência Farmacêutica, Atenção Primária à Saúde, Sistema Único de Saúde

SCHOLARONE™
Manuscripts

<https://mc04.manuscriptcentral.com/physis-scielo>

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

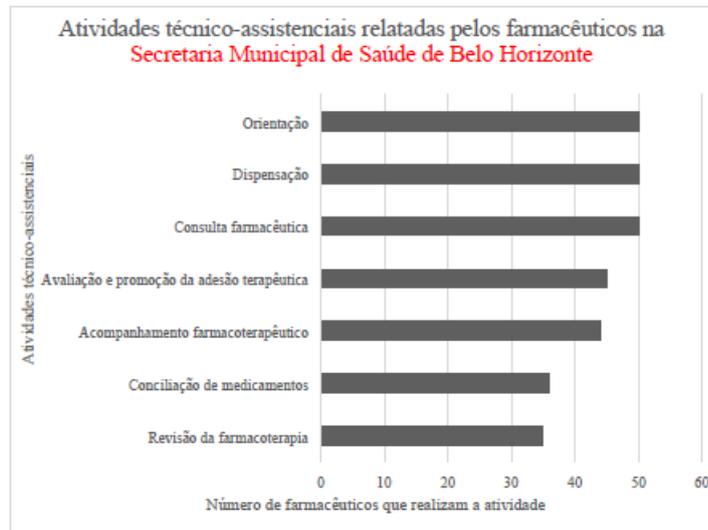


Figura 1 Atividades técnico-assistenciais dos farmacêuticos da Atenção Primária à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2016.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos farmacêuticos da Atenção Primária à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH), 2016.

Variável		n (50)	%
Gênero	Feminino	40	80
	Masculino	10	20
Faixa etária	19-28 anos	2	4
	29-38 anos	36	72
	37-48 anos	7	14
	49-58 anos	4	4
	59 a 68 anos	3	6
Estado civil	Solteiro	15	30
	Casado	30	60
	Outros	5	10
Tempo na SMSA-BH	Até 5 anos	41	82
	6 a 10 anos	8	16
	>10 anos	1	2
Tempo na função	Até 2 anos	9	18
	2,1 a 4 anos	32	64
	4,1 a 6 anos	7	14
	>6 anos	2	4
Vínculo	Efetivo SMSA-BH	28	76
	Contrato administrativo	12	24

Tabela 2. Formação dos profissionais farmacêuticos da Atenção Primária à Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH), SMSA-BH, 2016.

Variáveis	N (50)	%
Tipo de instituição de ensino (50)		
Pública	38	76
Privada	12	24
Tempo de graduação		
Até 2002	10	20
Depois de 2002	40	80
Habilitação		
Análises clínicas	11	22
Indústria	20	40
Alimentos	2	4
Não informou a área	1	2
Sem habilitação	16	32
Pós-graduação*		
Especialização	37	71,2
Residência	3	5,8
Mestrado	12	23,1
Experiência em Atenção farmacêutica		
Acadêmica		
Sim	15	30
Não	35	70
Profissional		
Sim	21	42
Não	29	58

* O total de farmacêuticos com pós-graduação é superior ao número de profissionais porque alguns farmacêuticos possuem mais de uma pós-graduação.

Introdução

O Cuidado Farmacêutico, termo adotado recentemente pelo Ministério da Saúde (MS) como sinônimo de Atenção Farmacêutica, consiste na “ação integrada do farmacêutico com a equipe de saúde, centrada no usuário, para promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos”. Visa à educação em saúde e a promoção do Uso Racional de Medicamentos (URM) prescritos e não prescritos, por meio dos serviços da clínica farmacêutica e atividades técnico-pedagógicas, voltadas ao indivíduo, à família, à comunidade (IFC) e à equipe de saúde, baseados em uma relação terapêutica entre farmacêutico e paciente e de corresponsabilização pelas necessidades farmacoterapêuticas dos pacientes (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA - CFF, 2016; BRASIL, 2014). A filosofia do Cuidado Farmacêutico atribui a este profissional a responsabilidade de garantir que os pacientes recebam a terapia mais indicada, efetiva, segura e conveniente (WIEDENMAYER et al., 2006). E é no acompanhamento farmacoterapêutico (AFT), um dos serviços farmacêuticos, que o farmacêutico assume essa responsabilidade (BRASIL, 2018).

Diante das demandas de saúde atuais da população brasileira – envelhecimento da população, elevado uso de medicamentos, baixa adesão a tratamentos e desarticulação das práticas profissionais – é imperativo aos profissionais de saúde, em particular o farmacêutico, a necessidade de avançar na qualificação do cuidado ofertado aos usuários de medicamentos (COSTA et al., 2017a). A estruturação da Assistência Farmacêutica (AF) no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil consiste em importante estratégia para a ampliação e qualificação do acesso da população aos medicamentos essenciais e ao Cuidado Farmacêutico. O farmacêutico no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (Nasf) atua tanto na atenção ao cuidado dos indivíduos, participando de forma ativa de sua terapêutica, como nas atividades gerenciais, em relação à gestão dos medicamentos das farmácias dos Centros de Saúde (CS) (BRASIL, 2018).

Neste contexto, as atribuições do farmacêutico no SUS dividem-se em técnico gerenciais e assistenciais. A primeira compreende as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos de forma integrada para garantir o acesso aos medicamentos (CORRER; OTUKI; SOLER, 2011; BRASIL, 2014). As atividades assistenciais visam qualificar a atenção integral aos usuários, e, também, potencializar ações realizadas pelos demais profissionais relacionadas ao URM (BRASIL, 2014). Essas atividades serão operacionalizadas por meio de serviços farmacêuticos, fundamentados pela filosofia de prática do Cuidado Farmacêutico (CFF, 2016).

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

No que tange à Atenção Primária à Saúde (APS) cujas ações são desenvolvidas nos Centros de Saúde (CS), o farmacêutico pode estar inserido no Nasf, para apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na rede de serviços e ampliar a abrangência, resolutividade, territorialização, regionalização e ações da APS (BRASIL, 2018). No município de Belo Horizonte (BH), as 82 equipes do Nasf contam com um farmacêutico, como provedor dos serviços farmacêuticos e das atividades técnico-gerenciais, em relação à gestão dos medicamentos das farmácias dos CS (BELO HORIZONTE, 2018).

Em consonância com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o Ministério da Saúde e o Conselho Federal de Farmácia, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH) trabalham para ampliar as ações do farmacêutico de forma integrada, objetivando o cuidado integral do usuário, além do acesso aos medicamentos de maneira contínua e regular (BELO HORIZONTE, 2018; BRASIL, 2018; CFF, 2016; BRASIL, 2014; OPAS, 2013).

A inserção do farmacêutico na APS, com perspectivas de fortalecimento da sua integração à equipe, tem sido impulsionada pelas recentes mudanças institucionais e normativas no cenário nacional, sendo um processo em construção (BARBERATO; SCHERER; LACOURT, 2018). Diante do exposto, os objetivos do presente trabalho foram descrever o perfil dos farmacêuticos, caracterizar os serviços farmacêuticos e desvelar os fatores determinantes para a provisão do AFT fundamentados no modelo de prática do Cuidado Farmacêutico na APS em BH.

Metodologia

Trata-se de um estudo de caso, descritivo e interpretativo, realizado em maio de 2016, em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil (YIN, 2015; MINAYO, 2014).

Foram convidados a participar da pesquisa todos os farmacêuticos atuantes, há, pelo menos, um ano, nos CS da APS/Nasf da SMSA-BH (64 farmacêuticos), considerando que nesse município todos os farmacêuticos da APS encontram-se vinculados às equipes do Nasf. Os dados foram coletados por meio de um questionário, abrangendo questões abertas e fechadas relativas ao perfil sociodemográfico, funcional e formativo dos farmacêuticos, e às atividades desempenhadas.

Nesse município, a institucionalização do Nasf em 2008, propiciou efetivamente a inserção do farmacêutico na APS e apresentou aumento progressivo do número de profissionais, proporcional à ampliação das equipes do Nasf. Atualmente, todos os 82 Nasf em BH contam com um farmacêutico, que desenvolve as atividades de AF.

1
2
3 Os dados sociodemográficos, funcional e formativo dos farmacêuticos foram analisados
4 utilizando-se o programa SPSS para Windows versão 16.0, sendo apresentados de forma
5 descritiva (média \pm desvio padrão e frequência %).

6
7
8 Analisaram-se as respostas às questões abertas pela análise de conteúdo de Bardin
9 (2016), a qual compreende 3 etapas: 1) Pré-análise – transcrição, na íntegra, leitura flutuante e
10 exaustiva; 2) Exploração do material – consiste na transformação dos dados brutos, quando
11 surgem os temas mais relevantes definindo as categorias temáticas; 3) Tratamento dos
12 resultados obtidos e interpretação, quando podemos propor inferências e adiantar interpretações
13 a propósito dos objetivos previstos ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas.

14
15 Este trabalho faz parte de um trabalho de doutorado, foi aprovado pelos Comitês de
16 Ética da SMSA-BH e Universidade Federal de Minas Gerais. Todos os participantes assinaram
17 o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

24 25 **Resultados e discussão**

26
27 **Dos 64 farmacêuticos atuantes nos Nasf/APS da SMSA-BH no momento da pesquisa, 50 (78%)**
28 **responderam ao questionário.** Os resultados desta pesquisa estão divididos em duas partes: a
29 primeira, dados descritivos relativos **ao perfil sociodemográfico, funcional e formativo dos**
30 **farmacêuticos e** a segunda, aborda a análise de conteúdo das questões abertas, configuradas em
31 categorias: caracterização das atividades desempenhadas pelos farmacêuticos e os
32 determinantes para a provisão do AFT.

33 34 **Perfil sociodemográfico, funcional e formativo dos farmacêuticos**

35
36 Dos 50 farmacêuticos, 80% eram mulheres, média de idade de 35,8 anos e 60% casados,
37 resultado semelhante ao relatório do CFF sobre o perfil do farmacêutico no Brasil (CFF, 2015).
38 Cada farmacêutico **era designado como coordenador técnico** por 2,4 CS, em média, sendo que
39 56% deles por até 2 CS, onde atuava sua equipe do Nasf.

40
41 Quarenta e um farmacêuticos trabalhavam na SMSA-BH há menos de 5 anos (82%),
42 média de 4,2 anos. O tempo médio na função foi de 3,4 anos, todos possuíam carga horária de
43 40 horas semanais e 76% efetivos (Tabela 1).

44
45 **Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos farmacêuticos da Atenção Primária à Saúde da**
46 **Secretaria Municipal da Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH), 2016.**

47
48 Em relação à formação acadêmica, a maioria (76%) graduou-se em instituições públicas,
49 sendo que 80% concluiu a graduação depois de 2002. A formação acadêmica era diversificada,
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3 sendo 40% indústria, 32% sem habilitação, 22% análises clínicas, 4% alimentos e 2% não
4 informado. Do total, 41 (82%) cursaram pós-graduação, sendo 71% especialização, 23%
5 mestrado e 6% residência (Tabela 2).
6
7

8 Tabela 2. Formação dos profissionais farmacêuticos da Atenção Primária à Saúde da Secretaria
9 Municipal da Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH), SMSA-BH, 2016.
10
11

12
13 Entre aqueles com especialização, 46% foi em área clínica. Sobre a experiência em
14 Atenção Farmacêutica, 30% respondeu ter experiência formativa (cursado disciplinas na área,
15 ter sido bolsista de iniciação científica ou de extensão, participação em grupos de estudo) e
16 42%, experiência profissional. A experiência formativa mais citada (52%) foi a participação no
17 Grupo de Estudos em Atenção Farmacêutica em universidade e, entre as experiências
18 profissionais, 71% referenciaram o trabalho na SMSA-BH.
19
20

21
22 As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de Farmácia de 2002
23 redirecionaram o foco de formação do medicamento para o processo saúde-doença e sua
24 atuação no SUS, em resposta à demanda social (SOUZA; BASTOS; BOGO, 2013; BRASIL,
25 2002). Entretanto, a formação do farmacêutico em relação à atenção à saúde ainda é deficitária,
26 pois a forma tecnicista e fragmentada, enfatizando o modelo biomédico, deixa lacunas no
27 conhecimento, nas habilidades e atitudes clínicas e humanísticas (CASTRO, 2011). Em 2017
28 foram aprovadas novas DCN, as quais direcionam os currículos para a formação de profissional
29 de saúde generalista, voltado prioritariamente ao cuidado e ao SUS. O egresso deverá ter
30 competências que atendam às necessidades de saúde da população, representando um grande
31 avanço, seguindo a tendência mundial da profissão: o cuidado centrado no paciente (BRASIL,
32 2017; FEDERAÇÃO NACIONAL DOS FARMACÊUTICOS, 2018).
33
34

35
36 Diante dos resultados é necessário promover a qualificação dos profissionais, haja vista
37 que a maioria dos farmacêuticos (80%) concluiu a graduação com currículos baseados nas DCN
38 2002. Embora tenham especialização e experiência em área clínica, a formação não reflete sua
39 atuação, que pode ser decorrente da falta de clareza de suas atribuições no Nasf e,
40 consequentemente, de seu papel na APS.
41
42

43
44 Neste aspecto, a OPAS sinaliza que a formação prática do farmacêutico orientada mais
45 ao produto do que aos serviços de saúde, dificulta o trabalho em equipe e a integração com a
46 comunidade, consistindo em um grande desafio a ser superado para mudança deste paradigma
47 (OPAS, 2013). Aliado a isso, estão as demandas dos serviços técnico-gerenciais, as quais,
48 muitas vezes, se sobrepõem às atividades assistenciais (LUQUETTI *et al.*, 2017;
49 NAKAMURA; LEITE, 2016). Portanto, o farmacêutico deve redefinir seu papel com segurança
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3 e autonomia para pôr em prática o Cuidado Farmacêutico, fundamental para transformar a
4 realidade da AF (OLIVEIRA; ALVES; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2017).

5
6 Destacam-se, além das limitações na formação, a insegurança e medo do farmacêutico
7 para atuar fora da farmácia, a falta de habilidades e capacitação para novas atividades, além do
8 não reconhecimento, por ele próprio, pelas Equipes da Saúde da Família (EqSF) e usuários do
9 seu papel como cuidador, podem levá-los a se prenderem a ela como espaço e atividade,
10 limitando o fazer e os resultados em saúde esperados pela proposição do Nasf (NAKAMURA;
11 LEITE, 2016).
12
13
14
15
16
17
18

19 20 **Caracterização das atividades do farmacêutico na APS**

21 A prática farmacêutica no Nasf contempla as duas grandes áreas da AF: técnico-gerencial e
22 técnico-assistencial, o que diferencia o farmacêutico das demais categorias que compõem as
23 equipes do Nasf, as quais são eminentemente assistenciais. Entretanto, considerando
24 fundamental o aspecto clínico da AF ressalta-se a importância do desenvolvimento das
25 atividades assistenciais nos CS (BRASIL, 2018; BELO HORIZONTE, 2011).
26
27
28
29

30 Nesse sentido, na SMSA-BH, as atividades assistenciais seguem a lógica do Nasf com
31 atuação integrada do profissional, o que permite realizar discussões de casos clínicos,
32 atendimento compartilhado, visitas domiciliares, construção conjunta de projetos terapêuticos
33 de forma que amplia e qualifica as intervenções no território e na saúde de grupos
34 populacionais. Os pacientes atendidos pelos farmacêuticos provêm de encaminhamentos das
35 EqSF e NASF, frequentemente nas reuniões de matriciamento, quando são repassados casos
36 novos e as devolutivas dos pacientes em AFT, compartilhando as informações e o cuidado, ou
37 em situações de demanda espontânea dos pacientes identificados no CS (BELO HORIZONTE,
38 2018). Em relação ao apoio matricial, Castro e Campos (2016) destacam que além do cuidado
39 compartilhado, essa metodologia funciona, ao mesmo tempo, como uma forma de educação
40 permanente, uma vez que os profissionais com distintas formações ampliam a comunicação
41 entre eles ao conduzirem casos conjuntamente.
42
43
44
45
46
47
48
49
50

51 No presente estudo, 74% dos farmacêuticos relataram possuir perfil predominantemente
52 técnico-gerencial, 13% assistencial e 13% ter equilíbrio entre ambos. A proporção de tempo
53 dedicada às atividades assistenciais foi de 37%. **Estes dados corroboram os resultados da**
54 **Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Uso Racional de Medicamentos – Serviços**
55 **(PNAUM), em relação às atividades farmacêuticas de natureza clínica na APS no Brasil, onde**
56
57
58
59
60

1
2
3 se constatou que do total de farmacêuticos entrevistados pouco mais de 1/5 afirmou realizar
4 alguma atividade de natureza clínica (ARAÚJO *et al.*, 2017a).
5

6 O desconhecimento do seu papel assistencial em outros espaços além da farmácia,
7 distorcido pela demanda dos demais profissionais da saúde e da comunidade como sendo a
8 garantia do acesso aos medicamentos, reflete na seguinte fala:
9

10 *“Diante das principais atividades desenvolvidas, sobressaem-se as atividades técnico-
11 gerenciais, pois essas são as atividades mais cobradas e percebidas pela comunidade, EqSF e
12 outros profissionais de saúde, em geral, cuja prioridade é garantir o acesso ao medicamento.”*
13 [F25]

14 Entretanto, quando questionados sobre as atividades assistenciais que desempenham, a
15 maioria relatou executar àquelas referentes ao Cuidado Farmacêutico (Figura 1).
16

17 **Figura 1. Atividades técnico-assistenciais dos farmacêuticos da Atenção Primária à Saúde da
18 Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2016.**
19

20 Todos relataram realizar consultas farmacêuticas com o usuário, dispensação e
21 orientação farmacêutica. Ressalta-se que 88% assinalaram realizar o AFT, o que contrasta com
22 o percentual de profissionais que citou usar algum método para tal referenciado na literatura
23 científica (13%). Entre os métodos mais usadas no Brasil estão Método Dáder,
24 Pharmacotherapy Workup e Therapeutic Outcomes Monitoring (CORRER; OTUKI, 2013).
25 Destaca-se na presente pesquisa que ter experiência em Atenção Farmacêutica, seja ela
26 formativa ou laboral, foi a única variável associada à aplicação de método de AFT ($p < 0,05$).
27

28 Ademais, 98% relataram registrar os atendimentos, 83% negociavam com o paciente a
29 intervenção e 83% informaram contatar a equipe em caso de necessidade. Todos os
30 profissionais afirmaram participar das reuniões de matriciamento do Nasf, espaços para a
31 discussão de casos, organização e execução do trabalho integrado entre o Nasf e as EqSF
32 (BRASIL, 2018). Além disso, 98% disseram fazer consultas compartilhadas com outros
33 membros da equipe de saúde e 92% afirmaram realizar atividades pedagógicas para promoção
34 do URM (educação de pacientes).
35

36 Apesar de declararem realizar atividades assistenciais, percebe-se certo conflito do
37 profissional entre as atividades desenvolvidas e a definição e planejamento de prioridades:
38

39 *“Considero desenvolver mais atividades técnico-gerenciais que assistenciais, uma vez
40 que, penso não adiantar acompanhar um usuário que não está fazendo uso do medicamento,
41 por estar em falta na Unidade de Saúde e ele não tem dinheiro para comprar, que trabalhar
42 com ações para evitar esta falta. Por fim, penso que não adianta acompanhar uns poucos
43 pacientes, enquanto muitas ações gerenciais ainda são deficientes e ao resolvê-las pode-se
44 beneficiar uma maior parcela da população.”* [F32]
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3 Ao mesmo tempo, outros conseguem realizar ambas as atividades, apesar das
4
5 dificuldades:
6

7
8 *“Eu me considero como profissional que desempenha as duas tarefas. Eu busco me*
9 *qualificar e me envolver em atividades assistenciais tanto individual, quanto em grupo.*
10 *Entretanto, é muito difícil dividir minha agenda com as atividades gerenciais. Nas atividades*
11 *assistenciais, a falta de consultório e de carro para fazer visita domiciliar, tem interferido na*
12 *quantidade de atendimentos.” [F6]*
13

14
15 O sistema está organizado com foco no acesso ao medicamento desvinculado de um
16 serviço que garanta seu uso correto e seguro (SOARES et al., 2016). O predomínio dessas
17 atividades é uma prática frequente na realidade do farmacêutico, mas é importante correlacioná-
18 la às atividades clínicas de modo a contemplar todas as etapas que envolvem o medicamento,
19 desde sua seleção até o monitoramento, sendo que todas atuam como engrenagens e não podem
20 ser trabalhadas de forma isolada (BRASIL, 2018). Assim, para garantir a integralidade do
21 tratamento medicamentoso, os farmacêuticos devem investir em serviços que deem conta das
22 necessidades em saúde da população (FOPPA; CHEMELLO; FARIAS, 2016).
23

24
25 Como principais limitações para as ações assistenciais, identificaram-se a
26 indisponibilidade de tempo devido às demandas das EqSF e comunidade (resultados
27 semelhantes aos de Luquetti et al. (2017) e Nakamura e Leite (2016), além da estrutura física
28 do CS ou perfil do profissional. Resultados da PNAUM também evidenciaram que as
29 atividades de natureza clínica desempenhadas pelos farmacêuticos ainda são incipientes. Os
30 principais motivos alegados pelos farmacêuticos para não realizar tais atividades foram: nunca
31 ter sido solicitado, não dispor de espaço físico e de tempo. Outros motivos citados incluem
32 ausência de formação específica, falta de incentivo pelo município, ausência de estrutura
33 física e pessoal insuficiente na farmácia (ARAÚJO et al., 2017a). Percebe-se que as
34 contingências impostas pela rotina de trabalho nos CS o direcionam a um perfil
35 predominantemente técnico-gerencial.
36

37
38 Contudo, um diferencial no cenário desta pesquisa são as estratégias adotadas para
39 avançar no desenvolvimento das atividades assistenciais no contexto da APS:
40

41
42 *“Eu me considero de caráter técnico-gerencial, todavia as atividades assistenciais não*
43 *deixam de ser realizadas (...). O seguimento farmacêutico é dificultado, mas damos muitas*
44 *orientações aos pacientes a todo momento. Todos os casos de tuberculose e hanseníase são*
45 *acompanhados no momento, tenho dado atenção especial também aos usuários que utilizam*
46 *insulina, com realização de grupos e atendimentos individuais sempre que possível.” [E8]*
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3 Assim, faz-se necessário estabelecer prioridades para prover o Cuidado Farmacêutico e
4 o serviço farmacêutico a ser desenvolvido de forma programada e sistematizada, considerando
5 os determinantes para definição do método a ser utilizado.
6
7
8

9 10 **Determinantes para a provisão do acompanhamento farmacoterapêutico**

11 No processo de cuidado, o farmacêutico, em colaboração com o indivíduo e outros membros
12 da equipe de saúde, busca melhorar os resultados da farmacoterapia, a fim de garantir que os
13 medicamentos utilizados pelo indivíduo sejam corretamente indicados, efetivos, seguros e
14 convenientes. Ademais, objetiva a prevenção, detecção e resolução de problemas relacionados
15 aos medicamentos (PRM) antes que estes deem lugar à morbidade e mortalidade associadas à
16 farmacoterapia (BRASIL, 2018). Os PRM, por sua vez, são definidos como “um evento
17 indesejado experienciado pelo paciente que envolve ou se suspeita envolver a farmacoterapia,
18 interferindo no resultado esperado da terapia e que requer julgamento profissional para ser
19 resolvido.” (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012).
20
21
22
23
24

25 Após identificação dos PRM durante a avaliação inicial, o plano de cuidado deve ser
26 desenvolvido podendo as intervenções ser pactuadas com as equipes ou paciente. Durante esse
27 processo o próprio profissional estabelece o intervalo necessário entre as consultas para que as
28 intervenções possam ser avaliadas (BRASIL, 2018).
29
30
31
32
33

34 A falta de diretrizes e de formação profissional para a sistematização do Cuidado
35 Farmacêutico na APS aliada à insegurança do profissional reflete na sua atuação:
36

37 “Ainda é necessário um posicionamento mais direcionado pelo farmacêutico do Nasf
38 em relação a sua contribuição para o cuidado do paciente. Penso que os farmacêuticos ainda
39 não se sentem seguros ou situados dentro desse processo.” [F35]

40 “Seria necessária a padronização de condutas, confecção de protocolos, para dar
41 embasamento e orientar o atendimento. Me sinto insegura ainda em fazer um acompanhamento
42 farmacoterapêutico.” [F43]
43
44

45 Em Belo Horizonte, com a implantação dos Nasf em 2008, foi priorizada a relação de
46 um farmacêutico por equipe, que referencia em média 2,4 CS, com 56% deles por até dois CS,
47 conforme cobertura das EqSF, entretanto, constatou-se que isto ainda é insuficiente. As
48 atribuições do farmacêutico na APS extrapolam os encaminhamentos do Nasf, o que o
49 diferencia dos demais profissionais, conforme destaque anterior. Portanto, é imperativo
50 estabelecer prioridades para o desenvolvimento das atividades assistenciais ao definir a agenda,
51 atendendo às necessidades da população, interligando-as com as gerenciais com foco no
52 paciente.
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

“Todas as ações desenvolvidas têm como foco principal o paciente. Mesmo as atividades gerenciais que ocupam majoritariamente a carga horária, são desenvolvidas de forma a prestar uma melhor assistência ao usuário. Dentro de todas as atividades desenvolvidas, a demanda do usuário sempre é priorizada em relação às atividades gerenciais, que muitas vezes, são desenvolvidas nos intervalos entre atendimentos, reuniões de matriciamento, grupos, dentre outras.” [F11]

E ainda apresentam estratégias para resolver a demanda das atividades técnico-gerenciais:

“Considero-as principalmente técnico-gerenciais visto que supervisiono ou melhor, coordeno três farmácias grandes, população acima de 100.000 habitantes. O treinamento constante de pessoal e assédio de outros profissionais no que concerne aos medicamentos disponíveis na rede, é muito grande. No entanto, estou tentando aumentar a proporção de % assistencial, através de uma melhor organização de minhas ações junto ao Nasf, com estudos de demanda e marcação de atendimentos prioritários. [E31]

Outro profissional considera suas ações predominantemente assistenciais com destaque para as oportunidades que surgem na APS:

“Caráter eminentemente assistencial. Identifico uma demanda muito grande para trabalhar em nível assistencial, seja de forma coletiva ou individual. Entendo que a inserção do farmacêutico é primordial e ela não acontecerá ou será “legitimizada” sem esse trabalho de impacto e aproveitamento de oportunidades.” [F24]

Aceitar seu papel social e adotar o cuidado como sua missão profissional é, sem dúvida, uma das grandes questões que movimenta as discussões da profissão farmacêutica a nível mundial nas últimas décadas (COSTA *et al.*, 2017b; CFF, 2016; FREITAS; RAMALHO-DE-OLIVEIRA; PERINI, 2006).

No Brasil, há um considerável crescimento da implantação de serviços clínicos, sejam a nível hospitalar, ambulatorial ou na APS, públicos ou privados. A atuação do farmacêutico no cuidado direto ao IFC é um desafio para o sistema de saúde brasileiro (CFF, 2016). Destacam-se experiências exitosas em alguns municípios brasileiros que implantaram o serviço de Cuidado Farmacêutico, mostrando suas dificuldades e frutos que estão colhendo atualmente – Curitiba, Salto Grande, Divinópolis, São Paulo, Belo Horizonte (BRASIL, 2014; BRASIL, 2019).

Quanto ao cenário externo, Reino Unido, Austrália, Nova Zelândia, Espanha, Portugal, Holanda, Suíça e Estados Unidos da América implantaram serviços farmacêuticos na APS e

1
2
3 incentivaram a ampliação da atuação clínica do farmacêutico como estratégia para a obtenção
4
5 dos melhores resultados com os tratamentos e outras tecnologias em saúde, e obtiveram efeitos
6
7 positivos (INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION, 2011; CHEN, 2016;
8
9 NEW ZEALAND MINISTRY OF HEALTH, 2016; CFF, 2016; COSTA et al., 2017b; NHS
10
11 ENGLAND, 2019. CLINICAL PHARMACISTS IN GENERAL PRACTICE, 2019; BRASIL,
12
13 2019).

14
15
16 Nesta pesquisa o foco foi compreender como o AFT vem sendo realizado na APS em
17
18 Belo Horizonte. Pelos relatos dos farmacêuticos que citaram usar um método de AFT
19
20 referenciado na literatura, constatou-se um fluxo de trabalho melhor definido na unidade de
21
22 saúde, e o estabelecimento de parcerias com outros profissionais:

23
24 *“Após passar dois anos na residência multiprofissional Saúde dos Idosos - Hospital das*
25 *Clínicas ampliei o olhar e ação no campo técnico-assistencial. Atualmente empodero os*
26 *trabalhadores da farmácia a assumirem as atividades técnico-gerenciais, tendo como*
27 *referência minha gestão. E pactuo com a Equipe de Saúde da Família o desenvolvimento da*
28 *farmácia clínica na unidade.” [F18]*

29
30 É importante ter um fluxo claramente definido, identificando quais pacientes podem ser
31
32 de fato beneficiados pelo serviço. Podem existir duas “portas” para o AFT na APS: Indivíduos
33
34 para os quais as equipes do CS identificam necessidade de atendimento farmacêutico e
35
36 indivíduos que são identificados na farmácia do CS durante a aquisição de seus medicamentos
37
38 e que demonstram estar confusos com a farmacoterapia (BRASIL, 2018).

39
40 Destaca-se que a maioria dos farmacêuticos (90%) afirmaram agendar consultas de
41
42 retorno com os pacientes. Isso afirma a continuidade do cuidado provido pelo farmacêutico em
43
44 múltiplas consultas, tornando possível que muitos dos serviços apresentados (educação em
45
46 saúde, rastreamento em saúde, conciliação de medicamentos e revisão da farmacoterapia)
47
48 possam ser realizados durante o processo de acompanhamento do paciente:

49
50 *“O retorno é agendado de acordo com a minha avaliação da necessidade do paciente,*
51 *para verificar o resultado de uma intervenção, ou de um parâmetro de monitorização; não tem*
52 *uma frequência padronizada.” [E6]*

53
54 *“Depende da demanda do paciente, se maior agenda para um mês; se média dois meses*
55 *e se baixa, faço monitoramento do paciente de seis em seis meses.” [E7]*

56
57 Os motivos apontados para não realização de consultas de retorno foram relacionados à
58
59 disponibilidade de consultórios ou carro para visitas domiciliares, desejo do paciente, ausência
60
de cuidador para receber as orientações, no caso de impossibilidade por parte do paciente:

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

“O agendamento pode ser feito diretamente com o próprio paciente/família ou por meio das reuniões de matriciamento. A frequência do agendamento ocorre conforme a necessidade do caso, podendo ser semanal, quinzenal, mensal, bem como trimestral em alguns casos. Nem sempre é possível agendar no prazo ideal, devido ao número de consultórios insuficiente para organização do mapa de salas das unidades de saúde, o que limita o número de vagas.” [E21]

“Em geral, os agendamentos são realizados em reunião da equipe, após devolutiva de casos. Os retornos de atendimentos individuais são realizados de acordo com a demanda e disponibilidade de consultório para atendimento, sendo que a disponibilidade de consultório é um dos motivos que eventualmente pode impedir o agendamento. [E25]

Os resultados apontados pela PNAUM também indicam a necessidade de estruturação da ambiência dos serviços de farmácia visando à humanização do atendimento ofertado e a melhoria das condições de trabalho aos profissionais (LEITE *et al.*, 2017). De forma complementar para a implementação do cuidado farmacêutico é necessária colaboração dos demais profissionais e conhecimento dos usuários sobre o serviço (OLIVEIRA; ALVES; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2017). O Nasf é relativamente novo no SUS e os profissionais não foram formados para utilizar tecnologias leves, o que corrobora para o desconhecimento do papel do farmacêutico pelas EqSF e Nasf, refletindo no sucesso do serviço farmacêutico (NAKAMURA; LEITE, 2016):

“Mas tenho poucos pacientes acompanhados devido ao baixo número de encaminhamentos.” [F23]

Por estar em processo de construção, é possível observar sua dinâmica na transformação do profissional e seu reconhecimento perante à EqSF:

“A minha realidade atual de trabalho apresenta predominância técnico-gerenciais (...) Acredito que o perfil das três unidades nas quais trabalho, unidades de baixo risco, com usuários questionadores e elevada demanda de questões técnicas, resultam nesse perfil. No entanto, aos poucos, a tentativa está sendo de vínculo maior com a equipe de saúde em atividades assistenciais. A medida que as intervenções e acompanhamentos realizados pela farmacêutica apresentam bons resultados e os outros profissionais reconhecem o papel e importância do farmacêutico os encaminhamentos aumentam.” [F17].

Apresentam-se, portanto, situações distintas pelos relatos apresentados: farmacêuticos que não recebem encaminhamentos e outros com uma demanda reprimida de pacientes que necessitam do AFT.

A maioria dos farmacêuticos relatou realizar AFT, mas poucos adotam um método referenciado na literatura, condição essencial para caracterizar esse serviço, configurando uma contradição. A condução das consultas farmacêuticas mostra que as atividades se encontram

1
2
3 pulverizadas e o cuidado fragmentado, sinalizando para a necessidade de sua sistematização,
4
5 para obtenção de resultados mensuráveis, conforme evidenciado no seguinte relato:

6
7 *“Atendo dívidas, faço dispensações de medicamentos. Elaboro esquema terapêutico*
8 *com avaliação da receita. Entrega de caixas com divisórias para o período de manhã, tarde e*
9 *noite; ou construção de envelopes com todos os medicamentos fracionados nos três períodos*
10 *do dia. Oriento e faço arguição para o paciente ou seus familiares. Marco retorno e avalio*
11 *evolução. Estudo possíveis interações. Procuro a equipe e informo irregularidades; retiro*
12 *medicamentos vencidos e organizo estoques, ainda não consegui adotar um método de*
13 *acompanhamento farmacoterapêutico.” [F31]*
14

15
16 A fala anterior corrobora com uma pesquisa realizada sobre a organização dos serviços
17 farmacêuticos clínicos no SUS (ARAÚJO *et al.*, 2017b). Eles observaram que em todas as
18 regiões administrativas do país esses serviços não são realizados de forma consistente,
19 evidenciando as dificuldades no desenvolvimento dessa prática profissional no país. Espera-se
20 que Belo Horizonte possa servir de modelo aos municípios em que o farmacêutico ainda não
21 está inserido no Nasf.
22

23
24 É evidente que o farmacêutico do Nasf acumula múltiplas funções, portanto, o mesmo
25 deve reservar carga horária para o atendimento clínico. O farmacêutico precisa se transformar
26 de um profissional técnico para um cuidador, e sistematizar sua prática no contexto do Nasf
27 (SILVA *et al.*, 2016).
28

29
30 Relatos da presente pesquisa apontam para dificuldades estruturais e processuais do
31 sistema de saúde. A esse respeito ressalta-se a necessidade de investimentos e organização do
32 serviço, mudanças no processo de trabalho do farmacêutico, na farmácia, o que constitui
33 premissa para o desenvolvimento da clínica (SOARES *et al.*, 2016). Araújo *et al.* (2017a)
34 consideram que apesar de importantes políticas farmacêuticas no Brasil tenham colocado o
35 Cuidado Farmacêutico como diretriz, é fundamental empreender esforços no sentido de
36 institucionalizar essas atividades clínicas, assegurando estrutura adequada, qualificação dos
37 profissionais, financiamento e avaliação dos resultados para que farmacêuticos e gestores sejam
38 estimulados a oferta-las no SUS promovendo a implementação da Política Nacional de
39 Assistência Farmacêutica em todas as suas diretrizes.
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49

50
51 Cabe ressaltar, que vivenciamos um processo de trabalho em construção em todo o SUS,
52 pois nossos dados corroboram com outras experiências, ao retratarem dificuldades semelhantes
53 (SILVA *et al.*, 2012; BRASIL, 2015; CFF, 2015; SILVA, 2016; FREITAS *et al.*, 2016;
54 NAKAMURA; LEITE, 2016; SOARES *et al.*, 2016; ARAÚJO *et al.*, 2017a; LUQUETTI *et*
55 *al.*, 2017). Contudo, estudos reforçam que a sistematização do Cuidado Farmacêutico na APS
56 traz benefícios e impacta na qualidade de vida dos pacientes, bem como reduz custos para o
57
58
59
60

1
2
3 sistema de saúde, destacando sua importância nos níveis social e econômico (CFF, 2015;
4 BRASIL, 2014; SOARES *et al.*, 2016; FOPPA; CHEMELLO; FARIAS, 2016; BRASIL, 2015;
5 MENDONÇA *et al.*, 2016; MESSERLI *et al.*, 2016; OBRELI-NETO, 2015; SABATER-
6 HERNÁNDEZ *et al.*, 2016).
7
8
9

10 Tendo em vista a amplitude de ações que podem ser desenvolvidas por esse profissional,
11 torna-se importante contextualizar os possíveis cenários de prática dentro da APS (BRASIL,
12 2018), contribuindo para efetividade dos serviços oferecidos à população. A implementação
13 desse serviço requer reflexão e construção coletivas locais, não existe modelo validado,
14 portanto, necessita realimentar-se de experiências externas (OPAS, 2013). Nesse sentido,
15 destacam-se no cenário nacional, esforços direcionados para a sistematização do Cuidado
16 Farmacêutico no SUS, que contribuem para identificar potencialidades e desafios enfrentados
17 no cotidiano de trabalho (NAKAMURA; LEITE, 2016; SILVA, 2016; BRASIL, 2015;
18 OLIVEIRA *et al.*, 2015; PEREIRA; LUIZA; MARQUES-DA-CRUZ, 2015; SILVA *et al.*,
19 2018).
20
21
22
23
24
25
26

27 Cabe reconhecer o papel do profissional farmacêutico como protagonista, indutor e
28 qualificador dessas práticas na APS. Assim, quando presente, o farmacêutico visa qualificar o
29 acesso da população à farmacoterapia, contribui para o URM, além de proporcionar cuidado
30 farmacêutico aos usuários e à comunidade (BRASIL, 2018). Destaca-se que a APS representa
31 uma excelente oportunidade para reorientar os serviços farmacêuticos como parte integral dos
32 serviços de saúde (OPAS, 2013; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2011).
33
34
35
36

37 Diante do panorama mundial da profissão relacionado ao Cuidado Farmacêutico na
38 APS, conforme apresentado anteriormente, a SMSA-BH tem adotado diversas estratégias.
39 Várias atividades relacionadas à gestão técnica do medicamento já se encontram consolidadas
40 no município, sendo descritas em manuais e procedimentos operacionais padrão. O
41 desenvolvimento das atividades clínicas ainda é um processo em construção, para o qual, em
42 2016, em parceria com o MS foi feito um diagnóstico da atuação do farmacêutico centrada no
43 paciente, cujo objetivo foi implantar ações que sistematizem o Cuidado Farmacêutico,
44 definindo diretrizes e estratégias necessárias para desenvolvê-lo (BELO HORIZONTE, 2016).
45
46
47
48
49
50

51 Neste estudo, os farmacêuticos relataram realizar consultas, mas não tínhamos como
52 avaliar se ao afirmarem isto, estavam se referenciando ao AFT, o que caracteriza uma limitação.
53 Entretanto, atualmente, tem-se os indicadores de produção gerencial e assistencial dos
54 farmacêuticos, por meio do Software Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (GERAF)
55 desenvolvido para monitorar e avaliar as ações (BELO HORIZONTE, 2017). Por este recurso
56
57
58
59
60

1
2
3 será possível quantificar os serviços farmacêuticos efetivamente realizados pelos profissionais,
4 registrados em prontuário eletrônico, contribuindo para sua qualificação e sistematização.
5

6
7 Cabe ressaltar que no Brasil a carência de consenso sobre conceitos, métodos e
8 competências para o Cuidado Farmacêutico resulta na sua fragmentação, reduzindo o impacto
9 da prática e inibindo o desenvolvimento de estratégias de ação mais efetivas (CFF, 2016;
10 FREITAS; RAMALHO-DE-OLIVEIRA; PERINI, 2006), isso pode ser considerado como uma
11 limitação da presente pesquisa. Neste sentido, em maio de 2018, foi publicado o documento
12 que define as Diretrizes para a AF Integral em Belo Horizonte, com o propósito de estabelecer
13 a uniformização de conceitos, a sistematização das ações desenvolvidas pelos farmacêuticos
14 em todos os níveis de atenção e a definição de indicadores de monitoramento e avaliação da AF
15 na SMSA/BH (BELO HORIZONTE, 2018).
16
17
18
19
20
21
22
23

24 Considerações finais

25
26 Este estudo permitiu fazer um diagnóstico da atuação farmacêutica, fundamental para
27 direcionar a sistematização do Cuidado Farmacêutico e sua consolidação no sistema de saúde,
28 considerando as possibilidades de transformação do farmacêutico através da reflexão de sua
29 prática.
30
31
32

33 Evidenciam-se novas exigências em relação à profissão farmacêutica no SUS. **Para**
34 **tanto, são necessários investimentos para reorganizar os processos de trabalho, qualificar os**
35 **trabalhadores (com ações de educação permanente e continuada) e reestruturar a agenda**
36 **conforme diretrizes institucionais, visando à ampliação do acesso aos serviços farmacêuticos**
37 **destinados ao IFC, com suas necessidades de saúde, contribuindo de forma efetiva para**
38 **mudança do foco, anteriormente centrado no medicamento.**
39
40
41
42
43

44 Por fim, observou-se que o Cuidado Farmacêutico é realidade na APS, porém, apesar
45 de prioritário, constitui, ainda, um desafio para os farmacêuticos, principalmente devido à
46 demanda de atividades gerenciais, à deficiência na formação para o cuidado e falta de clareza
47 de seu papel no cuidado ao paciente. Contudo, são notórios os avanços para a organização do
48 serviço no contexto multiprofissional e interdisciplinar centrado no usuário, fundamentais para
49 atingirmos um dos objetivos da profissão: o Cuidado Farmacêutico.
50
51
52
53
54
55

56 REFERÊNCIAS

1
2
3 ARAÚJO, P. S. et al. Atividades farmacêuticas de natureza clínica na atenção básica no Brasil.
4 *Revista de Saúde Pública*. 2017a; 51 Supl. 2: 6s. Disponível em:
5 <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007109>.
6

7
8 ARAÚJO, S. Q. et al. Organização dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde em
9 regiões de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1181-1191, abr.
10 2017b. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.27042016>. Acesso em: 20
11 nov. 2018.

12
13 BARBERATO, L. C.; SCHERER, M. D. A.; LACOURT, R. M. C. O farmacêutico na atenção
14 primária no Brasil: uma inserção em construção. *Ciência & Saúde Coletiva* [periódico na
15 internet] (2018/Mar). Disponível em: [http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/o-](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/o-farmacutico-na-atencao-primaria-no-brasil-uma-insercao-em-construcao/16679?id=16679)
16 [farmaceutico-na-atencao-primaria-no-brasil-uma-insercao-em-construcao/16679?id=16679](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/o-farmacutico-na-atencao-primaria-no-brasil-uma-insercao-em-construcao/16679?id=16679).
17 Acesso em: 5 mar. 2019.

18
19 BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016.

20
21 BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Medicamentos. *Projeto:*
22 *Assistência Farmacêutica para atenção primária em Belo Horizonte*. Belo Horizonte:
23 SMSA/GEMED; 2011.

24
25 _____, _____. Gerência de Assistência Farmacêutica (GEAF). *II Seminário de Assistência*
26 *Farmacêutica da SMSA-BH*. Belo Horizonte: SMSA/GEAF; set. 2016.

27
28 _____, _____. Gerência de Assistência Farmacêutica. *Manual Técnico Operacional do*
29 *Software GERAF "Gerenciamento da Assistência Farmacêutica". Orientações Técnicas*
30 *Farmácias Unidades Básicas de Saúde*. Belo Horizonte: SMSA/GEAF; 2017.

31
32 _____, _____. Gerência de Assistência Farmacêutica. *Diretrizes para a Assistência*
33 *Farmacêutica Integral em Belo Horizonte*. Belo Horizonte: SMSA/GEAF; 2018.

34
35 BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação
36 Superior. Resolução CNE/CES 2, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares
37 Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. *Diário Oficial da União*. Brasília, 4 mar. 2002.
38 Seção 1, p. 9.

39
40 _____, _____. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior (BR).
41 Resolução CNE/CES 6/2017. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de
42 Graduação em Farmácia. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 out. 2017. Seção 1, p. 30.

43
44 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos.
45 Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Serviços farmacêuticos na*
46 *atenção básica à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. 2014 (Cuidado farmacêutico na atenção
47 básica; caderno 1).

48
49 _____, _____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de
50 Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Resultados do projeto de implantação do*
51 *cuidado farmacêutico no Município de Curitiba*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 100 p.
52 (Cuidado farmacêutico na atenção básica; caderno 4).

53
54 _____, _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Práticas*
55 *Farmacêuticas no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf)*. Brasília: Ministério da Saúde,
56
57
58
59
60

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

2018. 33p. Disponível em:
http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/praticas_farmaceuticas_apoio_saude_familia.
Acesso em: 24 out. 2018.

_____. Programa de Apoio Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde PROADI/SUS. Projeto Atenção Básica Capacitação, Qualificação dos Serviços de Assistência Farmacêutica e Integração das Práticas de Cuidado na Equipe de Saúde. *Desenvolvimento dos serviços de Cuidado Farmacêutico*. Ebook 1; 2019.

CASTRO, C. P.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 455-481, jun. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000200007>. Acesso em: 13 mar. 2019.

CASTRO, M. S. *A Formação do Farmacêutico para a Atenção Primária à Saúde*. IV Fórum Nacional de Educação Farmacêutica. ABENFAR, 2011. Disponível em: www.paho.org/bra/images/stories/BRA02C/formacao_2.pdf. Arquivo PDF. Acesso em 23 out. 2018.

CHEN, T. F. Pharmacist-Led Home Medicines Review and Residential Medication Management Review: The Australian Model. *Drugs Aging*, v. 33, n. 3, p. 199-204, 2016 Mar. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26961696>. Acesso em: 30 jul. 2019.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. Pharmaceutical Care as a Professional Practice for Patient-Centered Medication Management Services. In: *MGH Medical, ed. Pharmaceutical Care Practice - The Patient-Centered Approach to Medication Management Services*. 3ed. Minnesota, p. 37-72, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Serafin, C.; Correia Júnior, D.; Vargas, M. *Perfil do farmacêutico no Brasil: relatório*. Brasília, Conselho Federal de Farmácia, 2015

_____. *Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual*. Brasília: Conselho Federal de Farmácia; 2016. 200 p. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/ProfarArcaboucoTELAFINAL.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2018.

CORRER, C. J.; OTUKI, M.F.; SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, Ananindeua, v. 2, n. 3, p. 41-49, 2011.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. *A prática farmacêutica na farmácia comunitária*. Porto Alegre: Artmed, 2013.

COSTA, K. S. et al. Avanços e desafios da assistência farmacêutica na atenção primária no Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 51, supl. 2, 3s, 2017a. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007146>. Acesso em: 19 dez. 2019.

COSTA, F. A. et al. Provision of pharmaceutical care by community pharmacists across Europe: is it developing and spreading? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, v. 23, n. p: 1336-1347, 2017b. Epub 2017 Aug 1. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28762651>. Acesso em 01 ago. 2019.

1
2
3 FEDERAÇÃO NACIONAL DOS FARMACÊUTICOS. *CNE aprova novas DCN do Curso de*
4 *Graduação em Farmácia*. Disponível em: [http://fenafar.org.br/index.php/2016-01-26-09-32-](http://fenafar.org.br/index.php/2016-01-26-09-32-20/fsa/1608-cne-aprova-novas-dcns-do-curso-de-graduacao-em-farmacia)
5 [20/fsa/1608-cne-aprova-novas-dcns-do-curso-de-graduacao-em-farmacia](http://fenafar.org.br/index.php/2016-01-26-09-32-20/fsa/1608-cne-aprova-novas-dcns-do-curso-de-graduacao-em-farmacia). Acesso em: 20 nov.
6 2018.

7
8
9 FOPPA, A. A.; CHEMELLO, C.; FARIAS, M. R. Caracterização Farmacoepidemiológica de
10 Indivíduos com Doença de Parkinson para Implantação de Serviço Clínico Farmacêutico.
11 *Journal of Applied Pharmaceutical Sciences - JAPHAC*, v. 3, n. 1, p.:28-40, 2016.

12
13 FREITAS, E. L.; RAMALHO-DE-OLIVEIRA D.; PERINI E. Atenção Farmacêutica - Teoria
14 e Prática: um Diálogo Possível? *Acta Farmacêutica Bonaerense*, Buenos Aires, v. 25, n. 3,
15 p.:447-53, 2006.

16
17 FREITAS, G. R. M. et al. Principais dificuldades enfrentadas por farmacêuticos para exercerem
18 suas atribuições clínicas no Brasil. *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de*
19 *Saúde*, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 35-41, jul./set. 2016.

20
21
22 _____, WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Annex 8: Joint FIP/WHO guidelines on good*
23 *pharmacy practice: standards for quality of pharmacy services*. The Hague: World Health
24 Organization, 2011. 20 p. Disponível em:
25 <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18676en/s18676en.pdf>. Acesso em: 30 jul.
26 2019.

27
28
29 LEITE, S. N. et al. Infraestrutura das farmácias da atenção básica no Sistema Único de Saúde:
30 Análise dos dados da PNAUM-Serviços. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 51, supl. 2,
31 13s, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007120>. Acesso
32 em: 19 dez. 2019.

33
34
35 LUQUETTI, T. M. et al. Serviços farmacêuticos na atenção primária à saúde: Percepção dos
36 farmacêuticos. *DIVERSITATES International Journal*, v. 09, n. 3, p. 27-43, 2017. Disponível
37 em: www.diversitates.uff.br/index.php/1diversitates-uff1/article/download/229/128. Acesso
38 em: 30 jul. 2019.

39
40 MENDONÇA, S. A. M. et al. Clinical outcomes of medication therapy management services
41 in primary health care. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, v. 52, n. 3, p. 365-373,
42 Sep. 2016. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/s1984-82502016000300002>. Accessed:
43 12 set. 2018.

44
45
46 MESSERLI, M. et al. Impact of a community pharmacist-led medication review on medicines
47 use in patients on polypharmacy - a prospective randomised controlled trial. *BMC Health*
48 *Services Research*, v. 16, n. 1, dec. 2016. Available from:
49 <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1384-8>. Accessed:
50 11 sep. 2018.

51
52
53 MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 14 ed. São
54 Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2014.

55
56 NAKAMURA, C. A.; LEITE, S. N. A construção do processo de trabalho no Núcleo de Apoio
57 à Saúde da Família: a experiência dos farmacêuticos em um município do sul do Brasil. *Ciência*
58 *& Saúde Coletiva* [Internet], v. 21, n. 5, p. 1565-1572, mai. 2016. Disponível em:
59 <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.17412014>. Acesso em: 12 nov. 2018.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

NEW ZEALAND MINISTRY OF HEALTH. *Pharmacy Action Plan: 2016 to 2020*. 2016. Disponível em: <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/pharmacy-action-plan-2016-to-2020.pdf>. Acesso em 30 jul. 2019.

NHS ENGLAND. *Clinical Pharmacists in General Practice* [2019]. Disponível em: <https://www.england.nhs.uk/gp/gp/v/workforce/building-the-general-practice-workforce/cp-gp/>. Acesso em 30 jul. 2019.

OBRELI-NETO, P. R. et al. Economic evaluation of a pharmaceutical care program for elderly diabetic and hypertensive patients in primary health care: a 36-month randomized controlled clinical trial. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*, v. 21, n. 1, p. 66-75, 2015. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25562774>. Accessed: 26 ago. 2018.

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, Brasília, v. 3, n. 3, p. 71-77, jul. 2015. Disponível em: http://www.cff.org.br/userfiles/file/experi%C3%Aancias%20exitosas%202015_web.pdf. Acesso em: 16 out. 2018.

OLIVEIRA, G. C. B.; ALVES, M. R.; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D. Action research as a tool for transformation of the pharmacist's praxis in primary care. *International Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences*, v. 9, p. 180-185, 2017.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud*. Documento de posición de la OPS/OMS. Washington, DC: OPS, 2013. (La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, n.6). Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21582&Itemid=270&lang=en. Acesso em: 20 out. 2018.

PEREIRA, N.C.; LUIZA, V.L.; MARQUES-DA-CRUZ, M. Serviços farmacêuticos na atenção primária no município do Rio de Janeiro: um estudo de avaliabilidade. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 451-468, abr.-jun. 2015.

RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D. *Atenção Farmacêutica: da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa*. 1. ed. São Paulo: RCN Comercial e editora LTDA, 2011. 344 p.

SABATER-HERNÁNDEZ D. et al. A Systematic Review of Evidence-Based Community Pharmacy Services Aimed at the Prevention of Cardiovascular Disease. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*, v. 22, n. 6, p. 699-713, 2016.

SILVA, D. A. M. *Gerenciamento da terapia medicamentosa na atenção primária do município de Belo Horizonte: uma autoetnografia da transformação profissional*. 2016. 97 f. Dissertação (Mestrado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica) - Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

SILVA, A. T. C. et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 28, n. 11, p. 2076-2084, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100007>. Acesso em 22 out. 2018.

1
2
3 SILVA, D. A. M. et al. A prática clínica do farmacêutico no núcleo de apoio à saúde a família.
4 *Trabalho, Educação e Saúde* [Internet], in press 2018, Epub mar. 19, ISSN 1678-1007.
5 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00108>. Acesso em 26 set. 2018.
6

7
8 SILVA, D. et al. A extensão universitária como caminho para a construção de serviço de
9 gerenciamento da terapia medicamentosa na atenção primária à saúde. *Revista Brasileira de*
10 *Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde*, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 15-21, 2016.
11

12 SOARES L. et al. [Organizadores]. *Assistência Farmacêutica no Brasil: Política, Gestão e*
13 *Clínica. Atuação clínica do farmacêutico*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa
14 Catarina, Universidade Aberta do SUS – EdUFSC, 2016.
15

16
17 SOUSA, I. F.; BASTOS, P. R. H.; BOGO, D. Diretrizes curriculares nacionais: desafios na
18 formação dos farmacêuticos para atuação no Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de*
19 *Pesquisa em Saúde*, Vitória, v. 15, n. 1, p. 129-134, 2013.
20

21 WIEDENMAYER, K. et al. *Developing Pharmacy Practice. A focus on patient care*. Genebra:
22 Organização Mundial da Saúde e Federação Internacional de Farmacêuticos. Handbook 2006.
23

24 YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 5 ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.
25

26 27 28 29 30 31 Abstract

32 33 Challenges for pharmaceutical care in primary health care

34
35
36
37
38 This case study aimed to describe the profile of pharmacists, characterize the pharmaceutical
39 services and unveil the determinants for the provision of pharmacotherapeutic follow - up based
40 on the model of practice of Pharmaceutical Care in Primary Health Care. Fifty pharmacists
41 answered a questionnaire about their profile and activities. The Bardin content analysis was
42 applied to analyze the data on the activities, resulting in 2 categories: characterization of the
43 activities performed by pharmacists and the determinants for the provision of
44 pharmacotherapeutic follow-up. It was observed that pharmaceutical care is still a challenge to
45 be faced, mainly due to the demand for managerial activities and the deficiency in the training
46 for the care, necessitating a reorganization of the work processes and the institutional guidelines
47 for the increase of the access to the centered pharmaceutical services in the patient. However,
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

4.2. Artigo de resultados 2: “Acompanhamento farmacoterapêutico na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte na perspectiva dos pacientes”.

*“O que melhora o atendimento é o contato afetivo de uma pessoa com outra. O que cura é a alegria, o que cura é a falta de preconceito.”
(Nise da Silveira)*

Artigo a ser submetido à publicação na revista PHARMACY PRACTICE classificada como A4, pelo Sistema Qualis Referência da CAPES, ano de referência 2019.

Acompanhamento farmacoterapêutico na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte na perspectiva dos pacientes

Autoras: DÉLCIA REGINA DESTRO^{a, b}, BARBARA BETSY RODRIGUES MARTINS^a,
MARIA JOSÉ MENEZES BRITO^c, CLARICE CHEMELLO^a

^a Departamento de Farmácia Social, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais

^b Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

^c Escola de Enfermagem da UFMG

Resumo

Contextualização: A profissão farmacêutica transformou-se nas últimas décadas, de uma formação tecnicista à voltada ao cuidado centrado na pessoa. A atuação clínica do farmacêutico na Atenção Primária à Saúde é ainda incipiente e busca consolidar-se pela prestação do acompanhamento farmacoterapêutico, cujo objetivo é identificar, prevenir e resolver problemas relacionados aos medicamentos.

Objetivo: Conhecer as experiências dos pacientes em relação ao serviço do acompanhamento farmacoterapêutico.

Métodos: Foi desenvolvido um estudo de caso qualitativo, descritivo interpretativo realizado no período de Janeiro a Março de 2017. Doze pacientes em acompanhamento farmacoterapêutico foram entrevistados individualmente.

Resultados: Da análise de conteúdo emergiram duas categorias: “A importância da relação farmacêutico-paciente na farmacoterapia” e “Resultados positivos na farmacoterapia resultam em satisfação dos pacientes”. Evidenciou-se uma relação de confiança e corresponsabilidade entre farmacêutico-paciente. O paciente vê o farmacêutico como orientador e incentivador no processo do tratamento, pois considera o indivíduo de forma integral e como ator principal na tomada de decisões sobre seu tratamento e saúde.

Conclusões: Os pacientes demonstraram-se satisfeitos com o serviço de acompanhamento farmacoterapêutico devido à relação com o farmacêutico, desejando sua continuidade.

Palavras-chave: Experiência dos pacientes. Atenção farmacêutica. Atenção primária à saúde. Relação farmacêutico-paciente. Sistema único de saúde.

Abstract

Background: The pharmaceutical profession has become in the last decades, from a technician training to a person-centered care. The clinical performance of the pharmacist in Primary Health Care is still incipient and seeks to consolidate by providing pharmacotherapeutic follow-up, whose objective is to identify, prevent and solve drug-related problems.

Objectives: Know the user's perception regarding pharmacotherapeutic follow-up.

Methods: A case study qualitative, descriptive and interpretative study was carried out between January and March of 2017. Twelve users in pharmacotherapeutic follow-up were interviewed individually.

Results: From the content analysis emerged two categories: Pharmaceutical-patient relationship and its importance in pharmacotherapy and Patient satisfaction in relation to the service and its quality. A relationship of trust and co-responsibility between the pharmacist-patient was evidenced. The patient sees the pharmacist as guiding and encouraging in the treatment process, as he considers the individual fully and as the main actor in making decisions about his treatment and health.

Conclusions: Patients were satisfied with pharmacotherapeutic follow-up, desiring their continuity.

Keywords: Medication experience. Pharmaceutical care. Primary health care. Pharmacist-patient relationship. Unified health system.

Introdução

A profissão farmacêutica vem se transformando nas últimas três décadas. A evolução da formação e atuação predominantemente tecnicista para o cuidado centrado no paciente, tem contribuído para a reconfiguração da identidade do farmacêutico (SILVA *et al.*, 2018). Nesta perspectiva, o farmacêutico, anteriormente focado no medicamento, passou a provedor do cuidado farmacêutico, um modelo de prática centrado na pessoa que fundamenta o serviço de acompanhamento farmacoterapêutico (AFT) inserido no contexto da assistência farmacêutica (CIPOLLE; STRAND, MORLEY, 2012).

O cuidado farmacêutico se configura como filosofia de prática profissional farmacêutica, consolidado no serviço de AFT. Neste serviço, o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades farmacoterapêuticas dos pacientes, por meio da detecção, prevenção e resolução de Problemas Relacionados ao uso de Medicamentos (PRM), num compromisso contínuo, sistematizado e documentado em colaboração com o paciente e com outros profissionais da saúde, objetivando alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do paciente (CIPOLLE; STRAND, MORLEY, 2012; CHEMELLO *et al.*, 2014). As responsabilidades profissionais do farmacêutico devem ser exercidas de forma que beneficie o paciente, desse modo, a filosofia também determina a forma de trabalho do farmacêutico, que deve ser centrada no paciente (RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2013).

O fortalecimento do modelo de Atenção Primária à Saúde (APS), com expansão da Estratégia de Saúde da Família no Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS), introduziu, via Núcleos de Apoio ao Saúde da Família, ações relativas à organização das atividades de Assistência Farmacêutica. Isso permitiu a integração dos farmacêuticos com a equipe de saúde, possibilitando ações voltadas para o uso apropriado de medicamentos (BERMUDEZ *et al.*, 2018).

O Nasf constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS). É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB) / APS (BRASIL, 2017). Cabe destacar que no Brasil a Política Nacional de Atenção Básica, que estabelece as diretrizes para sua organização, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), considera os termos Atenção Básica - AB e Atenção Primária à Saúde - APS, em suas concepções, como termos equivalentes (BRASIL, 2017). Esta formação das equipes do Nasf sofreu alterações em publicações mais recente da Política de Atenção Básica / Atenção Primária à Saúde no Brasil, mas os profissionais continuam vinculados ao Centro de Saúde, como membros orgânicos (BRASIL, 2019). Neste contexto, os diferentes profissionais devem estabelecer e compartilhar saberes, práticas e gestão do cuidado, com uma visão comum e aprender a solucionar problemas pela comunicação, de modo a maximizar as habilidades singulares de cada um (BRASIL, 2017).

Ressalta-se que as ações desenvolvidas no interior dos pontos de atenção à saúde, de forma colaborativa com a equipe de saúde, são importantes ferramentas para o alcance do uso racional dos medicamentos (URM). A participação ativa do farmacêutico nas equipes multiprofissionais é vista como necessidade para o redesenho do modelo de atenção às condições crônicas e para a melhoria dos resultados terapêuticos, particularmente no nível dos cuidados primários (BRASIL, 2014b).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), as atividades desenvolvidas pelo farmacêutico na APS se dividem em dois grandes eixos interligados (BRASIL, 2014b; 2018; CORRER; OTUKI, 2011): o das atividades técnico-gerenciais, que dizem respeito à logística de medicamentos, focada no acesso, ocorrendo previamente ao uso do medicamento; e o das atividades assistenciais, que visam o cuidado do paciente, considerando o uso do medicamento, contribuindo para a efetividade e segurança do tratamento no âmbito individual e coletivo

(BRASIL, 2014a; CORRER; OTUKI, 2011) operacionalizadas por meio dos serviços farmacêuticos fundamentados no modelo de prática do cuidado farmacêutico (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2016).

Entretanto, a alta demanda das atividades técnico-gerenciais e a formação tecnicista da maioria dos farmacêuticos se sobrepõem às atividades assistenciais e, conseqüentemente, o AFT ainda é restrito aos pacientes dos CS onde há farmacêutico com formação clínica. Deve-se considerar que a implementação do cuidado farmacêutico se configura como um processo em construção no SUS, e que, o não-cumprimento da prescrição representa um problema importante que tem sido analisado, muitas vezes, em relação à opinião do profissional e sem observar a atitude de maior influência do paciente (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012).

Neste contexto, deve-se considerar o paciente como um indivíduo com conhecimento, experiências e valores, sendo visto como um colaborador no planejamento das ações relativas à sua saúde e, assim, a ele deve caber sempre as decisões finais acerca da sua farmacoterapia, já que será ele quem irá vivenciar as conseqüências desse processo (RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2013). Diante do exposto, objetivou-se com o presente trabalho conhecer as experiências dos pacientes atendidos pelo farmacêutico no serviço de AFT na APS, visando sua difusão e implementação na rede assistencial do SUS.

Métodos

Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em cinco Centros de Saúde (CS) de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, cujos farmacêuticos prestavam o serviço de AFT. Neste cenário, a institucionalização do Nasf em 2008, propiciou efetivamente a inserção do farmacêutico na APS (BRASIL, 2008). Atualmente, os 82 núcleos de Nasf em Belo Horizonte contam com um farmacêutico que desenvolve atividades relativas à assistência farmacêutica, dividindo sua carga horária como provedor dos serviços clínicos farmacêuticos e das atividades técnico-gerenciais dos 152 Centros de Saúde (CS) (BRASIL, 2014b; CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2016).

Desenho do estudo e amostra

Trata-se de um estudo de caso qualitativo, descritivo e interpretativo (YIN, 2015; MINAYO, 2014) realizado de janeiro a março de 2017. A seleção da amostra foi intencional, por meio da identificação prévia de seis farmacêuticos que relataram possuir formação clínica e utilizar um método de AFT referenciado na literatura, aos quais foi solicitada a indicação de pacientes para

as entrevistas. Considerando a característica longitudinal do AFT, os critérios para inclusão dos pacientes foram: ter tido, no mínimo, duas consultas com o farmacêutico no último ano e ter uma de retorno agendada.

Os pacientes atendidos pelo farmacêutico são encaminhados pelas EqSF, ou por outros profissionais do Nasf ou das farmácias, ou chegam às unidades por demanda espontânea. O serviço de AFT é realizado no CS em consultório privado ou no domicílio do paciente. Normalmente, pacientes em uso de cinco ou mais medicamentos, ou identificados pela equipe como tendo problemas com a farmacoterapia tem prioridade para o AFT (BRASIL, 2014a).

A SMSA-BH conta com um sistema informatizado interligado em rede nas unidades de saúde que possibilita aos profissionais o acesso às informações do prontuário eletrônico dos pacientes. Esses registros colaboraram para maior integração e melhoria do cuidado em saúde, em um processo de trabalho multiprofissional, com enfoque interdisciplinar (BRASIL, 2015). Em reuniões de matriciamento dos profissionais das equipes são repassados casos novos e as devolutivas dos pacientes em AFT, compartilhando as informações e o cuidado, no sentido de contribuir para a integralidade do cuidado na APS.

Coleta e análise dos dados

Os dados foram coletados em entrevistas individuais em profundidade, constando de cinco perguntas abertas, feitas verbalmente, sendo que o entrevistador tinha liberdade de acrescentar perguntas para esclarecimento (LAVILLE; DIONNE, 1999). As questões abrangeram aspectos referentes ao trabalho do farmacêutico no CS; à importância do farmacêutico para o tratamento do paciente; e ao relacionamento do farmacêutico com pacientes do CS.

Foram entrevistados 12 pacientes, número suficiente para obtenção da saturação dos dados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e revisadas. Analisaram-se as respostas às questões abertas pela análise de conteúdo de Bardin (2016), a qual compreende 3 etapas: 1) Pré-análise – transcrição, na íntegra, leitura flutuante e exaustiva, 2) Exploração do material – consiste na transformação dos dados brutos, quando surgem os temas mais relevantes definindo as categorias temáticas. 3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação, quando podemos propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas. Para identificação dos participantes da pesquisa utilizou-se a letra P, de paciente, seguida da numeração de 1 a 12, correspondendo à ordem das entrevistas.

O estudo faz parte de um trabalho de doutorado e foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da SMSA-BH e Universidade Federal de Minas Gerais. Todos os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Da análise das entrevistas, surgiram as categorias temáticas: “A importância da relação farmacêutico-paciente na farmacoterapia” e “Resultados positivos na farmacoterapia resultam em satisfação dos pacientes”.

A importância da relação farmacêutico-paciente na farmacoterapia

A importância da relação farmacêutico-paciente na farmacoterapia para os pacientes nos CS surgiu nos relatos, apontando essa relação de confiança e de troca de informações entre eles, refletindo na compreensão do paciente em assimilar as mudanças necessárias em relação a alimentação e medicamentos a ser utilizados:

“Meu relacionamento com ela é “superaberto”. Tem que entrar em simples detalhes, o que está acontecendo. Tem que abrir minha vida para ela. E ela me ajuda, me apoia em tudo. Conversamos muito a respeito da minha saúde. Sempre que eu tenho alguma dúvida eu peço auxílio, ela sempre está pronta para me orientar. Ela fala abertamente, está sempre informando de forma que a gente entende. Então com o tempo, através dela, a gente coloca em prática. O que que eu devo alimentar, o que eu não devo alimentar. Os remédios que eu tenho que tomar na hora certa”. [P11]

Pode-se observar no presente estudo, que o paciente percebeu uma relação de escuta e atenção estabelecida com o farmacêutica:

“O relacionamento é ótimo. É um relacionamento de amizade entendeu. É, ela é paciente com a gente sabe. É, ouve a gente, qualquer problema que a gente tiver, mesmo quando não relacionado a doença, entendeu? Ou pode ser uma dúvida, um problema pessoal, igual já aconteceu comigo. Ela me ouviu numa boa, teve paciência comigo. Isso é importante. É um bom relacionamento”. [P7]

“O relacionamento é que ela é assim uma pessoa que não se prende, deixa a gente falar, por que tem gente que não gosta que a gente fique falando assim, então ela deixa a gente falar. Ai, eu pego e falo as coisas com ela tudo que eu tenho que falar, aí ela responde. E ela fala tudo, me ajuda e aí vai. É, farmacêutico tem que, eles comunicam muito com a gente”. [P1]

Destaca-se pelo relato do paciente em identificar o farmacêutico, como um profissional voltado para o cuidado:

“O trabalho do farmacêutico é olhar os pacientes. É igual o meu caso, meu caso eu estava com a diabete altíssima e eu fiz o controle com a farmacêutica. Ela me ajudou. Hoje eu tive o resultado correto”. [P2]

Neste sentido, ao direcionar as atividades com foco no cuidado aos pacientes, o farmacêutico assume a responsabilidade pelas suas necessidades relacionadas aos medicamentos. Entretanto, constatou-se que o papel do farmacêutico não esteja bem claro para o paciente, considerando

que a orientação é inerente ao cuidado farmacêutico, mas por outro lado, ele reconhece o farmacêutico como orientador e incentivador no processo do tratamento é apontado por P7.

“Ela além de ser farmacêutica ela é uma orientadora. Ela tem me orientado bastante no meu problema e me ajudado...E, igual eu falei, toda vez que precisei dela ela sempre teve disposta a me ajudar, a me orientar, entendeu? Então ela serve como orientadora, não só como farmacêutica, mas é uma pessoa que, pela simpatia dela, ela é amiga da gente entendeu? E ajuda bastante”. [P7]

Pode-se observar que o paciente identifica o farmacêutico como educador, compartilhando informações sobre diabetes, sobre como identificar situações de perigo na doença e sobre recursos de como controlar a mesma, promovendo a participação do paciente na tomada de decisão sobre sua farmacoterapia, de forma colaborativa:

“Depois que eu passei a ter os encontros com ela estou tendo uns resultados favoráveis. Eu sou diabético. Aí ela me orientou a furar o dedo e tal. A conhecer mais o meu problema mesmo entendeu ... se eu sentir que a glicose está muito baixa. Quando nós começamos a fazer, o negócio estava lá nas alturas hoje ela estava me parabenizando ali que caiu bastante. Aí nós fizemos mais um propósito agora que no próximo exame caia mais uns três dígitos” [P7]

Destaca-se a atuação do farmacêutico na negociação com o paciente para que a meta do controle glicêmico fosse atingida de forma gradual e não como uma imposição de conduta prescritiva e que poderia seguir um curso não favorável para a adesão.

Além de o farmacêutico ser reconhecido como orientador sobre assuntos ligados aos medicamentos, doenças, riscos e benefícios do tratamento, ele é visto como um incentivador. Percebe-se a expectativa do paciente para o próximo encontro, para avaliar o alcance dos resultados pretendidos:

“Eu fico torcendo para chegar o dia dela, para ela me orientar. Eu ficava ansiosa, me dava aquela ansiedade, nossa. Ansiedade boa. Para ela me orientar mais. Para mim continuar fazendo. Ela me dando força, ela estava me dando muita força. Por causa dela, que ela me deu tanta força que eu consegui chegar aonde cheguei”. [P2]

Os resultados revelam a importância do AFT, considerando o indivíduo de forma integral e como ator principal na tomada de decisões sobre seu tratamento.

“Ela [a farmacêutica] foi boa graças a Deus. O remédio caiu na hora certa né. Que ela deve ter paciência né? Que agora, você está vendo, agora eu estou falando. Eu não falava. Engasgava. Entupia tudo aqui ó, não falava, ficava só... Cansava. Cansava. Falar então... Não agora não. Estou saindo, estou falando, estou vendo as coisas. Mas antes no começo passei perrengue...É uma vida que você tem né? Levantou? Tomar o remédio. Não pode esquecer de tomar o remédio. Se esquecer, nossa. Vai chegando de tarde você tá mole... você vai ver o quê que é? O quê que é? É o remédio! Eu nem esqueço, fica tudo perto”. [U4]

Desse modo, o paciente sente-se acolhido pelos profissionais em suas necessidades e valoriza o serviço, conforme relatos apresentados na próxima categoria.

Resultados positivos na farmacoterapia resultam em satisfação dos pacientes em relação ao serviço de AFC

Os pacientes reconhecem o trabalho desenvolvido pelo farmacêutico e demonstram satisfação com o serviço prestado:

“O trabalho dela para mim é bom, graças a Deus é bom demais. A vida sem a farmacêutica seria complicada. Ia ficar. Por que como eu ia saber o que eu tinha? Não sabia. Ela que deu toda informação. Sem ela não tinha jeito. Uma coisa é tomar remédio para uma coisa que você não sabe, tomar os remédios que ela receitou”. [P4]

“Ela me ajuda demais no meu tratamento. Se não fosse por ela sempre que dava alterado eu corria até um risco de vida. Ela me orienta nos remédios, sempre está olhando minha saúde. O que eu preciso e o que não preciso. Acho que farmacêutico tem que ter, para ajudar a gente. Não tivesse não tinha como. Tem que ter a orientação dela”. [P11]

Ressaltam-se, ainda, aspectos relativos à corresponsabilidade do paciente pelo tratamento, impactando positivamente na sua melhora:

“Quando eu comecei estava tomando meus remédios todos errados. Comecei com ela (farmacêutica) e aí foi só melhorando, só melhorando. Ela, ela, escrevia nos envelopinhos os nomes dos remédios e colocava num envelopinho. E fui só aprendendo com ela, foi ótimo. Nossa, essa farmacêutica foi uma beleza”. [P6]

“Que depois que eu comecei com ela melhorou muito. Porque minha glicose agora está bem mais ou menos, não chegou no normal ainda não, mas isso aí depende de mim. Porque ela já me ajudou muito, agora tem que ser comigo, não é? Porque ela já me ajuda muito”. [P12]

A satisfação também esteve relacionada à continuidade dos serviços prestados pelo farmacêutico:

“Eu quero que ela fique aqui, porque ela é muito boa. Para mim foi uma benção que caiu do céu de tão boa. Porque eu tinha desmaio, eu tomava tudo errado. Aí depois que eu peguei tomar o remédio e ela me ensinando. Ela me ensinou melhor de que uma filha. Que ela ia colocando os remédios nos envelopinhos e falando os nomes dos remédios, escrevendo, eu chegava em casa separava assim na hora de tomar, olhava o nome dos remédios assim e tomava”. [P6]

“Meu tratamento está indo bem. Farmacêutica, igual eu falei, ela eu vou torcer para ela renovar esse contrato logo. Que para me acostumar com outra, os dedos da mão não são as mesmas coisas... sabe como é que é né, até fazer amizade de novo. (...) acredito que mais um ano, um ano e pouco essa glicose já vai baixar mais baixa ainda”. [P7]

Pode ser observado no relato anterior [P7], o desejo de não romper tal vínculo com o farmacêutico para um tratamento contínuo, já que souberam da possibilidade de ter uma possível troca do mesmo. Passando novamente pela etapa de criação de vínculo com o farmacêutico, haveria a possibilidade da desistência do paciente ao AFT, diminuindo as chances de se ter um uso racional do medicamento e aumentando as chances de complicações futuras sem a orientação do farmacêutico.

Destaca-se na fala de P6 o diferencial entre condutas médicas e do farmacêutico:

“Ela é uma ótima. Nossa Senhora! Nada de mim se não fosse ela. Os médicos são bons, mas eles não vão te ensinar como é que você vai tomar o remédio. Vai e te dá a receita. E como ela fez do jeito que te falei né, uma ótima. Dalí para a frente eu fui só melhorando. Igual ela falou comigo agora, tudo bom. Só minha pressão que está meia alta, mas igual eu expliquei para ela, aconteceu um fato lá perto de casa e aí acho que é isso”. [P6]

A interação e a comunicação do paciente com o farmacêutico e outros profissionais da APS reflete na satisfação do paciente com os serviços de saúde ofertados.

Os encaminhamentos para a resolução de problemas relacionados à farmacoterapia visando o alcance dos objetivos terapêuticos são feitos, na sua maioria, considerando a organização dos CS, pelas EqSF e Nasf, embora o farmacêutico atenda, também, por demanda espontânea. Destaca-se o desenvolvimento do trabalho multiprofissional, com enfoque interdisciplinar, de acordo com a necessidade do paciente:

“Triglicérides estava 990, colesterol 400 e pouco e minha glicose 386. Aí não baixava, mesmo com medicamento antes de eu tomar insulina, mesmo eu tomando não estava dando resultado. Não baixava de jeito maneira. Então a farmacêutica me orientou, me orientou, para eu fazer o controle com a nutricionista. E a doutora, a clínica geral que cuida de mim, pediu para ela me orientar como aplicar a insulina. Eu não estava preparada. Eu estava super desorientada, nervosa demais. Aí ela pegou e... é... ela foi falando para médica, aí a médica foi orientando-a e ela me orientando”. [P2]

“Tudo que acontece comigo a farmacêutica conta para a doutora. Como se fosse uma ponte e fica tudo no sistema também. Igual hoje, que eu tive com ela hoje, ela olhou meus resultados de exames e deu tudo favorável, tudo bom! Aí hoje eu estou até feliz. Vou sair daqui até rindo na cara, de tanta felicidade”. [P2]

É importante definir quais pacientes podem se beneficiar pelos serviços clínicos farmacêuticos, de acordo com suas necessidades farmacoterapêuticas, mediante critérios e prioridades pré-estabelecidas pela equipe multiprofissional e assim, serem encaminhados para o cuidado farmacêutico.

DISCUSSÃO

A importância da relação farmacêutico-paciente na farmacoterapia

Ao abordar aspectos da relação farmacêutico-paciente destaca-se que dentre as principais características do AFT, cita-se a construção de uma relação sólida, propiciando confiança, a fim de se obter os melhores resultados em saúde. Para tanto, faz-se necessário que o compartilhamento de informações seja um processo simétrico, no qual os conhecimentos adquiridos pelo paciente em sua trajetória de vida, os aspectos culturais e sociais sejam considerados tanto quanto o conhecimento científico do farmacêutico (D’ANDRÉA *et al.*, 2012).

Há que se considerar também que as relações terapêuticas sejam fundamentadas no respeito mútuo, confiança, confidência, colaboração entre paciente e profissional, segurança, empoderamento do paciente e responsabilidade compartilhada pelas decisões relacionadas à farmacoterapia. O núcleo fundamental do cuidado farmacêutico é a relação que se estabelece entre o farmacêutico e o paciente que juntos trabalham para prevenir, identificar e resolver os problemas que podem surgir na farmacoterapia (POSSAMAI; DECOREGGIO, 2008).

Para atender de forma eficaz as necessidades farmacoterapêuticas do paciente é necessário que o farmacêutico clínico utilize em seu exercício um método claramente definido. Este método deve considerar o paciente como pessoa em seu conjunto, com suas necessidades relacionadas à medicação, e como indivíduo detentor de direitos, conhecimentos e experiências. A atuação profissional requer que o paciente seja considerado parceiro no planejamento do cuidado e como responsável pela tomada de decisão final, já que é ele que vivencia as consequências da terapêutica farmacológica (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012).

Destaca-se que a atuação centrada na pessoa apresenta resultados positivos, quando comparada aos modelos tradicionais de abordagem, pois diminui a utilização dos serviços de saúde, aumenta sua satisfação, diminui queixas por má-prática, melhora a adesão aos tratamentos, reduz preocupações, melhora a saúde mental, reduz sintomas e melhora a recuperação de problemas recorrentes (STEWART *et al.*, 2017). Há evidências de que a atenção à saúde centrada na pessoa na APS, aplicada aos cuidados primários à saúde, promove resultados positivos na melhoria da satisfação dos pacientes, no envolvimento com sua saúde, em processos da atenção, em certos resultados, na qualidade de vida e nos custos da atenção (MENDES, 2012).

Espera-se que o farmacêutico, assim como outros profissionais da APS, desenvolva habilidades e competências que proporcionem aos pacientes a assistência qualificada, com ética e ofertas de cuidado voltadas às suas necessidades. A esse respeito, elenca-se a habilidade humanístico-crítica, que proporcione boa comunicação interpessoal, capacidade reflexiva, empatia, consciência e responsabilidade social, capacidade de tomar decisões, trabalho em equipe, autoconhecimento, visão holística do indivíduo e do processo saúde–doença e compreensão dele como um ser biopsicossocial (BRASIL, 2018).

Mendes (2012) reforça que a atenção centrada na pessoa representa uma mudança radical, quando comparada aos modelos convencionais em que a equipe de saúde sabe o que é melhor para os pacientes e que essa conduta se pauta no reconhecimento de que as pessoas e suas

famílias possuem certos conhecimentos, habilidades, fortalezas, expectativas, preferências e recursos interiores que devem ser considerados no plano de cuidado. Portanto, para facilitar o cumprimento do paciente ao tratamento é necessária a construção da relação terapêutica paciente-farmacêutico (D'ANDRÉA *et al.*, 2012).

Destaca-se que as transformações ocorridas na profissão farmacêutica durante o século XX, do comércio de medicamentos em decorrência da produção da indústria farmacêutica, ou campos não relacionados ao medicamento, como análises clínicas e de alimentos, distanciaram o farmacêutico da assistência à saúde, afetando tanto o seu reconhecimento social, quanto sua identidade profissional. Atualmente, mobilizações relativas à saúde de um modo geral vem ressignificando socialmente a função do farmacêutico (SANTOS *et al.*, 2016).

Ao abordar a inserção do farmacêutico na APS, considerado um trabalho em construção, Barberato; Scherer; Lacourt (2018), destacam que embora haja poucos trabalhos publicados, os resultados indicam que à medida que o farmacêutico se integra à equipe de saúde mostra a importância do seu trabalho e vai obtendo reconhecimento. Neste sentido Santos et al (2016) consideram que o processo de consolidação de um grupo profissional e de sua identidade passam pelo reconhecimento social, o qual é obtido mediante a valorização conferida ao tipo de atividade que ele desenvolve. Isto fica evidente nos relatos dos pacientes, destacando a valorização e reconhecimento do farmacêutico ao prestar seus serviços ao paciente.

No final dos anos 1980, com a implantação do SUS e sua nova concepção de saúde, priorizando a prevenção e a promoção, fez-se necessária a mudança no perfil do farmacêutico, com consequente retomada de sua responsabilidade e habilidade como profissional da saúde coletiva, como profissional em busca de identidade (SATURNINO *et al.*, 2012). Ramalho-de-Oliveira (2011) argumenta que a inquietação e o questionamento de membros da profissão quanto a sua subutilização nos serviços de saúde e a invisibilidade social decorrem da falta de formalização e normatização das condutas e responsabilidades assumidas por esse profissional, reforçando a importância em assumir a sua função na sociedade.

É importante considerar as competências clínicas necessárias para que o profissional farmacêutico exerça o cuidado centrado no paciente. O Método Clínico Centrado na Pessoa permite conciliar o conhecimento técnico-científico e a experiência profissional ao alinhar isso com o ser e o estar de cada pessoa que busca o cuidado, definindo planos terapêuticos conjuntos. Esse procedimento tem o potencial de fortalecer a autonomia do indivíduo e das famílias para o seu autocuidado, bem como propiciar melhores resultados em saúde e adesão aos tratamentos,

e, então, com isso, podem ser minimizados custos desnecessários (BRASIL, 2019a; STEWART *et al.*, 2017).

Para tanto, é necessário refletir sobre a formação dos farmacêuticos, pensando na lógica em converterem suas carreiras de profissionais do medicamento para profissionais do cuidado (SOARES *et al.*, 2016). Assim, seguindo a tendência mundial da profissão, em 2017 foram aprovadas as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de graduação em Farmácia, direcionando os currículos para a formação de um profissional da saúde generalista, voltado, prioritariamente, ao cuidado e ao SUS, com conhecimentos, habilidades e atitudes que atendam às necessidades contemporâneas de saúde da população (BRASIL, 2017; 2018). Entende-se que a formação do farmacêutico deva ocorrer de forma contínua, como previsto pelas DCN, estendendo o período de formação por toda a vida profissional (ALMEIDA; MENDES; DALPIZZOL, 2018).

Neste sentido, ao direcionar as atividades com foco no cuidado aos pacientes, o farmacêutico assume relevante papel na farmacoterapia do paciente. O trabalho do farmacêutico tem contribuído, de forma crescente, com os resultados em saúde, premissa cada vez mais aceita por gestores e revelada pelo aumento de contratações no SUS, considerando a Farmácia uma das profissões com maior incremento observado na última década (SANTOS *et al.*, 2016). Estudos reforçam que a sistematização do cuidado farmacêutico na APS traz benefícios e impacta na qualidade de vida dos pacientes, bem como reduz custos para o sistema de saúde (FOPPA; CHEMELLO; FARIAS, 2016; MESSERLI *et al.*, 2016; OBRELI-NETO *et al.*, 2015; SABATER-HERNÁNDEZ *et al.*, 2016; DETONI *et al.*, 2017).

Ao identificarmos pelo relato do paciente, que a atuação do farmacêutico na negociação com o paciente para que a meta do controle glicêmico fosse atingida de forma gradual e não como uma imposição de conduta prescritiva e que poderia seguir um curso não favorável para a adesão, temos que considerar que a relação farmacêutico-paciente deve se basear na confiança mútua, o que requer tempo, troca de informações, empatia e fala compreensiva com o paciente. É necessária a criação de vínculo e, com isso, conquistar uma maior probabilidade de adesão ao tratamento proposto (D'ANDRÉA *et al.*, 2012).

Os resultados revelam a importância do AFT, considerando o indivíduo de forma integral e como ator principal na tomada de decisões sobre seu tratamento. Neste sentido, as responsabilidades profissionais do farmacêutico devem ser exercidas de forma que beneficie o paciente, promovendo uma relação de confiança, corresponsabilidade e empoderamento,

refletindo a filosofia do cuidado farmacêutico: o cuidado centrado no paciente (RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2013).

Cabe ressaltar o papel do farmacêutico como protagonista, indutor e qualificador das práticas farmacêuticas assistenciais junto aos profissionais do Nasf e das equipes de referência da APS, qualificando o acesso da população à farmacoterapia e contribuindo para o uso racional de medicamentos, além de proporcionar cuidado farmacêutico aos pacientes e à comunidade (BRASIL, 2018). Nessa perspectiva, tornar visível o trabalho do farmacêutico para pacientes, demais profissionais e gestores é uma estratégia para inserção desse profissional nas equipes de saúde (BARBERATO; SCHERER; LACOURT, 2018).

Desse modo, o paciente sente-se acolhido pelos profissionais em suas necessidades e valoriza o serviço, conforme relatos apresentados na próxima categoria.

Resultados positivos na farmacoterapia resultam em satisfação dos pacientes em relação ao serviço de AFC

Os pacientes deste estudo reconheceram o trabalho desenvolvido pelo farmacêutico na APS e demonstraram satisfação com o serviço prestado. Esse dado foi corroborado por outros estudos, que consideraram a experiência dos pacientes em relação aos serviços clínicos farmacêuticos. Estudo realizado na Nigéria identificou que pacientes cujo propósito da visita à farmácia foi procurar aconselhamento com o farmacêutico, expressaram um nível de satisfação significativamente maior que aqueles que procuraram apenas medicamentos (OPARAH; KIKANME, 2006). Em outro estudo realizado em um Centro Qualificado de Saúde no Condado de Trevis (TEXAS), os pacientes indicaram que o atendimento de farmacêuticos resultou em uma experiência positiva do paciente em relação ao cuidado centrado no paciente. Este estudo sinaliza ainda que a experiência do paciente deve ser avaliada regularmente, no mínimo anualmente, para garantir que os pacientes tenham experiências positivas de atendimento e para identificar oportunidades em melhorar esses atendimentos (SHIN *et al.*, 2020).

Os termos satisfação do paciente e experiência do paciente costumam ser usados como sinônimos, mas não são. Para avaliar a experiência do paciente, que são dados mais objetivos, deve-se investigar se algo que deveria acontecer em um ambiente de saúde (como uma comunicação clara com um provedor) realmente aconteceu ou com que frequência (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2020). A satisfação, por sua vez, é uma medida subjetiva e diz respeito às expectativas do paciente em relação ao atendimento de suas necessidades em relação a um serviço de saúde específico. Duas pessoas que recebem

exatamente os mesmos cuidados, mas têm expectativas diferentes sobre como esse cuidado deve ser prestado, podem apresentar diferentes índices de satisfação (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2020).

A satisfação diz respeito à avaliação do sujeito sobre os cuidados recebidos. Ela tem influência sobre o comportamento de pacientes na adesão ao tratamento e no seguimento, pelo paciente, de aconselhamento profissional (GILL; WHITE, 2009). Serviços que melhorem o estado de saúde aumentam a satisfação do paciente. A satisfação dos pacientes com os serviços de saúde vem sendo considerada um componente fundamental na qualidade do cuidado, fornecendo informações importantes sobre a opinião dos usuários em relação aos serviços oferecidos, permitindo seu aprimoramento. O paciente, neste caso, é o protagonista do serviço de saúde e sua opinião pode impactar na tomada de decisão sobre a forma de organização e gestão deste (DIAS; RAMOS; COSTA, 2010).

A interação e a comunicação do paciente com o farmacêutico e outros profissionais da APS resulta em satisfação do paciente com os serviços de saúde ofertados. Sendo assim, a comunicação é ferramenta fundamental na prática de qualquer profissional da saúde (D'ANDRÉA *et al.*; 2012). Uma das principais habilidades que o profissional deve adquirir é a de comunicação para poder trabalhar da melhor forma com os pacientes, médicos e demais membros das equipes de saúde (POSSAMAI; DECOREGGIO, 2008).

Compreender a experiência do paciente é um passo fundamental na direção do cuidado centrado no paciente. Observando vários aspectos sobre a experiência do paciente, pode-se avaliar até que ponto os pacientes estão recebendo cuidados que respeitam e respondem às suas preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes. Avaliar a experiência do paciente junto com outros componentes, como eficácia e segurança do atendimento é essencial para fornecer um quadro completo da qualidade do atendimento de saúde (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2020).

Como destaque, os pacientes relataram a corresponsabilidade do binômio farmacêutico-paciente pelo tratamento, o que demonstra que o arcabouço teórico e metodológico do Cuidado Farmacêutico, que dá subsídio e estrutura para o posicionamento do farmacêutico no serviço de acompanhamento farmacoterapêutico, é bem claro: o relacionamento terapêutico é essencialmente colaborativo, onde ambas as partes trabalham juntas rumo à prevenção e resolução dos problemas objetivos e subjetivos, vivenciados ou potenciais, relacionados ao uso de medicamentos (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012).

Neste sentido, destaca-se a necessidade de compreender a experiência subjetiva do paciente com os seus medicamentos, a fim de que as decisões e recomendações do farmacêutico sejam contextualizadas na realidade singular de cada indivíduo, considerando, portanto, as suas necessidades, preferências e experiências culturais distintas (SHOEMAKER, 2011; RAMALHO-DE-OLIVEIRA *et al.*, 2012; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2013). Dessa forma, o farmacêutico, juntamente com o paciente, pode resolver problemas relacionados à indicação; à efetividade, à segurança e à adesão ao tratamento.

A responsabilização por sua saúde desloca o paciente da posição de passividade para uma posição de autonomia e proatividade em prol de seu tratamento. A troca de saberes entre paciente e farmacêutico deve ser simétrica, com informações técnicas passadas do farmacêutico ao paciente, e informações experimentais adquiridas no decorrer da vida do paciente para o farmacêutico. O paciente se sentindo respeitado e tomando ciência da sua relevância como responsável por sua saúde, começa a cuidar melhor de si (STEWART *et al.*, 2017).

Quanto ao desejo de continuidade do serviço de acompanhamento farmacoterapêutico, passando novamente pela etapa de criação de vínculo com o farmacêutico, haveria a possibilidade da desistência do paciente ao AFT, diminuindo as chances de se ter um uso racional do medicamento e aumentando as chances de complicações futuras sem a orientação do farmacêutico. Ao abordar a importância do vínculo no campo da saúde coletiva, Barbosa e Magalhães (2017), consideram que este deveria existir como condição para funcionamento do serviço em termos de corresponsabilização, continuidade e longitudinalidade do cuidado e sinalizam ainda para a necessidade de reconhecimento do outro como sujeito de direitos.

Ao abordar a visão do paciente sobre a conduta do médico e do farmacêutico, devemos considerar que os serviços farmacêuticos na APS ocorrem em um contexto multiprofissional, com enfoque interdisciplinar. Os encaminhamentos para a resolução de problemas relacionados à farmacoterapia visando o alcance dos objetivos terapêuticos são feitos, na sua maioria, considerando a organização dos CS, pelas EqSF e Nasf, embora o farmacêutico atenda, também, por demanda espontânea.

É importante discutir quais pacientes serão encaminhados para o cuidado farmacêutico, considerando critérios e prioridades. Devido à falta de clareza da real contribuição do apoio e cuidado farmacêutico, é comum os encaminhamentos serem todos relativos à polimedicação com dificuldades na adesão ao tratamento. Entretanto, há diversas situações em que o paciente seria beneficiado pela atuação clínica do farmacêutico (BRASIL, 2018), sendo necessário se

orientar pelas prioridades estabelecidas institucionalmente e pelos farmacêuticos. Desse modo, o farmacêutico pode contribuir para qualificar a atenção integral aos usuários a partir da sua prática clínica, e também potencializar ações realizadas pelos demais profissionais no que se refere ao uso racional de medicamentos, seja no âmbito da promoção, da prevenção ou da reabilitação em saúde (BRASIL, 2015).

Deve-se considerar, portanto, que quando os pacientes estão bem informados e educados em relação à sua terapêutica medicamentosa pelo farmacêutico, o médico / clínico pode ser mais eficaz em direcionar um paciente em direção aos objetivos da terapia e alcançar melhores desfechos clínicos (THE PATIENT-CENTERED MEDICAL HOME, 2012).

Destaca-se que a inserção do farmacêutico no SUS é um desafio e, ao mesmo tempo, uma oportunidade para a atuação interdisciplinar na construção de soluções para as necessidades em saúde da população (SOARES *et al.*, 2016). Neste modelo, o farmacêutico atua como membro orgânico da equipe de saúde, desenvolvendo as atividades específicas de seu campo de conhecimento, mas também compartilhando saberes e ações com os demais profissionais de saúde, de modo que sua prática seja indissociável da prática da própria equipe (BRASIL, 2015).

A seleção da amostra intencional (pacientes indicados pelos próprios farmacêuticos que realizavam o acompanhamento farmacoterapêutico) pode ser considerada uma limitação do estudo. Ademais, o fato de a entrevistadora se apresentar como acadêmica de farmácia também pode ter gerado um viés de resposta, pois ao conhecer a formação do entrevistador, os pacientes poderiam tender as respostas para um lado mais positivo do que realmente seria.

Por fim, a presença de farmacêuticos preparados, com formação específica, dispostos, com compromisso e proatividade, pode possibilitar a construção de uma nova história do fazer farmacêutico na APS, mas, para tanto, necessita de clareza de objetivos, de metas, de responsabilidades e compreensão mais ampla do papel do trabalho em equipe no contexto da atenção à saúde (NAKAMURA; LEITE, 2016).

CONCLUSÕES

Pelos relatos dos pacientes observaram-se resultados positivos alcançados com o AFT e aspectos da relação farmacêutico-paciente, considerando o indivíduo de forma integral e como ator principal na tomada de decisões no seu tratamento, reforçando que a filosofia do cuidado farmacêutico também determina a forma de trabalho do farmacêutico. Ademais, pode-se

constatar que o paciente se sentiu acolhido pelos profissionais em suas necessidades e valoriza o serviço, destacando aspectos relativos ao valor social agregado pelo farmacêutico no cuidado aos pacientes e seus benefícios para o sistema de saúde.

Vislumbra-se que experiências positivas dos pacientes quanto ao cuidado farmacêutico possam contribuir para ampliação deste serviço a toda comunidade, que ao ter acesso a um serviço qualificado, possa reconhecer e valorizar o farmacêutico como um agente do cuidado, inserido de forma efetiva no contexto da APS e no SUS.

Espera-se que este estudo possa contribuir para o aprimoramento da atenção prestada pelos farmacêuticos, possibilitando a implementação da prática farmacêutica centrada na pessoa, com objetivos e métodos definidos, a fim de fortalecer a Assistência Farmacêutica e ajudar a consolidar um sistema de saúde universal, equânime e integral, impactando de forma efetiva na qualidade de vida dos pacientes e da população.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. B.; MENDES, D. H. C.; DALPIZZOL, P.A. Ensino farmacêutico no Brasil na perspectiva de uma formação clínica. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, Araraquara, v. 35, n. 3, p. 347-54, 2014 Disponível: http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/view/2864/1595. Acesso em 15 dez. 2018.

BARBOSA, M. I. S.; BOSI, M. L. M. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1003-1022, dez. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000400008>. Acesso em: 26 mar. 2019.

BARBERATO, L. C.; SCHERER, M. D. A.; LACOURT, R. M. C. O farmacêutico na atenção primária no brasil: uma inserção em construção. *Ciência & Saúde Coletiva* [periódico na internet] (2018/Mar). Disponível em:<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/o-farmaceutico-na-atencao-primaria-no-brasil-uma-insercao-em-construcao/16679?id=16679>. Acesso em: 5 mar. 2019.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Medicamentos. *Projeto: Assistência Farmacêutica para atenção primária em Belo Horizonte*. 2011.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Assistência Farmacêutica. *Diretrizes para a Assistência Farmacêutica Integral em Belo Horizonte*. Belo Horizonte: SMSA/GEASF, 2018.

BRASIL. Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 6/2017. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para o

Curso de Graduação em Farmácia. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 Out 2017, Seção 1, p.30.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Nasf. *Diário Oficial da União*. Brasília, 25 Jan 2008. Seção 1 p.47.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. 2014b (Cuidado farmacêutico na atenção básica; caderno 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica Insumos Estratégicos. *Resultados do projeto de implantação do cuidado farmacêutico no Município de Curitiba*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 100 p. (Cuidado farmacêutico na atenção básica; caderno 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Práticas Farmacêuticas no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 33 p.

CHEMELLO, C. *et al.* Pharmaceutical care as a strategy to improve the safety and effectiveness of patients' pharmacotherapy at a pharmacy school: a practical proposal. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, v. 50, n. 1, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-82502011000100019>. Acesso em: 20 nov. 2018.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. Pharmaceutical Care as a Professional Practice for Patient-Centered Medication Management Services. In: *MGH Medical, ed. Pharmaceutical Care Practice - The Patient-Centered Approach to Medication Management Services*. 3 ed. Minnesota, p. 37-72, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. *Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual*. Brasília: Conselho Federal de Farmácia; 2016. 200p.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F.; SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, Ananindeua, v. 2, n. 3, p. 41-49, 2011.

D'ANDRÉA, R. D. *et al.* A importância da relação farmacêutico – paciente: percepções dos idosos integrantes da Unati (Universidade Aberta à terceira idade) sobre a atuação do farmacêutico. *Revista Eletrônica de Farmacia*, v. IX, n. 2, p. 49-60, 2012.

DETONI, K. B. *et al.* Impact of a medication therapy management service on the clinical status of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Clinical Pharmacy*, Zuidlaren, v. 39, n. 1, p. 95-103, 2017. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27915426>. Cited 29 dez. 2018.

DIAS, O. V.; RAMOS, L. H.; COSTA, S.M. Avaliação da qualidade dos serviços na perspectiva da satisfação do usuário. *Revista Pró-univerSUS*, Vassouras, v. 1, n. 1, p. 11-26, 2010.

FEDERAÇÃO NACIONAL DOS FARMACÊUTICOS. CNE aprova novas DCN do Curso de Graduação em Farmácia. Disponível em: <http://fenafar.org.br/index.php/2016-01-26-09-32-20/fsa/1608-cne-aprova-novas-dcns-do-curso-de-graduacao-em-farmacia>. Acesso em: 20 dez. 2018.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuição teórica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p.:17-27, 2008.

FOPPA, A. A.; CHEMELLO, C.; FARIAS, M. R. Caracterização Farmacoepidemiológica de Indivíduos com Doença de Parkinson para Implantação de Serviço Clínico Farmacêutico. *Journal of Applied Pharmaceutical Sciences - JAPHAC*, v. 3, n. 1, p.:28-40, 2016.

GILL, L; WHITE, L. A critical review of patient satisfaction. *Leadership in Health Services*, v. 22, n. 1, p. 8-19, 2009. Available from: <https://doi.org/10.1108/17511870910927994>. Acesso em 26 dez. 2018.

LAVILLE, C.; DIONNE J. *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

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

MESSERLI, M. *et al.* Impact of a community pharmacist-led medication review on medicines use in patients on polypharmacy - a prospective randomised controlled trial. *BMC Health Services Research*, v. 16, n. 1, dec. 2016. Available from: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1384-8>. Cited 11 sep. 2019.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento*. Pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2014.

NAKAMURA, C.A.; LEITE S. N. A construção do processo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: a experiência dos farmacêuticos em um município do sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 5, p. 1565-1572, 2016. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.17412014>. Acesso em: 18 out. 2018.

OBRELI-NETO, P. R. *et al.* Economic evaluation of a pharmaceutical care program for elderly diabetic and hypertensive patients in primary health care: a 36-month randomized controlled clinical trial. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*, v. 21, n. 1, p: 66–75, 2015. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25562774>. Cited em 26 ago. 2018.

OPARAH, A.C.; KIKANME, L.C. Consumer satisfaction with community pharmacies in Warri, Nigeria. *Research in Social & Administrative Pharmacy*, v. 2, n. 4, p. 499-511, 2006.

POSSAMAI, F. P.; DACOREGGIO, M. S. A habilidade de comunicação com o paciente no processo de atenção farmacêutica. *Trabalho Educação e Saúde*, v. 5, n. 3, p. 473-90, 2008.

RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D. *Atenção Farmacêutica: da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa*. 1. ed. São Paulo: RCN Comercial e editora LTDA, 2011. 344 p.

RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D. Atenção farmacêutica e serviços farmacêuticos. In: Acurcio, FA. *Medicamentos - Políticas, Assistência Farmacêutica, Farmacoepidemiologia e Farmacoeconomia*. Belo Horizonte: Coopmed Editora Médica, 2013. p. 197-234.

SABATER-HERNÁNDEZ, D. *et al.* A Systematic Review of Evidence-Based Community Pharmacy Services Aimed at the Prevention of Cardiovascular Disease. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*, v. 22, n. 6, p. 699-713, 2016.

SANTOS, R. I. *et al.* *Políticas de saúde e acesso a medicamentos / organização de Rosana Isabel dos Santos [et al.]*. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2016. 224 p. (Assistência Farmacêutica no Brasil: Política, Gestão e Clínica; v.1).

SATURNINO, L. T. M. *et al.* Farmacêutico: um profissional em busca de sua identidade. *Revista Brasileira de Farmácia*, Rio de Janeiro, v. 93, n. 1, p. 10-16, 2012.

SHIN J. *et al.* Patient experience with clinical pharmacist services in Travis County Federally Qualified Health Centers. *Pharmacy Practice*, 2020Jan-Mar;18(2):1751. Available from: <https://doi.org/10.18549/PharmPract.2020.2.1751>

SILVA, D. A. M. *et al.* A prática clínica do farmacêutico no núcleo de apoio à saúde a família. *Trabalho, Educação e Saúde* [Internet], in press 2018, Epub mar. 19, ISSN 1678-1007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00108>. Acesso em: 26 set. 2018.

SOARES L. *et al.* [Organizadores]. *Assistência Farmacêutica no Brasil: Política, Gestão e Clínica. Atuação clínica do farmacêutico*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Aberta do SUS – EdUFSC, 2016.

STEWART, M. ... [et al.]. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico [recurso eletrônico] /*; tradução: Anelise Burmeister, Sandra Maria Mallmann da Rosa ; revisão técnica: José Mauro Ceratti Lopes . – 3. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2017. e-PUB. Editado como livro impresso em 2017. ISBN 978-85-8271-425-6.

THE PATIENT-CENTERED MEDICAL HOME: Integrating Comprehensive Medication Management to Optimize Patient Outcomes RESOURCE GUIDE. second edition JUNE 2012. *The Patient-Centered Medical Home: Integrating Comprehensive Medication Management to Optimize Patient Outcomes.*

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 5 ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.

Agradecimentos

À Danielle de Araújo Moreira por ter colaborado na redação do artigo.

4.3. Artigo de resultados 3: “A formação para o Cuidado Farmacêutico na atenção primária à saúde na perspectiva dos farmacêuticos”.

Artigo a ser submetido à publicação na revista *PHYSIS: REVISTA DE SAÚDE COLETIVA*, classificada como B2, pelo Sistema Qualis Referência da CAPES, ano de referência 2019.

A FORMAÇÃO PARA O CUIDADO FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS FARMACÊUTICOS

Autoras: DÉLCIA REGINA DESTRO^{a, b}, SIMONE DE ARAÚJO MEDINA MENDONÇA^a,
MARIA JOSÉ MENEZES BRITO^c, CLARICE CHEMELLO^a

^a Departamento de Farmácia Social, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais

^b Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

^c Escola de Enfermagem da UFMG

Resumo

Estudo de caso qualitativo, descritivo e interpretativo que objetivou compreender aspectos relacionados a formação para a prática do cuidado farmacêutico na Atenção Primária à Saúde, em Belo Horizonte, Minas Gerais, na perspectiva dos farmacêuticos. Tomaram-se como referenciais teóricos o cuidado centrado no paciente e o modelo de prática farmacêutica (cuidado farmacêutico). Nove farmacêuticos atuantes na Atenção Primária à Saúde foram entrevistados individualmente. Aplicou-se a análise de conteúdo de Bardin, resultando nas categorias temáticas: Da formação acadêmica tradicional ao desafio do cuidado do paciente no contexto do Sistema Único de Saúde; Cenários de prática no Sistema Único de Saúde: integração ensino-serviço-comunidade, estreitando laços; Necessidade de aperfeiçoamento contínuo dos profissionais. Pelos resultados constatou-se que o profissional identifica a necessidade em suprir as deficiências na formação para o cuidado, buscando outras formas de aprendizado complementares à academia e aprendendo com a prática. Percebe-se a falta de integração ensino-serviço-comunidade durante a graduação, que reflete após a inserção dos profissionais na Atenção Primária à Saúde, exaltando o perfil clínico dos farmacêuticos diante da necessidade de atender os pacientes. Constatou-se que para que o farmacêutico realize o Acompanhamento Farmacoterapêutico sejam necessárias a formação continuada e oportunidades para exercer a prática de forma reflexiva.

Palavras-chave: Cuidado farmacêutico. Educação farmacêutica. Assistência farmacêutica. Atenção primária à saúde. Sistema único de saúde.

Abstract

Qualitative, descriptive and interpretive case study that aimed to understand the perceptions of pharmacists about their training for the practice of Pharmaceutical Care in Primary Health Care. The theoretical frameworks were the Patient-Centered Care and the pharmaceutical practice model (Pharmaceutical Care). Nine pharmacists working in Primary Health Care were interviewed individually. Bardin's content analysis was applied, resulting in the thematic categories: From traditional academic training to the challenge of patient care in the context of the Unified Health System; Practice scenarios in the Unified Health System: teaching-service-community integration, strengthening ties; Need for continuous improvement of professionals. Based on the results, it was identified that the professional identifies the need to supply deficiencies in training for care, seeking other forms of learning that are complementary to the academy and learning from practice. There is a lack of teaching-service-community integration during graduation, which reflects after the insertion of professionals in Primary Health Care, extolling the clinical profile of pharmacists in view of the need to serve patients. It is observed that for the pharmacist to carry out the Pharmacotherapeutic Follow-up, continuous training and opportunities to exercise the practice in a reflexive manner are necessary.

Keywords: Pharmaceutical Care. Pharmaceutical Education. Pharmaceutical Services. Primary Health Care. Unified Health System.

A FORMAÇÃO PARA O CUIDADO FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS FARMACÊUTICOS

Introdução

O cuidado farmacêutico se configura como um modelo de prática profissional farmacêutica, centrada no paciente, e que se materializa através do serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico. Neste serviço, o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades farmacoterapêuticas dos pacientes, por meio da detecção, prevenção e resolução de problemas relacionados ao uso de medicamentos, num compromisso contínuo, sistematizado e documentado em colaboração com o paciente e com outros profissionais da saúde, objetivando alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do paciente. Para lidar melhor com essa questão, os farmacêuticos precisam estar atentos aos diversos aspectos relacionados à farmacoterapia do paciente, observando se todos os medicamentos estão indicados, efetivos, seguros e convenientes para o paciente (RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2011; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012; CHEMELLO *et al.*, 2014).

Neste sentido, a profissão de Farmácia evoluiu do foco convencional e tradicional dos medicamentos, para o foco nos pacientes ao longo dos anos (TOKLU; HUSSAIN, 2013). Nunes-da-Cunha e Fernandes-Llino (2018) destacam que as mudanças na prática e as necessidades da profissão levaram a alterações no ensino da Farmácia e assim, as escolas de

farmácia globalmente buscam responder às recomendações da Organização Mundial de Saúde e da Federação Internacional de Farmacêuticos, por meio de alterações curriculares, especialmente com a inclusão de conteúdo clínico e social. Os autores complementam ainda que, os currículos de países como Austrália, Canada, Estados Unidos e Nova Zelândia passaram por importantes mudanças com a introdução de disciplinas nas áreas de farmácia clínica e farmácia social, administrativa e comportamental (NUNES-DA-CUNHA; FERNANDES-LLIMOS, 2018).

No Brasil, embora haja forte movimento nacional para modificar a formação farmacêutica, ampliando a formação para a atenção à saúde (BRASIL, 2002; 2017), há que se considerar a necessidade de se intervir na educação continuada e permanente de profissionais formados pelos currículos tradicionais de Farmácia, com ênfase tecnicista, que não possuía como foco a formação para a clínica e, por vezes, deslocado das necessidades sociais (CFF, 2019; BOSSE; OLIVEIRA; BECKER, 2013). Desse modo, é essencial criar espaços de discussão e reflexão sobre o papel do farmacêutico e a organização dos cursos de formação, com vistas ao desenvolvimento de propostas de ensino atendam à formação do profissional com o perfil para atender às atuais demandas (ALMEIDA; MENDES; DALPIZZOL, 2014).

Nakamura e Leite (2015) consideram que o processo de trabalho dos farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde (APS) ainda não está totalmente definido e estruturado, mas encontra-se em processo de construção e destacam que em relação a educação do farmacêutico para o trabalho interdisciplinar na APS há deficiência de educação específica entre a maioria dos farmacêuticos para atuar nessa nova lógica. Foppa *et al.* (2020), identificaram que o baixo número de horas e o início tardio dos estágios em cenários da prática clínica durante a graduação, que propiciaria um melhor desenvolvimento de habilidades, impactaram para que um pequeno número de farmacêuticos fossem qualificados e conhecedores da prática clínica, com o olhar desconectado das necessidades do paciente e dos serviços de saúde, o que acarreta a falta de reconhecimento do potencial do farmacêutico e valor profissional na equipe de saúde.

O fortalecimento no modelo de Atenção Primária à Saúde (APS), pela expansão da Estratégia da Saúde da Família (ESF) introduziu, via Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), ações relativas à organização das atividades de Assistência Farmacêutica. Isso permitiu integração dos farmacêuticos com os demais profissionais de saúde, com possibilidade de ações, dentre outras, como as voltadas ao uso apropriado de medicamentos, como exemplo do cuidado integral (BERMUDEZ *et al.*, 2018).

No município de Belo Horizonte, a institucionalização do Nasf, em 2008, propiciou efetivamente a inserção do farmacêutico na APS e apresentou aumento progressivo do número de profissionais, proporcionalmente à ampliação das referidas equipes. Neste cenário, observou-se que o cuidado farmacêutico é realidade na APS, porém, apesar de prioritário, constitui, ainda, um desafio para os farmacêuticos, principalmente devido à demanda de atividades gerenciais, à deficiência na formação para o cuidado e falta de clareza de seu papel no cuidado ao paciente (DESTRO *et al.*, 2020, no prelo).

Neste contexto, considera-se que ainda são necessárias sistematizações da experiência do farmacêutico na APS, estimulando estudos que possibilitem, para além da identificação das ações desenvolvidas, a compreensão e os reflexos das escolhas profissionais no contexto onde elas estão inseridas e deem visibilidade a esse profissional para construção da Assistência Farmacêutica no SUS (BARBERATO; SCHERER; LACOURT, 2019). Portanto, buscou-se, com o presente estudo, compreender aspectos relacionados a formação para a prática do cuidado farmacêutico na Atenção Primária à Saúde, em Belo Horizonte, Minas Gerais, na perspectiva dos farmacêuticos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso qualitativo (YIN, 2015; MINAYO, 2014), descritivo e interpretativo, realizado em nove Centros de Saúde, localizados em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, cuja coleta de dados se deu no período de fevereiro a abril de 2017. Na ocasião de realização da pesquisa, cada um dos 82 NASF contavam com um farmacêutico que desenvolvia atividades técnico-gerenciais e assistenciais relativas à Assistência Farmacêutica, referenciando 152 Centros de Saúde, como coordenador técnico, e envolvendo as 588 equipes de Estratégia Saúde da Família.

Tomou-se como referencial teórico o cuidado centrado no paciente, cujo foco é prestar cuidados respeitosos e responsivos às preferências, necessidades e valores individuais do paciente e assegurar que seus valores orientem as decisões clínicas (SANDS, 2016; STEWART, 2017). Esse é um dos pilares do modelo de prática farmacêutica denominado *Pharmaceutical Care*, descrito por Hepler e Strand (1990), termo que foi traduzido inicialmente no Brasil como atenção farmacêutica, concretizando-se na oferta do serviço de acompanhamento farmacoterapêutico.

Para descrever o trabalho do farmacêutico com os usuários dos serviços de saúde são utilizados, em publicações nacionais, os termos “atenção farmacêutica”, “cuidado farmacêutico” ou “serviços farmacêuticos” com sentidos semelhantes (BARBERATO; SCHERER; LACOURT, 2019). Documentos recentes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) e o Conselho Federal de Farmácia (CFF, 2016) adotaram o termo cuidado farmacêutico, definido como:

“um modelo de prática que orienta a provisão de diferentes serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade, visando à prevenção e resolução de problemas da farmacoterapia, ao uso racional e ótimo dos medicamentos, à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, bem como à prevenção de doenças e de outros problemas de saúde” (CFF, 2016; p.55).

Desse modo o Conselho Federal de Farmácia considera que os serviços farmacêuticos relacionados à Farmácia Clínica diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade, são fundamentados pelo modelo de prática denominado cuidado farmacêutico (CFF, 2016).

Os dados foram coletados em entrevistas individuais, constando de perguntas abertas, feitas verbalmente, sendo que o entrevistador tinha liberdade de acrescentar perguntas para esclarecimento (LAVILLE; DIONNE, 1999). Para tanto, foi utilizado um roteiro semiestruturado com questões relativas a: trajetória formativa e profissional, concepção sobre o cuidado farmacêutico, percepção quanto a ser farmacêutico no SUS, impactos do acompanhamento farmacoterapêutico para os pacientes e equipe, aceitação e satisfação dos seus pacientes em relação ao cuidado farmacêutico.

Participaram da investigação farmacêuticos atuantes há pelo menos um ano nas Unidades da APS da SMSA-BH e que assinalaram realizar o Acompanhamento Farmacoterapêutico nos seus Centros de Saúde, na primeira fase da pesquisa. Posteriormente, foram realizadas entrevistas individuais com nove farmacêuticos, amostra suficiente para obter a saturação dos dados, considerando que o fechamento amostral por saturação ocorre quando as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados, considerando-se o objeto de estudo (FONTANELLA; RIBAS; TURATO, 2008). Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e revisadas. Para identificação dos participantes da pesquisa utilizou-se a letra F, de farmacêutico, seguida da numeração de 1 a 9, correspondendo à ordem das entrevistas.

Os dados das entrevistas com os farmacêuticos foram submetidos à análise temática de conteúdo de Bardin (2016), a qual compreende 3 etapas: 1) Pré-análise – transcrição, na íntegra, leitura flutuante e exaustiva; 2) Exploração do material – consiste na transformação dos dados brutos, quando surgem os temas mais relevantes definindo as categorias temáticas; 3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação, quando podemos propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas, gerando os temas mais frequentes, definindo as categorias temáticas.

Este trabalho faz parte de um trabalho de doutorado, cujo objetivo foi compreender o cuidado farmacêutico no contexto da Atenção Primária à Saúde no município de Belo Horizonte, Minas Gerais, na perspectiva dos farmacêuticos e pacientes, aprovado pelos Comitês de Ética da SMSA-BH e Universidade Federal de Minas Gerais. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da análise de conteúdo surgiram as categorias temáticas: Da formação acadêmica tradicional ao desafio do cuidado do paciente no contexto do SUS; Cenários de prática no SUS: integração ensino-serviço-comunidade: estreitando laços; Necessidade de aperfeiçoamento contínuo dos profissionais.

Da formação acadêmica tradicional ao desafio do cuidado do paciente no contexto do SUS.

Os farmacêuticos entrevistados formaram-se no período de implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2002 (BRASIL, 2002; DESTRO *et al.*, 2020, no prelo;) e, portanto, os currículos estavam em fase de transição e continham, ainda, habilitações que direcionavam a área de atuação do farmacêutico, conforme mencionado:

Eu me formei em 2006 com habilitação em indústria e fiz uma trajetória bem variada, bem sem foco. Fui de acordo com a demanda de onde eu consegui emprego. Então eu trabalhei dois anos numa Indústria Farmacêutica em São Paulo, no controle de qualidade microbiológico. E aí a prefeitura chamou para o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, que eu não fazia a menor ideia do que se tratava, então eu fui bem no fluxo. [F1]

Destaca-se que na maioria dos cursos de Farmácia, as DCN (BRASIL, 2002) não foram implantadas de modo eficaz e pleno, mesmo contando com mecanismos de incentivo à transformação fomentados pelos Ministérios da Saúde e da Educação, como o Programa de

Educação pelo Trabalho para a Saúde, PET-Saúde e o Programa Nacional de Reorientação Profissional em Saúde, Pró-Saúde (CFF, 2019).

Lacunas curriculares em saúde pública também foram mencionadas:

De qualquer forma, saúde pública não era muito o enfoque no curso, mas como a gente tinha as disciplinas relacionadas à Assistência Farmacêutica, então de certa forma envolve isso. De forma geral para a saúde pública acho a formação muito, pelo menos no meu currículo, era muito precária, a gente que tinha mais interesse e ia buscar mesmo. [F4]

Resultado semelhante foi identificado na Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Uso Racional de Medicamentos realizada no Brasil em 2015, ao caracterizar as atividades de natureza clínica desenvolvidas pelos farmacêuticos nas unidades básicas de saúde e sua participação em atividades educativas de promoção da saúde. Foram identificados os principais motivos alegados pelos farmacêuticos para não realizar tais atividades, dentre eles destaca-se a ausência de formação específica (ARAÚJO *et al.*, 2017), provável consequência das lacunas curriculares.

Cabe o questionamento quanto a interpretação dada ao currículo “generalista” pelos cursos de Farmácia e as consequências na prática, conforme apresentado na fala:

Você começa a acompanhar paciente. Só assim que você vai conseguir superar essas limitações que a gente tem e eu acho que é um processo normal. A faculdade não vai te dar tudo, ainda mais a faculdade de farmácia, que pretende formar um profissional para trabalhar em tantas áreas, tantas coisas variadas. Uma coisa: o profissional “Bombril”. Então é impossível formar muito bem para tudo. Eu acho que cabe ao estudante também buscar outras coisas. Você tem que escolher, pelo menos foi o que eu fiz, eu escolhi um caminho e procurei outros conhecimentos para completar e poder melhorar isso. [F2]

Percebe-se que o profissional identificou a necessidade em suprir as deficiências na formação para o cuidado, buscando outras formas de aprendizado com a prática. Há que se considerar a dificuldade de formar um farmacêutico generalista com o compromisso de manter a competência em todas as áreas que compreendem o âmbito profissional.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Farmácia de 2002 direcionaram o foco de formação do medicamento para o processo saúde-doença e sua atuação no SUS, em resposta à demanda social (SOUZA; BASTOS; BOGO, 2013; BRASIL, 2002). Entretanto, ao analisarmos o conteúdo das diretrizes curriculares de farmácia, identifica-se que os parâmetros sugeridos são amplos e genéricos, marcados pela possibilidade de variadas interpretações e sem garantia clara de componentes curriculares que assegurem a formação de farmacêuticos qualificados no âmbito do medicamento e da assistência farmacêutica (BRASIL, 2007).

Neste sentido, publicação da Comissão Assessora de Educação Farmacêutica do CFF em relação ao ensino farmacêutico no Brasil, percebeu-se uma formação predominantemente tecnicista e um ensino tradicional em detrimento da formação com concepção generalista, frequentemente interpretada de maneira indevida, como formação unificada nas áreas de fármaco-medicamentos, análises clínicas e alimentos (CFF, 2019).

Foppa *et al.* (2020) consideram que o Brasil, assim como outros países que sentem o atraso na implementação dos serviços relacionados ao cuidado farmacêutico, deve priorizar a criação de programas de educação experiencial em contextos que favoreçam a qualificação de profissionais para atuar nessa área. Ademais, os cursos devem ter quantidade adequada de horas e estruturas que garantam o crescente desenvolvimento de habilidades e competências, para atuar de maneira eficiente para o bem-estar dos pacientes e da sociedade.

Neste sentido, grades de competências para educação e prática em farmácia emergiram. O seu uso no desenvolvimento curricular é extremamente importante, mas para garantir que as competências sejam alcançadas pelos graduados para ingressar na prática farmacêutica, os conteúdos programáticos devem alinhar competências, conteúdos educacionais, atividades de aprendizagem e tarefas de avaliação. O ensino do cuidado farmacêutico se beneficia com o uso de metodologia ativa de ensino, como a aprendizagem baseada em problemas e em equipe, permitindo que os alunos desenvolvam habilidades de comunicação, trabalho em equipe e pensamento crítico. Embora a integração curricular apresente algumas dificuldades de implementação, o seu uso permite que os alunos integrem conceitos de diferentes áreas ao longo da grade curricular (NUNES-DA-CUNHA; FERNANDES-LLIMOS, 2018). Freitas e Ramalho-de-Oliveira (2015), destacam que os processos pedagógicos pelos quais os alunos devem se tornar mais reflexivos são uma questão importante na preparação de profissionais de saúde que também são pensadores críticos.

Em 2017 foram aprovadas novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), para o curso de Farmácia que buscam uma organização curricular capaz de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com a utilização dos recursos disponíveis, para dar soluções às necessidades sociais em contextos diversificados do trabalho em saúde, com formação voltada prioritariamente ao cuidado e ao SUS (BRASIL, 2017). O egresso deverá ter competências que atendam às necessidades de saúde da população, representando um grande avanço, seguindo a tendência mundial da profissão: o cuidado centrado no paciente (BRASIL, 2017; FEDERAÇÃO FARMACÊUTICA INTERNACIONAL, 2017). Seguindo a tendência mundial de transformar a formação dos farmacêuticos (SUPAPAAN *et al.*, 2019).

Em contraste, diante das possibilidades apresentadas pela matriz curricular, constatou-se a influência das disciplinas oferecidas na graduação, quando disponíveis, que direcionaram o interesse em trabalhar no SUS:

Na faculdade eu tive mais disciplinas. Atenção farmacêutica, eram três. Eu quis fazer mais, saber mais a respeito, então fui fazer iniciação científica. E nessa iniciação científica eu conheci a experiência dos pacientes que consumiam, que usavam medicamentos crônicos, que têm doenças crônicas e isso me sensibilizou demais. Ao conhecer as experiências deles, as dificuldades e as vivências deles relacionada ao sistema de saúde com relação à atenção primária. Então me sensibilizou tanto, marcou tanto, que eu também falei assim: 'Eu quero trabalhar com atenção farmacêutica no SUS, na APS'. Então, era um objetivo que eu tracei desde a academia. A primeira disciplina em atenção farmacêutica, já falei; 'É isso que eu quero fazer no SUS!' Então foi muito bacana, porque eu fui entender uma contribuição singular que a gente pode dar para o cuidado do paciente. Eu me encontrei mesmo, pensei assim: eu posso fazer isso que eu sei que eu vou fazer a diferença na vida das pessoas. [F2]

Mendonça (2017) considera como um ponto positivo das DCN de 2002, ao considerá-las como diretrizes de uma fase de transição, a abertura para a implantação de disciplinas relacionadas à atenção farmacêutica nos currículos de graduação em Farmácia. Segundo a autora, isso teria refletido em um aumento do número de docentes na área e no despertar dos estudantes para a atuação clínica como potencial caminho profissional. E, ainda, levou ao estreitamento de relações com farmacêuticos do sistema de saúde por meio de estágios e atividades de extensão e na geração de conhecimentos sobre o ensino e a prática clínica na Farmácia.

Identifica-se, portanto, aspectos formativos de profissionais que, em algum momento, querem assumir corresponsabilidade pelas necessidades do paciente em relação à farmacoterapia e estão dispostos a tomar parte na resolução de complexos problemas de saúde, fazendo do cuidado farmacêutico uma realidade (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012), avançando nos cenários de prática do SUS, tema abordado a seguir.

Cenários de prática no SUS: oportunidade de integração ensino-serviço-comunidade e os desafios em estreitar laços.

Percebe-se a falta de integração ensino-serviço-comunidade durante a graduação, que reflete após a inserção dos profissionais na APS, exaltando o perfil clínico dos farmacêuticos diante da necessidade de atender os pacientes.

Como eu falei, eu passei muito aperto, porque na faculdade, eu vi muito pouco de atenção primária, de atendimento farmacêutico, de atenção farmacêutica. Se eu te falar que eu nem lembro [de ter estudado tais assuntos] ... até porque a portaria do NASF é nova, então talvez

por isso também. Eu lembro de ter visto SUS, a lei 8080 e tal, mas o NASF é relativamente novo, então te falo que eu não relaciono nada porque vi muito pouco. (...) A princípio, foi um pouco difícil, porque como eu não tinha trabalhado na atenção primária, eu não estava muito acostumada a atender paciente.” [F5]

Foppa *et al.* (2020) evidenciaram que as instituições de ensino superior públicas e privadas em farmácia, têm diferentes procedimentos de estágio em seus currículos e que não há homogeneidade técnica curricular entre elas e em diferentes regiões do Brasil, refletindo sobre a formação e a atividade dos farmacêuticos nas últimas décadas.

Em estudo realizado com estudantes e professores de uma das dez maiores Faculdades de Farmácia dos Estados Unidos, cujo objetivo foi compreender como as práticas pedagógicas influenciam o desenvolvimento de competências clínicas em estudantes de farmácia, os resultados que emergiram de dois semestres de pesquisa de campo mostram que o conhecimento farmacêutico tradicionalmente ensinado não é suficiente para preparar os estudantes para a prática clínica e que a incorporação de experiências práticas e da filosofia e arcabouço teórico da atenção farmacêutica no currículo é necessária para preparar os estudantes para o cuidado direto das pessoas (FREITAS; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2015).

Mendonça *et al.* (2017a), destacam a importância de criar mais oportunidades para os alunos adquirirem experiências clínicas durante todo o curso de farmácia. Complementam ainda a necessidade em ter um espaço seguro para reflexão e discussão do conhecimento aprendido - seja por meio de cursos formais ou grupos de estudo, considerando ser um elemento-chave de um processo efetivo de aprendizado.

Além das disciplinas ofertadas, deve-se considerar a importância dos cenários de prática, dos programas de iniciação científica e estágios voltados para o SUS. O Plano Nacional de Extensão Universitária reafirma o compromisso da universidade na geração de conhecimentos que atendam às necessidades da população. Destaca-se que elaborar estratégias de educação permanente, envolver profissionais de saúde, docentes e estudantes é fundamental para promover a integração ensino-serviço-comunidade, melhorar a formação de estudantes e profissionais, e principalmente aprimorar o cuidado prestado e fortalecimento do SUS (SILVA *et al.*, 2016). A integração ensino-serviço-comunidade é preconizada nas DCN de Farmácia 2017 (BRASIL, 2017). Importante considerar neste cenário que a Educação Baseada na Comunidade (EBC) para as profissões da saúde é uma demanda global, e o Brasil vem mostrando-se sensível, pioneiro e inovador nas ações de aproximação entre a Universidade e o Sistema de Saúde (BOLLELA *et al.*, 2014).

Estudos revelaram que a parceria entre universidade, serviços de saúde e comunidade é uma iniciativa promissora para melhorar a qualidade dos serviços farmacêuticos oferecidos à sociedade e da educação farmacêutica (MENDONÇA *et al.*, 2017a). De forma complementar em projeto de aprendizagem experiencial, desenvolvido por Mendonça, Freitas e Ramalho-de-Oliveira (2017b), realizado na Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais, permitiu identificar que os alunos atingiram bons níveis de competência na aplicação dos princípios filosóficos da atenção farmacêutica, através da realização do atendimento real dos pacientes em um ambiente de APS. Essa experiência propiciou aumento da compreensão dos alunos e de sua capacidade em aplicar o processo racional de tomada de decisões em farmacoterapia no atendimento de pacientes reais. Além disso, os alunos participantes aprimoraram suas habilidades em recuperar informações técnico-científicas sobre medicamentos, desenvolveram uma noção crítica das lacunas em seus conhecimentos sobre os fundamentos clínicos para a atenção farmacêutica em sua educação, permitindo-lhes buscar estratégias para seu preenchimento, além de desenvolver competências para o relacionamento interprofissional.

O cuidado farmacêutico pode ser considerado um desafio na APS mas, além disso, pode ser visto como uma oportunidade para o farmacêutico desempenhar um papel importante na equipe de saúde e no contexto do sistema público de saúde brasileiro. Desse modo, essa nova lógica de atuação de farmacêuticos, devidamente qualificados, com formação específica, alinhada ao engajamento e luta, pode viabilizar a construção de uma nova história da inserção do farmacêutico em saúde pública no Brasil (NAKAMURA E LEITE, 2015).

As novas oportunidades de prática que se apresentam exigem do profissional aperfeiçoamento contínuo, sendo abordados alguns aspectos principais na próxima categoria.

Necessidade de aperfeiçoamento contínuo dos profissionais

Diante dos resultados da primeira fase desta pesquisa, que abordou os desafios para o cuidado farmacêutico na APS, evidenciou-se a necessidade de promover a qualificação dos profissionais, haja vista que a maioria dos farmacêuticos (80%) participantes concluiu a graduação com currículos baseados nas DCN 2002 (DESTRO *et al.*, 2020, no prelo). Neste sentido verificou-se entre os participantes deste estudo, a busca pelo aperfeiçoamento profissional por meio da participação em grupos de estudos em atenção farmacêutica:

Antes de eu me formar, na faculdade mesmo, eu já comecei a guiar um pouco do meu curso para área clínica. Então desde o quinto período eu já comecei a participar do grupo de estudo de atenção farmacêutica, me interessei muito por essa área. Fiz algumas disciplinas optativas na faculdade de farmácia. Na época tinha muito poucas disciplinas, na verdade tinha a disciplina de farmácia social. É aí fui puxando outras matérias que me agregariam conhecimento nessa área clínica. [F4]

A busca pelo conhecimento na área clínica, complementar à graduação, representa um diferencial dos profissionais que realizam o Acompanhamento Farmacoterapêutico na APS:

A formação foi fundamental. Eu já tive essa formação. Depois que eu vim para o mestrado, eu já sabia que eu tinha que fazer. Claro que a minha formação não me deu tudo que eu preciso para poder fazer esse trabalho, que a gente chama de gerenciamento da terapia medicamentosa, de atenção farmacêutica. Não me deu tudo que eu precisava, mas já me deu toda a base, já me deu uma filosofia, já me deu um método de raciocínio. [F2]

Cabe destacar, ainda, que a formação do farmacêutico deve ocorrer de forma contínua, como previsto pelas DCN, estendendo o período de formação por toda a vida profissional (ALMEIDA; MENDES; DALPIZZOL, 2014). Ressalte-se que, segundo Delors (1998), a educação, para dar resposta ao conjunto das suas missões, deve ser organizada em torno de quatro aprendizagens fundamentais, ao longo da vida: “aprender a conhecer”, “aprender a fazer”, “aprender a viver juntos” e “aprender a ser”.

O alcance da integralidade na atenção à saúde ainda depende, sobretudo, da organização da agenda e do processo de trabalho na APS, especialmente do ponto de vista das equipes multiprofissionais, reconhecendo as ações a serem desenvolvidas por núcleos profissionais específicos, conforme legislação vigente, mas sem abrir mão das atribuições comuns a todos os trabalhadores em atuação nos serviços, independentemente da categoria profissional (BRASIL, 2019b).

A fim de inserir cada vez mais a AF nas Redes de Atenção à saúde e pensando também na integralidade do cuidado, foi instituído em 2012 o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (Qualifar-SUS), com eixos em estrutura, educação, informação e cuidado, com destaque ao Eixo Cuidado, cujo objetivo é inserir a Assistência Farmacêutica nas práticas clínicas visando a resolutividade das ações em saúde, otimizando os benefícios e minimizando os riscos relacionados à farmacoterapia (VASCONCELOS *et al.*, 2017).

Constatou-se nas regionais de saúde, que compreendem as unidades de saúde nas regiões administrativas do município, iniciativas dos farmacêuticos que se organizam para o desenvolvimento de atividades relacionadas à educação permanente, compartilhando

experiências e buscando uniformizar condutas, apesar de apontar falta de material orientador e educativo:

A gente estava fazendo programa de educação permanente com os farmacêuticos. Para nos ajudarmos, cada vez mais. Cada um tem uma experiência diferente. Às vezes a gente selecionava temas, de acordo com a demanda da prática, para discutir e melhorar nossa conduta e padronizar conduta, formulários. [F7]

Silva *et al.* (2018) destacam que a união entre farmacêuticos para apoio na prática, com elaboração de documentos que possam agilizar e direcionar o processo e o estabelecimento de encontros periódicos para discussão de casos e trocas de impressões, pode ser movimento agregador do cuidado e impactante no esforço de sistematização da prática clínica farmacêutica no SUS. Esforços no sentido de buscar este alinhamento conceitual e prático são importantes.

Neste sentido, em maio de 2018, foram publicadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH) as Diretrizes para a Assistência Farmacêutica Integral no município. Tais diretrizes visam estabelecer a uniformização de conceitos, a sistematização das ações desenvolvidas pelos farmacêuticos em todos os níveis de atenção e a definição de indicadores de monitoramento e avaliação da Assistência Farmacêutica na SMSA/BH (BELO HORIZONTE, 2018). Também estão sendo implementadas ações de educação permanente através da publicação de guias de atuação do farmacêutico no âmbito da SMSA-BH, como o Guia de atuação do farmacêutico no cuidado à pessoa com tuberculose (BELO HORIZONTE, 2018b) e o Guia de atuação do farmacêutico na hanseníase (BELO HORIZONTE, 2019), sendo que outros encontram-se em fase de elaboração. Além da publicação de guias do cuidado, são realizados encontros periódicos visando alinhamento e capacitação dos farmacêuticos de todos os níveis de atenção.

Destaca-se a necessidade de ações de educação permanente, a formação em serviço reforçada no seguinte relato:

E correr atrás dessa formação, dessa modificação de postura, porque às vezes não acontece necessariamente com todos os outros profissionais, apesar de que todos profissionais, eles precisam aprender trabalhar no SUS. Porque a formação interdisciplinar e o convívio multidisciplinar que o SUS oferece e estimula não é da clássica formação de nenhum profissional. [F1]

Em consonância com recomendações publicadas pelos organismos internacionais de saúde pública, a exemplo da Estratégia de Recursos Humanos para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde, aprovada em 2017 pela Organização Pan-Americana da Saúde

(Opas), o Ministério da Saúde, iniciou em 2017, o movimento de retomada da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (SILVA; SCHERER, 2020), que estabelece, dentre outras ações:

- Implementação dos processos de integração ensino-serviço-comunidade, por meio do estabelecimento dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES);
- Lançamento do Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS (PRO EPS-SUS), com o objetivo de estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área, visando a transformação das práticas de saúde, em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho.
- Inclusão da Educação Interprofissional em Saúde (EIP) na agenda da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, como dispositivo para a reorientação dos processos de formação de profissionais de saúde (BRASIL, 2018).

Neste contexto, os farmacêuticos, ao buscar a qualificação e aliar a teoria à prática do Acompanhamento Farmacoterapêutico, novos conhecimentos são gerados:

Busquei isso na minha formação. A teoria, eu adquiri no mestrado. E a prática, é o meu dia a dia). Mas você tem que unir as duas coisas, a teoria à prática, aproximar. Uma tem que complementar a outra e promover reflexão e novas ações, reflexões e isso vai construindo o conhecimento. [F1]

Então, o que eu sei hoje, eu aprendi fazendo. Porque eu sempre gostei, sempre tive interesse, então busquei. Busquei diretrizes, protocolos para tentar embasar meu atendimento. Mas eu chegava ali, sentava com o paciente, pegava todas as informações possíveis dele e ficava aquela bagunça, tentando priorizar o que seria mais importante e estudando, estudando muito. E aí depois que eu decidi fazer uma pós-graduação em atenção farmacêutica e farmácia clínica que eu comecei a ter mais base. [F3]

Assim, constata-se que para que o farmacêutico consiga desempenhar o Acompanhamento Farmacoterapêutico, de forma sistematizada, definida pela filosofia de prática, ele necessita de formação continuada e de oportunidades para exercer a prática de forma reflexiva. Buscar este conhecimento, traz segurança e motivação aos profissionais, identificado também em estudo realizado no Líbano, a despeito das barreiras e dos obstáculos que se apresentaram, identificaram que geralmente, a atitude e a motivação também foram positivas (SAADE *et al.*, 2018).

Uma possível limitação da pesquisa, inerentes à metodologia adotada, diz respeito a falta de entendimento sobre o que é formação farmacêutica, o que pode ter confundido as respostas.

Identificadas as bases necessárias para fomentar o processo de raciocínio e tomada de decisão em farmacoterapia pelo profissional farmacêutico, habilidades clínicas aliadas ao fortalecimento de conhecimentos técnico-científicos e atitudes humanísticas têm se mostrado uma combinação adequada para a oferta do serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico com qualidade, enquadrando-se nas expectativas de uma APS resolutiva, na perspectiva do cuidado integral e centrado na pessoa (SILVA *et al.*, 2018).

Considerações finais

Identificou-se, neste trabalho, a partir dos relatos sobre as trajetórias acadêmicas e profissionais direcionado para o cuidado farmacêutico, aspectos formativos de profissionais que, em algum momento, querem assumir a responsabilidade das necessidades do paciente em relação ao emprego de medicamentos e disposto a tomar parte na resolução de complexos problemas farmacológicos, fazendo, por consequência, desta prática uma realidade na APS.

Constatou-se que embora trilhando diferentes caminhos, ter adotado estratégias de busca pelo conhecimento na área clínica e aperfeiçoamento profissional, complementar à graduação, é um ponto em comum aos profissionais que realizam o Acompanhamento Farmacoterapêutico na APS. Os profissionais adotaram a postura de aliar a teoria à prática, orientada pela determinação de “aprender fazendo”, o que tem gerado novos conhecimentos, além do crescimento profissional e pessoal.

Evidencia-se que para este profissional assumir novas funções e responsabilidades é necessário que ele tenha preparação, novos conhecimentos, habilidades distintas e um sistema de valores que é fundamental para o desenvolvimento da prática do cuidado centrado no paciente. Cabe destacar, ainda, que a formação do farmacêutico deve ocorrer de forma contínua, como previsto pela OMS, FIF, PNEPS e pelas DCN, estendendo o período de formação por toda a vida profissional.

Revelou-se, portanto, a importância da busca pela qualificação dos profissionais e as estratégias para aliar a teoria à prática do Acompanhamento Farmacoterapêutico. Identificou-se que novos conhecimentos são gerados e podem estimular o exercício desta prática na APS, que representa um campo fértil de atuação dos profissionais com foco nos pacientes, contribuindo para o fortalecimento da Assistência Farmacêutica, do Sistema Único de Saúde e na melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Referências

- ALMEIDA, R. B.; MENDES, D. H. C.; DALPIZZOL, P. A. Ensino farmacêutico no Brasil na perspectiva de uma formação clínica. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, v. 35, n. 3, p. 347-54, 2014. Disponível em; http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/view/2864/1595. Acesso em 15 abr. 2020.
- ARAÚJO, P.S. *et al.* Atividades farmacêuticas de natureza clínica na atenção básica no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, Supl 2: 6s, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007109>. Acesso em: 17 fev. 2020.
- BARBERATO, L. C.; SCHERER, M. D. A.; LACOURT, R. M. C. O farmacêutico na atenção primária no brasil: uma inserção em construção. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 3717-3726, out. 2019. Disponível em:<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/o-farmacutico-na-atencao-primaria-no-brasil-uma-insercao-em-construcao/16679?id=16679>. Acesso em: 5 mar. 2020.
- BARDIN L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Assistência Farmacêutica (GEASF). *Diretrizes para a Assistência Farmacêutica Integral em Belo Horizonte*. Belo Horizonte: SMSA/GEASF; 2018. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/atencao-a-saude/assistencia-farmacutica>. Acesso em 10 nov. 2019.
- BOLLELA, V.R. *et al.* (EDS). *Educação Baseada na Comunidade para as Profissões da Saúde: Aprendendo com a Experiência Brasileira*. Ribeirão Preto. FUNPEC. 2014.
- BOSSE, T.S.; OLIVEIRA, L.; BECKER, I.R.T. A formação do profissional Farmacêutico e sua inserção na Atenção Básica. *Revista do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica / Saúde da Família*, v. 1, n. 1, p. 53-63, 2013. Disponível em: <http://periodicos.unesc.net/prmultiprofissional/article/view/1148>. Acesso em: 20 dez. 2019.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 2, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. *Diário Oficial da União*. Brasília, 4 mar. 2002, Seção 1, p. 9.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. O ensino e as pesquisas da atenção farmacêutica no âmbito do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 107 p.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior (BR). Resolução CNE/CES 6/2017. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Farmácia. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 out. 2017, Seção1, p.30.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Cuidado Farmacêutico na atenção básica*. Caderno 1: Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à Saude. Vol. 1. Brasília: MS; 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmacuticos_atencao_basica_saude.pdf. Acesso em: 10. nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 73 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Apoio Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde PROADI/SUS. Projeto Atenção Básica Capacitação, Qualificação dos Serviços de Assistência Farmacêutica e Integração das Práticas de Cuidado na Equipe de Saúde. *Desenvolvimento dos serviços de Cuidado Farmacêutico*. Ebook 2; 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. *Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família – Brasília: Ministério da Saúde, 2019b. 384 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: recomendações e estratégias*. Brasília: Ministério da Saúde; 2019c. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/fevereiro/15/Livro-USO-DE-MEDICAMENTOS-E-MEDICALIZACAO-DA-VIDA-1-.pdf>. Acesso em: 20 out. 2019.

CHEMELLO, C. *et al.* Pharmaceutical care as a strategy to improve the safety and effectiveness of patients' pharmacotherapy at a pharmacy school: a practical proposal. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*; v. 50, n.1, 2014. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-82502011000100019>. Accessed: 20 Out. 2019.

CIPOLLE, R.J., STRAND, L.M., MORLEY, P.C. Pharmaceutical Care as a Professional Practice for Patient-Centered Medication Management Services. In: MGH Medical, ed. *Pharmaceutical Care Practice - The Patient-Centered Approach to Medication Management Services*. 3. ed. Minnesota; 2012.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. *Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual*. Brasília: Conselho Federal de Farmácia; 2016.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. *Competências para a atuação clínica do farmacêutico: relatório do I Encontro Nacional de Educadores em Farmácia Clínica e Matriz de Competências para a Atuação Clínica* / Conselho Federal de Farmácia. – Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2017. 124 p.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. *Formação farmacêutica no Brasil* / Conselho Federal de Farmácia. – Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2019. 160 p.

DELORS, J. (coord.). *Educação: um tesouro a descobrir: Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI*. Tradução de José Carlos Eufrázio. São Paulo: Cortez Editora. Brasília: Unesco, 1998.

DESTRO, D. R. *et al.* Desafios para o cuidado farmacêutico na Atenção Primária à Saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. No prelo.

FEDERAÇÃO INTERNACIONAL FARMACÊUTICA (FIP). *Transformar a formação e educação em farmácia e ciências farmacêuticas no contexto da força laboral farmacêutica*, 2017. Disponível em: www.fip.org/educationreports. Acesso em: 07 mar. 2020.

- FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuição teórica. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24 n. 1, p. 17-27. 2008. Disponível em: DOI: 10.1590/S0102-311X2008000100003. Acesso em: 10 nov. 2019.
- FOPPA, A. A. *et al.* Experiential education in the pharmacy undergraduate curricula in Brazil. *Pharmacy Practice*, Granada, v. 18, n. 1, p.:1738, Jan-Mar 2020. Available from: <https://pharmacypractice.org/journal/index.php/pp/article/view/1738>. <https://doi.org/10.18549/PharmPract.2020.1.1738>. Accessed: 20 Apr. 2020.
- FREITAS, E. L.; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D. Pensamento crítico no contexto da prática clínica: a necessidade de reinventar a educação farmacêutica. *Revista Portuguesa de Educação*, Braga [Portugal], v. 28, n. 2, p. 231-250, jun. 2015. Disponível em [Scielo](#).
- HEPLER, C.; STRAND, L.M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *American Journal of Hospital Pharmacy*, v.47, n. 3, p. 533-543. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2316538/>. Accessed: 10 Dez. 2019.
- LAVILLE, C.; DIONNE, J. *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda; Belo Horizonte: Editora UFMG; 1999.
- MENDONÇA, S. D. A. M. *et al.* Pharmacy practice experiential programs in the context of clinical education. *International Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences*, v. 9, n 2, feb. 2017a, p. 35-41. Available from: doi:10.22159/ijpps.2017v9i2.16247. Accessed: 10 Mar. 2020.
- MENDONÇA, S. D. A. M; FREITAS. E. L. D; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D. Competencies for the provision of comprehensive medication management services in an experiential learning project. *PLoS ONE*, New York, v. 12, n. 9, p. 1–14, 2017b. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185415>. Accessed: 25 Oct. 2019.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2014.
- NAKAMURA. C. A.; LEITE, S. N. Pharmaceutical Services in Family Health Support Team: The Brazilian Experience. *Latin American Journal of Pharmacy*, v. 34, n. 3, p. 598-601, 2015. Available from: https://www.researchgate.net/publication/281704905_Pharmaceutical_Services_in_Family_Health_Support_Team_the_Brazilian_Experience. Accessed: 10 Mar. 2020.
- NUNES-DA-CUNHA, I; FERNANDEZ-LLIMOS, F. Teaching Pharmaceutical Care at University Leves. In: ALVES-DA-COSTA, F; FOPPE-VAN-MIL, J. W., RISCO, A. A. *The Pharmacist Guide to implementing Pharmaceutail Care*. Springer, 2018. Chapter 39.
- SAADE, S. *et al.* Attitudes towards continuous professional development: a study of pharmacists in Lebanon. *Pharmacy Practice*, Granada, v.16, n. 1, p. 1103, Jan-Mar 2018 Available from: <https://doi.org/10.18549/PharmPract.2018.01.1103>. Accessed: 10 Mar. 2020.
- SANDS, K. E. Patient-centred care: confessions of a pragmatist. *BMJ Quality & Safety*, v. 25, p. 909-910, 2016. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2015-005035>. Accessed: 15 Mar. 2020.
- SILVA, D. *et al.* A extensão universitária como caminho para a construção de serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa na atenção primária à saúde. *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde*, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 15-21, 2016. Disponível em: <http://www.v1.sbrafh.org.br/index/edicoes/v1/7/nr/2/id/886/lg/0>. Acesso em: 10 nov. 2020.

SILVA, D. A. M. *et al.* A prática clínica do farmacêutico no núcleo de apoio à saúde a família. *Trabalho, Educação e Saude*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 659-682, ago 2018 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00108>. Acesso em: 10 mar. 2020.

SILVA, C. B. G; SCHERER, M. D. A. A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na visão de atores que a constroem. *Interface* (Botucatu). 2020; 24: e190840 <https://doi.org/10.1590/Interface.190840>.

SOUSA, I. F.; BASTOS, P. R. H.; BOGO, D. Diretrizes curriculares nacionais: desafios na formação dos farmacêuticos para atuação no Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, Vitória, v. 15, n. 1, p. 129-134, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/5589>. Acesso em: 20 mar. 2020.

STEWART, M. *et al.* Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico; tradução: BURMEISTER, A.; Rosa, S. M. M. Revisão técnica: LOPES, J. M. C. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. e-PUB. Editado como livro impresso em 2017. ISBN 978-85-8271-425-6.

SUPAPAAN, T. *et al.* A transition from the BPharm to the PharmD degree in five selected countries. *Pharmacy Practice*, Granada, v. 17, n. 3, p. 1611, Aug. 2019. Available from: <https://pharmacypractice.org/journal/index.php/pp/article/view/1611>. Accessed: 03 Mar. 2020.

TOKLU, H. Z.; HUSSAIN, A. The changing face of pharmacy practice and the need for a new model of pharmacy education. *Journal of Young Pharmacists*, v. 5, n. 2, p. 38-40, 2013. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3758081/>. Accessed: 15 mar. 2020.

VASCONCELOS, D. M. M. *et al.* Política. Nacional de Medicamentos em retrospectiva: um balanço de (quase) 20 anos de implementação. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 8, p. 2609-2614, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017228.02432017>. Acesso em: 12 mar. 2020.

Yin, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5. ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.

4.4. Artigo de resultados 4: “Perspectivas de farmacêuticos sobre a prática do cuidado: a experiência na Atenção Primária à Saúde em um município brasileiro”.

Artigo a ser submetido à publicação na revista PHARMACY PRACTICE classificada como A4, pelo Sistema Qualis Farmácia da CAPES, ano de referência 2019, em vigor quando da defesa desta tese.

PERSPECTIVAS DE FARMACÊUTICOS SOBRE A PRÁTICA DO CUIDADO: A EXPERIÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO BRASILEIRO

PHARMACEUTICAL PERSPECTIVES ON CARE PRACTICE: THE EXPERIENCE IN PRIMARY HEALTH CARE IN A BRAZILIAN COUNTY

Autoras: DÉLCIA REGINA DESTRO^{a, b}, SIMONE DE ARAÚJO MEDINA MENDONÇA^a,
MARIA JOSÉ MENEZES BRITO^c, CLARICE CHEMELLO^a

^a Departamento de Farmácia Social, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais

^b Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

^c Escola de Enfermagem da UFMG

Resumo

Estudo de caso qualitativo, descritivo e interpretativo que objetivou compreender as percepções dos farmacêuticos sobre sua prática do Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária à Saúde, em Belo Horizonte, Minas Gerais. Tomaram-se como referenciais teóricos o Cuidado Centrado no Paciente e o modelo de prática farmacêutica (Cuidado Farmacêutico). Da análise de conteúdo emergiram as seguintes categorias temáticas: Incorporação do modelo de prática do Cuidado Farmacêutico pelos profissionais na Atenção Primária à Saúde; O cuidado centrado no paciente ao estabelecer a relação terapêutica; Resultados positivos da prática na percepção dos farmacêuticos; Reconhecimento da prática profissional pelos pacientes e profissionais das equipes. Pelos resultados os farmacêuticos destacaram o processo de transformação profissional ao assimilar os pressupostos de prática farmacêutica. Desse modo, aprimorando o raciocínio clínico com a prática, o farmacêutico percebe/reconhece seu papel como cuidador, buscando identificar as necessidades do paciente. Mediante a sistematização do Acompanhamento Farmacoterapêutico baseado em uma relação de confiança e empoderamento dos pacientes, observam-se resultados positivos nos desfechos clínicos dos pacientes pelos relatos dos participantes da pesquisa. Observou-se que o desconhecimento e, às vezes, a percepção de outros profissionais, muda à medida que os farmacêuticos realizam o atendimento e realizam a devolutiva à equipe, esclarecendo sua contribuição no cuidado ao paciente. Os resultados apontaram, ainda, que o farmacêutico se aproximou dos usuários e dos demais membros das equipes, ampliando o seu papel no cuidado e legitimando a sua competência, sendo reconhecido

pelo trabalho. Esse reconhecimento reflete na satisfação dos próprios farmacêuticos com seu trabalho como cuidador na Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde, o que fortalece a prática neste cenário, que se apresentou como um campo fértil para o desenvolvimento do Cuidado Farmacêutico.

Palavras-chave: Cuidado farmacêutico. Assistência farmacêutica. Cuidado centrado no paciente. Atenção primária à saúde. Sistema único de saúde.

Abstract

Qualitative, descriptive and interpretive case study that aimed to understand the perceptions of pharmacists about their Pharmaceutical Care practice in Primary Health Care, in Belo Horizonte, Minas Gerais. Patient-Centered Care and the pharmaceutical practice model (Pharmaceutical Care) were taken as theoretical references. From the content analysis, the following thematic categories emerged: Incorporation of the Pharmaceutical Care practice model by professionals in Primary Health Care; Care centered on the patient when establishing the therapeutic relationship; Positive results of practice in the perception of pharmacists; Recognition of professional practice by patients and team professionals. Based on the results, pharmacists highlighted the process of professional transformation by assimilating the assumptions of pharmaceutical practice. Thus, by improving clinical reasoning with practice, the pharmacist perceives / recognizes his role as a caregiver, seeking to identify the patient's needs. Through the systematization of the Pharmacotherapeutic Follow-up based on a relationship of trust and empowerment of the patients, positive results are observed in the clinical outcomes of the patients according to the reports of the research participants. It was observed that the lack of knowledge and, sometimes, the perception of other professionals, changes as the pharmacists perform the service and give the feedback to the team, clarifying their contribution to patient care. The results also pointed out that the pharmacist approached users and other team members, expanding his role in care and legitimizing his competence, being recognized for his work. This recognition reflects the satisfaction of pharmacists themselves with their work as a caregiver in Primary Health Care in the Unified Health System, which strengthens the practice in this scenario, which has presented itself as a fertile field for the development of Pharmaceutical Care.

Keywords: Pharmaceutical Care. Pharmaceutical Assistance. Patient-centered Care. Primary Health Care. Unified Health System.

PERSPECTIVAS DE FARMACÊUTICOS SOBRE A PRÁTICA DO CUIDADO: A EXPERIÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO BRASILEIRO

INTRODUÇÃO

A tripla carga de doenças e o aumento de casos diagnosticados de doenças crônicas não transmissíveis aliados ao envelhecimento populacional têm acarretado o aumento da utilização de medicamentos, requerendo orientação sobre sua utilização para o controle de enfermidades. Deficiências na informação prestada ao usuário, uso incorreto dos medicamentos e a ausência de intervenções adequadas acarretam riscos de morbimortalidades relacionadas à utilização de medicamentos.¹ Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) estima-se que mais da metade dos medicamentos seja prescrita ou dispensada inapropriadamente e que metade dos pacientes os utilizam de forma incorreta.²

Com o aumento de problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM), a OMS lançou, em 2018, a *Global Patient Safety Challenge on Medication Safety*, estratégia global com vistas a reduzir danos graves e evitáveis associados a medicamentos. Para atingir a meta são necessárias ampla mobilização e engajamento das instituições de saúde, órgãos reguladores, profissionais da saúde e da própria população por meio da participação social.³ Nas últimas décadas, o farmacêutico passou a responsabilizar-se pelo cuidado à saúde das pessoas devido à incorporação de novas tecnologias, ao aumento da morbimortalidade relacionada aos medicamentos e à demanda por novos serviços nos sistemas de saúde.⁴

O fortalecimento do modelo de Atenção Primária à Saúde (APS), com expansão da Estratégia de Saúde da Família no Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS), introduziu, via Núcleos Ampliados de Saúde da Família, ações relativas à organização das atividades de Assistência Farmacêutica. Isso permitiu a integração dos farmacêuticos com a equipe de saúde, possibilitando ações voltadas para o uso apropriado de medicamentos.⁵

Nesse contexto, ressalta-se a necessidade atual de buscar novas alternativas dentro da realidade da APS para diminuir a morbimortalidade relacionada aos medicamentos, contribuindo para o alcance de resultados positivos nos tratamentos medicamentosos. Além disso, é importante melhorar os indicadores de saúde e a qualidade de vida das pessoas atendidas. Assim, torna-se importante a implementação de um novo processo de trabalho do farmacêutico junto às equipes

de saúde, o Cuidado Farmacêutico,^{6,7} além de ampliar e aprimorar o acesso da população aos medicamentos com qualidade.

Barros *et al.*, (2020)⁸ identificaram que embora constitua um excelente avanço a incorporação dos farmacêuticos no Nasf, poucos estudos abordam a execução dos serviços clínicos no contexto da APS. Resultados obtidos na Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Uso Racional de Medicamentos – Serviços 2015, registraram que dos farmacêuticos brasileiros que atuam na APS, 21,3% afirmaram realizar atividades de natureza clínica, apesar de mais de 80% destes considerarem que essas atividades são muito importantes neste.⁹ Este estudo sinaliza ainda que as atividades de natureza clínica desempenhadas por farmacêuticos no Brasil ainda são incipientes e que as dificuldades encontradas apontam por improvisação e esforço dos profissionais.¹⁰

De acordo com a Portaria do Ministério da Saúde, diversos profissionais podem compor as equipes do Nasf.¹¹ No município de Belo Horizonte (MG), priorizou-se a relação de um farmacêutico por equipe, que referencia em média 2,4 centros de saúde (CS), com 56% deles por até dois CS, conforme cobertura das equipes de Saúde da Família (EqSF), entretanto, constatou-se que isto ainda é insuficiente. As atribuições do farmacêutico na APS, que contemplam ações técnico-gerenciais e assistenciais, extrapolam os encaminhamentos do Nasf, o que o diferencia dos demais profissionais.¹² Portanto, é imperativo estabelecer prioridades para o desenvolvimento das atividades assistenciais ao definir a agenda, atendendo às necessidades da população, interligando-as com as gerenciais com foco no paciente, avançando na prática clínica.

Destacam-se alguns trabalhos que tratam de iniciativas para o desenvolvimento da prática clínica no SUS-PBH, que buscaram conhecer aspectos relativos a implantação Cuidado Farmacêutico, seja com o objetivo de revelar a experiência dos profissionais da Estratégia do Saúde da Família frente a esta prática¹³, descrever e analisar as potencialidades e as limitações de uma experiência de extensão universitária no planejamento e oferta do serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico,¹⁴ e também, no sentido de compreender os elementos essenciais do processo de sistematização da prática clínica de uma farmacêutica APS com base no referencial teórico-metodológico do Cuidado Farmacêutico, que subsidia o serviço clínico de Acompanhamento Farmacoterapêutico.¹⁵

Neste contexto, considera-se que ainda são necessárias sistematizações da experiência do farmacêutico na APS, estimulando estudos que possibilitem, para além da identificação das ações desenvolvidas, a compreensão das escolhas profissionais no contexto onde elas estão inseridas e deem visibilidade a esse profissional para construção da Assistência Farmacêutica no SUS,¹⁶ além dos fatores que podem impactar na implementação do Cuidado Farmacêutico. Portanto, buscou-se, com este estudo, compreender aspectos relacionados à prática do Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária à Saúde, em Belo Horizonte, Minas Gerais, na perspectiva dos farmacêuticos.

MÉTODOS

Orientação metodológica

Para atingir o objetivo proposto, foi desenvolvido um estudo de caso qualitativo, descritivo e interpretativo.^{17,18} O presente trabalho faz parte de um estudo maior de doutorado, cujo objetivo foi compreender o Cuidado Farmacêutico no contexto da Atenção Primária à Saúde no município de Belo Horizonte, Minas Gerais, na perspectiva dos farmacêuticos e pacientes. O recorte trazido neste artigo diz respeito às categorias identificadas sobre a prática do cuidado farmacêutico na APS, atendendo a um dos objetivos do estudo.

Participantes

Participaram da investigação farmacêuticos atuantes há pelo menos um ano nas Unidades da APS da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e que assinalaram na primeira fase da pesquisa realizar o Acompanhamento Farmacoterapêutico nos seus Centros de Saúde. A amostra de nove farmacêuticos foi suficiente para obter a saturação dos dados, considerando que o fechamento amostral por saturação ocorre quando as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados, considerando-se o objeto de estudo.¹⁹

Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e revisadas. Para identificação dos participantes da pesquisa utilizou-se a letra F, de farmacêutico, seguida da numeração de 1 a 9, correspondendo à ordem das entrevistas.

Coleta de dados

Os dados foram coletados no período de fevereiro a abril de 2017 por meio de entrevistas individuais em profundidade. Empregou-se roteiro estruturado constando de perguntas abertas, feitas verbalmente, sendo que o entrevistador tinha liberdade de acrescentar perguntas para esclarecimento.²⁰ Foram investigadas questões relativas a: trajetória formativa e profissional, concepção sobre o Cuidado Farmacêutico, percepção quanto a ser farmacêutico no SUS, impactos do acompanhamento farmacoterapêutico para os pacientes e equipe, aceitação e satisfação dos seus pacientes em relação ao Cuidado Farmacêutico.

Cenário

O estudo foi realizado em nove Centros de Saúde, onde se desenvolvem as ações da Atenção Primária à Saúde, localizados em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família, criado pela portaria n. 154/2008, representa um esforço de reestruturação do processo de trabalho em saúde, com o objetivo de ampliar o escopo de atuação desses grupos, proporcionar uma retaguarda especializada nas ações de saúde e de aumentar a resolutividade do cuidado em saúde na atenção básica. Com este propósito. É composto por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, que referenciam as equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde, por território. É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família e equipes da Atenção Primária à Saúde.¹¹ Nesse município, a institucionalização do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em 2008 propiciou efetivamente a inserção do farmacêutico na Atenção Primária à Saúde e apresentou aumento progressivo do número de profissionais, de forma proporcional à ampliação das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.²¹ Atualmente, cada um dos 82 Núcleos de Apoio à Saúde da Família em Belo Horizonte conta com um farmacêutico que desenvolve atividades técnico-gerenciais e assistenciais relativas à Assistência Farmacêutica, referenciando 152 Centros de Saúde, como coordenador técnico, e envolvendo as 588 equipes de Estratégia Saúde da Família.

Análise dos dados

Os dados das entrevistas com os farmacêuticos foram submetidos à análise temática de conteúdo de Bardin (2016)²², a qual compreende três etapas: 1) Pré-análise – transcrição, na

íntegra, leitura flutuante e exaustiva; 2) Exploração do material – consiste na transformação dos dados brutos, quando surgem os temas mais relevantes definindo as categorias temáticas; 3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação, quando podemos propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas gerando os temas mais frequentes, definindo as categorias temáticas.

Interpretação dos resultados

Para a interpretação dos resultados, tomou-se como referencial teórico o modelo de prática profissional *Pharmaceutical Care*, traduzido como Cuidado Farmacêutico pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014)²³ e pelo Conselho Federal de Farmácia (CFF).²⁴ O Cuidado Farmacêutico é definido como:

“um modelo de prática que orienta a provisão de diferentes serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade, visando à prevenção e resolução de problemas da farmacoterapia, ao uso racional e ótimo dos medicamentos, à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, bem como à prevenção de doenças e de outros problemas de saúde” (CFF, 2016; p.55).

Tal modelo de prática, descrito já em 1990 como *Pharmaceutical Care* por Hepler e Strand (1990)²⁵, pressupõe o cuidado centrado no paciente, cujo foco é prestar cuidados respeitosos e responsivos às preferências, necessidades e valores individuais do paciente e assegurar que seus valores orientem as decisões clínicas (SANDS, 2016).²⁶ Além disso, sistematiza o processo de cuidado e o processo de tomada de decisões em farmacoterapia e propõe elementos fundamentais para a gestão da prática.²⁴

De acordo com o Conselho Federal de Farmácia (2016)²⁴, este modelo de prática subsidia a oferta de diferentes serviços farmacêuticos. Neste estudo, refere-se ao serviço de acompanhamento farmacoterapêutico, que também pode ser denominado de seguimento farmacoterapêutico, gestão da terapêutica, gestão da terapia medicamentosa, gerenciamento da terapia medicamentosa, gestão da farmacoterapia, serviço de gerenciamento integral da farmacoterapia e manejo da farmacoterapia. Diante de tal diversidade, neste estudo optou-se por manter o termo citado pelos participantes nas entrevistas.²⁴

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da SMSA-BH e Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE: 50497615.9.3001.5140).

RESULTADOS

Da análise de conteúdo emergiram as seguintes categorias temáticas: Incorporação do modelo de prática do Cuidado Farmacêutico pelos profissionais na APS; O cuidado centrado no paciente ao estabelecer a relação terapêutica; Resultados positivos da prática na percepção dos farmacêuticos; Reconhecimento da prática profissional pelos pacientes e profissionais das equipes;

Incorporação do modelo de prática do Cuidado farmacêutico pelos profissionais da APS

Os farmacêuticos destacaram o processo de transformação profissional ao assimilar os pressupostos de prática farmacêutica para além dos aspectos patológicos em si.

Não tem como você fazer outra coisa mais. Não tem como eu chegar para um paciente e só acompanhar a tuberculose dele. O pilar da filosofia. Como que eu não vou olhar a pressão dele se ele é hipertenso? Como que eu não vou olhar o diabetes...acabou para mim esse negócio. Então, durante o mestrado, quando eu ainda estava tentando entender o que era isso, eu pensava: “Será que eu vou ter que fazer o acompanhamento farmacoterapêutico com TODOS os pacientes que vão chegar até a mim? ...”. Parecia difícil demais. Será que eu não ... olhar só a tuberculose dele? Não. Se eu estou trabalhando, se eu já fui modificada e compreendi meu papel no cuidado, isso daí é inviável. Mas não tem como, a minha responsabilidade é garantir que todos os medicamentos que o paciente usa sejam indicados, efetivos, seguros e convenientes. Não tem como eu ignorar. É um processo de transformação, que foi o foco do mestrado. [F1]

Ao adotar o raciocínio lógico, o farmacêutico consegue identificar problemas relacionados ao uso dos medicamentos que podem determinar a não adesão ao tratamento:

Uma coisa que eu aprendi muito: esta questão de adesão, que a gente ficava muito preso e desenvolvendo esse processo, com esse raciocínio lógico a gente vê que muitos problemas que se julga de adesão e na verdade são outros problemas. E o paciente está coberto de razão de não aderir aquilo ali. [F3]

Desse modo, aprimorando o raciocínio clínico com a prática, o farmacêutico percebe/reconhece seu papel como cuidador, busca identificar as necessidades do paciente e assume as responsabilidades terapêuticas, estabelecidas pelo método:

(...) Outra coisa que eu acho que é super importante é o método de raciocínio clínico, (...) porque você pega um paciente que tem uma receita gigantesca e você vê aquele tanto de

medicamentos e você fica louca e fala assim “gente o que eu vou fazer com esse tanto de medicamento? ” Aí você com o método, você já tem um norte, primeira coisa que eu preciso saber: é indicado? Aí depois você procura saber: é efetivo? Como que eu olho a efetividade? Hipertensão eu tenho que saber qual a taxa da pressão arterial. [F2]

Estabelecido, portanto o modelo de prática do Cuidado Farmacêutico evidencia-se que o foco são as necessidades terapêuticas do paciente. O cuidado centrado no paciente está limitado ao estabelecimento da relação terapêutica, tema abordado a seguir.

O cuidado centrado no paciente como norteador da relação terapêutica

Incorporados os princípios da prática do Cuidado Farmacêutico, apresentados na categoria anterior, é possível estabelecer uma relação terapêutica que pode proporcionar ações de promoção do autocuidado e empoderamento do paciente em relação ao seu tratamento:

(...) é essencial para conscientizar esse paciente, da importância do autocuidado em relação a saúde, que eu acho que é função de todo profissional, não é só do farmacêutico. Eu acho que ter paciência nessa sensibilização, de mostrar que ele também é responsável e gestor da sua própria saúde. Então cabe a ele decidir, se ele vai ou não usar. De fato, ele vai decidir. [F4]

Eu acho que eles conseguem até perceber a questão do empoderamento, porque eu sempre pergunto para eles “isso aqui o senhor acha que dá para fazer?” “Como é que é? Isso daqui ficaria bom para o senhor?” Eu também, às vezes, negocio as metas terapêuticas. [F2]

Ao estabelecer a relação terapêutica, o paciente torna-se corresponsável, ao definir suas escolhas, considerando aspectos que podem impactar no cumprimento do tratamento:

E eu acho que trazer a pessoa para ser corresponsável muda muita coisa, eu acho que não é nem talvez só o farmacêutico, nem só o conhecimento, mas a questão de quando o paciente ele percebe que eu estou colocando para ele as opções: “Olha hoje você tem duas opções: “uma opção é você mudar de uma forma mais agressiva o seu estilo de vida ou outra opção é a gente incluir essa insulina aqui e a gente vai precisar incluir essa insulina intermediária, mas de repente se você conseguir mudar mais um pouco seu estilo de vida, já não tem a necessidade. Vamos tentar? Qual que você prefere?” “Ah! Eu acho que eu não consigo mudar meu estilo de vida, impossível. Vamos entrar com essa insulina mesmo”. Ou o paciente “Não, não”, eu não aguento mais tomar insulina, então vou tentar modificar e ver o que acontece”. Então é como ele tem que decidir. É muito legal ele ter que decidir sobre a própria saúde dele sabe? [F4]

A decisão compartilhada, adotada no modelo de prática centrada no paciente, substitui o lugar antes ocupado por uma postura tradicionalmente prescritiva do profissional. Essas experiências têm o potencial de influenciar significativamente as decisões do paciente em relação ao seu tratamento e, conseqüentemente, os seus resultados em saúde.

Diferente de tudo que a gente sempre viu e sempre pregou: “Você tem que usar, tem que usar. Está aqui porque o médico viu que você tem que usar e pronto.” Então, assim, eu acho que ele se vê em um outro lugar de pensar assim: “Nossa que legal, eu tenho que decidir. Eu quero mesmo tomar mais um remédio? Ou eu posso tentar de outra forma?”. As vezes ele não pode tentar de outra forma e vai ter que usar, mas aí ele está ciente do porquê que ele tem que usar né. Então isso melhora o cumprimento dele. [F4]

No seguinte relato destaca-se a dificuldade em conhecer esta experiência subjetiva do paciente, entretanto configura-se como um desafio de aprendizado para o farmacêutico:

Uma coisa que também é muito difícil é a gente conseguir conhecer a experiência subjetiva do paciente, a subjetividade envolvida naquele tratamento na vida dele, então é mais difícil, então não foi algo que a formação me deu, foi só a vivência mesmo que a gente vai aprendendo e eu estou sempre aprendendo, não acho que estou pronta ainda, acho que tenho muito mais a aprender, mas é um caminho, é uma evolução e a gente só vai conseguir chegar a uma excelência a partir do momento que você se expõe. O paciente melhorou, é assumir responsabilidades pelas suas condutas, pelas suas ações, assumir um compromisso com o paciente. [F2]

Devemos considerar que a prática do Cuidado Farmacêutico proporciona os elementos necessários para melhor subsidiar as escolhas dos pacientes:

Lógico que é uma autonomia limitada, eu não posso falar para o paciente “escolhe um”, não posso. Lógico que não. É um combinado, são vários combinados na verdade. Sempre gosto de fazer a consulta um pouco, tipo assim, primeiro ele me traz os medicamentos, me conta do jeitinho que ele usa, eu não quero nem ter a receita dele no primeiro momento. Depois que ele me conta tudo, que eu vejo os exames, aí sim que eu vou ver a receita dele para ver se vai requerer algum ajuste ou na receita, ou na forma dele tomar o medicamento. E aí sempre no final da consulta eu gosto de explicar tudo para ele “e vamos fazer alguns combinados? O que você acha que você consegue fazer até o próximo mês?” E a partir do que ele falar comigo, do que ele acha que ele consegue fazer, então eu “Vamos esperar um objetivo tal?” Vou construindo isso com ele. [F4]

Esta atitude também é algo novo para o paciente e farmacêutico, é um processo em construção, de descoberta:

É porque eles não conhecem o farmacêutico. A gente também está se descobrindo, não é? A gente também, às vezes, espera muito deles saber muito sobre a gente. Então são coisas que eu sempre gosto de frisar na prática centrada no paciente. Negociar com o paciente não é problema, o problema está relacionado ao uso de medicamentos. [F2]

Ao oferecer o Acompanhamento Farmacoterapêutico, diante da satisfação do paciente, é possível a criação de vínculo e confiança, que pode impactar positivamente na aceitação e satisfação do serviço ofertado.

A aceitação é boa, principalmente, porque se você consegue construir um vínculo é claro que a pessoa está satisfeita com seu atendimento. Então é quando você tem aquela continuidade.

Na consulta do médico tem que vir, porque ele tem que renovar a receita. Mas na consulta da nutricionista, do farmacêutico ele não é obrigado a nada, ele não precisaria vir e se ele está voltando é porque está gostando. Então se você constrói esse vínculo eu acho que é positivo. Qual que é a palavra? Aceitação. Eu acho que ele está satisfeito com o atendimento. [F2]

Diante da sistematização do Acompanhamento Farmacoterapêutico baseado em uma relação de confiança e empoderamento dos pacientes, observam-se resultados positivos nos desfechos clínicos dos pacientes pelos relatos dos farmacêuticos participantes da pesquisa.

Resultados positivos da prática para os pacientes na percepção dos farmacêuticos

São notórios os resultados positivos percebidos pelos farmacêuticos, ao relatarem as melhoras dos pacientes, seja pelos resultados de exames, melhora da condição de saúde, às vezes diminuição do número de medicamentos.

Bom eu percebo melhora nos resultados dos exames, isso é, é fantástico! (...) uma paciente que eu estava atendendo, ela foi encaminhada para mim e para nutri porque estava com a glicada 18,3 eu nunca tinha visto algo tão alto assim nesse tempo todo, e a jejum 364. Aí me encaminharam em fevereiro mais ou menos. Aí fizemos atendimento compartilhado. Eu e a nutri fizemos uns quatro ou cinco atendimentos com essa paciente, ela não estava usando a insulina que deveria usar, ela estava alimentando totalmente errado e tudo. Então a gente fez uma abordagem, conversou, a gente não impôs nada, a gente fez todo o atendimento com ela juntas e fomos avaliando com o passar dos meses marcando de 15 em 15 dias e tal e agora em julho ela fez um novo exame e a glicada dela baixou para nove. [F5]

A gente vê a melhora nos exames, melhora da condição de saúde, às vezes diminuição do número de medicamentos, porque muitas vezes, eu pego paciente que usa 20 medicamentos e aí é porque ele foi em 3 médicos diferentes e está usando aquele tanto de medicamento, aí você vai conciliar aqueles medicamentos e ver realmente o que é necessário. E consegue diminuir muita coisa ou ele usa medicamento que não é necessário, então está ali usando omeprazol por muitos anos, sem saber se é necessário, sem saber por quê. [F5]

À medida que esta relação terapêutica se estabelece, observam-se também importantes reflexos no reconhecimento desta prática profissional, bem como satisfação dos farmacêuticos em trabalhar na APS/SUS, apresentados nas categorias a seguir.

Reconhecimento da prática profissional refletindo na satisfação pessoal e profissional em trabalhar no SUS

O desconhecimento e, às vezes, a percepção de outros profissionais, muda à medida que os farmacêuticos realizam o atendimento e dão a devolutiva à equipe, esclarecendo sua contribuição no cuidado ao paciente:

Eu lembro que no início, quando eu comecei a acompanhar os pacientes, (...) eu comecei a perceber os profissionais falando: “Nossa! Aquele paciente melhorou muito a adesão do

tratamento, depois que começou o acompanhamento farmacoterapêutico”. Eu via isso inclusive nas evoluções de profissionais e eles pensam na adesão, mas é muito mais que só adesão. [F4]

O farmacêutico considera que o critério para selecionar o paciente não deve ser só a não adesão ao tratamento. É a partir da prática que isso é percebido.

Muitas vezes é adesão, o paciente agora está tomando o medicamento e está conseguindo alcançar os objetivos, mas não foi porque eu trabalhei na adesão, foi uma série de coisas, às vezes o paciente estava usando medicamento que não era indicado e aí eu discuti com o médico para retirar, o médico retirou. [F4]

Como o Cuidado Farmacêutico é um processo em construção, é importante os pacientes conhecerem o trabalho do farmacêutico e de outros profissionais na APS para entenderem a necessidade de ser cuidado por mais de um profissional, destacando aspectos que vão além do acesso aos medicamentos a um atendimento qualificado visando a integralidade do cuidado.

Muitos pacientes não conhecem o trabalho então ocorre muita falta, principalmente se ele não conhece, se eu nunca o atendi, se for a primeira vez. Então, às vezes, a equipe encaminha quatro pacientes, aí vão e marcam e passam para o agente comunitário de saúde e aí dos quatro, um comparece. Porque pensa para você ver, para você sair da sua casa que é longe, para você ir para um negócio que você nem sabe o quê que é que entre aspas: “o que você não precisa”, ele acha que não precisa, embora a gente saiba que precisa, para ele não precisa, para ele precisa de ir ao nutricionista se ele tiver gordinho, se ele tiver insatisfeito, ele tem que ir num fisioterapeuta se está com alguma dor, está com problema de fala vai num fonoaudiólogo e tal. Mas para ele sair da casa dele e ir a um farmacêutico tem que valer muito à pena, a não ser que não tenha o remédio dele e ele vai lá brigar para conseguir o remédio. [F5].

Deve-se considerar que o farmacêutico, muitas vezes, representa um elemento do elo de atendimento do paciente na unidade de saúde, principalmente para os que não foram referenciados pelas equipes, ou mesmo de origem externa, ou seja, que chegam às unidades por demanda espontânea, o que pode representar mais uma oportunidade para avaliar e intervir para o tratamento correto, ações estas relacionadas a nova postura do profissional:

Várias coisas podem acontecer ali no consultório durante um atendimento médico e o Cuidado Farmacêutico vai ser o último momento, ali vamos dizer assim, de pescar o paciente mesmo ali para poder, eu não digo, conferir prescrição, a gente não faz isso simplesmente, mas é para a gente avaliar o estado do paciente e a prescrição, avaliar se realmente aquilo que foi prescrito é realmente necessário, se ficou alguma coisa que o paciente não contou para o médico, ou que o médico não percebeu e você vê que o paciente sofre um risco de sofrer um acidente vascular cerebral e tem várias complicações, então deveria colocar um ácido acetil salicílico também. Então é o último momento de você ter essa relação com o paciente e ainda resgatá-lo mesmo para o tratamento correto. [F5]

À medida que o farmacêutico se aproximou dos usuários e demais membros das equipes, ampliando o seu papel no cuidado e legitimando a sua competência, contatou-se o reconhecimento pelo seu trabalho:

Bom, eu percebo pelo feedback dos usuários, que é muito importante, a gente vê, tanto pela fala dos usuários, como percebo nos resultados da farmacoterapia, avanços e ganhos que a gente até então não estava tendo. Percebo pelo feedback dos profissionais, igual essa médica mesmo, que eu faço acompanhamento com ela, ela sempre me traz um retorno, porque os usuários além de passar por mim, passa sempre com ela, ela sempre me traz retorno de melhorias na farmacoterapia e uma forma agora que eu estou percebendo é pelo aumento de demanda de outros profissionais que até então, por exemplo, eu não tinha demandas em reunião de matriciamento. [F7]

Também eu fico muito feliz quando eu vejo que o paciente, que às vezes era difícil de controlar, aí a gente começa o acompanhamento e ele estabiliza. É legal o reconhecimento deles, o reconhecimento da equipe também, a valorização da equipe, porque acaba que quando a equipe está te demandando pacientes, ou eles não conseguem, ou eles querem um suporte e passa para você, eles estão confiando também no seu trabalho. [F2]

Desse modo, é possível estabelecer uma relação de confiança e prática colaborativa entre os profissionais ao estabelecer parcerias na rotina do trabalho, considerando a temporalidade da exposição da equipe ao trabalho do farmacêutico.

Minha relação com os demais profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família é excelente. Assim, eles atendem e falam: “ah não esse aqui eu acho que a farmacêutica pode ir lá e ajudar porque ela tá confusa com os medicamentos, tomando muito medicamento, não tá legal” então eles também trazem casos para mim, tudo que precisa eles sempre tão me incluindo. Minha relação com a equipe do Nasf é muito colaborativa, é ótima. [F2]

E hoje eu vejo como uma função de parceria mesmo, total. Entre os profissionais da equipe eu vejo uma relação muito de troca mesmo, tanto eles trazendo casos, quanto eu discutindo casos com eles. Eles contando comigo e eu tentando atender dentro das limitações e eu também contando com eles para discutir casos, para fazer intervenções em relação aos pacientes. [F4]

A interprofissionalidade apresenta-se como desafio e oportunidade de construção do trabalho em equipe, não representando uma lacuna apenas na formação do farmacêutico, mas de outros profissionais na área da saúde.

Eu acho que a construção também, a construção do trabalho em equipe, à medida que você divide o conhecimento, à medida que você absorve conhecimento, à medida que você cresce junto com os outros profissionais, vem esse reconhecimento. E a gente passa por uma fase em que esse profissional farmacêutico busca tanto por esse reconhecimento? Uma busca mesmo. [F4]

Porque a formação e o convívio multidisciplinares que o SUS oferece e estimula não é da clássica formação de nenhum profissional. Todo mundo tem formação muito tecnicista, muito

isolada, com pouca convivência interdisciplinar. Então interdisciplinaridade no SUS desafia, mas para o farmacêutico que não está acostumado a lidar nem com o paciente em momento algum, não sabe nem o que é cuidado, é mais desafiador porque ele, você tem que virar do avesso. Você vira outro profissional, completamente diferente. [F1]

Um dos recursos no contexto da APS para desenvolvimento da prática colaborativa diz respeito as reuniões de matriciamento, que fazem parte da rotina dos serviços.

É tem essa questão da reunião de matriciamento, que é uma reunião multiprofissional, todas as categorias do Nasf e todas as equipes de saúde discutindo casos e propondo planos terapêuticos isso aí é rotina nossa. [F3]

Os farmacêuticos relatam também o envolvimento de outros profissionais do Centro de Saúde caracterizando o envolvimento da equipe.

Então a gente está tendo um resultado muito importante, então assim, eu estou percebendo envolvimento de toda a equipe, não só do médico, mas da enfermeira, os agentes comunitários de saúde, a participação é superimportante, ela traz aquele feedback dos usuários e isso tem sido muito importante para mim, como toda a equipe. [F7]

À medida que o trabalho do farmacêutico é reconhecido amplia-se e torna-se legitimado, refletindo em um maior número de encaminhamentos.

O trabalho do farmacêutico assim eu acho que é muito bacana, esse desenvolvimento desse trabalho em equipe multiprofissional, que a gente vai percebendo o reconhecimento do nosso trabalho, o próprio resultado que a gente tem com o paciente. Então os profissionais encaminham esse paciente para gente, a gente vai acompanhando junto com a equipe, a gente vai alcançando resultados, às vezes pequenos, mas consistentes e a equipe começa a perceber esse trabalho e aí ela começa a te encaminhar mais pacientes, teoricamente o reconhecimento vem até com mais trabalho. [F4]

Esse reconhecimento reflete na satisfação dos próprios farmacêuticos com seu trabalho como cuidador na Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde, o que fortalece a prática:

Eu acho que é maravilhoso trabalhar na Atenção Primária à Saúde porque mesmo com tantas dificuldades a gente tem oportunidade de crescer muito, de aprender muito e de contribuir muito com a saúde do paciente, no cuidado do paciente. [F2]

No Sistema Único de Saúde eu me sinto mais importante como farmacêutica, sinto que realmente eu faço a diferença na vida das pessoas, diferente de ser farmacêutico em outros setores como eu já fui. [F5]

Foi um desafio imenso, muitas dúvidas até para começar um trabalho eu acho que é um desafio até hoje, mas eu me sinto superfeliz. Porque apesar das dificuldades que a gente encontra, eu sei que são muitas em trabalhar no SUS, mas é ... é muito gratificante, é muito bacana assim,

não é um trabalho aquele tipo de trabalho que para mim é um sofrimento sabe, eu faço com muito prazer. [F2]

Eu tenho muito orgulho de trabalhar no Sistema Único de Saúde, ser farmacêutica do Sistema Único de Saúde eu tenho orgulho de falar mesmo, porque ainda que às vezes a gente tenha algumas frustrações no trabalho, eu vejo que o farmacêutico no SUS ele é bem valorizado. [F5]

Destaca-se pelos relatos que a APS se apresenta um campo fértil para o desenvolvimento da prática do Cuidado Farmacêutico:

Eu gosto muito de farmácia clínica, é difícil você ter um outro local em que você tem a possibilidade de fazer o que você faz hoje na prefeitura. Eu acho que não existe um lugar mais fértil do que esse ... Mas é muito difícil você ter outro local que você consegue fazer isso, então isso me segura aqui, (...) mas assim o que eu quero mesmo o que me segura na prefeitura é isso aí. Porque o que eu quero para minha vida é continuar com o cuidado farmacêutico em si. [F3]

DISCUSSÃO

Incorporação do modelo de prática do Cuidado farmacêutico pelos profissionais da APS

A contribuição dos farmacêuticos para os cuidados de saúde baseia-se, na maioria dos países, numa ampla compreensão dos princípios e técnicas científicas das ciências farmacêuticas e na capacidade de acompanhar a evolução da medicina e da farmácia ao longo das suas carreiras profissionais. O escopo da prática farmacêutica evoluiu para além dos aspectos técnicos dos serviços farmacêuticos, que envolvem o acesso aos medicamentos, com o serviço de acompanhamento farmacoterapêutico e a concepção do cuidado centrado no paciente. Ao assumir o papel de se responsabilizar pela terapêutica medicamentosa dos pacientes, os farmacêuticos podem dar uma contribuição vital para o cuidado dos pacientes.²⁷

No serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico, o processo de cuidado inclui a avaliação inicial, a elaboração e implementação de um plano de cuidados, e a avaliação dos resultados, definindo-se assim o método de trabalho profissional.^{28, 29}

No processo de cuidado, o farmacêutico, ao adotar uma prática colaborativa com outros membros da equipe de saúde e com a participação ativa dos pacientes na definição dos regimes de tratamento, assume um importante papel na efetividade do serviço de acompanhamento farmacoterapêutico e busca melhorar os resultados da farmacoterapia, focando na prevenção, detecção e resolução de Problemas Relacionados ao uso dos Medicamentos (PRM) antes que

estes deem lugar à morbidade e mortalidade associadas à farmacoterapia.^{29,30} Os PRM, por sua vez, são definidos como *“um evento indesejado experienciado pelo paciente que envolve ou se suspeita envolver a farmacoterapia, interferindo no resultado esperado da terapia e que requer julgamento profissional para ser resolvido.”* 29 (p. 143)

Dentre os processos racionais de tomada de decisão mais usados para realizar o Acompanhamento Farmacoterapêutico no Brasil estão o Método Dáder e o Pharmacotherapy Workup.³¹ Tais processos de raciocínio auxiliam, de maneira disciplinada e sistemática, a avaliação da farmacoterapia, além de organizar as decisões que devem ser tomadas para beneficiar o paciente. Neste processo, o profissional deve conectar cada medicamento utilizado pelo paciente a uma indicação clínica, depois ao seu regime posológico, e finalmente à resposta obtida em relação à efetividade e segurança. Primeiro avalia-se os medicamentos (indicação, efetividade e segurança) para depois avaliar o comportamento do paciente (conveniência e adesão).²⁸

Para o desenvolvimento do Acompanhamento Farmacoterapêutico é necessário primeiramente organizar as atividades, o fluxo de trabalho individual e em equipe. Pensando nos diversos caminhos que o indivíduo pode percorrer até ser referenciado ao farmacêutico pelas equipes de saúde, é importante definir os critérios de seleção de pacientes de forma colaborativa. Considerando a falta de clareza em relação a real contribuição do Cuidado Farmacêutico, é comum que os encaminhamentos sejam, em sua maioria, relativos à polifarmácia ou a não adesão à terapia, ou seja, como se a responsabilidade do farmacêutico enquanto profissional de saúde fosse apenas testificar junto ao indivíduo o uso de seus medicamentos conforme prescritos.³⁰

Nesse contexto, é importante que o farmacêutico auxilie os outros profissionais de saúde e os pacientes a compreenderem o seu papel de colaboradores, indo além de suas atribuições na garantia da adesão aos medicamentos e, assim, com o passar do tempo e a superação parcial das questões apontadas acerca da invisibilidade do profissional farmacêutico, os casos tendem a ser mais bem direcionados e com situações que tangenciam o não alcance de metas terapêuticas, independentemente de preocupações com a adesão.¹⁵

Resultados semelhantes foram identificados em estudo, realizado na Croácia, para implementação de serviços de acompanhamento farmacoterapêutico no contexto da APS. Os autores relatam o desafio de introduzir um novo serviço em um sistema de saúde rígido e já

estabelecido e apontam desafios encontrados à medida que o projeto avançava: a) resistência dos médicos em adotar o novo serviço disponível; b) falta de experiência dos farmacêuticos para estabelecer colaboração com os médicos e no trabalho em equipe multidisciplinar; e c) definir o novo processo de trabalho necessário para fornecer um serviço padronizado e reproduzível. Por fim, a implementação inicial do serviço de farmácia exigiu um grande trabalho, mas à medida que novos canais de colaboração foram estabelecidos com os médicos, constatou-se uma profunda transformação no papel dos farmacêuticos.³²

Para serem membros efetivos da equipe de saúde, os farmacêuticos precisam desenvolver habilidades e atitudes que lhes permitam assumir diversas funções²⁷, assumindo a identidade de um "farmacêutico sete estrelas", que caracteriza o farmacêutico como prestador de serviços, tomador de decisão, comunicador, líder, gerente, estudante por toda a vida e mestre, além de pesquisador.³³

Os avanços possíveis na prática farmacêutica estão ligados, como se vê, diretamente às mudanças no seu perfil profissional e na sua formação acadêmica e em serviço.³⁴ Deve-se considerar que a prática constante promove maior capacitação do profissional, que será capaz de agilizar seus atendimentos ao conseguir ser mais objetivo, sem abandonar a filosofia centrada no outro, e avaliar a farmacoterapia do paciente de forma compreensiva.¹⁵

Desse modo, a forma como o profissional realiza seu trabalho no dia a dia deve refletir a filosofia do exercício profissional, que define as regras, funções, relações e suas responsabilidades. A filosofia do exercício profissional é o componente "prescritivo" de uma prática e define o que deve ser feito.²⁹

Na área da saúde, toda prática profissional se estrutura por meio de quatro componentes: filosofia de prática, processo de cuidado, gestão da prática e regulamentação.²⁴ A filosofia do Cuidado Farmacêutico inclui a afirmação de uma necessidade, o método clínico centrado no paciente para satisfazê-la, tema abordado a seguir, cujo núcleo central é o cuidado com e para os outros por meio do desenvolvimento e manutenção de uma relação terapêutica e, finalmente, a descrição das responsabilidades específicas do profissional.²⁹

A inserção do Cuidado Farmacêutico pode ser entendida com base no princípio da equidade do Sistema Único de Saúde, ou seja, os usuários que necessitam de maiores cuidados farmacoterapêuticos devem ser acompanhados pelo farmacêutico. De acordo com as

recomendações do Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos devem-se identificar os grupos em situação de vulnerabilidade que necessitam de ações específicas para o acesso e o Uso Racional de Medicamentos, por meio de estratégias que envolvam ações no sentido de conhecer as especificidades das populações em condição de vulnerabilidade em cada território para construção/aprimoramento das políticas, inclusive a de Assistência Farmacêutica.³⁵

O cuidado centrado no paciente norteando a relação terapêutica

É importante considerar as competências clínicas necessárias para que o profissional farmacêutico exerça o cuidado centrado no paciente. O Método Clínico Centrado no Paciente permite conciliar o conhecimento técnico-científico e a experiência profissional e alinhar isso com o ser e o estar de cada pessoa que busca o cuidado, definindo planos terapêuticos conjuntos⁶, e, ainda, tem o potencial de fortalecer a autonomia do indivíduo e das famílias para o seu autocuidado, bem como propiciar melhores resultados em saúde e adesão aos tratamentos, e, então, com isso, podem ser minimizados custos desnecessários.^{6,36}

Segundo o arcabouço teórico e metodológico do Cuidado Farmacêutico o relacionamento terapêutico é essencialmente colaborativo, onde ambas as partes trabalham juntas rumo à prevenção e resolução dos problemas objetivos e subjetivos, vivenciados ou potenciais, relacionados ao uso de medicamentos.²⁹ Neste sentido, há fortes evidências de que o cuidado centrado no paciente pode influenciar positivamente na satisfação dos pacientes e em estimular o autogerenciamento de sua terapia.³⁷ A medicina centrada no paciente está se desenvolvendo juntamente com os conceitos de medicina personalizada e terapêutica individualizada. O principal objetivo do cuidado centrado no paciente é melhorar os resultados de saúde dos pacientes na prática clínica cotidiana, levando em consideração os objetivos, preferências, valores dos pacientes, bem como os recursos econômicos disponíveis.³⁸

Neste sentido, destaca-se a necessidade de compreender a experiência subjetiva do paciente com os seus medicamentos, a fim de que as decisões e recomendações do farmacêutico sejam contextualizadas na realidade singular de cada indivíduo, considerando, portanto, as suas necessidades, preferências e experiências culturais distintas.^{39,40,41} Dessa forma, o farmacêutico, juntamente com o paciente, pode resolver problemas relacionados à indicação; à efetividade, à segurança e à adesão ao tratamento. Este último é alvo de grande preocupação dos profissionais. No entanto, estimular a adesão ao tratamento sem antes conhecer a experiência subjetiva com

medicamentos desse paciente pode ser entendido como um comportamento profissional arriscado.⁴²

Oliveira *et al.* (2017)⁴², identificaram que a compreensão da experiência subjetiva dos pacientes com o uso dos medicamentos pode orientar o profissional a identificar e resolver problemas relacionados ao seu uso. Segundo os autores, a experiência com os medicamentos pode levar o profissional a dois caminhos de intervenções: melhorar o letramento em saúde, ajudando o paciente a superar barreiras relacionadas ao uso dos medicamentos; ou adaptar a intervenção, adequando a farmacoterapia à rotina do paciente. Complementam, ainda, que esse conhecimento pode ser usado como guia para ensinar estudantes de farmácia e farmacêuticos iniciantes como incorporar as experiências de medicamentos dos pacientes na tomada de decisões clínicas.

Compreender as experiências vividas pelos pacientes com o uso dos medicamentos é uma oportunidade para os profissionais identificarem problemas específicos relacionados ao uso dos medicamentos que os pacientes vivenciam e isto pode direcionar o atendimento por meio de planos de cuidados terapêuticos adequados à vida de um paciente, visando atender às necessidades relacionadas aos medicamentos dos pacientes e assim contribuir para a melhoria a terapia medicamentosa e os resultados de saúde.⁴⁴ Deste modo, a uniformidade da filosofia e, portanto, as normas de condutas podem resultar em serviços consistentes e de alta qualidade e atender as expectativas dos pacientes, que motivariam uma nova demanda de serviços.²⁹

Conforme mencionado anteriormente, O Cuidado Farmacêutico caracteriza-se pelo Método Clínico Centrado na Pessoa. Desse modo, pelos relatos dos farmacêuticos constataram-se resultados favoráveis no cotidiano do serviço quanto à forma que se estabelece a relação farmacêutico-paciente. Neste aspecto, a prática profissional deve ser visível e compreensível para o paciente. Na prática centrada no paciente é importante estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança, que deve estar em consonância com os objetivos de vida e com as prioridades da pessoa em sua singularidade.³⁶

Uma das diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica⁴⁵ define a população adscrita, ou seja, a população que está presente no território do Centro de Saúde, de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado, buscando ser referência para o seu cuidado. O vínculo também se encontra associado nas diretrizes da Política

Nacional de Atenção Básica em relação à resolutividade das ações em serviço, bem como à longitudinalidade de cuidado. Neste sentido o Acompanhamento Farmacoterapêutico na SMSA-BH está em consonância a estas diretrizes de forma efetiva.

Resultados positivos da prática na percepção dos farmacêuticos

Embora não seja objetivo deste estudo aprofundar nos desfechos clínicos e terapêuticos dos atendimentos, as falas mostram que os farmacêuticos percebem resultados clínicos alcançados pelos pacientes em acompanhamento. Isso corrobora com outros estudos que identificaram impactos clínicos positivos em diversas situações, através do desenvolvimento do serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico.⁴⁶⁻⁵²

Nessa perspectiva, uma das principais estratégias desenvolvidas no âmbito deste Eixo Cuidado (QUALIFAR-SUS), foi o projeto-piloto de implantação do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica do SUS. O projeto foi executado nos municípios de Curitiba/PR, Recife/ PE, Betim/MG e Lagoa Santa/MG, nos quais os desfechos clínicos, humanísticos e econômicos decorrentes do acompanhamento farmacoterapêutico realizado pelos farmacêuticos durante a vigência do projeto foram notórios e significativos.⁷

Os serviços de Cuidado Farmacêutico podem trazer impactos clínicos, sociais e econômicos para a população atendida, reduzindo a morbimortalidade causada por medicamentos.⁶ No Brasil, há um considerável crescimento da implantação de serviços clínicos, sejam a nível hospitalar, ambulatorial ou na atenção primária, públicos ou privados. A atuação do farmacêutico no cuidado direto ao indivíduo, família e comunidade é um desafio para o sistema de saúde brasileiro.²⁴ Destacam-se experiências exitosas em alguns municípios brasileiros que implantaram o serviço de Cuidado Farmacêutico, mostrando suas dificuldades e os frutos que estão colhendo atualmente – Curitiba, Salto Grande, Divinópolis, São Paulo, Belo Horizonte.^{7,23}

Barros *et al.* (2020)⁸ identificaram que a atuação clínica do farmacêutico na atenção primária produz múltiplos benefícios, pois contribui para o empoderamento do usuário, o controle de agravos crônicos, a prevenção e resolução de PRM, ganhos na qualidade de vida e na adesão à farmacoterapia, o que reforça a sua posição estratégica como profissional promotor da saúde pela comunidade adstrita.

Quanto ao cenário externo, Canadá, Reino Unido, Austrália, Nova Zelândia, Espanha, Portugal, Holanda, Suíça e Estados Unidos da América implantaram serviços farmacêuticos na atenção

primária em saúde e incentivaram a ampliação da atuação clínica do farmacêutico como estratégia para a obtenção dos melhores resultados com os tratamentos e outras tecnologias em saúde, e obtiveram efeitos positivos.^{7,24,53,54,55,56}

Neste sentido, a mais recente avaliação na esfera mundial que verificou a efetividade do Cuidado Farmacêutico foi realizada pelo National Institute for Health and Care Excellence (NICE), um órgão público independente que fornece orientação e aconselhamento em âmbito nacional para melhorar o cuidado e a assistência à saúde na Inglaterra. Esses dados demonstraram que serviços farmacêuticos realizados alcançaram bons resultados de custo-efetividade, apontando resultados robustos, mostrando que há fortes evidências econômicas de que o serviço realizado pelos farmacêuticos nas farmácias comunitárias pode ser custo-efetivo.¹

Reconhecimento da prática profissional pelos pacientes e profissionais das equipes

O reconhecimento identificado pelos farmacêuticos do presente estudo, representa uma avanço em relação ao trabalho de pesquisa de Nakamura e Leite (2015)⁵⁷ que identificaram que a expectativa das equipes de saúde em relação aos serviços farmacêuticos: por ser uma lógica bastante nova, os profissionais de saúde, gestores e até farmacêuticos enfrentam dificuldades para reconhecer e definir claramente os objetivos e metas a serem alcançados e acrescentam que o não reconhecimento do papel do farmacêutico como profissional de saúde pela equipe limitou seu trabalho, pois os cuidados de saúde da família e o Núcleo de Apoio ao Saúde da Família constantemente não conseguem reconhecer o potencial de suas ações nos casos.

Ao tornar visível o trabalho do farmacêutico para usuários e demais profissões, temos um resgate da identidade profissional de prática, que determina o reconhecimento social do farmacêutico.⁵⁸ Temos que a filosofia de prática do Cuidado Farmacêutico consiste em uma série de elementos que se iniciam com o estabelecimento ou a especificação de uma necessidade social. É a satisfação desta condição que justifica sua posição e privilégios na sociedade e que deve estar no centro dessa filosofia.⁵⁹

Em estudo conduzido por Silva *et al.* (2018)¹⁵ constatou-se que com a apropriação de sua prática profissional, o farmacêutico começa a compartilhar suas percepções com sua equipe de trabalho e pode-se perceber uma abordagem mais centrada no paciente para a utilização de medicamentos. E complementa que se entende que o trabalho multiprofissional exige negociação, diálogo contínuo, postura ética e corresponsabilização por parte de todos os envolvidos. Nesse sentido, é fundamental que todos os participantes da equipe compreendam a

nova identidade do farmacêutico como cuidador com corresponsabilidade sobre os resultados da farmacoterapia do paciente.

Nakamura e Leite (2015)⁵⁷ destacam, em relação a construção do trabalho interdisciplinar na APS, que apesar das dificuldades enfrentadas, o trabalho em equipe multiprofissional permitiu que os farmacêuticos se inserissem em outras práticas além da dispensação de medicamentos, na atenção à saúde, por exemplo, e no diálogo e intercâmbio de experiências, qualificando e potencializando o trabalho de todos os profissionais envolvidos.

Em pesquisa realizada por Farias *et al.* (2018)⁶⁰, constatou-se que os profissionais precisam trilhar alguns caminhos no sentido de materializar a interdisciplinaridade em práticas interprofissionais colaborativas e sinalizam para a necessidade de ações em nível da gestão que favoreçam essas práticas, a educação permanente como estratégia de enfrentamento das dificuldades de integração e o investimento subjetivo dos trabalhadores na mesma direção.

O trabalho interprofissional em saúde, por meio da prática colaborativa, é apresentado como uma das melhores formas de se enfrentarem os desafios altamente complexos do setor saúde e a concretização da interdisciplinaridade.⁶⁰ Enquanto a interdisciplinaridade diz respeito à esfera das disciplinas, ciências ou áreas de conhecimento, a interprofissionalidade corresponde à prática profissional em que se desenvolve o trabalho em equipe de saúde, articulando diferentes campos de práticas e fortalecendo a centralidade no usuário e suas necessidades na dinâmica da produção dos serviços de saúde.⁶¹ Salienta-se que a interdisciplinaridade tem grande potencial para dar sustentação a ações integrais e mais resolutivas, sobretudo quando centradas nas necessidades do usuário.⁶⁰

Tal posicionamento requer apoio institucional, traduzido em iniciativas da gestão para implementar o trabalho colaborativo, mas exige também um comprometimento pessoal, uma vez que a interprofissionalidade requer uma articulação intencional entre as profissões.⁶² A falta dessa intencionalidade, que está relacionada à dimensão subjetiva da prática profissional, dificulta a colaboração.⁶⁰

Em consonância com recomendações publicadas pelos organismos internacionais de saúde pública, a exemplo da Estratégia de Recursos Humanos para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde, aprovada em 2017 pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), o Ministério da Saúde, iniciou em 2017, o movimento de retomada da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS),⁶³ que estabelece, dentre outras ações a Educação Interprofissional em Saúde (EIP) na agenda da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação

na Saúde, como dispositivo para a reorientação dos processos de formação de profissionais de saúde.⁶⁴

Carvalho *et al.* (2016),⁶⁴ em pesquisa realizada no período de 2008 a 2013, identificaram que embora médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas componham as ocupações de nível superior tradicionalmente hegemônicas nas unidades da Atenção Primária à Saúde, constatou-se a ampliação da participação de outras categorias profissionais, constituindo equipes multiprofissionais e multidisciplinares, o que se atribui à implantação de equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em todo o País, ponto positivo a favor da integralidade do cuidado e da resolutividade nesse ponto de atenção.

Entretanto, importante destacar no cenário atual, alterações mais recentes nos instrumentos normativos do Ministério da Saúde, traz o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS), instituído pelo Programa Previne Brasil por meio da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, e revoga instrumentos normativos, dentre estes os parâmetros e custeio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária à Saúde, nova denominação que foi recebida.⁶⁵ Assim, a composição de equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada às tipologias de equipes Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária à Saúde, o que configura um desafio e pode representar um retrocesso, principalmente nos municípios em que as equipes dos Núcleo Ampliado de Saúde da Família não conseguiram estruturar-se.

Neste contexto, o modelo de Cuidado Farmacêutico indica o caminho que o farmacêutico deve trilhar para recuperar seu compromisso na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada às práticas de cuidado da equipe de saúde. Esse novo modo de exercer a prática profissional muda o objeto central da atuação do profissional farmacêutico, que deixa de ser o medicamento, em si mesmo, voltando a ser o usuário e a comunidade como um todo.⁶⁶ A construção da identidade do farmacêutico no contexto da Atenção Primária à Saúde, frente ao reconhecimento das mudanças ocorridas no contexto de trabalho e em seu papel como profissional do cuidado, faz com que o farmacêutico consiga emancipar-se e fortalecer-se no interior da equipe multiprofissional, culminando em sensações de pertencimento, valorização profissional e satisfação pessoal.

Considerações finais

Ao incorporar o modelo de prática do cuidado farmacêutico, os profissionais destacaram o processo de transformação ao assimilar os pressupostos desta prática. Também foram

destacados aspectos sobre o processo de cuidado e de tomada de decisão em farmacoterapia na concepção do profissional, que ao adotar o raciocínio lógico, consegue identificar problemas relacionados ao uso dos medicamentos que podem determinar a não adesão ao tratamento. Desse modo, aprimorando o raciocínio clínico com a prática, o farmacêutico vê seu papel como cuidador, sabendo identificar as necessidades do paciente. Estabelecido, portanto, o modelo de prática do Cuidado Farmacêutico evidencia-se que o foco são as necessidades terapêuticas do paciente.

Estabelecido o modelo de prática do cuidado centrado no paciente, a relação terapêutica proporciona ações de promoção do autocuidado e empoderamento do paciente em relação ao seu tratamento, que se torna corresponsável, ao definir suas escolhas, considerando aspectos que podem impactar no cumprimento do tratamento. Essas experiências com o uso dos medicamentos têm o potencial de influenciar significativamente as decisões do paciente em relação ao seu tratamento e, conseqüentemente, os seus resultados em saúde.

Embora seja uma dificuldade para o farmacêutico conhecer esta experiência subjetiva, configura-se como um desafio de aprendizado. Deve-se considerar que o Cuidado Farmacêutico proporciona os elementos necessários para melhor subsidiar as escolhas dos pacientes, quando se estabelece uma decisão compartilhada, que caracteriza-se como um elemento da prática centrada no paciente, ao estabelecer diversos “combinados” em relação a terapêutica do paciente, de forma conjunta, complementar, atitude também que é algo novo para o paciente e farmacêutico, um processo em construção, de descoberta.

Diante da sistematização do Acompanhamento Farmacoterapêutico baseado em uma relação de confiança e empoderamento dos pacientes, observam-se resultados positivos nos desfechos clínicos dos pacientes pelos relatos dos farmacêuticos participantes da pesquisa, seja pelos resultados de exames, melhora da condição de saúde, as vezes diminuição do número de medicamentos, após avaliação da terapêutica.

À medida que esta relação terapêutica se estabelece, observam-se também importantes reflexos no reconhecimento desta prática profissional, tanto pelos pacientes e profissionais das equipes. Constatou-se que o desconhecimento e, às vezes, uma visão equivocada de outros profissionais, muda à medida que os farmacêuticos realizam o atendimento e dão a devolutiva à equipe, esclarecendo sua contribuição no cuidado ao paciente. O farmacêutico considera que o critério para selecionar o paciente não deve ser só a não adesão ao tratamento, e que é a partir da realização da prática que isso é percebido. Percebe-se que os pacientes devem conhecer o trabalho do farmacêutico e de outros profissionais na APS para entenderem a necessidade de

ser cuidado por mais de um profissional, destacando aspectos que vão além do acesso aos medicamentos a um atendimento qualificado visando a integralidade do cuidado.

Deve-se considerar que o farmacêutico muitas vezes representa o último elo de atendimento do paciente na unidade de saúde o que pode representar mais uma oportunidade para avaliar e intervir para o tratamento correto, ações estas relacionadas a nova postura do profissional. Embora a literatura apresente dificuldades em relação a inserção do farmacêutico no contexto da APS, no presente trabalho o farmacêutico se aproximou dos usuários e demais membros das equipes, ampliando o seu papel no cuidado e legitimando a sua competência, sendo reconhecido pelo trabalho. Desse modo, foi identificado ser possível estabelecer uma relação de confiança e prática colaborativa entre os profissionais ao estabelecer parcerias na rotina do trabalho interdisciplinar.

A interprofissionalidade apresenta-se como desafio e oportunidade de construção do trabalho em equipe, e não representa uma lacuna apenas na formação do farmacêutico, mas de outros profissionais na área da saúde. À medida que o trabalho do farmacêutico é reconhecido amplia-se e torna-se legitimado, refletindo em um maior número de encaminhamentos.

Apesar dos desafios que se apresentam, ao buscar compreender as percepções dos farmacêuticos sobre a prática do Cuidado Farmacêutico, constatou-se satisfação pessoal dos farmacêuticos com seu trabalho como cuidador na Atenção Primária à Saúde no SUS o que fortalece a prática. Destaca-se pelos relatos que a APS se apresenta um campo fértil para o desenvolvimento da prática do Cuidado Farmacêutico.

Podemos inferir que, além da trajetória formativa, devemos considerar o perfil do profissional, que se identifica com o desenvolvimento da prática do cuidado, ou seja, o quanto ele se apropria e sente-se empoderado deste novo modelo de prática, com um componente fortemente humanista. Constata-se satisfação pessoal e desejo de continuidade em trabalhar na APS/SUS, pois se sentem empoderados e reconhecidos como profissional do cuidado, apesar dos desafios cotidianos.

Destaca-se a necessidade de um alinhamento conceitual e prático, através da formação acadêmica e em serviço, tornando possíveis os avanços na prática farmacêutica, tendo como foco o cuidado centrado no paciente. Além disso, para o desenvolvimento do Acompanhamento Farmacoterapêutico é necessário, primeiramente, organizar as atividades, o fluxo de trabalho individual e em equipe, pensando nos diversos caminhos que o indivíduo pode percorrer até ser referenciado ao farmacêutico pelas equipes do centro de saúde ou profissionais da farmácia.

Ao oferecer o Acompanhamento Farmacoterapêutico o farmacêutico cria um vínculo de confiança com o paciente e, conseqüentemente, a satisfação deste com o serviço, o que pode impactar positivamente nos desfechos clínicos desejados. Pelos relatos, identifica-se que o farmacêutico se aproximou dos usuários e demais membros das equipes, ampliando o seu papel no cuidado e legitimando a sua competência e espaço na APS.

Por fim, compreender as percepções dos farmacêuticos sobre a configuração de sua prática de Acompanhamento Farmacoterapêutico na APS, em Belo Horizonte, propiciou a identificação de fatores que tem direcionado os profissionais para superação do modelo de prática atual e se realiza na medida em que os pacientes e demais profissionais conhecem o trabalho do farmacêutico e os reconhece como profissionais do cuidado.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Apoio Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde PROADI/SUS. Projeto Atenção Básica Capacitação, Qualificação dos Serviços de Assistência Farmacêutica e Integração das Práticas de Cuidado na Equipe de Saúde. Desenvolvimento dos serviços de Cuidado Farmacêutico. Ebook 2; 2019.
2. World Health Organization. Promoting rational use of medicines: core components. Geneva, 2002. Disponível em: <http://www.who.int/medicines/publications/policyperspectives/ppm05en.pdf>.
3. World Health Organization. Medication Without Harm: WHO's Third Global Patient Safety Challenge. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf;jsessionid=101E1E07ACF79FE376CE9EFDC81B8183?sequence=1>. Acessado: 25 maio 2020.
4. Conselho Federal de Farmácia (BR). Competências para a atuação clínica do farmacêutico: relatório do I Encontro Nacional de Educadores em Farmácia Clínica e Matriz de Competências para a Atuação Clínica / Conselho Federal de Farmácia. – Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2017. 124 p.
5. Bermudez JAZ, Esher A, Osorio de Castro CGS, Vasconcelos DMM, Chaves GC, Oliveira MA, Silva RM, Luiza VL. Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. Ciênc Saúde Colet. 2018; 23(6):1937-1949. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601937&lng=pt&nrm=iso. Acessado: 2020 abr. 20.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 384 p.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Assistência Farmacêutica

no SUS: 20 anos de políticas e propostas para desenvolvimento e qualificação: relatório com análise e recomendações de gestores, especialistas e representantes da sociedade civil organizada [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 125 p.

8. Barros DSL, Silva DLM, Leite SN. Serviços farmacêuticos clínicos na atenção primária à saúde do Brasil. *Trab. Educ. Saúde*. 2020; 18(1); e0024071. Available from: Barros 2020 <https://www.scielo.br/pdf/tes/v18n1/0102-6909-tes-18-1-e0024071.pdf>. Access on 29 July 2020. Epub Nov. 25, 2019. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00240>.

9. Araújo SQ. et al. Organização dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde em regiões de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2017;22(4):1.181-1.191. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.27042016>.

10. Araújo PS, Costa EA, Guerra JAA, Acurcio FA, Guibu IA, Álvares J, Costa KS, Karnikowski MGO, Soeiro OM, Leite SN. Atividades farmacêuticas de natureza clínica na atenção básica no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2017;51,Supl2:6s. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007109>. Acesso em: 17 fev. 2020.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Nasf. *Diário Oficial da União, Brasília*, n. 43, 04 mar. 2008.

12. Destro DR, Vale SA, Brito MJM, Chemello C. Desafios para o cuidado farmacêutico na Atenção Primária à Saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*. No prelo.

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

14. Silva DF, Meireles BL, Mendonça SAM, Ramalho-de-Oliveira D. A extensão universitária como caminho para a construção de serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa na atenção primária à saúde. *Rev Bras Farm Hosp Serv Saude*; 2016;7(2):15-21.

15. Silva DAM, Mendonça SAM, Ramalho de Oliveira D, Chemello C. A prática clínica do farmacêutico no núcleo de apoio à saúde a família. *Trab. Educ. Saude*. ago 2018; 16 (2):659-682, Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00108>. Acesso em: 10 mar. 2020.

16. Barberato LC, Scherer MDA, Lacourt RMC. O farmacêutico na atenção primária no brasil: uma inserção em construção. *Ciênc. Saúde Coletiva [Internet]*. 2019 Oct [cited 2020 Feb15];24(10):3717-3726. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001003717&lng=en. EpubSep26, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182410.30772017>.

17. Yin, RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5ª Edição. Porto Alegre: Bookman; 2015.

18. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2014.

19. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuição teórica. *Cad Saude Publica* 2008;24(1):17-27.

20. Laville C, Dionne J. A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda; Belo Horizonte: Editora UFMG; 1999.

21. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Assistência Farmacêutica (GEASF). Diretrizes para a Assistência Farmacêutica Integral em Belo Horizonte. Belo Horizonte: SMSA/GEASF; 2018.
22. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2016.
23. Brasil, Ministério da Saúde (MS). Cuidado Farmacêutico na atenção básica. Caderno 1: Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde [Internet]. Vol. 1. Brasília: MS; 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_saude.pdf. Acessado: 12 jan, 2020.
24. Conselho Federal de Farmácia (BR). Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. Brasília: Conselho Federal de Farmácia; 2016.
25. Hepler C, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm* 1990; 47(3):533-543.
26. Sands KE. Patient-centred care: confessions of a pragmatist. *BMJ Quality & Safety* 2016;25:909-910. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2015-005035>. Accessed Abr 25, 2019.
27. Thamby SA, Parasuraman S. Seven-star pharmacist concept by WHO. Seven-star pharmacist concept by World Health Organization. *Journal of Young Pharmacists*. Apr-Jun 2014, 6, Issue 2.
28. Ramalho-de-Oliveira D. Atenção farmacêutica: contexto do surgimento da prática e conceito. In: Editora, R. (Org.). *Atenção Farmacêutica: da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa*. São Paulo: [s.n.], 2011.
29. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. Pharmaceutical Care as a Professional Practice for Patient-Centered Medication Management Services. In: MGH Medical, ed. *Pharmaceutical Care Practice - The Patient-Centered Approach to Medication Management Services*. 3a ed. Minnesota; 2012:37-72.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas Farmacêuticas no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/praticas_farmaceuticas_apoio_saude_familia Acesso em: 24 mar, 2019.
31. Correr CJ, Otuki MF. A prática farmacêutica na farmácia comunitária. Porto Alegre: Artmed, 2013.
32. Brajković A, Mucalo I, Vidović T, Nascimento MMG, Balenović A, Protrka I, Ramalho de Oliveira D. *Acta Pharm*. 69 (2019) xx–xx. Implementation of medication management services at the primary healthcare level – a pilot study. <https://doi.org/10.2478/acph-2019-0055>.
33. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Developing Pharmacy Practice: a focus on patient care*. Geneva: WHO (Department of Medicines Policy and Standards); 2006.
34. Gomes CAP, Fonseca AL, Machado MC, Rosa MB, Fassy MF, Silva RMC. Colaboração: Santos FJP, Soller O. *A assistência farmacêutica na atenção à saúde*. Belo Horizonte: Ed. FUNED, 2010.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Uso de Medicamentos e*

Medicalização da Vida: recomendações e estratégias. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/fevereiro/15/Livro-USO-DE-MEDICAMENTOS-E-MEDICALIZACAO-DA-VIDA--1-.pdf>. [Acessado: Mai 25, 2020].

36. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.

37. Rathert C1, Wyrwich MD, Boren SA. Patient-centered care and outcomes: a systematic review of the literature. *Med Care Res Rev*. 2013 Aug;70(4):351-79. doi: 10.1177/1077558712465774. Epub 2012 Nov 20.

38. Sacristan JA. Patient-centered medicine and patient-oriented research: improving health outcomes for individual patients, *BMC Med. Inform. Decis. Mak*. 13 (2013) 6.

39. Shoemaker SJ, Ramalho OD, Alves M, Ekstrand M. The medication experience: Preliminary evidence of its value for patient education and counseling on chronic medications. *Patient Educ Couns*. 2011; 83(3): 443-50.

40. Ramalho OD, Shoemaker SJ, Ekstrand M, Alves M. Preventing and resolving drug therapy problems by understanding patients medication experiences. *J Am Pharm Assoc*. 2012; 2(1):71-80.

41. Ramalho-de-Oliveira D. Atenção Farmacêutica e serviços farmacêuticos. In: Acúrcio FA, organizador. *Medicamentos: políticas, assistência farmacêutica, farmacoepidemiologia e farmacoconomia*. Belo Horizonte: Coopmed; 2013. p.197-227.

42. Oliveira IV, Freitas EL, Detoni KB, Ramalho de Oliveira D. Use of the patients medication therapy in pharmacists' decision making process. *Int J Pharm*. 2017;7(1):1-8.

44. Mohammed MA, Moles RJ, Chen TF. Medication-related burden and patients' lived experience with medicine: a systematic review and metasynthesis of qualitative studies. *Br. Med. J. Open* 2016;6:e010035. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010035.

45. Brasil. Portaria/MS nº 2.436. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União*. 2017; 10 jun.

46. Borges APS, Guidoni CM, Freitas O, Pereira LRL. Economic evaluation of outpatients with type 2 diabetes mellitus assisted by a pharmaceutical care service. *Arq Bras Endocrinol Metab* [Internet]. 2011 Dec;55(9):686-691. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302011000900003&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0004-27302011000900003>. [cited 2020 Aug 14]

47. Obreli-Neto PR, Marusic S, Guidoni CM, et al. Economic evaluation of a pharmaceutical care program for elderly diabetic and hypertensive patients in primary health care: a 36-month randomized controlled clinical trial. *J Manag Care Spec Pharm*. 2015;21(1):66-75.

48. Mendonça SAM, Melo AC, Pereira GCC, Santos Danielle Maria de Souza Serio dos, Grossi Elisa Brandão, Sousa MCVB, Ramalho de Oliveira D, Soares AC. Clinical outcomes of medication therapy management services in primary health care. *Braz. J. Pharm. Sci*. [Internet]. 2016 Sep;52(3):365-373. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-82502016000300365&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/s1984-82502016000300002>. [cited 2020 Mar. 04]

49. Detoni KB, Oliveira IV, Nascimento MM, Caux TR, Alves MR, Ramalho-de-Oliveira D. Impact of a medication therapy management service on the clinical status of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Clin Pharm*. 2017;39(1):95-103. doi:10.1007/s11096-016-0402-6.
50. Santos, BD, Nascimento MMG, Oliveira GCB, Nascimento YA, Mambrini JVM, Cid AS, Piovesan TGIC, Fernandes LB, Martins UCM, Neves CM, Silva DF, Ramalho de Oliveira D. Clinical Impact of a Comprehensive Medication Management Service in Primary Health Care. *J Pharm Pract*. 2019;897190019866309. doi:10.1177/0897190019866309
51. Souza IG, Nascimento MMG, Neves CM, et al. Clinical results of a comprehensive medication management program in a diabetes ambulatory clinic. *Rev Bras Farm Hosp Serv Saude*. 2017;8(3): 19-24.
52. Neves CM, Nascimento MMG, Silva DÁM, Ramalho-de-Oliveira D. Clinical Results of Comprehensive Medication Management Services in Primary Care in Belo Horizonte. *Pharmacy*. 2019; (2):58.
53. INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION. Evidence of primary care pharmacists' impact on health. 2008. Disponível em: <<http://www.farmacija.org/dokumenti/Appendix.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2014.
54. Chen TF. Pharmacist-Led Home Medicines Review and Residential Medication Management Review: The Australian Model. *Drugs Aging*. 2016 Mar [acesso em 6 fev 2019];33(3):199-204. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26961696>.
55. New Zealand Ministry of Health. Pharmacy Action Plan: 2016 to 2020. 2016. [acesso em 6 fev2019]. Disponível em: <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/pharmacyaction-plan-2016-to-2020.pdf>.
56. NHS England. Clinical Pharmacists in General Practice [2019] [acesso em 6 fev 2019]. Available at: <https://www.england.nhs.uk/gp/gpfv/workforce/building-the-general-practice-workforce/cpgp/>.
57. Nakamura CA, Leite SN. Pharmaceutical Services in Family Health Support Team: The Brazilian Experience. *Lat. Am. J. Pharm*. 2015, 34 (3):598-601.
58. Angonesi D, Rennó MUP. Dispensação farmacêutica: proposta de um modelo para a prática. *Ciênc. Saúde coletiva* [Internet]. 2011Sep [cited 2020 Aug 01];16(9): 3883-3891. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001000024&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001000024>.
59. Freitas EL, Ramalho-de-Oliveira D, Perini E. Atenção Farmacêutica - Teoria e Prática: um Diálogo Possível? *Acta Farmaceutica Bonaerense* 2006;25(3):447-53.
60. Farias DN, Ribeiro KSQS, Anjos UU, Brito GEG. (2018). Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família. *Trab. educ. saúde*. Abr. 2018,16(1):141-162. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000100141&lng=en&nrm=iso>. EpubDec11, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00098>. Acesso: 08 Jul. 2020.
61. Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, Silva JAM, Souza GC. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2013 Aug; 47(4):977-983. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000400977&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000400029>. [cited 2020 Aug 14].

62. Costa MV, Patrício KP, Câmara AMCS, Azevedo GD, Batista SHSilva. Pró-Saúde e PET-Saúde como espaços de educação interprofissional. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2015;19(Suppl1):709-720. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000500709&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0994>. [citado 2020 Ago14].
63. SILVA CBG, SCHERER MD. A. A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na visão de atores que a constroem. *Interface, Botucatu*, 2020;24:e190840, 2020. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/Interface.190840>>.
64. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 73 p.
64. Carvalho MN, Costa EMOD, Sakai MH, Gil CRR, Leite SN. Expansão e diversificação da força de trabalho de nível superior nas Unidades Básicas de Saúde no Brasil, 2008 - 2013. *Saúde debate* [Internet]. 2016. June;40(109): 154-162. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000200154&lng=en. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201610912>. [cited 2020 Aug 14].
65. BRASIL. Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União*. Publicado em: 13/11/2019 | Edição: 220 | Seção: 1 | Página: 97. 2019b.
66. Bastos CRG, Caetano R. As percepções dos farmacêuticos sobre seu trabalho nas farmácias comunitárias em uma região do estado do Rio de Janeiro. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2010 Nov [cited 2020Aug 01];15(Suppl 3):3541-3550. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900029&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900029>.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente tese teve como objetivo geral compreender o Cuidado Farmacêutico no contexto da Atenção Primária à Saúde no município de Belo Horizonte, Minas Gerais, na visão dos farmacêuticos e pacientes e foi desenvolvida em três etapas. A primeira etapa da pesquisa envolveu 50 farmacêuticos (78%) atuantes na APS abordando aspectos relacionados ao seu perfil sociodemográfico e formativo e as atividades desenvolvidas. Nas etapas subsequentes doze usuários em acompanhamento farmacoterapêutico foram entrevistados individualmente e na sequência nove farmacêuticos que assinalaram desenvolver o acompanhamento farmacoterapêutico na primeira etapa da pesquisa. Assim, diante das inquietações originadas nos dois primeiros artigos e com o aprofundamento no referencial teórico do Cuidado Farmacêutico, a pesquisa foi direcionada a apresentar aspectos relacionados à formação no terceiro artigo e ao exercício da prática do Cuidado Farmacêutico no quarto artigo.

Dos anseios iniciais deste trabalho de tese, ao aprofundar a temática proposta, no sentido de melhor compreender o cotidiano dos serviços farmacêuticos, mais precisamente relacionados à prática clínica do Cuidado Farmacêutico, que pressupõe o cuidado centrado no paciente, na Atenção Primária à Saúde, foi possível agregar valor por meio do conhecimento e reflexões que a academia e a prática profissional nos oferecem. Destaco, também, que foi um contínuo caminhar em busca de reflexões críticas acerca de minha prática profissional e do SUS, compartilhado com profissionais que assumiram a missão de tornar o Cuidado Farmacêutico uma realidade na SMSA-BH, o que tem gerado sentimentos de pertencimento e identidade no cotidiano do serviço.

A implementação deste novo processo de trabalho do farmacêutico junto às equipes de saúde na APS se configura como um processo em construção, norteado por inúmeros desafios inerentes, que vem sendo superados e ressignificados à medida que resultados positivos e promissores são alcançados com este novo paradigma, conforme apresentado e aprofundado nos artigos desta tese.

Essa tese reflete, portanto, o empenho e colaboração de todos que dia a dia constroem e fortalecem a Assistência Farmacêutica na SMSA-BH. Como farmacêutica-pesquisadora um grande desafio da tese em descrever o Cuidado Farmacêutico no contexto da Atenção Primária à Saúde no município de Belo Horizonte, na visão dos farmacêuticos e usuários, foi justamente trazer aspectos desta prática profissional, neste vasto e complexo universo da pesquisa,

considerando os diferentes perfis dos farmacêuticos, as diferentes realidades das equipes dos Centros de Saúde, e principalmente diante das necessidades prementes dos pacientes. Outro grande desafio foi condensar, sintetizar as falas, diante da riqueza dos temas abordados e das experiências vividas pelos participantes da pesquisa, seja pelas angústias, desejos, desafios e superações pessoais, ou pelas questões relacionadas aos aspectos sociais, humanitários, governamentais que se apresentam.

Destaca-se que registrar aspectos relacionados à inserção do farmacêutico na APS é, de certo modo, valorizar todos os atores envolvidos e comprometidos com esse propósito, desde o alinhamento inicial de implantação e implementação da Assistência Farmacêutica da SMSA-BH aos princípios norteadores da OPAS/OMS, da Política Nacional de Medicamentos, da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, do SUS, do Conselho Federal de Farmácia (CFF) e das instituições de ensino, até os dias atuais, em um processo de construção contínua, com todas as demandas sociais que se apresentam em relação ao uso seguro e racional dos medicamentos.

Cabe refletirmos, também, de uma forma mais abrangente, como se situam hoje as perspectivas de atendimento na APS e, particularmente, os avanços e desafios do SUS, da Estratégia da Saúde da Família com as limitações atualmente impostas às políticas públicas. Nesse contexto, ressalta-se a necessidade atual de buscar novas alternativas dentro da realidade da APS para diminuir a morbimortalidade relacionada aos medicamentos, contribuindo para o alcance de resultados positivos nos tratamentos medicamentosos. Além disso, é importante melhorar os indicadores de saúde e a qualidade de vida das pessoas atendidas. Neste sentido, espero que os dados apresentados nesta tese possam contribuir para sistematização e implementação da prática do Cuidado Farmacêutico no SUS, para o resgate de seu papel social e de sua identidade junto aos profissionais das equipes e população, sensibilizar profissionais e gestores e, ainda, contribuir para as adequações curriculares relacionadas ao Cuidado Farmacêutico necessárias para o ensino farmacêutico, sob a ótica do cuidado centrado no paciente.

Fica como sugestão para uma futura agenda de pesquisas buscar-se compreender a configuração identitária do farmacêutico no contexto da APS, através da realização de grupos focais envolvendo os demais profissionais dos Centros de Saúde, bem como gestores, e também estimular outros profissionais de saúde para divulgar resultados do exercício de sua prática, seja no âmbito da APS, como em outros níveis da assistência na SMSA-BH e no SUS.

Considera-se, portanto, que o método utilizado foi apropriado e possibilitou o alcance dos objetivos, apesar de registrar as limitações nas investigações, que reflete o cenário nacional, em relação à carência de consenso sobre conceitos, métodos e competências para o Cuidado Farmacêutico, bem como a caracterização dos serviços farmacêuticos clínicos, o que contribui para sua fragmentação, reduz o impacto da prática e limita o desenvolvimento de estratégias de ação mais efetivas.

Por fim, além de contribuir para o fortalecimento da Assistência Farmacêutica no município de Belo Horizonte e consolidação de um Sistema de Saúde público, universal, equânime, integral, que possa refletir na diminuição da morbimortalidade relacionada aos medicamentos e impactar na qualidade de vida das pessoas, indo ao encontro do compromisso social da profissão, que a prática do Cuidado Farmacêutico representa.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, R. B.; MENDES, D. H. C.; DALPIZZOL, P. A. Ensino farmacêutico no Brasil na perspectiva de uma formação clínica. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, v. 35, n. 3, p. 347-54, 2014. Disponível em: <http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/view/2864/1595>. Acesso em: 15 abr. 2020.
- ANGONESI, D.; SEVALHO, G. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, nov. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900035>>.
- BARBERATO, L. C.; SCHERER, M. D. A.; LACOURT, R. M. C. O farmacêutico na atenção primária no Brasil: uma inserção em construção. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 3717-3726, out. 2019. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/o-farmacutico-na-atencao-primaria-no-brasil-uma-insercao-em-construcao/16679?id=16679>>. Acesso em: 5 mar. 2020.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Medicamentos. *Proposta Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Nasf: Assistência Farmacêutica*, Belo Horizonte, jun. 2008. 8p.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Assistência Terapêutica (GEMED). *Projeto: Assistência Farmacêutica para atenção primária em Belo Horizonte*. Belo Horizonte: SMSA/GEMED; 2011.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Assistência Terapêutica (GEMED). Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica e Medicamentos Estratégicos / Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos / Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde (CGAFME/DAF/SCTIE) / Ministério da Saúde. *Oficina "Assistência Farmacêutica na SMSA-BH"*. Belo Horizonte: SMSA/GEASF; (CGAFME/DAF/SCTIE)/Ministério da Saúde. 2015.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Assistência Terapêutica (GEMED). Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica e Medicamentos Estratégicos / Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos / Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde (CGAFME/DAF/SCTIE)/Ministério da Saúde. *Planejamento Estratégico Situacional para Sistematização do Cuidado Farmacêutico na SMSA-BH*. Belo Horizonte: SMSA/GEASF; (CGAFME/DAF/SCTIE)/Ministério da Saúde. 2016.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Assistência Farmacêutica. *Manual Técnico Operacional do Software GERAFF "Gerenciamento da Assistência Farmacêutica"*. *Orientações Técnicas Farmácias Unidades Básicas de Saúde*. Belo Horizonte: SMSA/GEAF; 2017.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Assistência Farmacêutica. *Diretrizes para a Assistência Farmacêutica Integral em Belo Horizonte*. Belo Horizonte: SMSA/GEASF, 2018a.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. *Guia de atuação do farmacêutico no cuidado à pessoa com tuberculose*. Assistência Farmacêutica SMSA-BH/Coordenação do Adulto e Idoso SMSA-BH/Subsecretaria de Atenção à Saúde - SUASA Diretoria de Assistência

à Saúde – DIAS. 2018b. 28p. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/guia-atuacao-farmacutico-tuberculose.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2020.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. *Guia de Atuação do Farmacêutico na Hanseníase*. Elaboração: Gerência de Assistência Farmacêutica/Coordenação do Adulto; Idoso Revisão: Gerência de Atenção Primária à Saúde. 2019. p.34. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/guia-atuacao%20-farmacutico-hanseniose.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2020.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. *Rede de serviços SMSA-BH*. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/saude>>. 2020. Acesso em: 20 jun. 2020.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. *Atenção Primária na SMSA-BH*. <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/atencao-a-saude/atencao-primaria>. 2020.

BERMUDEZ, J. A. Z. *et al.* Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1937-1951, 2018. Disponível em: DOI: 10.1590/1413-81232018236.09022018.

BOSSE, T. S.; OLIVEIRA, L.; BECKER, I. R. T. A formação do profissional Farmacêutico e sua inserção na Atenção Básica. *Revista do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica / Saúde da Família*, v. 1, n. 1, p. 53-63, 2013. Disponível em: <<http://periodicos.unesc.net/prmultiprofissional/article/view/1148>>. Acesso em: 20 dez. 2019.

BRASIL. LEI nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, *dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências*. Disponível em: <www.anvisa.gov.br/hotsite/genericos/legis/leis/9787.htm>. Acesso em: 02 fev. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução 338 de 06 de maio de 2004*. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, 06 mai 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. – Brasília: CONASS, 2015. 127 p.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 2, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. *Diário Oficial da União*. Brasília, 4 mar. 2002, Seção 1, p. 9.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior (BR). Resolução CNE/CES 6/2017. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Farmácia. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 out. 2017, Seção1, p.30.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 de novembro de 1998. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/portaria_3916_98.pdf. Acesso em: 05 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Nasf. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 43, 04 mar. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde* / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 108 p. (Cuidado farmacêutico na atenção básica; caderno 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]. [acesso em 2017 nov 30]. Disponível em: http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete_-do--ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017. Acesso em: 20 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Práticas Farmacêuticas no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf)* [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. 33 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/praticas_farmaceuticas_apoio_saude_familia>. Acesso em: 20 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?* / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. 73 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Manual Técnico 2018 - *Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS - PRO EPS-SUS* / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2018c. 39 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. *Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família – Brasília: Ministério da Saúde, 2019a. 384 p.

BRASIL. Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União*. Publicado em: 13/11/2019 | Edição: 220 | Seção: 1 | Página: 97. 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Saúde da Família. NOTA TÉCNICA Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS 1. ASSUNTO 1.1. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil.

CANO-PEREIRA, N.; VERA, L. L.; MARQUES-DA CRUZ, M. Serviços farmacêuticos na atenção primária no município do Rio de Janeiro: um estudo de avaliabilidade. *Saúde em Debate*, vol. 39, núm. 105, abril-junho, 2015, p. 451-468. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341748014>>. Acesso em: 20 mar. 2020.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. *Pharmaceutical care practice: The clinician's guide*. 3rd ed. New York: McGraw Hill, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA – CFF. Resolução Nº 585, de 29 de agosto de 2013: Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília. 11 p. 2013a.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA – CFF. Resolução Nº 578 de 26 de julho de 2013: Regulamenta as atribuições técnico-gerenciais do farmacêutico na gestão da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília. 3 p. 2013b.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA – CFF. *O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS: diretrizes para ação* / Manzini, F.[et al.]. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2015. 298 p.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA – CFF. *Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual* / Conselho Federal de Farmácia. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016. 200 p.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. *Formação farmacêutica no Brasil* / Conselho Federal de Farmácia. – Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2019. 160 p.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DE MINAS GERAIS. *A importância do farmacêutico no SUS - Suas Competências e Atribuições nas ações de Saúde Pública* / Organizador CASP-CRF/MG 1ª Ed. Belo Horizonte: CRF/MG, 2011. 28p.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F.; SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, Ananindeua, v. 2, n. 3, set. 2011.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. *A prática farmacêutica na farmácia comunitária*. Porto Alegre: Artmed, 2013.

COSTA-VAL, V. M. A estruturação do projeto de Assistência farmacêutica no município. In: Campos C. R. et al (Org.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: XAMÃ, 1998. 387p.

DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE: DeCS. 2018. ed. rev. e ampl. São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, 2018. Disponível em: < <http://decs.bvsalud.org> >. Acesso em 20 mai. 2019.

FEDERAÇÃO INTERNACIONAL FARMACÊUTICA (FIP). *Transformar a formação e educação em farmácia e ciências farmacêuticas no contexto da força laboral farmacêutica*, 2017. Disponível em: www.fip.org/educationreports. Acesso em: 07 mar. 2020.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuição teórica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan.2008.

FOPPA, A. A. et al. Experiential education in the pharmacy undergraduate curricula in Brazil. *Pharmacy Practice*, Granada, v. 18, n. 1, p.:1738, jan-mar 2020. Available at: <https://pharmacypractice.org/journal/index.php/pp/article/view/1738>. <https://doi.org/10.18549/PharmPract.2020.1.1738>. Accessed 20 Apr. 2020.

FREITAS, E. L.; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D. Pensamento crítico no contexto da prática clínica: a necessidade de reinventar a educação farmacêutica. *Revista Portuguesa de Educação*, Braga [Portugal], v. 28, n. 2, p. 231-250, jun. 2015. Disponível em [SciELO](https://doi.org/10.18747/rpe.v28.n2.p231-250).

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? *Cadernos de Saúde Pública*. 2018;34(8):e00029818. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00029818>>.

HEPLER, C.; STRAND, L.M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *American Journal of Hospital Pharmacy*, v.47, n. 3, p. 533-543. 1990. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2316538/>. Accessed: 10 Dez. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo 2010*. (<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/belo-horizonte.html>).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (Pnad Contínua)*. 2018. Agência IBGE NOTÍCIAS. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>>. Acesso em: 10 abr. 2020.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999. 337 p.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, Apr. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>. Acesso em: 10 out. 2020. Epub Apr17, 2020.

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

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

MENDONÇA, S. A. M. *Ensino-aprendizagem em serviço na educação para atenção farmacêutica*. 218 p. Tese (Doutorado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica) - Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

MENEZES, E. B. B. Atenção farmacêutica em xeque. *Revista Pharmacia Brasileira*, v.22, n. p.28, 2000.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 14 ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2014.

MOREIRA, H. Critérios e estratégias para garantir o rigor na pesquisa qualitativa. *Revista Brasileira de Ensino de Ciência e Tecnologia*, Ponta Grossa, v. 11, n. 1, p. 405-424, jan./abr. 2018. Disponível em<<https://periodicos.utfpr.edu.br/rbect>>. Acesso em: 10 out. 2020.

MOTA, D. M. *et al*. Perfil da mortalidade por intoxicação com medicamentos no Brasil, 1996-2005: retrato de uma década. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 61-70, jan. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 jun. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000100009>.

NAGEL, D. A. Knowing the person in a virtual environment: protocol for a grounded theory study of telehealth in nursing practice. *International Journal of Arts & Sciences*. 2014; 07: 391-408.

- NAKAMURA, C. A.; LEITE, S. N. A construção do processo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: a experiência dos farmacêuticos em um município do sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1565–72, 2016.
- NUNES-DA-CUNHA, I; FERNANDEZ-LLIMOS, F. Teaching Pharmaceutical Care at University Leves. In: ALVES-DA-COSTA, F; FOPPE-VAN-MIL, J. W., RISCO, A. A. *The Pharmacist Guide to implementing Pharmaceutail Care*. Springer, 2018. Chapter 39.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud: documento de posición de la OPS/ OMS*. Washington: OPS/OMS, 2013.
- PEREIRA, L. R. L.; FREITAS, O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, vol. 44, n. 4, out./dez., 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbcf/v44n4/v44n4a06.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2020.
- PINHEIRO, R. M. Serviços farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, DF, v. 4, n. 3, p. 15-22, 2010.
- RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D. *Atenção farmacêutica: da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa*. São Paulo: RCN Editora, 2011.
- RAMALHO-DE-OLIVEIRA D. Atenção Farmacêutica e serviços farmacêuticos. In: Acúrcio FA, organizador. *Medicamentos: políticas, assistência farmacêutica, farmacoepidemiologia e farmacoconomia*. Belo Horizonte: Coopmed; 2013. p.197-227.
- RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D.; SHOEMAKER, S. J.; EKSTRAND M, ALVES M. Preventing and resolving drug therapy problems by understanding patients medication experiences. *Journal of the American Pharmacists Association*, v. 2, n. 1, p. :71-80, 2012.
- SANTOS, K. S. *et al.* O uso de triangulação múltipla como estratégia de validação em um estudo qualitativo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 655-664, fev. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.12302018>>. Acesso em 30 abr. 2020.
- SATURNINO, L.T.M. *et al.* Farmacêutico: um profissional em busca de sua identidade. *Revista Brasileira de Farmácia*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 27-34, 2012. Disponível em: <<http://www.rbfarma.org.br/files/rbf-2012-93-1-2.pdf>>.
- SHOEMAKER, S. J.; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D; ALVES, M; EKSTRAND, M. The medication experience: Preliminary evidence of its value for patient education and counseling on chronic medications. *Patient Education and Counseling*, v. 83, n. 3, p. 443-50, 2011.
- SILVA, C. B.G.; SCHERER, M. D. A. A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na visão de atores que a constroem. *Interface*, Botucatu, 2020; v. 24, e190840, 2020. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/Interface.190840>>. Acesso em: 30 abr. 2020.
- SILVA, W. B; DELIZOICOV, D. Profissionalismo e desenvolvimento profissional: lições da sociologia das profissões para entender o processo de legitimação social da farmácia. *Revista Brasileira de Farmácia*, v.9, n.1, p. 27-34, 2009.
- SOARES, L. *et al.* *Atuação clínica do farmacêutico / organização de Luciano Soares...[et al.]*. – Florianópolis: Ed. da UFSC, 2016. 353 p. (Assistência Farmacêutica no Brasil: Política, Gestão e Clínica; v. 5).

- SOUSA, I. F.; BASTOS, P. R. H.; BOGO, D. Diretrizes curriculares nacionais: desafios na formação dos farmacêuticos para atuação no Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, Vitória, v. 15, n. 1, p. 129-134, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/5589>. Acesso em: 20 mar. 2020.
- SOUZA, T. T. *et al.* Morbidade e mortalidade relacionadas a medicamentos no Brasil: revisão sistemática de estudos observacionais. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, v. 35, n. 4 p. 519-532. 2014.
- STEWART, M. [*et al.*]. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico* [recurso eletrônico] /; tradução: Anelise Burmeister, Sandra Maria Mallmann da Rosa; revisão técnica: José Mauro Ceratti Lopes. – 3. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2017. e-PUB. Editado como livro impresso em 2017. ISBN 978-85-8271-425-6.
- SUPAPAAN, T. *et al.* A transition from the BPharm to the PharmD degree in five selected countries. *Pharmacy Practice*, Granada, v. 17, n. 3, p. 1611, Aug. 2019. Available at: <https://pharmacypractice.org/journal/index.php/pp/article/view/1611>. Accessed 03 Mar. 2020.
- VASCONCELOS, D. M. M. *et al.* Política. Nacional de Medicamentos em retrospectiva: um balanço de (quase) 20 anos de implementação. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 8, p. 2609-2614, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017228.02432017>. Acesso em: 12 mar. 2020.
- VIEIRA, F. S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 213-220, Mar. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000100024>. Acesso em: 10 out. 2020.
- VIEIRA, F. S. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. *Revista Panamericana de Salud Publica*, v. 24, n. 2, p. 91100, 2008.
- VIEIRA, F. S. Integralidade da assistência terapêutica e farmacêutica: um debate necessário. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, p. 126, 2017.
- YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman, 3.ed., 2015. 212p.

IV. ASPECTOS RELATIVOS À QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	
1.	Graduação em / Instituição: _____
2.	Ano de conclusão: _____
3.	Habilitação: () SIM qual: _____ () NÃO
4.	Experiências formativas (informar ano de conclusão ou previsão de término):
4.1.	() Residência em: _____ Instituição: _____ Ano de conclusão: _____
4.2.	Especializações () Especialização em: _____ Instituição: _____ Ano de conclusão: _____ () Especialização em: _____ Instituição: _____ Ano de conclusão: _____ () Especialização em: _____ Instituição: _____ Ano de conclusão: _____ () Especialização em: _____ Instituição: _____ Ano de conclusão: _____
4.3.	() Mestrado em: _____
4.4.	Instituição: _____ Ano de conclusão: _____
4.5.	() Doutorado em: _____
4.6.	Instituição: _____ Ano de conclusão: _____
5.	Exerce atividade acadêmica (ENSINO, PESQUISA e EXTENSÃO) como professor: () SIM () NÃO Se sim, qual e onde: _____ _____
	Disciplina(s) ou projeto(s): _____ _____

V. EXPERIÊNCIAS FORMATIVAS E PROFISSIONAIS EM ATENÇÃO FARMACÊUTICA

1. Experiências formativas em Atenção Farmacêutica (teórica e prática):
 SIM NÃO, VÁ PARA A QUESTÃO 2.

Em caso afirmativo, selecione dentre as opções a seguir as suas experiências (pode marcar mais de uma)

(A) Disciplinas isoladas. Quais?

(B) Bolsista de iniciação em Atenção Farmacêutica. Qual (is) projeto (s)?

(C) Participação em Grupos de Estudos em Atenção Farmacêutica. Qual?

(D) Participação em projetos de extensão em Atenção Farmacêutica. Qual?

2. Experiências profissionais em Atenção Farmacêutica: SIM NÃO, VÁ PARA A SEGUINTE SESSÃO.

2.1. Local (is):

2.2. Atividades desenvolvidas:

2.3. Participa de atividades de Educação continuada? NÃO

SIM

Descreva:

VI. ATIVIDADES ASSISTENCIAIS (CUIDADO FARMACÊUTICO)

1. Assinale as ações assistenciais relacionadas ao cuidado farmacêutico realizadas:

- a. Dispensação de medicamentos () SIM () NÃO
- b. Orientação terapêutica ao usuário () SIM () NÃO
- c. Acompanhamento farmacoterapêutico () SIM () NÃO
- d. Revisão da farmacoterapia () SIM () NÃO
- e. Conciliação dos medicamentos () SIM () NÃO
- f. Avaliação e promoção da adesão terapêutica () SIM () NÃO

2. São conduzidas consultas farmacêuticas com o usuário em ambiente privado e de forma individual (consultório ou domicílio)? () SIM () NÃO

Descreva: _____

2.1. Essas consultas são realizadas para situações pontuais? SIM () ou
Se NÃO () são para acompanhamento farmacoterapêutico, vá para a questão 3.

2.2. Qual(is) a(s) forma(s) de captação dos pacientes para o acompanhamento farmacoterapêutico (marque todas as realizadas):

a) Busca ativa ()

b) Usuários que tiveram alta hospitalar recente () Encaminhados por quem? _____

c) Encaminhamento via equipe de saúde (), agentes comunitários de saúde (ACS) (); auxiliares das farmácias (); Profissionais das Equipes do NASF

d) Demanda espontânea ()

e) Outros meios. Quais?

2.2. Em relação as consultas de retorno, como é feito o agendamento e qual a frequência? Quais os motivos que eventualmente impedem este agendamento?

2.3. Qual o método adotado para o acompanhamento farmacoterapêutico?

2.4. Qual a conduta quando são necessários exames para avaliar a farmacoterapia do paciente?

2.5. Como acontece o registro desses atendimentos?

Prontuário () eletrônico e/ou () manuscrito ()

Outros:

2.6. Você intervém sobre a farmacoterapia dos pacientes? () SIM () NÃO

Como:

2.7. Negocia com o paciente as condutas a serem implantadas? () SIM () NÃO

As intervenções são direcionadas a quem? () Prescritor () Paciente () Equipe ()

Cuidador ()

Outro. Qual?

Ações:

3. São realizadas consultas compartilhadas com outros membros da equipe de saúde, quais profissionais? () SIM () NÃO

Se SIM, em quais situações?

4. Você participa da reunião de matriciamento?

() SIM. Qual a periodicidade dessa reunião?

() NÃO

4.1. Nessas reuniões são discutidos casos clínicos com a equipe? () SIM () NÃO

4.2. Os casos são levados pelo farmacêutico (), outro(s) profissional(is) (), qual(is)

4.3. Quais as situações mais comuns que são direcionadas ao farmacêutico? Existem critérios definidos?

5. Você, quando necessário, estabelece contato com farmacêuticos e outros profissionais de saúde na Atenção Secundária (URS / CTA / CTR / CERSAM), UPA, Hospitais ou outros serviços? () NÃO () SIM. Com quais serviços e situações?

5.1. Existe uma rotina de referência e contra referência? SIM () NÃO () NÃO () SIM. Qual?

5.2. O que você considera necessário para estabelecer esta rotina?

6. Você realiza atividades técnico-pedagógicas para promoção do uso racional de medicamentos (educação e empoderamento do paciente)? () SIM () NÃO

Em caso afirmativo, cite qual atividade nos campos abaixo:

Equipe de saúde:

Comunidade:

VII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dê sugestões para qualificação da Atenção Farmacêutica na SMSA-BH.

Responsável pelo preenchimento

Data

GLOSSÁRIO

Atividades técnico-pedagógicas: As atividades técnico-pedagógicas devem ser vistas como ações de caráter clínico e educacional, e se direcionam a dois públicos-alvo: a) a equipe de saúde, formada tanto pelos profissionais de saúde da família, como pelos demais profissionais do NASF; e b) a comunidade, formada pelos usuários e seus familiares.

Cuidado Farmacêutico: O cuidado farmacêutico constitui a ação integrada do farmacêutico com a equipe de saúde, centrada no usuário, para promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos. Visa à educação em saúde e à promoção do uso racional de medicamentos prescritos e não prescritos, de terapias alternativas e complementares, por meio dos serviços da clínica farmacêutica e das atividades técnico-pedagógicas voltadas ao indivíduo, à família, à comunidade e à equipe de saúde.

Os serviços de clínica farmacêutica correspondem às funções do farmacêutico diretamente vinculadas ao usuário. As atividades técnico-pedagógicas correspondem a funções vinculadas à coletividade (família e comunidade), bem como à gestão do conhecimento (equipe de saúde). Porém, as atividades de gerenciamento dos medicamentos correspondem àqueles serviços vinculados diretamente aos medicamentos.

Os serviços de clínica farmacêutica devem abranger um elenco de ações assistenciais nos pontos de atenção à saúde, ofertadas por meio de atendimento individual ou compartilhado com a equipe de saúde. Essas ações assistenciais podem incluir a dispensação de medicamentos, a orientação terapêutica ao usuário, o acompanhamento farmacoterapêutico, a revisão da farmacoterapia, a conciliação dos medicamentos e a avaliação e promoção da adesão terapêutica. A oferta desses serviços permite ao farmacêutico o gerenciamento integrado de toda farmacoterapia.

Educação continuada: capacitação de grupos de profissionais de saúde já inseridos nos serviços; proporciona a visão da necessidade de passagem de informações contínuas aos indivíduos, como forma de atualizar seus conhecimentos, a partir das reais necessidades sociais e da própria evolução do setor saúde.

REFERÊNCIA

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 108 p.: il. – (Cuidado farmacêutico na atenção básica; caderno 1).

APÊNDICE B**ROTEIRO ENTREVISTA FARMACÊUTICO**

Entrevistado nº:

Data:

1. Fale sobre sua trajetória profissional até chegar a farmacêutico(a) de Atenção Primária à Saúde (APS).
2. Relacione sua formação acadêmica com seu cotidiano de trabalho.
3. O que é ser farmacêutico no Sistema Único de Saúde (SUS)?
4. O que motivou a escolha em trabalhar na APS?
5. Qual a sua concepção sobre Atenção Farmacêutica?
6. Fale sobre as atividades que você realiza como farmacêutico da APS.
7. Quais são as facilidades que você encontra no exercício de sua função? (próprias do farmacêutico e do sistema).
8. Quais as dificuldades que você vivencia no exercício de sua função?
9. Como você percebe o reconhecimento pelo seu trabalho?
10. Fale sobre suas relações de trabalho com:
 - a. - Os gestores;
 - b. - Os demais profissionais da equipe;
 - c. - Com seus pares.
11. Fale sobre o trabalho que você realiza no contexto da equipe multiprofissional (NASF e Equipes).
12. No contexto da APS, qual a importância do cuidado farmacêutico?
13. Fale sobre os impactos do acompanhamento farmacoterapêutico sobre os pacientes e à equipe.
14. Como você percebe a aceitação e satisfação dos seus pacientes em relação ao cuidado farmacêutico?
15. Fale sobre seu trabalho no contexto das Redes de Atenção à Saúde (RAS) – referência e contra referência em outros níveis de atenção envolvendo a Assistência Farmacêutica);
16. Há alguma coisa importante que você gostaria de acrescentar e que não está incluída no roteiro de entrevista ou alguma pergunta que gostaria de fazer?

APÊNDICE C**ROTEIRO ENTREVISTA COM PACIENTE EM ACOMPANHAMENTO
FARMACOTERAPÊUTICO PELO FARMACÊUTICO**

1. O que sabe a respeito do trabalho de um farmacêutico no centro de saúde?
2. Qual a importância do farmacêutico para o seu tratamento?
3. Fale sobre o seu relacionamento com o farmacêutico do centro de saúde.
4. Fale sobre o relacionamento do farmacêutico com a comunidade.
5. Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa?

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Farmacêuticos – formulário sociodemográfico, formativo e profissional

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, rubrique todas as páginas e assine ao final deste documento que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra do pesquisador responsável.

A sua participação é fundamental para a realização desta pesquisa, pois acreditamos poder contribuir para a melhoria do processo de trabalho dos farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde.

Desde logo fica garantido o sigilo das informações. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do projeto: “CONFIGURAÇÃO IDENTITÁRIA DOS FARMACÊUTICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”

Em caso de dúvida, você poderá se comunicar com a Prof^a Dr^a Clarice Chemello, coordenadora deste estudo, na Faculdade de Farmácia da UFMG, na Avenida Presidente Antônio Carlos, 6627, sala 4126 bloco 4, Belo Horizonte/MG e pelo telefone (31) 3409-6906. O endereço do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG é Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005, Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil, CEP: 31270-901. O telefone é (31) 3409-4592, o qual poderá ser procurado para resolver questões éticas (dúvidas) advindas dos participantes. Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02 - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG. CEP: 30.720-000 Telefone: 3277-5309. Pesquisadora: Aluna Délcia Regina Destro – 988473417.

2. OBJETIVO GERAL

Compreender a configuração identitária dos farmacêuticos que trabalham na APS no SUS-BH.

Objetivos específicos

2.1. Identificar as disciplinas voltadas à farmácia clínica ou Atenção Farmacêutica na formação acadêmica dos farmacêuticos ativos na SMSA-BH, tanto a nível de graduação, quanto de pós-graduação;

2.2. Descrever as características das atividades assistenciais do farmacêutico desenvolvidas na APS;

2.3. Compreender como o cuidado farmacêutico vem sendo percebido nas unidades de APS pelos próprios farmacêuticos, gestores, demais profissionais das equipes e usuários.

Procedimentos: Ao aceitar participar desta pesquisa, você deverá fornecer informações relativas ao objeto do estudo, as quais serão coletadas através do preenchimento **do formulário sociodemográfico-profissional** agendado previamente com você, com previsão máxima de 30 minutos. Você e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – apondo as assinaturas na última página do referido Termo (Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS).

A pesquisa se orientará e obedecerá aos cuidados éticos expressos na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde considerado o respeito aos participantes e às instituições relacionadas durante todo processo investigativo.

Riscos: Sua participação não envolve riscos físicos, pois não se trata de estudo que venha a colocar em prática qualquer nova intervenção ou procedimento. No entanto, o caráter

interacional da coleta de dados envolve possibilidade de desconforto, de modo que você tem total liberdade para recusar ou retirar seu consentimento, a qualquer momento e por qualquer motivo, sem que isso possa lhe causar algum prejuízo.

Confidencialidade: Toda a informação obtida neste estudo é confidencial e será estritamente utilizada para fins de pesquisa. Todos os dados pessoais coletados serão protegidos e incluídos numa base de dados exclusiva do projeto de acordo com as Normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os registros e documentos coletados ficarão sob a guarda do pesquisador acima citado, em seu setor de trabalho, na UFMG, por até cinco (5) anos. Só terão acesso aos mesmos os pesquisadores participantes.

Direito de recusa ou desistência: A participação neste estudo é totalmente voluntária. Todo participante é livre para recusar a seguir na pesquisa em qualquer momento sem que isto lhe afete, nem altere sua assistência médica e farmacêutica habitual.

Custos e/ou ressarcimento de despesas referentes à participação no projeto: a participação neste estudo é voluntária, portanto, não haverá nenhum custo ao participante e o mesmo também não receberá nenhuma remuneração para tal. Você terá garantia de ressarcimento de eventuais despesas tidas pela participação da pesquisa e dela decorrentes, bem como garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes pela pesquisa, através de reembolso direto pactuado previamente.

Informação sobre resultados do estudo: Os resultados do estudo, conforme norma vigente, serão publicados em revistas científicas, sempre respeitando o sigilo e o anonimato dos participantes. Nunca serão fornecidos dados que lhe identifiquem ou que possam identificá-lo. O participante poderá solicitar a qualquer momento a informação e resultados obtidos desta pesquisa relacionados com seus dados.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO

Eu....., abaixo assinado, concordo em participar do Projeto de pesquisa intitulado “**CONFIGURAÇÃO IDENTITÁRIA DOS FARMACÊUTICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**”. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador DÉLCIA REGINA DESTRO sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos decorrentes de minha participação. Foi-me garantido o sigilo das informações e a liberdade para retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data: Belo Horizonte, ____ de _____ de 2016.

PESQUISADORA DÉLCIA REGINA DESTRO / Assinatura do Pesquisador

Assinatura do participante

APÊNDICE E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Farmacêuticos – entrevista individual

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra do pesquisador responsável.

A sua participação é fundamental para a realização desta pesquisa, pois acreditamos poder contribuir para a melhoria do processo de trabalho dos farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde.

Desde logo fica garantido o sigilo das informações. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do projeto: “CONFIGURAÇÃO IDENTITÁRIA DOS FARMACÊUTICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”

Em caso de dúvida, você poderá se comunicar com a Prof^a Dr^a Clarice Chemello, coordenadora deste estudo, na Faculdade de Farmácia da UFMG, na Avenida Presidente Antônio Carlos, 6627, sala 4126, bloco 4, Belo Horizonte/MG e pelo telefone (31) 3409-6906. O endereço do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG é Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005, Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil, CEP: 31270-901. O telefone é (31) 3409-4592, o qual poderá ser procurado para resolver questões éticas (dúvidas) advindas dos participantes. Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02 - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG. CEP: 30.720-000 Telefone: 3277-5309 / Fax: 3277-7768. Pesquisadora: Aluna Délcia Regina Destro – 988473417.

2. OBJETIVO GERAL

Compreender a configuração identitária dos farmacêuticos que trabalham na APS no SUS-BH.

Objetivos específicos

- 2.1. Caracterizar as atividades assistenciais do farmacêutico desenvolvidas na APS.
- 2.2. Compreender como o cuidado farmacêutico vem sendo percebido nas unidades de APS pelos próprios farmacêuticos, gestores, demais profissionais das equipes e usuários.

Procedimentos: Ao aceitar participar desta pesquisa, você deverá fornecer informações relativas ao objeto do estudo, as quais serão coletadas através de uma **entrevista gravada**. Essa entrevista será realizada conforme agendamento prévio, seguindo um roteiro semiestruturado de questões elaborado para este projeto, com previsão de 80 minutos de duração. Você e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – apondo as assinaturas na última página do referido Termo (Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS).

Riscos: Sua participação não envolve riscos físicos, pois não se trata de estudo que venha a colocar em prática qualquer nova intervenção ou procedimento. No entanto, o caráter interacional da coleta de dados envolve possibilidade de desconforto e constrangimentos, de modo que você tem total liberdade para recusar ou retirar seu consentimento, a qualquer momento e por qualquer motivo, sem que isso possa lhe causar algum prejuízo.

Confidencialidade: Toda a informação obtida neste estudo é confidencial e será estritamente utilizada para fins de pesquisa. Todos os dados pessoais coletados serão protegidos e

incluídos numa base de dados de acordo com as Normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os registros e documentos coletados ficarão sob a guarda do pesquisador acima citado, em seu setor de trabalho, na UFMG, por até cinco (5) anos. Só terão acesso aos mesmos os pesquisadores participantes.

Direito de recusa ou desistência: A participação neste estudo é totalmente voluntária. Todo participante é livre para recusar a seguir na pesquisa em qualquer momento sem que isto lhe afete, nem altere sua assistência médica e farmacêutica habitual.

Custos e/ou ressarcimento de despesas referentes à participação no projeto: a participação neste estudo é voluntária, portanto, não haverá nenhum custo ao participante e o mesmo também não receberá nenhuma remuneração para tal. Você terá garantia de ressarcimento de eventuais despesas tidas pela participação da pesquisa e dela decorrentes, bem como garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes pela pesquisa, através de reembolso direto pactuado previamente.

Informação sobre resultados do estudo: Os resultados do estudo, conforme norma vigente, serão publicados em revistas científicas, sempre respeitando o sigilo e o anonimato dos participantes. Nunca serão fornecidos dados que lhe identifiquem ou que possam identificá-lo. O participante poderá solicitar a qualquer momento a informação e resultados obtidos desta pesquisa relacionados com seus dados.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO

Eu....., abaixo assinado, concordo em participar do Projeto de pesquisa intitulado “**CONFIGURAÇÃO IDENTITÁRIA DOS FARMACÊUTICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**”. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador _____ sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos decorrentes de minha participação. Foi-me garantido o sigilo das informações e a liberdade para retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data: Belo Horizonte, ____/____/____

Nome e Assinatura do Pesquisador

Assinatura do participante

APÊNDICE F

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Paciente

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra, do pesquisador responsável.

A sua participação é fundamental para a realização desta pesquisa, pois acreditamos poder contribuir para a melhoria do processo de trabalho dos farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde.

Desde logo fica garantido o sigilo das informações. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do projeto: “CONFIGURAÇÃO IDENTITÁRIA DOS FARMACÊUTICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”

Em caso de dúvida, você poderá se comunicar com a Prof^a Dr^a. Clarice Chemello coordenadora deste estudo, na Faculdade de Farmácia da UFMG, na Avenida Presidente Antônio Carlos, 6627, sala 4126, bloco 4, Belo Horizonte/MG e pelo telefone (31) 3409-6906. O endereço do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG é Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005, Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil, CEP: 31270-901. O telefone é (31) 3409-4592, o qual poderá ser procurado para resolver questões éticas (dúvidas) advindas dos participantes. Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02 - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG. CEP: 30.720-000 Telefone: 3277-5309. Pesquisadora: Aluna Délcia Regina Destro – 88473417.

OBJETIVO GERAL

Compreender a configuração identitária dos farmacêuticos que trabalham na APS no SUS-BH.

Objetivos específicos

1. Identificar as disciplinas voltadas à farmácia clínica ou Atenção Farmacêutica na formação acadêmica dos farmacêuticos ativos na SMSA-BH, tanto a nível de graduação, quanto de pós-graduação;
2. Descrever as características das atividades assistenciais do farmacêutico desenvolvidas na APS;
3. Compreender como o cuidado farmacêutico vem sendo percebido nas unidades de APS pelos próprios farmacêuticos, gestores, demais profissionais das equipes e usuários.

Procedimentos: Ao aceitar participar desta pesquisa, você deverá fornecer informações relativas ao objeto do estudo, as quais serão coletadas através de uma **entrevista gravada**. Essa entrevista será realizada conforme agendamento prévio, seguindo um roteiro semiestruturado de questões elaborado para este projeto, com previsão de 80 minutos de duração. Você e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – apondo as assinaturas na última página do referido Termo (Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS).

Riscos: Sua participação não envolve riscos físicos, pois não se trata de estudo que venha a colocar em prática qualquer nova intervenção ou procedimento. No entanto, o caráter interacional da coleta de dados envolve possibilidade de desconforto e constrangimentos, de

modo que você tem total liberdade para recusar ou retirar seu consentimento, a qualquer momento e por qualquer motivo, sem que isso possa lhe causar algum prejuízo, nem altere sua assistência médica e farmacêutica habitual.

Confidencialidade: Toda a informação obtida neste estudo é confidencial e será estritamente utilizada para fins de pesquisa. Todos os dados pessoais coletados serão protegidos e incluídos numa base de dados de acordo com as Normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os registros e documentos coletados ficarão sob a guarda do pesquisador acima citado, em seu setor de trabalho, na UFMG, por até cinco (5) anos. Só terão acesso aos mesmos os pesquisadores participantes.

Direito de recusa ou desistência: A participação neste estudo é totalmente voluntária. Todo participante é livre para recusar a seguir na pesquisa em qualquer momento sem que isto lhe afete, nem altere sua assistência médica e farmacêutica habitual.

Custos e/ou ressarcimento de despesas referentes à participação no projeto: a participação neste estudo é voluntária, portanto, não haverá nenhum custo ao participante e o mesmo também não receberá nenhuma remuneração para tal. Você terá garantia de ressarcimento de eventuais despesas tidas pela participação da pesquisa e dela decorrentes, bem como garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes pela pesquisa, através de reembolso direto pactuado previamente.

Informação sobre resultados do estudo: Os resultados do estudo, conforme norma vigente, serão publicados em revistas científicas, sempre respeitando o sigilo e o anonimato dos participantes. Nunca serão fornecidos dados que lhe identifiquem ou que possam identificá-lo. O participante poderá solicitar a qualquer momento a informação e resultados obtidos desta pesquisa relacionados com seus dados.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO

Eu....., abaixo assinado, concordo em participar do Projeto de pesquisa intitulado “**CONFIGURAÇÃO IDENTITÁRIA DOS FARMACÊUTICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**”. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador _____ sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos decorrentes de minha participação. Foi-me garantido o sigilo das informações e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

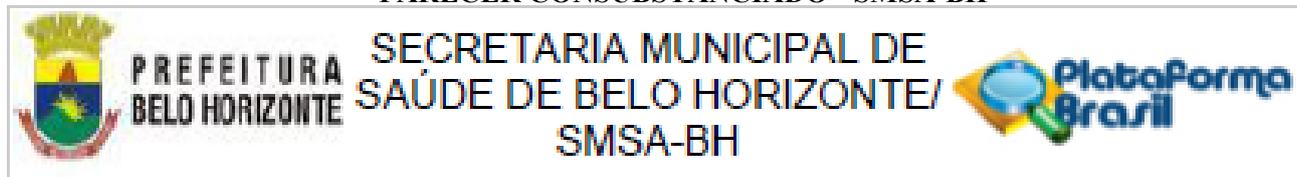
Local e data: Belo Horizonte, ____ de _____ de 2017.

Nome e Assinatura do Pesquisador

Assinatura do participante

ANEXO A

PARECER CONSUBSTANCIADO - SMSA-BH



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONFIGURAÇÃO IDENTITÁRIA DOS FARMACÊUTICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pesquisador: Clarice Chemello

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 50497815.9.3001.5140

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.390.799

Apresentação do Projeto:

Para se descrever a configuração identitária dos farmacêuticos que trabalham na APS no SUS-BH, será utilizado o estudo de caso, com abordagem qualitativa, fundamentado nos pressupostos da Sociologia das Profissões de Claude Dubar como orientação teórico metodológica. Participantes do estudo: profissionais que trabalham na APS, gestores em todos os níveis: central, distrital e local e usuários, os quais serão abordados em momentos diferentes. Os participantes serão selecionados, considerando a representatividade dos nove Distritos Sanitários da SMSA-BH. Critérios de inclusão para os diferentes participantes: 3.1.1. Farmacêuticos que atuam na APS, com no mínimo um ano de experiência, considerando a necessidade de apropriação da organização do serviço; 3.1.2. Gestores em todos os níveis: central, distrital e local; 3.1.3. Profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e NASF: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais, educadores físicos e psicólogos, com no mínimo um ano de experiência; 3.1.4. Usuários do serviço de farmácia que recebam atendimento pelo farmacêutico da equipe. 3.2. Coleta de dados: Os dados serão coletados pelas pesquisadoras no desenvolvimento do grupo focal e na aplicação da entrevista semiestruturada para os usuários e farmacêuticos. Desta forma, optou-se pela seleção dos seguintes participantes e instrumentos de coleta de dados: 1. Todos os Farmacêuticos que trabalham nos Centros de Saúde

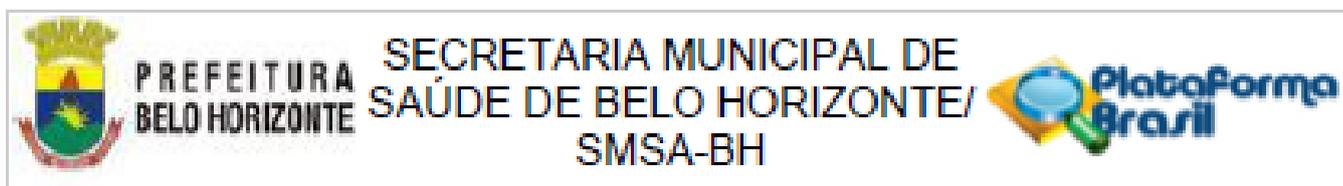
Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3ª andar/sala 02

Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-5309

E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 1.300.700

Compreender a configuração identitária dos farmacêuticos que trabalham na Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS-BH.

Objetivo Secundário:

1. Identificar as disciplinas voltadas à farmácia clínica ou Atenção Farmacêutica na formação acadêmica dos farmacêuticos ativos na SMSA-BH, tanto a nível de graduação, quanto de pós-graduação; 2. Descrever as características das atividades assistenciais do farmacêutico desenvolvidas na APS; 3. Compreender como o cuidado farmacêutico vem sendo percebido nas unidades de APS pelos próprios farmacêuticos, gestores, demais profissionais das equipes e usuários.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não há riscos, prejuízos, desconfortos ou lesões que possam ser provocados diretamente pela pesquisa.

Benefícios:

Não há benefícios diretos ao participante.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Consideramos que os objetivos são relevantes e o alcance dos objetivos propostos, apresenta adequação dos dados identificatórios, descrição sucinta das justificativas e dos objetivos do estudo, bem como, adequação dos materiais e métodos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto assinada pelo(a) pesquisador(a) Clarice Chemello e pelo representante da Instituição proponente foi devidamente apresentada.

Carta de anuência da Instituição Coparticipante da pesquisa foi apresentada.

O TCLE foi apresentado, no entanto necessitam de adequações para atendimento do que dispõe a Resolução 466/12. Contém contatos do pesquisa. Foram apresentados projeto completo e formulários a serem adotados na pesquisa.

Recomendações:

1) Corrigir no modelo de TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) apresentado os dados de contato do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte:

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3ª andar/sala 02

Bairro: Padre Eustáquio

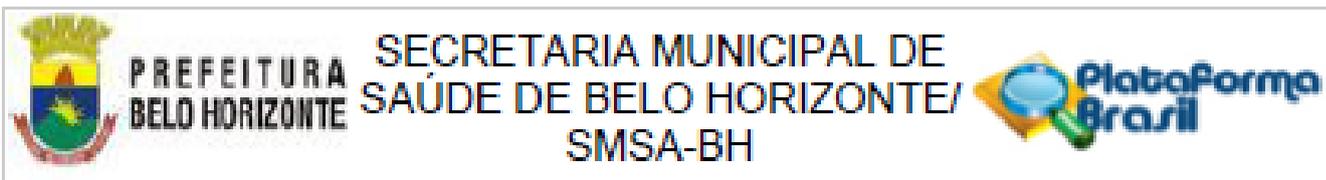
CEP: 30.720-000

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefones: (31)3277-5309

E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 1.390.700

Dados de contato do CEP da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte:

Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02 - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG. CEP: 30.720-000 Telefone: 3277-5309;

2) Incluir no TCLE a informação que o participante da pesquisa ou seu representante, quando for o caso e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE - aposto sua assinatura na última página do referido Termo (Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS).

3) incluir no modelo de TCLE informações relativas à garantia de reparação dos danos causados na execução da pesquisa e do reembolso no caso de gastos em decorrência de sua participação na pesquisa, segundo a Resolução 466/12:IV.3 - O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverá conter, obrigatoriamente: ... g) explicitação da garantia de ressarcimento e como serão cobertas as despesas tidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes; e h) explicitação da garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

4) Incluir nos campos objetivo geral, objetivos específicos e procedimentos do TCLE dirigido aos usuários, informações escritas em linguagem clara e objetiva, de fácil entendimento e adequada ao participante, sobre os objetivos da pesquisa e procedimentos aos quais serão submetidos os participantes da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, não encontrando objeções éticas e verificando que o projeto cumpriu os requisitos da Resolução CNS 466/12, considera aprovado o projeto CONFIGURAÇÃO IDENTITÁRIA DOS FARMACÊUTICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

Considerações Finais a critério do CEP:

Salienta-se que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02

Bairro: Padre Eustáquio

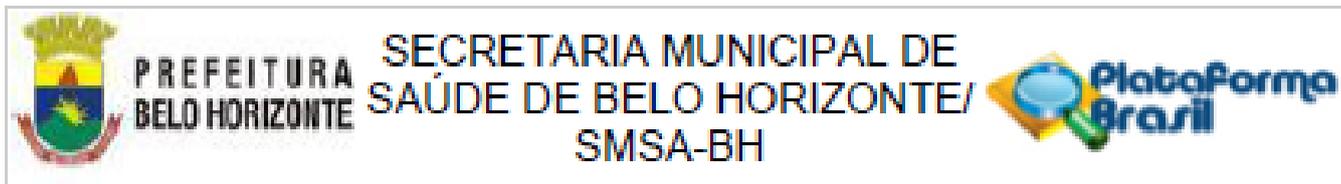
CEP: 30.720-000

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-5309

E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 1.300.700

descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 468/12. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Notificações podem ser apresentadas ao CEP através da Plataforma Brasil. As notificações de início e término da pesquisa devem ser apresentadas tão logo os eventos ocorram.

Relatórios semestrais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_373538.pdf	07/12/2015 17:02:03		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevistafarmaceuticos_ChemelloClarice.pdf	07/12/2015 17:01:06	Clarice Chemello	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_formulariofarmaceuticos_ChemelloClarice.pdf	07/12/2015 17:00:49	Clarice Chemello	Aceito
Outros	ROTEIROS_entrevistafarmaceutico_usuario_grupofocal_ChemelloClarice.pdf	07/12/2015 16:59:17	Clarice Chemello	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_grupofocal_ChemelloClarice.pdf	07/12/2015 16:58:00	Clarice Chemello	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_usuarios_ChemelloClarice.pdf	07/12/2015 16:57:13	Clarice Chemello	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_373538.pdf	18/11/2015 14:40:31		Aceito
Outros	lattes_ClariceChemello.pdf	18/11/2015 14:40:18	Clarice Chemello	Aceito

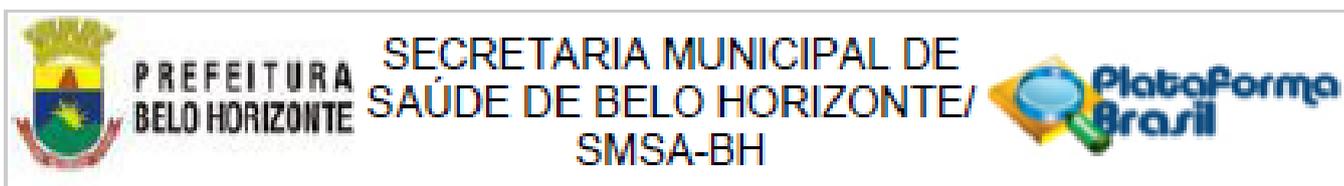
Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3ª andar/sala 02

Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-5309

E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 1.360.769

Outros	Curriculo_Lattes_ClariceChemello.pdf	13/11/2015 13:53:55	Clarice Chemello	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS_DO_PROJETO_373538.pdf	23/10/2015 13:46:45		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer_consultado_departamento.PDF	23/10/2015 13:46:17	Clarice Chemello	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS_DO_PROJETO_373538.pdf	07/10/2015 16:12:01		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_departamento.PDF	07/10/2015 16:08:29	Clarice Chemello	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS_DO_PROJETO_373538.pdf	14/09/2015 16:42:08		Aceito
Folha de Rosto	ClariceChemello_folhaderosto.pdf	14/09/2015 16:40:34	Clarice Chemello	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ChemelloC_Projeto_Configuracao_Identitaria_dos_Farmaceuticos_na_Atencao_Primaria_a_Saude.pdf	09/09/2015 15:50:42	Clarice Chemello	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ChemelloC_carta_enuencia_PBH.pdf	09/09/2015 15:49:44	Clarice Chemello	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ChemelloC_TCLE_profissionais_e_gestores.pdf	09/09/2015 15:45:40	Clarice Chemello	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ChemelloC_TCLE_usuarios.pdf	09/09/2015 15:44:37	Clarice Chemello	Aceito
Cronograma	ChemelloC_CRONOGRAMA.pdf	09/09/2015 15:40:40	Clarice Chemello	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 19 de Janeiro de 2016

Assinado por:
Eduardo Prates Miranda
(Coordenador)

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3ª andar/sala 02

Bairro: Padre Eustáquio

CEP: 30.720-000

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-5309

E-mail: coep@pbh.gov.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONFIGURAÇÃO IDENTITÁRIA DOS FARMACÊUTICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pesquisador: Clarice Chemello

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 50497815.9.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.369.697

Apresentação do Projeto:

A Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080/90), que dispõe sobre a política de saúde no país, remete à necessidade da implantação de uma Política Nacional de Medicamentos, centrada nas ações de Assistência Farmacêutica (AF) integral, como uma das condições estratégicas para a efetiva implementação do SUS. No município de Belo Horizonte, várias ações foram implementadas, no decorrer dos anos, com o objetivo de implantar a Assistência Farmacêutica Municipal, sendo que várias etapas de seu ciclo encontram-se estruturadas e consolidadas no sistema. A AF encontra-se estruturada hierarquicamente em suas etapas, contando com uma Gerência no Nível Central e em nove Farmácias Distritais, desempenhando ações relativas ao ciclo da AF, quais sejam: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, utilização dos medicamentos, além de outras a ele relacionadas. As farmácias contam, além da lotação dos farmacêuticos nas unidades de atendimento especial, com um farmacêutico nas unidades de Atenção Primária à Saúde (APS), que desenvolve as atividades técnico-gerenciais e assistências, referenciando de duas a três unidades de saúde. Em 2008, com estabelecimento da AF nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), houve aumento significativo do número de Farmacêuticos que passaram a compor as equipes do NASF na SMSA-BH. A proposta de desenvolvimento do estudo surgiu da necessidade de aprofundamento em um dos problemas identificados durante a Oficina de construção do Plano

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 1.360.697

Operativo da Gestão da Assistência Farmacêutica da SMSA-BH (2012), que diz respeito à falta de reconhecimento do trabalho do farmacêutico na APS, vinculando muitas vezes, somente às ações administrativas pelos profissionais das unidades de saúde, ou mesmo a compreensão distorcida do seu papel na questão da assistência. Para se descrever a configuração identitária dos farmacêuticos que trabalham na APS no SUS-BH, será utilizado o estudo de caso, com abordagem qualitativa. Os participantes do estudo são os profissionais que trabalham na APS, gestores em todos os níveis: central, distrital e local e usuários, os quais serão abordados em momentos diferentes. Os participantes serão selecionados, considerando a representatividade dos nove Distritos Sanitários da SMSA-BH. Os critérios de inclusão para os diferentes participantes incluem: Farmacêuticos que atuam na APS, com no mínimo um ano de experiência; Gestores em todos os níveis: central, distrital e local; Profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e NASF: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais, educadores físicos e psicólogos; Usuários do serviço de farmácia que recebam atendimento pelo farmacêutico da equipe. Os dados serão coletados pelas pesquisadoras no desenvolvimento do grupo focal e na aplicação da entrevista semiestruturada para os usuários e farmacêuticos. Todos os Farmacêuticos que trabalham nos Centros de Saúde representantes dos nove Distritos Sanitários serão entrevistados aplicando-se um questionário para levantamento sócio demográfico dos profissionais, identificando principalmente dados relativos à formação acadêmica e tipos de atividades desenvolvidas. No segundo momento, serão selecionados farmacêuticos representantes de cada Distrito, Gestores dos níveis local, distrital e central, e demais profissionais. Para a coleta de dados dos usuários será feita uma entrevista individual com roteiro semiestruturado com usuários identificados em acompanhamento pelos farmacêuticos. Para obter os dados primários desta pesquisa com os usuários e farmacêuticos, será utilizada a entrevista individual com roteiro semiestruturado de questões, com a intenção de relacionar os significados dados pelos pacientes em relação ao atendimento farmacêutico. As entrevistas serão gravadas, transcritas e revisadas, sendo conduzidas até a saturação dos dados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Compreender a configuração identitária dos farmacêuticos que trabalham na Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS-BH.

Objetivo Secundário:

1. Identificar as disciplinas voltadas à farmácia clínica ou Atenção Farmacêutica na formação acadêmica dos farmacêuticos ativos na SMSA-BH, tanto a nível de graduação, quanto de pós-graduação;

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

GEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@proq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 1.369.697

2. Descrever as características das atividades assistenciais do farmacêutico desenvolvidas na APS;
3. Compreender como o cuidado farmacêutico vem sendo percebido nas unidades de APS pelos próprios farmacêuticos, gestores, demais profissionais das equipes e usuários.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Não há riscos, prejuízos, desconfortos ou lesões que possam ser provocados diretamente pela pesquisa.

Benefícios: Não há benefícios diretos ao participante.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para a área de Farmacologia e de Atenção Primária à Saúde.

Previsão de término em 30/11/2016.

As solicitações do COEP foram atendidas:

Substituído no TCLE: "Todos os dados pessoais coletados serão protegidos e incluídos numa base de dados de acordo com a Declaração de Helsinki, 2008". por "Todos os dados pessoais coletados serão protegidos e incluídos numa base de dados de acordo com as Normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde".

Descritos riscos mínimos e os procedimentos para minimizá-los. Descritos possíveis riscos de desconforto ou constrangimentos ao responder a entrevista e o tempo dedicado a esta atividade. "...entrevista gravada. Essa entrevista será realizada conforme agendamento prévio, seguindo um roteiro semiestruturado de questões elaborado para este projeto, com previsão de 80 minutos de duração. Riscos: Sua participação não envolve riscos físicos, pois não se trata de estudo que venha a colocar em prática qualquer nova intervenção ou procedimento. No entanto, o caráter interacional da coleta de dados envolve possibilidade de desconforto e constrangimentos, de modo que você tem total liberdade para recusar ou retirar seu consentimento, a qualquer momento e por qualquer motivo, sem que isso possa lhe causar algum prejuízo". "O participante poderá solicitar a qualquer momento a informação e resultados obtidos desta pesquisa relacionados com seus dados".

O participante está sendo informado que haverá gravação das entrevistas e nos grupos focais. Esclarecido com quem, onde e por quanto tempo ficarão armazenados. "Os registros e documentos coletados ficarão sob a guarda do pesquisador acima citado, em seu setor de trabalho, na UFMG, por até cinco (5) anos. Só terão acesso aos mesmos os pesquisadores participantes" "O participante poderá solicitar a qualquer momento a informação e resultados obtidos desta pesquisa relacionados com seus dados".

Elaborados TCLEs específicos para os grupos focais e entrevistas: TCLE formulário farmacêuticos,

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad-SI 3005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 1.369.817

TCLE grupo focal, TCLE usuários, TCLE profissionais e gestores, TCLE usuários. Acrescentados na Plataforma Brasil os roteiros das entrevistas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Presentes: Projeto de Pesquisa na Plataforma Brasil; Projeto Completo; Folha de Rosto Assinada pelo Diretor da Faculdade de Farmácia da UFMG e pela coordenadora da Pesquisa; Parecer Consubstanciado Aprovado pelo Departamento de Farmácia Social; Carta de Anuência da Secretaria de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte Assinada pela Referência Técnica de Projetos de Pesquisa; TCLE entrevista farmacêuticos, TCLE formulário farmacêuticos, TCLE grupo focal, TCLE usuários, TCLE profissionais e gestores, TCLE usuários, ROTEIRO ENTREVISTA FARMACÊUTICO, ROTEIRO ENTREVISTA GRUPO FOCAL DEMAIS PROFISSIONAIS (Médicos, Enfermeiros, Fisioterapeutas, Nutricionistas, Terapeutas Ocupacionais, Fonoaudiólogos, Assistentes Sociais, Educadores Físicos E Psicólogos) E GESTORES, ROTEIRO ENTREVISTA COM USUÁRIO EM ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO PELO FARMACÊUTICO.

Recomendações:

Recomenda-se a aprovação do projeto de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos favoráveis à aprovação do projeto "CONFIGURAÇÃO IDENTITÁRIA DOS FARMACÊUTICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE" da Pesquisadora Responsável Profa. Dra. Clarice Chemello.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado conforme parecer.

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_373538.pdf	07/12/2015 17:02:03		Aceito
TCLE / Termos de	TCLE_entrevistafarmacêuticos_Chem	07/12/2015	Clarice Chemello	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.560.607

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 15 de Dezembro de 2015

Assinado por:
Telma Campos Medeiros Lorentz
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad. Sl 2005

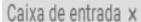
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

ANEXO C ACEITE DO ARTIGO DE RESULTADO 1

Artigo aprovado - PHYSIS-2019-0253.R1 - Physis Revista de Saúde Coletiva | Decision on Manuscript ID PHYSIS-2019-0253.R1    

Kenneth Camargo <onbehafof@manuscriptcentral.com>

ter., 3 de mar. 18:38



para mim ▾

[Versão em português | English version below]

Prezado(a) Sr(a). (Person not available) (Person not available),

É com grande alegria que anunciamos o aceite de seu manuscrito, intitulado "DESAFIOS PARA O CUIDADO FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE". Ainda não há uma edição definida para sua publicação. No entanto, quando houver uma definição, você será contatado(a) por nossa equipe de revisores para efetuar os últimos ajustes e aprovar a versão final do artigo a ser publicado.

Agradecemos mais uma vez sua contribuição, esperando poder contar com a submissão de novos trabalhos futuramente.

Atenciosamente,

Dr. Kenneth Camargo
Editor-chefe
Physis Revista de Saúde Coletiva
kencamargo@gmail.com

Associate Editor
Comments to the Author: