

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

DANIELA ÁLVARES MACHADO SILVA

**GERENCIAMENTO DA TERAPIA MEDICAMENTOSA NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE BELO
HORIZONTE: uma autoetnografia da transformação profissional**

**Belo Horizonte
2016**

DANIELA ÁLVARES MACHADO SILVA

**GERENCIAMENTO DA TERAPIA MEDICAMENTOSA NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE BELO
HORIZONTE: uma autoetnografia da transformação profissional**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

Orientadora: Profa. Dra. Clarice Chemello

Co-orientadora: Profa. Dra. Djenane Ramalho de Oliveira

Belo Horizonte

2016

S586g Silva, Daniela Álvares Machado.
Gerenciamento da terapia medicamentosa na atenção primária do município de Belo Horizonte: uma autoetnografia da transformação profissional / Daniela Álvares Machado Silva. – 2016.

97 f. : il.

Orientadora: Clarice Chemello.

Coorientadora: Djenane Ramalho de Oliveira.

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

1. Atenção farmacêutica – Teses. 2. Medicamentos – Utilização – Teses. 3. Medicamentos – Gerenciamento – Teses. 4. Farmacêutico e paciente – Teses. 5. Prática profissional – Teses. 6. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Teses. 7. Atenção Primária à Saúde – Teses. I. Chemello, Clarice. II. Oliveira, Djenane Ramalho de. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Farmácia. IV. Título.

CDD: 362.1042




FOLHA DE APROVAÇÃO

**GERENCIAMENTO DA TERAPIA MEDICAMENTOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE: uma autoetnografia da transformação
profissional**

DANIELA ÁLVARES MACHADO DA SILVA


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

Aprovada em 18 de julho de 2016, pela banca constituída pelos membros:


Profa. Clarice Chemello - Orientadora
UFMG


Profa. Djenane Ramalho de Oliveira - Coorientadora
UFMG


Profa. Marcella Guimarães Assis
UFMG


Profa. Alessandra Rezende Mesquita
UFMG

Belo Horizonte, 18 de julho de 2016.

AGRADECIMENTOS

A conclusão desse trabalho apenas foi possível porque todas as pessoas ao meu redor construíram junto comigo! Apoio, afeto e conselhos, cada um de vocês auxiliou na finalização de mais essa etapa de minha vida.

Ao PPGMAF e às mestras Djenane, Clarice e Simone, exemplos de ideal, que me guiaram, auxiliando a iluminação de meu próprio caminhar, ensinando-me o caminho das pedras e como fazer para construir com cada uma delas. Vocês são parte do que sou hoje, como profissional de saúde. Aos membros do CEAF, vocês são incríveis, a transformação profissional que se iniciou só foi possível porque vocês sustentaram meus sonhos de cuidado. Eternamente grata.

Ao melhor Núcleo de Nasf (do qual tenho a sorte de fazer parte) de Belo Horizont! Meninas (e menino), vocês são exemplos de superação, de construção, de SUS! Eu acredito no SUS porque acredito primeiro em cada um de vocês. Cléia, Daiane, Fernanda, Rita, Fabíola e Carlos, a oportunidade de crescer profissionalmente (e pessoalmente) com vocês tem sido uma das experiências mais inesquecíveis da minha vida, tenham certeza. Vocês foram o ponta-pé desse trabalho. Ao Nasf de forma geral, por me ensinar que a conta que fazemos no SUS é sempre de multiplicação.

À Prefeitura de Belo Horizonte e aos queridos profissionais (maravilhosos!) dos Centros de Saúde Ermelinda e Bom Jesus, obrigada por me acolherem entre vocês. Verdadeiramente fui apresentada à Atenção Primária e ao SUS pelo olhar de cada um que me ensinou que era possível cuidar, apesar! Eis o resultado! Queridas, Simone, Judith e Renata (s), nunca esquecerei o apoio e estímulo a ser melhor no dia a dia.

Aos pacientes que permitiram e compartilharam suas histórias comigo, sinto-me privilegiada. Reconstruí minha prática para que pudesse corresponder e honrar com meu compromisso junto a cada um de vocês.

Aos amigos farmacêuticos que são meus melhores parceiros de caminhada: Henrique, Flávia, Érika, Grazi, Daniel, Gustavo, Adriene, Patrícia, Germânia, Andréa, vamos juntos?

Aos meus familiares (Álvares e Ribeiro), vocês acreditaram em mim antes que eu acreditasse. Foram a força, a fé e a perseverança que me alimentaram durante esses 3 anos de estudo,

valeu a pena. Mãezinha, você é pura luz! Quando achava o trajeto demorado e doloroso e tive dificuldades de caminhar, lembrava da sua força e de suas lutas e vitórias, você é minha inspiração. Igor, meu companheiro de vida, sua doçura, afeto, compreensão e amor fizeram (e fazem) com que eu me sinta a mulher mais feliz e sortuda do mundo. Nêssa, irmã de alma, sua arte, no palco e fora dele, trouxe mais vida à minha história.

Amigas (esquisitas?), Fer, Naiara, Laurita, Miroca, Ju, Milene e Gabi, vocês deram “pausa” nos nossos encontros e agüentaram meus momentos de “hoje só saio com o mestrado” com muita paciência e carinho. Obrigada pelas vibrações, pela torcida, pelas energias, tudo deu certo, tem dedo de vocês nisso?

Aos queridos amigos do Frei Germano, pelo amparo espiritual diário que, me ajudando a trilhar o caminho do amor ao próximo, fizeram-me uma pessoa mais digna de todo esse aprendizado.

Ao meu pai, que mesmo não estando presente (fisicamente) entre nós, colhe os frutos do seu afeto e amor, pois sei que minhas conquistas são suas conquistas.

A Deus, que a todos nos ampara e permite que aprendamos uns com os outros, numa grande e fraternal humanidade (em construção).

Meus mais sinceros agradecimentos.

Daniela Álvares

*Quando uma criatura humana desperta para um grande sonho
e sobre ele lança toda a força de sua alma,
todo o universo conspira a seu favor.*

Johann Goethe

RESUMO

A atenção primária à saúde (APS) é o ponto central no SUS para a construção de Redes de Atenção à Saúde, cujo foco é multiprofissional, com o objetivo de atender um paciente com um caráter cada vez mais crônico. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) constitui-se em retaguarda especializada para estratégia saúde da família (eSF), atuando no lócus da própria APS. A falta de clareza do papel do farmacêutico tradicional no cuidado ao paciente dificulta a responsabilização e compreensão da sua contribuição como profissional de saúde, tornando-o vulnerável dentro da proposta de atuação do Nasf. Neste sentido, é necessário que haja uma sistematização da prática clínica do farmacêutico inserido no Nasf, visando aumentar os benefícios e a segurança para o paciente relacionados ao uso dos medicamentos e promover a inserção desse profissional na equipe multidisciplinar. O serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa (GTM) utiliza o arcabouço teórico da atenção farmacêutica, orientando atitudes e valores para que o farmacêutico assuma a responsabilidade pelas necessidades farmacoterapêuticas do paciente, prevenindo, identificando e resolvendo problemas relacionados ao uso de medicamento, constituindo uma solução possível para a sistematização dessa prática clínica. O estudo autoetnográfico foi utilizado para a compreensão da experiência de ser provedora do serviço de GTM na APS no município de Belo Horizonte. Foram utilizadas técnicas de observação participante e reflexões em diário de campo para descrever e analisar sistematicamente as experiências da pesquisadora com objetivo de compreender uma experiência cultural como farmacêutica do Nasf. Entrevistas semiestruturadas foram realizadas com outros farmacêuticos que vivenciam experiências semelhantes na APS. A análise dessas narrativas e das entrevistas levou a descobertas sobre a atuação clínica do farmacêutico na APS que foram divididas em dois artigos. O primeiro trata da descrição da experiência da transformação do farmacêutico tradicional para o farmacêutico do cuidado. A prática reflexiva promove uma alteração profunda na forma como a farmacêutica se identifica com o “cuidado” e o “paciente”, principais temas trabalhados. O segundo artigo trata da identificação dos elementos que guiam a sistematização da prática de GTM na rotina da pesquisadora. Ao longo dos resultados, a “Proposta de integração de um serviço de GTM nos fluxos das unidades de saúde” foi discutida, sendo os temas “Construção de uma nova identidade profissional na equipe multidisciplinar” e “Incorporação de novas atividades na rotina de trabalho” identificados como os elementos mais importantes para a sistematização da prática clínica no contexto

apresentado. A autoetnografia permitiu uma reflexão sobre a prática do profissional farmacêutico, trazendo à tona alguns meios para a construção da autonomia profissional através do processo de cuidar. A metodologia proporcionou um olhar crítico para a prática atual desse profissional, instigando-o a compreender o espaço do cuidado do qual pode fazer parte. Forneceu ainda elementos adequados para promover a mudança de atitude profissional e iluminou reflexões acerca das modificações necessárias no cotidiano e no quadro coletivo para a integração desse serviço na comunidade através da atenção primária. Além disso, esclareceu que a transformação da prática só é possível através da mudança de postura aliada a um ambiente que favoreça o cuidar.

Palavras-chave: Atenção Farmacêutica; Gerenciamento da Terapia Medicamentosa; Transformação de Prática Profissional; Atenção Primária à Saúde; Sistema Único de Saúde; Autoetnografia.

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) is the central point in SUS (Unified Health System) for the construction of Health Care Networks, whose focus is multi-professional, in order to take care of patients with an increasingly chronic nature. The Family Health Support Team (FHST) constitutes itself in a specialized background for family health strategy (FHS), acting in the locus of the APS itself. The lack of clarity in the role of the traditional pharmacist in patients' care makes the accountability and understanding of their actual contribution as a health professional difficult, making them vulnerable within FHST's performance proposition. In this sense, there must be a systematization of the clinical practice of the pharmacists inserted in the FHST, in order to increase benefits and patients' safety related to medication use and promote the integration of these professionals in multi-professional teams. The Comprehensive Medication Management Service (CMM) uses the theoretical framework of pharmaceutical care, guiding attitudes and values so that the pharmacist takes responsibility for pharmacotherapeutic needs of the patient, preventing, identifying and solving problems related to the use of medication, constituting a solution possible to systematize this practice. The present auto ethnographic study was used for a better understanding of the experience of being a CMM service provider in a PHC in the city of Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. Participant observation techniques and field diary observations were used to describe and systematically analyze the experiences of the researcher in order to understand a cultural experience as a FHST's pharmacist. Semi-structured interviews with other pharmacists who live similar experiences in the PHC were conducted. The analysis of these narratives and the interviews led to findings on the clinical performance of the PHC pharmacist, which were divided into two articles. The first one describes the transformation experience of the traditional pharmacist into a care-oriented pharmacist. This reflective practice promotes a profound change in the way the pharmacist identifies with "care" and the "patients", the main themes discussed in the article. The second article covers the identification of the elements that guide the CMM practice systematization in the researcher's work context. Throughout the results, the "Proposal of integration of a CMM service in the health units' flows" was discussed, and the themes "Construction of a new professional identity in a multi-professional team" and "Incorporation of new activities in the workroutine" were identified as the most important elements for the systematization of the clinical practice in the presented context. The autoethnography enabled a reflection on the pharmacist's practice, raising some means

for the construction of professional autonomy through the care process. The methodology provided criticism for the current practice of the researcher as a professional, inciting the understanding of the space of patients' care which she can effectively be part of. It also provided adequate information to promote the change of professional attitude and enlightened reflections on the necessary changes in the daily life and in the collective framework for the integration of this service in the community through primary care. Moreover, it clarified that the practice transformation is only possible through change of attitude combined with an environment that fosters caring.

Keywords: Pharmaceutical Care; Medication Therapy Management; Professional Practice Change; Primary Health Care; Unified Health System; Autoethnography.

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CFF	Conselho Federal de Farmácia
ESF	Equipe de Saúde da Família
eSF	Estratégia Saúde da Família
GTM	Gerenciamento da Terapia Medicamentosa
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PRM	Problema Relacionado ao uso de Medicamento
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	14
1.1	A Atenção Primária à Saúde e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família	14
1.2	A Farmácia e a Profissão de Saúde.....	16
1.3	Atenção Farmacêutica e o Gerenciamento da Terapia Medicamentosa	17
2	DA MOTIVAÇÃO E DOS OBJETIVOS: sobre a pesquisadora.....	19
2.1	Geral.....	19
2.2	Específicos.....	20
3	METODOLOGIA.....	21
3.1	Autoetnografia.....	21
3.2	Local de estudo.....	22
3.3	Coleta de dados.....	22
3.3.1	Observação Participante.....	22
3.3.2	Diários de campo e Reflexões	23
3.3.3	Entrevistas semiestruturadas	24
3.4	O rigor da pesquisa	25
3.5	A análise dos dados.....	25
3.6	Considerações éticas	25
4	RESULTADOS	27
4.1	Artigo de Resultados 1: Autoethnography as a Instrument for Professional (Trans)Formation in Pharmaceutical Care Practice	28
4.2	Artigo de Resultados 2: Sistematização da Prática Clínica do Farmacêutico na Atenção Primária à Saúde.....	53
5	REFERÊNCIAS	84
	APÊNDICE A.....	92
	APÊNDICE B	95
	APÊNDICE C.....	97

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 A Atenção Primária à Saúde e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família

A Atenção Primária à Saúde (APS), na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (RAS), tem suas funções ampliadas de modo a cumprir três funções: função resolutiva de atender a 90% dos problemas de saúde mais comuns, não necessariamente, os mais simples; função coordenadora de ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações ao longo das RAS; e função de responsabilização pela saúde da população usuária que está adstrita, nas RAS, às Equipes de Saúde da Família (ESF). Só é possível organizar o Sistema Único de Saúde (SUS) em redes se a APS estiver capacitada a desempenhar bem essas três funções. Só, assim, ela poderá coordenar RAS e instituir-se como estratégia de organização do SUS (MENDES, 2015). O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) foi criado em 2008 pelo Ministério da Saúde como proposta de ampliação da abrangência e resolubilidade da APS em nível municipal.(BRASIL, 2009, 2008, 2012, 2013).

A ESF é composta por um núcleo de profissionais distintos, um médico generalista, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Possuem território e número de famílias sob sua responsabilidade definidos (BRASIL, 2013). As equipes do Nasf são compostas por diferentes profissionais de diversas áreas da saúde. Esses profissionais são elencados de acordo com a necessidade cada território e em cada município, a Figura 1 exemplifica as categorias de profissionais que podem estar presentes na equipe.

O Nasf desenvolve um trabalho de retaguarda especializada às ESF, com atuação interdisciplinar e compartilhando conhecimentos em saúde. Por seguir a lógica do apoio matricial, assume a corresponsabilidade pela saúde dos usuários na perspectiva da promoção de um cuidado integral. Como o exposto, o Nasf não é porta de entrada na APS, sendo os casos a serem encaminhados para apoio discutidos na ESF junto à equipe de Nasf. Essa discussão, ou apoio matricial (figura 2), ocorre em momento protegido na agenda de todos os profissionais envolvidos, sendo de periodicidade adequada à realidade de cada cenário de prática. É nesse momento que há a escolha do(s) profissional (is) mais adequado (s) para dar o suporte desejado, seja de forma compartilhada ou individual (BRASIL, 2009, 2014).

Figura 1: Possibilidades de composição do Nasf

Assistente social; profissional de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; profissional com formação em arte e educação (arte educador); nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; médico pediatra; médico veterinário; médico psiquiatra; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico acupunturista; e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

Os farmacêuticos, conforme observado, estão entre os profissionais que podem compor as equipes do Nasf, estando presente em cerca de 40% delas em todo o Brasil (NAKAMURA; LEITE, 2016). A proposta de trabalho desse profissional na equipe é dividir sua carga horária entre atividades técnico-gerenciais, como controle do estoque dos medicamentos das Unidades de Atenção Primária (UAP) ao qual o núcleo de Nasf apóia e atividades assistenciais, como atividades coletivas, atendimentos ou visitas individuais ou compartilhadas com outros profissionais, apoiando as ESF. De acordo com as diretrizes do Nasf é importante que, para pacientes com regime farmacoterapêutico complexo, seja desenvolvida uma forma de acompanhamento farmacoterapêutico (BRASIL, 2009).

Figura 2: Lógica do apoio matricial no Nasf

Fonte: NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA – VOLUME 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano – Caderno de Atenção Básica n 39

Em 2008, o Nasf era responsável por apoiar 20 ESF e, a partir de 2012, uma nova política reguladora traz a diretriz de que cada núcleo deve apoiar a no mínimo cinco e no máximo

nove ESF (BRASIL, 2012). Em Belo Horizonte, atualmente os 59 núcleos contam com a presença de um farmacêutico.

1.2 A Farmácia e a Profissão de Saúde

Trabalho há três anos como farmacêutica membro do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) em Belo Horizonte (BRASIL, 2008; “Documento de diretrizes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família de Belo Horizonte”, 2008). Recentemente os farmacêuticos foram inseridos nesse contexto de trabalho e têm se sentido perdidos em relação à oferta do cuidado nesse nível de atenção (NAKAMURA; LEITE, 2014, 2016). Em busca de adequação à minha realidade de trabalho, há 2 anos iniciei uma jornada: desafiar minha formação tradicional como farmacêutica, no que tange ao cuidado ao paciente.

De forma geral, para as profissões da área da saúde, quando falamos de formação tecnicista nos referimos a uma formação que privilegia o conhecimento biomédico e se mostra fraca no conhecimento, nas habilidades e nas atitudes humanísticas. Isso quer dizer que formam o profissional para tratar o corpo e a doença e não a pessoa, com bom treinamento técnico de habilidades clínicas. A formação que chamamos de “tradicional” para o farmacêutico é tecnicista, mas ainda é mais deficiente, pois não os instrumentaliza com todos os conhecimentos e habilidades biomédicas necessários para uma prática clínica farmacêutica. Não se prepara para a tomada de decisão em farmacoterapia, a realizar anamnese ou exame físico, por exemplo. Ou seja, é tecnicista e voltada à tecnologia – à produção do produto farmacêutico. Assim, na área da saúde e, especificamente no Brasil, dizer que a formação é tecnicista tem outro sentido em relação a isto dito por um farmacêutico. Nossa formação é tradicionalmente tecnológica, não prioriza o cuidado em nenhuma etapa e a relação terapêutica com o paciente é posta de lado (ANGONESI; SEVALHO, 2010; FREITAS; RAMALHO-DE OLIVEIRA; PERINI, 2006).

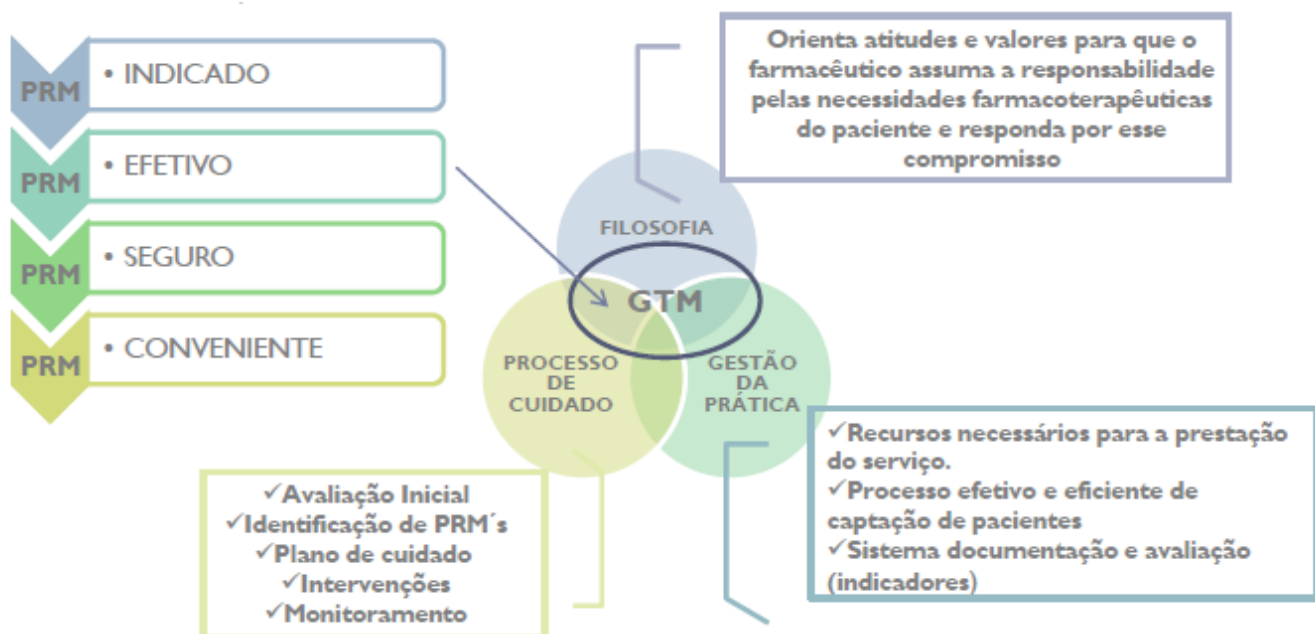
Essa formação é fruto de uma herança, o afastamento do farmacêutico, tradicionalmente conhecido como boticário do contato direto com os pacientes. Essa é uma consequência da crise na profissão após o nascimento da indústria farmacêutica e produção de medicamentos em larga escala. Esse novo sistema de produção de medicamentos incorpora um sentido simbólico ao produto, uma mistura de ferramenta terapêutica e de bem de consumo. Marca ainda a transformação e predominância da relação comercial entre o farmacêutico e a sociedade, o que naturalmente desmoralizou a profissão. No Brasil, então, o profissional

buscou aplicar seus conhecimentos e habilidades relacionados à química, à biologia e às ciências farmacêuticas em outros campos de atuação, se tornando uma profissão de formação essencialmente tecnológica.

1.3 Atenção Farmacêutica e o Gerenciamento da Terapia Medicamentosa

O *pharmaceutical care practice* é o arcabouço teórico que guia a prática clínica do farmacêutico representado pelo serviço de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM), ou *Comprehensive Medication Management (CMM)* (MCBANE *et al.*, 2015; MCINNIS; CAPPS, 2016; MCINNIS; STRAND; WEBB, 2012). Este serviço foi desenvolvido por Cipolle, Strand e Morley (CIPOLLE, STRAND., MORLEY, 2012) em 1998 para atender à demanda de redução de morbi-mortalidade relacionada ao uso de medicamentos como uma das consequências do movimento da Farmácia Clínica na década de 70 nos Estados Unidos (ROSENTHAL *et al.*, 2016). A filosofia da prática orienta atitudes, valores e responsabilidades para que o farmacêutico assuma a responsabilidade pelas necessidades farmacoterapêuticas do paciente e responda por esse compromisso. O papel principal desse profissional ao cuidar de um paciente é a prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM) (CIPOLLE, STRAND, MORLEY, 2012; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

Figura 3: Componentes da Atenção Farmacêutica e o Serviço de GTM



Existem diversos trabalhos que abordam as barreiras e dificuldades para implementação da atenção farmacêutica, cuidado farmacêutico ou *pharmaceutical care practice* (CIPOLLE, R. J., STRAND, L. M., MORLEY, 2012; DOSEA *et al.*, 2015; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011) em todo o mundo (DUGAN, 2006; ELROD *et al.*, 2012; OLIVEIRA, A. B. *et al.*, 2005; ROBERTS *et al.*, 2005; SIR *et al.*, 2014; UEMA *et al.*, 2008). Todos eles apontam a formação tradicional do farmacêutico e a ausência de percepções da necessidade do cuidado farmacêutico pelos próprios farmacêuticos nos ambientes de trabalho, por outros profissionais de saúde e/ou pacientes como alguns dos principais dificultadores.

No Brasil, Ramalho de Oliveira (2011) trouxe a prática clínica nomeando-a atenção farmacêutica com a mesma proposta de cuidado do *pharmaceutical care practice* e propõe o primeiro método de tomada de decisão racional sobre farmacoterapia para a profissão de Farmácia (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011). Na prática do GTM, inicialmente, o profissional avalia e decide se todos os medicamentos utilizados pelo paciente são indicados, efetivos e seguros, para então fomentar sua adesão. Seguindo essas etapas, o farmacêutico determina se o paciente apresenta algum PRM, elabora um plano de cuidado para solucioná-lo e posteriormente avalia os resultados da sua intervenção (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

2 DA MOTIVAÇÃO E DOS OBJETIVOS: sobre a pesquisadora

Sou graduada em Farmácia pela Universidade Federal de Minas Gerais com habilitação em indústria em 2006. Tenho uma trajetória profissional que representa a formação tradicional do farmacêutico no Brasil. Trabalhei por 2 (dois) anos em uma grande indústria de medicamentos em São Paulo, 4 (quatro) anos em uma grande rede de drogarias em Belo Horizonte, 1 (um) ano como inspetora da vigilância sanitária no Estado de Minas Gerais e estou desde 2012 na APS como membro do Nasf. Desde então, tenho passado por um processo de capacitação no cuidado, complementando e transformando minha formação tradicional. Tenho aprendido um processo de tomada de decisão em farmacoterapia usando a atenção farmacêutica como arcabouço teórico e o serviço de GTM como método clínico. Decidi acompanhar meus pacientes de forma sistematizada Minha proposta de trabalho para a parte assistencial como farmacêutica no Nasf inclui cerca de 20 horas de atendimento por semana, 10 horas por UAPS e atendo a uma média de 30 pacientes por mês, possuindo mais de 60 pacientes em acompanhamento, atualmente.

Considerando todo o contexto exposto, não previa como seria impactante essa trajetória de transformação. Queria desafiar minha formação, transformá-la e reconstruí-la, trilhando o caminho do cuidado na atenção primária para compreender o que era estar inserida nesse contexto. Instigava a minha inclusão em uma equipe multiprofissional: o que aqueles profissionais estavam fazendo juntos? Como eu poderia ser parte disso? Quais eram as minhas limitações? Como poderia auxiliar os pacientes que chegavam até mim? Como cumprir meu papel social? A partir disso, foram estabelecidos objetivos que pudessem iluminar esses questionamentos.

2.1 Geral

Compreender a experiência de ser uma provedora de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM) na Atenção Primária (como membro do Nasf) do município de Belo Horizonte.

2.2 Específicos

- Descrever a experiência do processo de transformação profissional do farmacêutico tradicional para o farmacêutico do cuidado;
- Revelar os pontos chave para a sistematização do serviço de GTM dentro do contexto das responsabilidades atuais do profissional farmacêutico no cenário da atenção primária e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf).

3 METODOLOGIA

3.1 Autoetnografia

Autoetnografia é um estilo de escrita autobiográfica que é utilizada na pesquisa qualitativa a fim de explorar uma experiência individual e única e relacioná-la com uma cultura (ELLIS; ADAMS; BOCHNER, 2011). Esta técnica formaliza uma atitude reflexiva como processamento de um método de pesquisa, potencializando o desenvolvimento da consciência crítica. A postura reflexiva na pesquisa e na prática, principalmente, oferece mais do que um processo de verificação. É um processo que em si profere novos entendimentos e ações de transformação. Como um processo de reflexão, autoetnografia é uma maneira de melhorar o rigor do processo de geração de consciência crítica onde quer que estejamos inseridos (MCLLVEEN *et al.*, 2010).

Isso significa que, focar nos aspectos sociais e culturais no contexto ao qual o pesquisador está inserido é mais do que escrever sobre ele mesmo, ele começa a se questionar sobre o que está acontecendo e por que está acontecendo. Além disso, quando se escreve sobre isso e outras pessoas lêem e se reconhecem, cria-se um “espaço para diálogo, debates e mudanças” (JONES, 2005).

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

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

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

contexto de vida (BOSSLE; NETO, 2009; CHANG, 2008; ELLIS; ADAMS; BOCHNER, 2011).

Neste estudo, a escrita reflexiva promovida pela autoetnografia forneceu descrições ricas de um fenômeno complexo, favorecendo uma exploração inicial sobre as alterações de rotina necessárias para implantação de um serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa para sistematização de uma prática de trabalho clínico de um farmacêutico do Nasf.

3.2 Local de estudo

Esta pesquisa foi realizada em duas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) localizadas no distrito noroeste de Belo Horizonte. As populações adscritas a estas unidades são de 22.000 e 15.023 usuários atendidos por, respectivamente, 6 (seis) e 4 (quatro) eSF. Os pacientes atendidos pelo Nasf são encaminhados pelas ESF e pelos próprios profissionais do Nasf entre si. Atualmente, todos os 59 núcleos de Nasf em Belo Horizonte possuem um profissional farmacêutico. A oferta do serviço clínico é uma realidade dentro do escopo de trabalho do Nasf, mas os farmacêuticos não têm uma padronização ou sistematização da forma de ofertar esse serviço. As condutas são individualizadas de acordo com o perfil e conhecimento prévio de atuação clínica de cada profissional. Há uma grande variação de condutas, entendimento e compreensão do cuidado em saúde.

3.3 Coleta de dados

A coleta de dados foi feita por meio de diários de campo, reflexões e entrevistas sobre o processo de transformação profissional e sistematização da prática no período de 1 (um) ano, outubro de 2014 a outubro de 2015.

3.3.1 Observação Participante

A observação participante é usada para entender e interpretar comportamentos culturais. É baseada no paradigma construtivista de que sinaliza a importância do contexto e da co-construção de conhecimento entre pesquisador e pesquisado (MULHALL, 2003). Ela é constituída de três etapas. A primeira etapa consiste da aproximação do pesquisador do objeto ou grupo social de estudo. Normalmente é uma etapa longa e difícil, pois o pesquisador precisa trabalhar com as expectativas do grupo e com a desconstrução de bloqueios, como a

desconfiança e reticência do grupo. A segunda etapa consiste no esforço do pesquisador em se apropriar e construir uma visão de conjunto da comunidade em questão. A observação do cotidiano para identificação de pessoas-chave e o levantamento de documentos oficiais que reconstituam a história do grupo e do local são as técnicas mais comumente empregadas (QUEIROZ *et al.*, 2007). Levando em consideração que a pesquisadora estava inserida e aceita no seu campo de pesquisa, por ser parte integrante dele, duas das três etapas iniciais necessárias para o sucesso da observação participante foram eliminadas. Iniciou-se a observação participante a partir da terceira etapa, que consiste da coleta e análise de dados. Essa abordagem favoreceu um registro fidedigno desde o princípio.

A partir do momento em que os diários de campo começaram a ser estruturados, a pesquisadora se posicionou como tal em seu campo de trabalho para, dentro de um contexto complexo de atividades diversas, saber observar e identificar atitudes e valores culturais que se correlacionem com seu campo de pesquisa (QUEIROZ *et al.*, 2007). Observação participante com registro em diários de campo foi realizada de outubro de 2014 a outubro de 2015. As reflexões prosseguiram sempre que a vivência no contexto proporcionava elementos que pudessem contribuir para a elucidação/enriquecimento dos dados.

3.3.2 Diários de campo e Reflexões

Na pesquisa qualitativa, especialmente autoetnográfica, o processo de coleta de dados nem sempre é sequencial ou separado de sua análise e interpretação. Ao contrário, esse processo é frequentemente intercalado e interativo com sua análise e interpretação, o que gera reflexões acerca do que ocorre (ELLIS; ADAMS; BOCHNER, 2011). À medida que a imersão no campo de trabalho ocorre e essas reflexões evoluem, o pesquisador pode modificar sua forma de posicionamento, identificando em questões que antes eram consideradas irrelevantes, um papel fundamental, ou vice-versa.

Para cumprir com o termo *auto* da metodologia, passei a compor diários de campo assim que comecei a frequentar a disciplina de Atenção Farmacêutica em meu retorno à academia. Essa disciplina, ministrada por uma profissional reconhecida como referência na área (RAMALHO-DE OLIVEIRA, 2011), iniciaria minha capacitação para sistematização da minha prática profissional dentro do meu contexto de trabalho. Prossegui com esses diários até um ano após o início da transformação de minha prática, cumprindo com o termo *grafia* da metodologia, ou seja, registros sistemáticos. Esses diários estão então recheados de

percepções sobre mim mesma, sobre os outros (pacientes e profissionais) e como eu passei a me relacionar com eles sob a ótica do cuidado centrado na pessoa, sobre as dificuldades inerentes ao processo de transformação e sistematização da oferta do cuidado (gastei bons meses nessa parte) e, finalmente, sobre as realizações que conquistei através desse esforço de transformação do técnico e fragmentado para o cuidado propriamente dito. O objetivo era compreender uma experiência cultural (*etno*) e relacionar-me com essa cultura (CHANG, 2016; ELLIS; ADAMS; BOCHNER, 2011).

3.3.3 Entrevistas semiestruturadas

Na pesquisa qualitativa, a amostragem é guiada pela necessidade de selecionar dados que possam gerar níveis de compreensão robustos, ricos e profundos (MULHALL, 2003; SANDBERG, 2005). Portanto, 4 (quatro) farmacêuticas do Nasf com conhecimento do método clínico e experiência prévia em atenção farmacêutica, mas sem a sistematização da rotina de trabalho, foram entrevistadas com objetivo de iluminar as percepções da pesquisadora em relação à oferta do cuidado, obtidas durante o período de coleta de dados. Mais 1 (um) farmacêutico do Nasf sem conhecimento prévio em atenção farmacêutica foi entrevistado após leitura dos materiais que representam o arcabouço teórico da atenção farmacêutica com o objetivo iluminar o processo de transformação profissional.

O número de participantes, as entrevistas com cada um deles e o total de entrevistas foram limitadas de acordo com o índice de saturação (CRESWELL, 2013), ou seja, foram realizadas até o momento em que nenhuma informação nova emergiu do roteiro pré-determinado para a pesquisa. Deve-se sinalizar ainda que, dentro do período de realização dessa pesquisa, apenas as farmacêuticas entrevistadas tinham o conhecimento necessário em atenção farmacêutica para contribuir com os objetivos deste trabalho. As entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente, sendo os arquivos destruídos após esse processo. Os tópicos da entrevistas foram semi-estruturados (Apêndice A) tendo como base a rotina de um farmacêutico no Nasf, o processo de cuidado preconizado por um serviço de GTM e a análise prévia dos dados emergidos dos diários de campo e reflexões da pesquisadora. Todos os entrevistados assinaram termo de consentimento livre e esclarecido e tiveram suas identidades mantidas em sigilo.

3.4 O rigor da pesquisa

Uma das formas mais populares para se buscar confirmações em pesquisas qualitativas é a técnica de triangulação. A triangulação refere-se ao uso de múltiplos métodos, técnicas de coleta ou fontes de dados, na tentativa de superar parcialmente as deficiências que decorrem de uma investigação ou de um método (AZEVEDO *et al.*, 2013). Neste trabalho, a triangulação foi alcançada com o uso de observação participante, entrevistas, reflexões, e notas em diário de campo.

3.5 A análise dos dados

Todos os dados foram transcritos (entrevistas/diários de campo e reflexões) e analisados linha a linha com auxílio do software NVivo10

Inicialmente foi feita uma leitura de primeiro plano para atingir os níveis mais profundos, é nesse momento que a pesquisadora deixou-se impregnar pelo conteúdo do material. Após, realizou-se uma exploração do material com o objetivo de codificação/identificação de temas. Como etapa final, é elaborada uma síntese interpretativa através de uma redação que possa dialogar temas como objetivos, questões e pressupostos da pesquisa.

Pode-se considerar a categorização como uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com critérios previamente definidos. As categorias são classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) sob um título genérico.

Com esse procedimento atingiu-se uma interpretação, pois foi possível realizar uma síntese entre: as questões da pesquisa: os resultados obtidos a partir da análise do material coletado, as inferências realizadas e a perspectiva teórica adotada (MINAYO, 1994).

3.6 Considerações éticas

Esta pesquisa foi projetada de acordo com a resolução nº466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura de Belo Horizonte e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG, em 28 de maio de 2014 sob o número de CAAE 25780314.4.3001.5140

As participantes da pesquisa foram convidadas e receberam informações sobre os objetivos do estudo, da ausência de incentivos financeiros e da sua liberdade para abandonar a pesquisa a qualquer momento. Foi garantida a confidencialidade da identidade e a preservação do anonimato. Todas assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) disponível no Apêndice A.

4 RESULTADOS

É essencial compreender o processo de transformação profissional do farmacêutico tradicional para o farmacêutico da atenção farmacêutica, ou do cuidado, para que se possa discutir então a sistematização da prática profissional do farmacêutico no serviço de saúde. Os resultados desse trabalho foram então didaticamente divididos nesses dois grandes temas (transformação e sistematização), mas que ocorreram de forma concomitante. A prática diária no esforço da padronização de uma conduta clínica é que proporcionou ambiente propício à reflexão e alimentou o processo de transformação da pesquisadora.

O que diz respeito às competências necessárias para cuidar, tomar decisões e assumir responsabilidades foi relatado no primeiro artigo como parte deste estudo autoetnográfico:

“A autoetnografia como Instrumento de (Trans)Formação Profissional em Atenção Farmacêutica”, traduzido para o inglês como *Autoethnography as a Instrument for Professional (Trans)Formation in Pharmaceutical Care Practice*: abordou o impacto da compreensão dos temas *o cuidado e o paciente* na rotina da pesquisadora enquanto cuidadora. Submetido à revista *Qualitative Inquiry* em 13 de agosto de 2016 (APÊNDICE C).

Avançando então para a percepção da necessidade do cuidado farmacêutico pelos sujeitos envolvidos (farmacêuticos, outros profissionais e pacientes), faz-se necessário produzir conhecimentos sobre a oferta de serviços de GTM implantados nos serviços de saúde. O segundo artigo “Sistematização da Prática Clínica do Farmacêutico na Atenção Primária à Saúde” indentificou e discutiu temas que seriam os pontos-chave para integração de um serviço padronizado de cuidado ao paciente, GTM, na rotina do farmacêutico no Nasf, submetido à revista *Trabalho, Educação e Saúde*.

4.1 Artigo de Resultados 1: Autoethnography as a Instrument for Professional (Trans)Formation in Pharmaceutical Care Practice

Abstract

Pharmacists' recent inclusion in primary healthcare in Brazil through the Family Health Support Team has been leading them to reflect on their own attitudes, behaviors, roles and the need for change: from a professional focused on medications to a professional focused on individuals. This autoethnography allowed the researcher to confront her perspectives on clinical practice between 2014 and 2016, a period when she decided to challenge her traditional training as a pharmacist centered on medicines. Using pharmaceutical care practice as the theoretical framework that invites the profession of pharmacy to change, the methodology utilized urged the authors to collaborate to construct a monologue that encourages readers to engage in the research findings, proving the versatility of application of the reflective process provided by autoethnography. Through fieldwork, reflective writing and interviews, the pharmacist discovered a new way to relate to "caring" and "patients" in her daily routine.

Nowadays, it is essential that pharmacists participate in knowledge construction as members of multidisciplinary healthcare teams. Their recent inclusion in primary health care in Brazil through the Family Health Support Team, in 2008, has been leading pharmacists to reflect on their own attitudes, behaviors, roles and the need for change: from a professional focused on medications to a professional focused on individuals. These teams provide support to the Family Health Strategy, the foundation of primary care that consists of a doctor, nurse, nursing assistant and community healthcare worker. The multidisciplinary teams are part of an important strategy created in 2008 by the Ministry of Health as an initiative to expand the range and effectiveness of Primary Health Care (PHC) on a municipal level. They function as a specialized, multidisciplinary backup support, taking responsibility for guaranteeing optimal

health outcomes and for promoting comprehensive care. Moreover, they assist with interdisciplinary activity and knowledge sharing in health. Thus, the public health system is structured in Brazil in such a way that PHC coordinates care and allows for effective transitions of care (Brazil, 2006, 2008, 2009, 2012).

Pharmacists are among the professionals who frequently comprise the multidisciplinary healthcare teams, being present in about 40% of them (Nakamura & Leite, 2016). They are tasked with dividing their workload between managerial and patient care activities. The former includes the control of the Primary Care Units' medicine inventories. The patient care activities include group activities, individual consultations, and home visits completed individually or with other professionals. According to the PHC guidelines, it is important for patients with complex medication routines to receive some form of pharmacotherapeutic monitoring. However, these guidelines do not specify how this monitoring should be done nor there is any systematization of patient care activities (Brazil, 2009).

Therefore, searching to better adapt to this work reality, two years ago the first author started a journey aiming to challenge what she had learned training for her traditional role as a pharmacist with regards to care. In general, in the health professions, when we refer to a technical preparation, we refer to an education that focuses on biomedical knowledge and lacks focus on humanistic skills and attitudes. This means that the educational programs usually prepare the professional to treat the body and the disease (with good performance in clinical skills), but not the person. By comparison, in Brazil, the most traditional pharmacy schools are not even preparing pharmacists with the technical knowledge needed to take care of patients, let alone deliver a person-centered education. We neither learn to make decisions about pharmacotherapy nor how to perform anamnesis, physical examinations or interpret clinical exams. This has been the first author's preparation as a pharmacist. As such, her

preparation relied mostly on technicalities associated with the production and quality control of drug products. Thus, acknowledging that her preparation was mostly technical has a very different meaning in the pharmacy profession as compared to the other health careers. As a result, the nuances involved in taking direct patient-care responsibilities and the construction of a therapeutic relationship with the patient is overlooked in most pharmacy curricula (Freitas, Ramalho-de Oliveira & Perini, 2006; Angonesi & Sevalho, 2010).

That preparation is part of a heritage, rooted in the decline of the pharmacist traditionally known as the apothecary, who prepared and sold drugs, but had a therapeutic and trusting relationship with his clients. The end of the apothecary era coincided with the birth of the large-scale production of medicines by the pharmaceutical industry. This new system of the production of medicines incorporated a symbolical meaning in the product, a fusion between a consumer good and a therapeutic tool, and engendered the transformation and predominance of the commercial relationship between the pharmacist and society. This process has consequently demoralized the profession. In Brazil, pharmacists came to apply their knowledge and skills related to chemistry, biology and the pharmaceutical sciences in several work areas (industry, management, food analysis) not related to patient care. As a result, pharmacy became an essentially technical profession, estranged from the patient and from the healthcare team.

In the 70s, in several countries, the movement of Clinical Pharmacy gained strength, and, in the United States, it culminated with the advent of Pharmaceutical Care Practice in 1990 (Ramalho-de-Oliveira, 2011; Cipolle, et al. 2012). This movement called for a major transformation in the profession of pharmacy as it positioned the patient at the center of the practice of the pharmacist and caring as his or her main mission. It also proposed a philosophy of practice, a patient care process and a practice management system (Cipolle, et al. 2012), components that are also an integral part of any healthcare profession.

Pharmaceutical care is a professional practice that was created to meet the social need for more effective and safer use of medications. Following this approach, the pharmacist assumes, along with the patient and the healthcare team, commitments and co-responsibilities related to the patient's pharmacotherapy. The patient care process involves attending to the patient's perspectives and culture, aiming at comprehensive, coordinated and holistic care. This process (sometimes referred to as patient-centered care) also involves a rational and systematic decision making process about medications that increases the pharmacist's effectiveness and efficiency. In this system, the pharmacist will always evaluate the pharmacotherapy of any patient through the same process, starting with the assessment of the need/indication of the medication, then evaluating its effectiveness to reach the patient's therapy goals, checking its safety in light of all comorbidities, and finally considering whether it is convenient for the patient to take the medication as professionally recommended (Cipolle, et al. 2012; Sorenson et al. 2016). Furthermore, this rational thought process has the potential to increase the reproducibility of the practice and communication among pharmacists and among pharmacists and other health professionals.

The work discussed here emerged from a pharmacist's search for a clearer identity as a health professional as well as her desire to systematize her clinical practice as a member of a multidisciplinary healthcare team in PHC. This process occurred as she attempted to deliver Comprehensive Medication Management services (CMM) through face-to-face individual consultations, following the framework of pharmaceutical care practice (Ramalho-De-Oliveira, 2011; McBane et al., 2015; Ramalho-De-Oliveira, & Alves, 2015).

The objective of this paper is to describe the first author's experience of transformation from a technical professional focused on medications to a caring professional focused on people. It is also the goal to uncover the role of autoethnography to stimulate reflection, critical thinking and new understandings about oneself.

Methodology

Autoethnography is a style of autobiographical writing used in qualitative research with the purpose of exploring an individual experience and relating it to a culture (Ellis, Adams & Bochner, 2011). It formalizes a reflexive attitude as a process within a research method, enhancing the development of critical consciousness. The reflexive posture in research and in the field offers more than just a process of verification. It creates, by itself, new understandings and actions of transformation. As a process of reflection, *auto-ethno-graphy* is a way of improving the accuracy of the process of developing critical consciousness (McIlveen, Beccaria, Preez & Patton, 2010). To fulfill the *autobiographical* aspects of that methodology, the first author kept a field journal starting her first day in the Pharmaceutical Care course that she enrolled in when she returned to the university looking for possible solutions for her clinical practice. This course, taught by a professional recognized as a reference in pharmaceutical care practice in Brazil (Ramalho-de Oliveira, 2011), started her training for the systematization of professional practice within her work context. The journal was filled with reflections and insights about herself; the inherent challenges of the process of transformation and systematization of the process of care; and, finally, the achievements attained with the effort of changing from a technical to a caring professional. These field notes were based on the first author's perceptions about patients, about professionals, and about how she related to them as she started focusing on caring for each individual person. The objective was to understand a cultural experience (*ethno*) and to relate to that culture (Ellis et al. 2011; Chang, 2016). She continued with these journals for 12 months until one year after the transformation of her practice, thereby meeting the term *graphy* of the methodology, that is, systematic registries. Moreover, semi-structured interviews were conducted with five (5) pharmacists, also members of Family Health Support team in PHC, to

understand their experiences as novice patient care providers and members of the health care team.

The data that emerged formed a mixture of data that, at first, seemed confusing. It included information about the patient and his/her experiences; the first author's beliefs, fears, and distresses about being a health professional without a clear definition of her responsibilities toward the patient; the shift in paradigms she needed to live through to accept a different professional mission; pharmacists' experiences as patient care providers; and other experiences that emerged and needed contextualization. The data was organized with the help of Nvivo 10[®] software, which facilitated management of the data and the thematic analysis. The two main themes, "Caring: is it a matter of choice?" and "The Patient: encountering the person behind the medication", were constructed jointly by the co-authors who are engaged in pharmaceutical care research and collaborated in the data analysis. These themes will be presented as a set of dialogues of the first author with herself in the beginning of the process (2014) and now (2016). The dialogues are a form of representation of the units of meaning contained in the field journal and in the interviews with the pharmacists. The study was approved by the Ethics Committee at the Federal University of Minas Gerais and by the institution where the study was conducted.

Results

Initial Thoughts

Dani (2016): I have just come to a conclusion and I have got to share it.

Dani (2014): Surely you do...

Dani (2016): It happened when I was reading this: Can autoethnography be considered a research methodology that promotes transformation? The answer is encouragingly positive! According to Diana Raab (2013), "... the transpersonal relevance of an auto ethnographical

study comprises the idea of promoting self-awareness and self-discovery, which can lead to transformation” (cited in Custer, 2014). Custer goes on to state that:

The transformation occurs in a dramatic way to the individual who is brave enough to reveal himself to the world and promptly board on a fantastic journey. This also happens with those who share the process of introspection, reflection and contemplation with the researcher (such as, readers, public and other researchers). Autoethnography is a transformational research method because it changes time, demands vulnerability, promotes empathy, incorporates creativity and innovation, eliminates borders, regards subjectivity, and brings therapeutic benefits (Custer, 2014).

Dani (2014): And what have you discovered?

Dani (2016): That doing autoethnography catalyzed my entire process of professional transformation!

Dani (2014): But was not that the idea? To experience the change of a pharmacist from a traditional technical professional to a caring one and to construct a report about this experience? Isn't that what my master's project was?: Being a provider of Comprehensive Medication Management (CMM) services in primary care as a pharmacist of the Family Health Support Team: an autoethnography of professional transformation.

Dani (2016): Well, certainly... However, I was struggling to find the path of transformation from technical to caring professional in my data. Trying to find the elements of my understanding of Pharmaceutical Care. However, I see that the best part of the experience is the path itself. I wanted to describe what to expect after the transformation (in terms of my place as a health professional, my self-confidence, and empowerment) and how the resulting knowledge has become part of me. I guess I was searching for something more specific.

Dani (2014): Hum... Like what?

Dani (2016): Maybe I was looking for the elements to teach a process of transformation, do you understand?

Dani (2014): Vaguely... Are you looking for a step-by-step process that could be taught to pharmacists?

Dani (2016): Exactly! But, I have come to see it was not going to be like that. The answer I was looking for is: reflection. It seems that the answer was there all the time. I was not considering the methodology as part of my process of transformation to a professional who takes care of patients. I was using it only as a way of collecting data. Actually, the methodology was a way to achieve the main result: the transformation itself! It was then that I really understood that autoethnography fulfills both roles: the process and the product (Ellis et al. 2011).

Dani (2014): And what did that reflection bring?

Dani (2016): In the analysis of my field journals, two major themes emerged: (1) Caring: it's not just a word! and (2) The Patient: yes, I have to know him. I will discuss them further.

Caring: Is it a matter of choice?

Dani (2014): I have returned to the university to take an elective course in the pharmacy professional program, the same course I previously chose not to take during my years in pharmacy school. The course is about taking care of patients. At that time, that is, during pharmacy school, I did not understand how the marketplace could absorb that kind of knowledge. I thought it was some sort of "niche" of work.

Dani (2016): That's true. At that time, it was not easy to understand that pharmaceutical care should not be seen as a choice or something optional in the profession of pharmacy. You will understand what I mean later on. So, going back to the university to take

that particular class was the trigger of all the work being done here. But tell me the feeling at the beginning of your participation in the class.

Dani (2014): It is the first day of pharmaceutical care class. I enter the classroom full of students from the second through the seventh semester of pharmacy school. I am in the class, me and my humongous and disorganized baggage of 10 years working as a pharmacist and all the jobs that a traditional pharmacist is exposed to after graduation. In that first class, the teacher draws a triangle on the blackboard. Each side of the triangle was filled with these terms: philosophy of practice (the base), patient care process and practice management system (sides). A simple and, at the same time, bold representation of a profession.

Dani (2016): Yes. Today I see that the purpose of the triangle was to ‘discuss how the practice with the patient works and which values are inserted in the encounter between the pharmacist and the person who uses medications’ (Ramalho-de Oliveira, 2011).

Dani (2014): Well, the class begins and students need to answer the question of what caring means. Everyone babbles simplistic definitions, such as taking care of a person and treating someone gently or giving attention to someone. I realize that I do not know what caring is. Rather, I do not know what care means in the healthcare context; neither do my younger classmates. I am quite distressed by this discovery.

Dani (2016): I remember that day. I started to follow up on my professional activities daily by writing reflections about caring as the foundation of my journal. I came to understand that the practice of care is associated with all health professions and it involves comprehensive care and the development of inter-relations (professionals-people-institutions) in a respectful, resourceful and reliable way (Pineiro, 2009). All professionals who treat patients have an ethical obligation to take responsibility for the decisions and actions taken and for the results achieved with them.

Dani (2014): I begin to develop awareness that care is not optional in the context of my work in primary care in the public health system. Thus, it seems important to me to take some time to reflect on my practice, as I am meeting patients daily. All of my readings about pharmaceutical care practice make so much sense since they become answers to my longing to know how to take care of the patient. I start to realize the issue of choice. As a pharmacist, can I choose to be or not to be a healthcare professional? Is it my responsibility to take care of patients? Where is that assumption within the Pharmacy profession?

Dani (2016): Indeed. At that moment, I was linking theory to practice. At every consultation and journal entry, I would ponder the meanings associated with the process of care, just as the professional practice of pharmaceutical care proposes: “it is expected that all healthcare professionals treat their patients using a rational decision-making process. Besides, it is not possible to really take care of the patient if we do not follow up with him to evaluate the results of the decisions we made” (Ramalho-de Oliveira, 2011, p.87).

Dani (2014): Gosh! It is unbelievable. I realize the lack of knowledge about patient care itself, something that seems so obvious in the healthcare arena. I see how fragile my knowledge is. There is no point in knowing, or possessing knowledge, without applying that knowledge somewhere: in the patient’s life, in monitoring the progress of disease states, in the identification of drug therapy problems (DTP) – a type of knowledge that I am starting to learn how to apply in my work process. My knowledge is too dispersed... It feels like I am chasing ideas floating in my head without any order. I know. I know a lot... and nothing at the same time. As I look at the prescription presented by the patient, several mechanisms of action come to mind. Maximum doses, potentially dangerous combinations... It is useful knowledge, definitely, but I do not know what to do with it. Pharmacology seems loose and pathetic when facing a life, a person that needs help. I do not know anything about human

experiences, clinical work or decision-making processes. Honestly, my feeling is that the patient may be wasting time with me. Impotence becomes a usual feeling.

Dani (2016): I remember that! Today I look at the technical knowledge I learned, knowledge without a face, disconnected from the health context, and compare it with the pillars of education proposed by UNESCO: learning to know, learning to do, learning to be and learning to live together (Brazil, 2010). It was from this feeling of frustration that I went in search of something that could connect the technical information I already possessed with a logical clinical reasoning process. I was seeking a better preparation as a health professional. Where should I start? How to approach the patient? How to evaluate the individual, physically and clinically, in order to generate knowledge for rational decision making in pharmacotherapy? Please, remind me how my work process was like at that time.

Dani (2014): I confess that at some point I wonder whether the Community Health Workers could help me with the task of organizing the medications for every patient that the health team suspected was not using their medication properly. After all, that is the main reason most professionals refer patients to me! They expect me to make sure patients take their medications as prescribed.

Dani (2016): I did that with plenty of patients: I educated them to accept and follow the prescribed treatments. I did that without first assessing whether the products were or would be effective and safe for that particular person within the unique context of their lives. Today I call that approach compliance-based practice. That is, intervention without a comprehensive care process, without accountability, without a systematic form of decision-making and, therefore, with uncertain and possibly risky results (Sorensen, Pestka, Brummel, Rehrauer, & Ekstrand, 2016).

Dani (2014): I realize there is something wrong. What is my field of knowledge? Would any training prepare me to solve the problem I was designated to solve as a pharmacist

(Campos, 2000)? My sense that something is wrong seems to me to be a sign that I am not using the same tools that other healthcare professionals use (or should use) when they are called upon to solve a problem. Besides that, I detect my lack of clarity about my own responsibilities when I am communicating or giving recommendations to the health team. I am afraid I am taking all kinds of professional roles, except the one I should be taking. What is my role anyway? I try to organize my thoughts.

The need to understand my practice through autoethnography forces me to interact with who I was in the past, and to confront the new professional I am becoming in the process of learning the clinical practice (Custer, 2014). My overly technical preparation, with no notion of care in the healthcare field, is constantly highlighted in my thoughts. My role with the patient is not clear. I am confronted, challenged, moved and becoming transformed by what I am learning.

The Patient: encountering the person behind the medication

Dani (2014): The reflections go on and on. And, now, I ask myself the function and the importance of the philosophy (the base of the triangle) of Pharmaceutical Care Practice. Just as I wonder about the meaning of care in health, I do not understand what a professional practice philosophy is. Actually, I realize that no one in the class does. I remember my student years. Would these students manage to fit that knowledge in the routine of the compulsory curriculum proposed by the college of pharmacy? A curriculum that honors fragmented knowledge and is unaware, or ignores, the role pharmacists should play in healthcare? A curriculum that does not include the person as part of its subject matter?

Dani (2016): Today I understand that for me it all started making sense only because I had the opportunity to reflect on those concepts along with my practice. Therefore, I could engage in critical thinking and make use of tools such as a theoretical framework and a

community of practice to help me achieve the desired change in my professional practice. As Paulo Freire (1987) explains in *Pedagogy of the Oppressed*:

... if men are made of 'what to do' it is exactly because their doing is action and reflection. It is praxis. It is the world transformation. Moreover, just as every 'what to do' is praxis, everything that is done of that 'what to do' must have a theory to guide it. The 'what to do' is theory and practice. Reflection and action
(Freire, 1987, p.70).

An environment supportive to care, Primary Health Care, surrounded me. From there, I started searching for new concepts about professional practice. I have understood that, as Rios (2008) points out, professional expertise articulates four dimensions as inseparable components: a technical dimension, which refers to the gathering of knowledge in that particular field of work; an aesthetic dimension, which relates to the sensibility of individuals in interpersonal relations that occur in their work, that is, being sensitive to events that exist in your relationship with your practice; a political dimension, as the work is done in a social context that determines it; and an ethical dimension, which is the dimension that underlies competence, since the other dimensions will earn their full meaning when guided by ethical principles, such as respect, justice and solidarity (Rios, 2008).

Dani (2014): Interesting! Those dimensions are in accordance with the philosophy of Pharmaceutical Care, which defines the values and responsibilities that provide the basis for this professional practice. This philosophy determines the performance expectations for each professional, in their practice with each patient (Ramalho de Oliveira, 2011).

Dani (2016): Yes, nowadays I am able to understand what that professional philosophy, as a mission, provides: it responds to a social demand, describes the pharmacist's responsibilities, defines a practice that is holistic and centered on the patient and promotes care through a therapeutic relationship (Ramalho de Oliveira, 2011).

Dani (2014): The pharmacist's responsibility, which I begin to incorporate in my daily practice, is to meet all pharmacotherapeutic needs of the patient, through the identification, prevention and resolution of problems – experienced or potential – related to the use of medications (Ramalho de Oliveira, 2011). Based on the premise of my responsibility with the patient, I articulate the care process. In my work context, I realize that as pharmacists we constantly try to solve problems without understanding what the individual, who is the focus of our attention, has to say and what he or she considers to be a problem. We tend to ignore the entire path they have walked in life until getting to the chair in front of us.

Dani (2016): Exactly! You will soon realize that the analysis of my reflections from the time you describe revealed interesting aspects of my professional practice during that period, the period before my encounter with pharmaceutical care. At that time, my practice was focused on the technical aspects of medicines and the lack of definition of my professional responsibility was apparent. It was unclear for me and for my colleagues what kind of problem our profession was responsible for solving and how we should make consistent and rational decisions. Today I understand that not considering the patient's life context can be associated with medical errors. This means that I was putting the patient at risk (Weiner et al., 2010).

Dani (2014): These terms ring a bell. Now I am starting to see that when I tell the patient that he or she should be compliant with a prescription, I am patronizing if I consider that compliance should happen unilaterally and without dialogue. I am beginning to understand that just because patients have a prescription, it does not mean that they should follow it without questioning. I usually do not consider the patient to be the person in the best position to make a decision that will affect his or life; therefore, I do not see him/her, I do not understand him/her.

Dani (2016): Yes. You bring to mind how I used to see myself: as a medication specialist. I now realize that underneath that narrow attitude lays the lack of responsibility for the patient's pharmacotherapy, which has been due to the absence of clinical reasoning and skills to intervene in the patient's life as a health professional. I did not have the ability to perform a physical examination, or to recognize signs and symptoms; or to direct my questions according to the pharmacotherapy in use. I was not aware of the patient's medication experience nor had knowledge of the therapeutic goals for the patient's health problems. I knew what a dosage form was. I could teach about dosage units and about what should be fractioned or not. However, what are the essential types of knowledge for the pharmacist who cares for patients and takes responsibility for that care?

Dani (2014): On second thought, my contact with patients until now has been superficial: managing medication in a drugstore was the only job that presented that kind of contact. My practice today still involves specific yet fragmented activities, with the inherent assumption that I will not see the patient again. My practice involves mostly technical guidance on understanding the prescription. Nevertheless, patients do come back. How to help them? How can I become part of the care process in a meaningful way? What should I evaluate in this patient? Should I only do so if he or she is compliant to his medications? Should the patient adapt to a prescription or should the prescription adapt to the patient?!

Dani (2016): Yes, that started making me very uncomfortable, and I began to question my role. I was always executing the decisions of other professionals, and not my own. My activity always started with the prescription, an understanding that today I see as outdated (Freitas, 2005). I was there to supervise, to execute an order from above, and was not free to assume a professional identity. What identity? Getting the patient to be able to take his/her prescribed medication, in the right manner, at the appropriate times, in the appropriate dosages. "Enable him to use", as Freitas (2005) notes. Should I not question whether that

medication was suitable for that particular patient, for his/her life context, and consider his/her characteristics and expectations?

Dani (2014): Agreed. At first, even after these discoveries, I still am not able to make a break away from a position of distance from the patient. I finalize my encounters as usual in a technical fashion, with the provision of information on medication schedules. However, I am aware that this is not a responsible clinical approach, focused on the person, and I am still working out a way to better understand the person and use this knowledge in my decision-making process (Oliveira et al., 2015).

Dani (2016): The overly technical preparation of pharmacists immobilizes the individual. I did not expect to deal with the fears, the expectations and the being-in-the-world of the person who I was trying to help (Ramalho de Oliveira, 2011). It is clearer today, you will realize soon. Help me remember how these encounters with patients were at the time.

Dani (2014): Well, when on a home visit, I measure the patient's blood glucose, organize his medicines, and note what medications the patient is taking, besides the ones in the prescription. That is, my thinking is not trained enough, which leads me to do what is most comfortable to me: to promote adherence. I feel helpless, stupid and lost. I notice that I must think along with the patient, instead of acting in a mechanical way. I do not want to repeat the labels that health professionals sometimes give patients: 'unbearable', 'never satisfied with anything', 'we give and they just want more'.

Dani (2016): Well, we understand that the premise of the philosophy of pharmaceutical care is that the primary responsibility of the pharmacist is to ensure that every medication in use is appropriately indicated to treat the patient's health problems; that they are the most effective available, the safest possible; and that the patient is willing and able to use them as recommended. This will not happen if the practical approach does not focus on the patient, if he or she is not the beneficiary of the pharmacist's actions and if he or she is not

seen as a person with knowledge, experience and principles — those are completely essential to the professional responsibility to be met (Angonesi & Sevalho, 2010; Freitas, Ramalho-de Oliveira, & Perini, 2006).

Dani (2014): How do you experience this process nowadays? What has happened after attending the pharmaceutical care class?

Dani (2016): What happens next is still ongoing because I never left the field. I am still reflecting, reconsidering and using this material to transform my practice. However, I finally understand my role, and it may be the time to inspire others to take up the challenge to locate themselves in the role that best serves the people (Nakamura & Leite, 2014). Take a look at my field journal excerpts toward the end of the data collection, carried out between October 2014 and October 2015:

Promoting adherence has its time in my practice, and may even happen in my first contact with the patient. However, there is a responsibility involved in this approach now. That is it! You might have made the decision to promote adherence based on information that supports it. You have data to support the understanding that the medication is indicated, effective and safe for the patient. This is different from before, when I thought that making the patient compliant was what I had to do, necessarily. Now I am empowered and aware of my role. It is as if everything I knew had withdrawn to make room for new knowledge, but not only new knowledge, a whole architectural project (Comprehensive Medication Management). Then, when this old knowledge (technical information on pharmacotherapy and its effects on test results, for instance) was asked to return, it went to several compartments suitable for it, as indication, effectiveness, safety, and convenience of a medication for a patient. These compartments now communicate with each other! I am less stressed, finally. The theoretical framework of pharmaceutical care allows for an efficient exchange of

knowledge. Starting the care cycle through an initial evaluation and the negotiation of strategies with patients, I can bring to the family health strategy program a real contribution that will have an impact on the patient's life. Besides being more viable for the patient, which I believe to be the most important point.

Dani (2014): I see. Has this systematization of reasoning been completely filled with knowledge to generate a decision-making process that is more focused on the patient?

Dani (2016): Not yet. There are knowledge gaps needed to complement our transformation. These relate mainly to the humanities and social sciences. It is necessary to consider the intersection between the clinical reasoning of the health professional and the patient's biography and cultural background. To be effective, pharmacists need to use knowledge about the medication and illness experience. This represents the knowledge of the patient. The power of the decision-making of the pharmacist that provides CMM services can be limited if the professional does not reach for these other types of knowledge.

Dani (2014): And has this process been lonely up to this point? I have been feeling alone as I begin to take this path.

Dani (2016): It is a lonely process in a certain way. However, soon you will be able to count on the support of a group of pharmacists that is aware of its professional responsibilities and that will influence your preparation as a CMM provider. It was essential to our progress to "live through" the philosophy of practice with a group of colleagues that meet regularly at the University (Pharmaceutical Care Study Group). This group has been helping not just with the development of the clinical knowledge needed to take care of patients, but also with our identification with the philosophy of practice and the acceptance of our new professional identities. I understand that this is what has consolidated this transformation. One cannot become a patient care provider alone!

Dani (2014): That notion of transformation is very important. It also means that I am reflecting on issues like the medicalization of society, which bothers me greatly.

Dani (2016): Exactly! Throughout the incorporation of the philosophy of practice and my professional transformation, I realized that I have been naïve by concentrating so much on the power of medications. So, the next stride should be to consider patient care both within each person's immediate context as well as to examine pharmacotherapy in a broader, sociocultural context. This might be my future project!

Final Remarks

Dani (2014): Have you ever thought about how this new understanding of the professional can make a difference in our environment? Would it be possible to foster a new level of awareness for an entire professional category?

Dani (2016): I do not know yet how to extend this level of awareness to an entire professional class. I do not have the answer yet simply because, for now, the effort depends on each one of us. A formal preparation with this level of criticality is still incipient in Brazil, within the traditional curricula of pharmacy schools. These curricula do not question the pharmacist's role with the patient. This questioning and focus on patient care is still optional and can be seen only in parallel curricula, a counter-culture within the pharmacy profession (Ramalho de Oliveira, 2006). However, recently, several national organizations are proposing to reform the Pharmacy curricula to focus on patient care (Brazil, 2002). The National Policy of Permanent Education in Health "proposes that the health workers education process be shaped by the questioning of the work process, and considers that the preparation and development of these professionals must be focused on the health needs of people and of populations" (Brazil, 2009).

Dani (2014): Does that mean (from our experience and consequent findings) that the current working logic of the pharmacist inserted in primary care, in what is referred to as care,

can and must go through a re-evaluation? Are there subsidies that support this practice transformation?

Dani (2016): Precisely. The National Policy of Permanent Education in Health's premise is a rupture with the logic of purchasing goods and the educational processes oriented only in the provision of these commercial services. The policy highlights the demands for changes and institutional improvement, based on the analysis of work processes, their problems and their challenges. It also explains the relationship of its proposal with the principles and guidelines of the Brazilian Universal Health System, an integral healthcare system and the making of a progressive healthcare chain. We must rethink our working process in relation to patient care and ways to reinvent pharmacy and its role in primary care. We can start where we are at, our city, our clinic, our first patient. Shall we?

Conclusion

When the first author (2014) went in pursuit of systematizing her practice with patients in her work context, she did not expect the philosophical component of a profession to be so impactful in her life. It was through the reflections promoted by autoethnography that she was able to develop a critical consciousness of her professional being-in-the-world.

We must judge success by changes in culture, by self-definitions that can cover communities, and by meanings that influence and shape the day-by-day. With increased self-understanding, we can provide a faster and more successful route for social change than by the amendment of laws or other macro policy structures (Ellis, 2002). To be more specific, empowerment brings change to the environment in which we live.

The process of sharing stories and insights provided by reflective writing has the potential to inspire and encourage readers to critically examine their own experiences. In this study, autoethnography was a means for emancipating an identity focused on medicines, which was culturally familiar, and to scrutinize a pharmacist's perspectives as a professional and as a

human being. It is as if we opened a forum for self-reflection and discussion, one that may serve as a strategy to promote the professional transformation wherever one is located. We believe that our objective was achieved, since the chosen methodology allowed and enriched a learning process and the transformation of a professional practice. Moreover, the experiences and reflections described here can serve as a window to visualize the culture of Pharmacy as a profession, still distant from the people who use medications. Finally, this work is also an invitation to other professional pharmacists to join in new investigations about their practice and their role as health professionals in our society.

Bibliography

- Angonesi, D., & Sevalho, G. (2010). Atenção Farmacêutica: Fundamentação Conceitual e Crítica para um Modelo Brasileiro. [Pharmaceutical Care: Conceptual and Critical Basis to a Brazilian Model]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 3603–3614.
<http://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900035>
- Brazil (2002). Ordinance N° 02, of march 04, 2002. Approves the National Curricular Guidelines of the Undergraduate Courses in Pharmacy. Ministry of Education. Retrieved from <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES022002.pdf>
- Brazil (2006). Ordinance GM N° 648, of may 28, 2006. Approves the National Primary Care Policy, establishing a review of guidelines and standards for the organization of primary care for the Program Family Health (PFH) and the Agent Program Community Health (APCH). Retrieved from <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
- Brazil (2008). Ordinance GM No 154, of january 24, 2008. Creates the Family Health Support Team - FHST. Brasília. Retrieved from http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf

- Brazil. (2009). FHST Guidelines: Family Health Support Team. *Cadernos de Atenção Básica* n. 27 (Série A. Normas e Manuais técnicos). Retrieved from http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf
- Brazil (2012). Ordinance GM No 3.124, of december 28, 2012. Redefine the binding parameters of the Family Health Support Teams (FHST) types 1 and 2 to the Family Health Teams and /or teams of Primary Care for specific populations, establishing the mode. Official Gazette section I. Retrieved from http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html
- Campos, G. W. de S. (2000). Saúde Pública e Saúde Coletiva: Campo e Núcleo de Saberes e Práticas. [Public Health and Collective Health: Field and Core Area for Knowledge and Practice]. *Ciência & Saúde Coletiva* (2), 219–230. <http://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>
- Chang, H. (2016). Autoethnography in Health Research: Growing Pains? *Qualitative Health Research*, 26 (4), 443–451. <http://doi.org/10.1177/1049732315627432>
- Cipolle, R. J., Strand, L. M. & Morley, P. C. (2012). 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* (3rd ed., pp. 37–72). Minnesota.
- Custer, D. (2014). Autoethnography as a Transformative Research Method. *The Qualitative Report*, 19(2013), 1–13.
- Ellis, C. (2002). Being real: Moving Inward Toward Social Change. *Internacional Journal of Qualitative Studies in Education*, 15(4), 399–406. <http://doi.org/10.1080/09518390210145453>
- Ellis, C., Adams, T. E., & Bochner, A. P. (2011). Autoethnography: An Overview. *Qualitative Social Research*, 12(1), 1–23.

- Freitas, E. L. de. (2005). Revelando a Experiência do Paciente com a Atenção Farmacêutica: uma Abordagem Qualitativa. [Revealing the patient's experience with pharmaceutical care: a qualitative study] (Master's thesis). Federal University of Minas Gerais, Brazil.
- Freitas, E. L., Ramalho-de-Oliveira, D., & Perini, E. (2006). Atenção Farmacêutica—Teoria e Prática: um Diálogo Possível? [Pharmaceutical care—Theory and practice: A dialogue possible?]. *Latin American Journal of Pharmacy*, 25, 447–453.
- Lyle, E. (2013). From Method To Methodology : Narrative as a Way of Knowing for Adult Learners. *The Canadian Journal for the Study of Adult Education*, 25(2), 17–38.
- Nakamura, C. A., & Leite, S. N. (2014). Pharmaceutical Services em Family Health Support Team: The Brazilian experience. *LATIN AMERICAN JOURNAL OF PHARMACY*, 34(3), 598–601. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Ramalho de Oliveira, D. (2006). Atenção farmacêutica como contracultura. *Farmácia revista/CRF-MG*.
- Ramalho de Oliveira, D. (2011). *Atenção Farmacêutica: da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa, compreendendo o conceito, humanizando o cuidado e revolucionando a prática* (1st ed.). São Paulo: RCN editora.
- Richardson, L. (2000). New Writin Practices in Qualitative Research. *Sociology of Sport Journal*, 17, 5–20.
- Sorensen, T. D., Pestka, D. L., Brummel, A. R., Rehrauer, D. J., & Ekstrand, M. J. (2016). Seeing the Forest Through the Trees: Improving Adherence Alone Will Not Optimize Medication Use. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*, 22(5), 598–604. <http://doi.org/10.18553/jmcp.2016.22.5.598>
- Weiner, S. J., Schwartz, A., Weaver, F., Goldberg, J., Yudkowsky, R., Sharma, G., ... Abrams, R. I. (2010). Contextual errors and failures in individualizing patient care: A multicenter study. *Annals of Internal Medicine*, 153(2), 69–75.

<http://doi.org/10.7326/0003-4819-153-2-201007200-00002>

- McIlveen, P., Beccaria, G., Preez, J. du, & Patton, W. (2010). Autoethnography in Vocational psychology: Wearing Your Class on Your Sleeve. *Journal of Career Development*, 37(3), 599–615. <http://doi.org/10.1177/0894845309357048>
- Nakamura, C. A., & Leite, S. N. (2014). Pharmaceutical Services in Family Health Support Team: The Brazilian experience. *Latin American Journal of Pharmacy*, 34(3), 598–601. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Nakamura, C. A., & Leite, S. N. (2016). 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. [Construction of the work process of the Family Health Support Nucleus: the experience of pharmacists in a city in the south of Brazil]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5), 1565–1572. <http://doi.org/10.1590/1413-81232015215.17412014>
- Oliveira, I. V., Ramalho-De-Oliveira, D., & Alves, M. R. (2015). Processo de tomada de decisão em gerenciamento da terapia medicamentosa : da compreensão ao desenvolvimento de um modelo para ensino. [Decision making process in medication therapy management: From the understanding to the development of a model for education]. *Investigação Qualitativa em Saúde*, 1, 177–180.
- Pinheiro, R (2009). Dicionário da Educação Profissional em Saúde: Cuidado em Saúde. [Dictionary of Professional Health Education: Health Care]. Fundação Oswaldo Cruz. Retrieved from <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/index.html>.
- Raab, D. (2013). Transpersonal Approaches to Autoethnographic Research and Writing. *The Qualitative Report*, 18(42), 1–18.
- Ramalho de Oliveira, D. (2006). Atenção farmacêutica como contracultura.[Pharmaceutical care as counterculture]. *Farmácia Revista/CRF-MG*.

Ramalho de Oliveira, D. (2011). *Atenção Farmacêutica: da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa*. [Pharmaceutical care: from philosophy to medication therapy management] (1st ed.). São Paulo: RCN editora.

Rios, T. A. (2008). A presença da filosofia e da ética no contexto profissional. [The presence of philosophy and ethics in a professional context]. *Organicom*, 5(8), 88.

Sorensen, T. D., Pestka, D. L., Brummel, A. R., Rehrauer, D. J., & Ekstrand, M. J. (2016). Seeing the Forest Through the Trees: Improving Adherence Alone Will Not Optimize Medication Use. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*, 22(5), 598–604. <http://doi.org/10.18553/jmcp.2016.22.5.598>

Nakamura, C. A., & Leite, S. N. (2014). Pharmaceutical Services em Family Health Support Team: The Brazilian experience. *LATIN AMERICAN JOURNAL OF PHARMACY*, 34(3), 598–601. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Ramalho de Oliveira, D. (2006). Atenção farmacêutica como contracultura. *Farmácia revista/CRF-MG*.

Ramalho de Oliveira, D. (2011). *Atenção Farmacêutica: da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa, compreendendo o conceito, humanizando o cuidado e revolucionando a prática* (1st ed.). São Paulo: RCN editora.

Sorensen, T. D., Pestka, D. L., Brummel, A. R., Rehrauer, D. J., & Ekstrand, M. J. (2016). Seeing the Forest Through the Trees: Improving Adherence Alone Will Not Optimize Medication Use. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*, 22(5), 598–604. <http://doi.org/10.18553/jmcp.2016.22.5.598>

Weiner, S. J., Schwartz, A., Weaver, F., Goldberg, J., Yudkowsky, R., Sharma, G., ...

Abrams, R. I. (2010). Contextual errors and failures in individualizing patient care: A multicenter study. *Annals of Internal Medicine*, 153(2), 69–75.

<http://doi.org/10.7326/0003-4819-153-2-201007200-00002>

4.2 Artigo de Resultados 2: Sistematização da Prática Clínica do Farmacêutico na Atenção Primária à Saúde

Introdução

A Atenção Farmacêutica é o arcabouço teórico que guia a prática clínica do farmacêutico e é ofertada no sistema de saúde como serviço de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM) (Ramalho de Oliveira, 2011; McInnis, Strand e Webb, 2012). O conceito foi proposto por Hepler e Strand (1990) e desenvolvido como prática profissional por Cipolle, Strand e Morley (1998) para atender à demanda de redução da morbi-mortalidade relacionada ao uso de medicamentos. A filosofia da prática orienta atitudes e valores para que o farmacêutico assuma a responsabilidade pelas necessidades farmacoterapêuticas do paciente. O papel principal desse profissional ao cuidar de um paciente é a identificação, prevenção e resolução de problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM). Para isso, o profissional avalia se todos os medicamentos utilizados pelo paciente são indicados, efetivos e seguros, para então fomentar sua adesão. Seguindo essas etapas, o farmacêutico determina se o paciente apresenta algum PRM, elabora planos de cuidado para solucioná-lo(s) em colaboração com o paciente e equipe de saúde e, posteriormente, avalia os resultados da sua intervenção (Ramalho de Oliveira, 2011; Cipolle, Strand e Morley, 2012).

Diversos trabalhos comprovam os benefícios dessa prática, tanto para o paciente, quanto para os profissionais envolvidos no cuidado. Apontam ainda que esse serviço clínico pode ser inserido em equipes multidisciplinares (Isetts et al., 2008; Ramalho de Oliveira, Brummel e Miller, 2010; Mourão et al., 2013; Hirsch et al., 2014; Obreli-Neto et al., 2015).

Por outro lado, diversos trabalhos também abordam barreiras e dificuldades para implementação de serviços clínicos baseados em atenção farmacêutica em todo o mundo (Oliveira et al., 2005; Roberts et al., 2005; Dugan, 2006; Uema et al., 2008; Elrod et al., 2012;

Sir et al., 2014). Todos eles apontam como dificultadores a formação tradicional do farmacêutico e a ausência de percepção da necessidade do cuidado farmacêutico pelos próprios farmacêuticos, por outros profissionais de saúde e/ou pacientes. No Brasil, a formação tradicional do farmacêutico não é voltada para o cuidado em saúde. Não instrumentaliza os profissionais com as competências necessárias para a prática clínica e nem os orienta para a tomada de decisão racional em farmacoterapia. Privilegia as ciências farmacêuticas e os conhecimentos e habilidades técnicos e tecnológicos, voltados ao produto, o medicamento. Como consequência, farmacêuticos têm se sentido inseguros em relação à oferta do cuidado como membros dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), equipes de saúde multiprofissionais que oferecem apoio especializado às Equipes de Saúde da Família (ESF) na Atenção Primária à Saúde (APS) (Brasil, 1990, 2008, 2013; Nakamura e Leite, 2014; 2016). As ESF, coordenadoras do cuidado nas redes de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde, acionam a equipe multiprofissional sempre que identificam a demanda de suporte de outro profissional de saúde. Diversos profissionais podem constituir o Nasf. Cada município elege a composição dessa equipe de acordo com o diagnóstico de suas necessidades territoriais. A proposta de trabalho para os farmacêuticos no Nasf prevê a divisão de sua carga horária (normalmente de 40h/semanais) entre atividades técnico-gerenciais (gestão das farmácias das unidades de saúde) e técnico-assistenciais (atividades diretas com pacientes e equipe de saúde, como visitas domiciliares, atendimentos individuais ou compartilhados com outros profissionais de saúde, atividades coletivas e apoio técnico-pedagógico às ESF). De acordo com as diretrizes do Nasf, é importante que seja desenvolvido acompanhamento farmacoterapêutico para pacientes com regime farmacoterapêutico complexo (Brasil, 2009, 2010).

Neste contexto, acredita-se que a prática profissional da atenção farmacêutica, ofertada como serviço clínico, seja adequada para a realidade do país, destacando a importância do método

de tomada de decisão racional sobre farmacoterapia para a profissão de Farmácia (Angonesi e Sevalho, 2010; Ramalho de Oliveira, 2011).

Considerando o contexto apresentado, este estudo teve como objetivo compreender os elementos essenciais do processo de sistematização da prática clínica farmacêutica no Nasf, a partir do referencial teórico-metodológico da atenção farmacêutica. Almeja-se que os resultados contribuam para que as instituições de saúde e os próprios farmacêuticos visualizem um possível caminho a trilhar rumo ao cuidado e à oferta de serviços de GTM.

Procedimentos Metodológicos

Cenário do estudo: Núcleos de Apoio à Saúde da Família vinculados a Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de um município de grande porte no Brasil.

Sujeitos do estudo: seis farmacêuticos de equipes do NASF do referido município, todos com formação tradicional em Farmácia, porém com conhecimento do arcabouço teórico da atenção farmacêutica, e uma deles em processo de sistematização da prática clínica a partir desse referencial.

Tipo de Estudo: Pesquisa qualitativa autoetnográfica (Jones, 2005; Anderson, 2006; Ellis, Adams e Bochner, 2011).

Coleta de dados: observação participante no período de outubro de 2014 a outubro de 2015, com utilização de diário de campo para registro de situações vivenciadas e escrita reflexiva sobre o processo de sistematização da prática clínica farmacêutica no Nasf (Mulhall, 2003; Sandberg, 2005). Entrevistas semi-estruturadas realizadas com os farmacêuticos, utilizando tópico-guia, com o objetivo de elucidar as percepções da pesquisadora na fase de observação participante (Chang, Ngunjiri, Hernandez, 2013). O processo de coleta de dados foi interrompido segundo o critério de saturação (Creswell, 2013).

Análise de dados: todos os dados gerados foram analisados com o auxílio do software NVivo10 a fim de identificar os elementos essenciais do fenômeno sob investigação (Minayo, 2010).

Questões éticas: esta pesquisa obedece à resolução CNS n° 466/2012. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa das instituições envolvidas.

Resultados e Discussão

Os resultados discutem as reflexões autoetnográficas, com incorporação das experiências de outros participantes sobre o processo de sistematização de uma prática clínica farmacêutica na APS. O tema central é *“Proposta de integração de um serviço de GTM nos fluxos das unidades de saúde”*. Ele será exposto ao final, após passar por outros 2 temas conectados a ele que emergiram ao longo da análise de dados: (1) *“Construção de uma nova identidade profissional na equipe multidisciplinar”*; (2) *“Incorporação de novas atividades na rotina de trabalho”*.

Cada um dos temas apresenta sub-categorias, conforme apresentado abaixo.

1 CONSTRUÇÃO DE UMA NOVA IDENTIDADE PROFISSIONAL NA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Trabalhar de forma multiprofissional tem sido um desafio, pois é uma estratégia relativamente recente para o farmacêutico, considerando sua inclusão de forma sistemática na APS a partir de 2009. Essa abordagem tem a proposta de desenvolver uma cultura de compartilhamento de saberes e relacionamento horizontal e igualitário entre os profissionais (Campos e Domitti, 2007). Esse é o apoio matricial do Nasf e se materializa de forma pactuada nas intervenções, levando em conta a clareza das responsabilizações comuns e específicas de cada profissional

envolvido, das ESF e Nasf. Deve produzir um cuidado continuado e longitudinal, próximo da população e na perspectiva da integralidade (Brasil, 2011).

O desafio aqui para o farmacêutico, portanto, é ter clareza da sua responsabilidade específica na sua atuação em uma equipe de saúde, para então poder fazer parte do compartilhamento de saberes e das responsabilizações comuns (Nakamura e Leite, 2014).

Discutiremos 3 (três) sub-categorias dentro desse tema: “*O farmacêutico e a apropriação do GTM e de seu papel na equipe de saúde*”; “*Superação da invisibilidade do farmacêutico como profissional potencial para solucionar problemas clínicos e propor intervenções por meio do plano de cuidado em prontuário*”, e “*Construção de parcerias*”.

1.1 O farmacêutico e a apropriação do GTM e de seu papel na equipe de saúde

À medida que o farmacêutico se familiariza com o papel correspondente a um profissional de saúde, ele passa a compreender até onde deve ir o seu cuidado e como deve realizar referenciamentos de forma adequada. Além disso, passa a dedicar mais tempo na sua função de atendimento individualizado, avaliando indicação, efetividade, segurança e conveniência do uso dos medicamentos de seus pacientes ao invés de ser um profissional que não possa ser percebido como necessário na equipe de saúde (Saar e Trevizan, 2007) ou simples fiscalizador de outras práticas, conforme o trecho de diário de campo abaixo exemplifica:

Descobri que muito do que faço nos atendimentos/visitas não é da minha alçada, passo muito tempo perguntando se [paciente] usa andador, se tem tapete no chão, se fica sempre na mesma posição, etc. Minhas condutas estão incompletas e equivocadas, o único padrão que tenho (ou tinha) é trabalhar adesão em todos os atendimentos, custe o que custar. Quando me impeço de fazer isso, fico sem saber o que fazer ali.

Com a apropriação de sua prática profissional, o farmacêutico começa a compartilhar suas percepções com a sua equipe de trabalho e pode-se perceber uma abordagem mais centrada no

paciente para a utilização de medicamentos. A equipe passa a compreender que existem outros “problemas” para além da adesão ao medicamento:

Hoje a nutricionista fez uma consideração ótima! Disse que ia pedir uma visita [com o farmacêutico] para o paciente que ela atendeu hoje por ele não usar um dos medicamentos de hipertensão porque sente tontura. Ela embrou que eu tinha dito que a dose pode estar alta pra e falou: ‘Será que é isso? Vou agendar uma avaliação sua’. (trecho de diário de campo)

1.2 Superação da invisibilidade do farmacêutico como profissional potencial para solucionar problemas clínicos e propor intervenções por meio do plano de cuidado em prontuário

É comum a discussão de um caso clínico entre as diversas categorias profissionais onde claramente há necessidade de intervenção do cuidado farmacêutico, mas a equipe nem sempre tem essa percepção. Normalmente isso ocorre quando o paciente está com um quadro de saúde descompensado e sem transgressões na farmacoterapia. O profissional que encaminha o paciente, em geral, não espera que o farmacêutico o auxilie na condução do caso e no alcance de metas terapêuticas.

Além do despreparo para se inserir no processo de cuidado, a complexidade inerente a esses casos traz a sensação de impotência e pode desestimulá-lo a se qualificar, pois compreende que os casos estão além da sua capacidade de cuidado. Portanto, o mais comum tem sido o farmacêutico ser acionado quando o paciente é um idoso com uma condição clínica que altere sua percepção do mundo (ex. demências relacionadas ou não ao Alzheimer), que está sem cuidador, ou um idoso analfabeto com função cognitiva em declínio, conforme podemos observar na fala de uma entrevistada:

O paciente não adere, o paciente não quer tomar, e aí você vai lá fazer a ‘mágica’ pro paciente entender que ele tem que tomar. Será que esse é mais um dos famosos ‘casos sem solução’ que os outros farmacêuticos tanto falam? Eles dizem que têm a impressão que são encaminhados para a gente apenas os casos sem solução.

O profissional farmacêutico na APS claramente observa que os pacientes considerados “rebeldes” com sua farmacoterapia são os referenciados para o seu atendimento. Normalmente são pacientes com os quais as equipes já “tentaram de tudo” e encaminham para o farmacêutico como uma “última tentativa”.

Por ser um paciente considerado de “última chance”, ocorre com frequência de as equipes não se interessarem mais, devido ao desgaste natural da relação terapêutica, ocorrido nas diversas tentativas anteriores de controle dos problemas de saúde:

Eles começaram o matriciamento assim: não sei se esse caso é pra você Dani, mas a gente tá sem saber o que fazer com ele, na verdade é só pra dizer que não tentamos. (trecho de diário de campo)

Neste contexto é importante que o farmacêutico auxilie os outros profissionais de saúde a compreenderem o seu papel de colaborador para estabilização de quadros de saúde para além do seu papel na garantia da adesão aos medicamentos, como exemplifica a fala abaixo:

Ela (ACS) até o havia convencido (com muito trabalho, ela frisou) a me aguardar, mas que ela mesma não via muita necessidade da visita, uma vez que os medicamentos estão organizados. (trecho de diário de campo)

É importante ainda apontar a invisibilidade de muitas das avaliações e propostas do plano de cuidado farmacêutico no âmbito da Atenção Primária e Secundária. Apesar de haver um

sistema de registro em comum, não é esperado que haja avaliação de condutas estabelecidas por um farmacêutico antes de uma especialidade médica fazer suas intervenções:

A implantação dos planos de cuidado tem sido um desafio. Os médicos, em geral, não lêem a evolução [do farmacêutico], principalmente em se tratando dos especialistas. É um fato. Agora ficam esses PRM pendentes toda a vida, e o paciente só piorando. (trecho de diário de campo)

Essas situações são causas de muitas frustrações tanto para o profissional quanto para o paciente, pois pode haver uma descontinuação do cuidado pela impossibilidade de resolver os PRM identificados. Apesar de haver um sistema de referência e contra-referência, ele é sabidamente falho. Mecanismos de superação dessa dificuldade devem ser discutidos entre os diferentes níveis de atenção (Campos e Domitti, 2007; Mendes, 2012).

Falhas de comunicação representam importantes desafios do trabalho em equipe multidisciplinar e de apoio matricial. Sugerem-se assim modificações entre as relações dos níveis hierárquicos em sistemas de saúde que, por sua vez, possui obstáculos estruturais, éticos, políticos, culturais, epistemológicos e subjetivos ao desenvolvimento desse tipo de trabalho integrado em saúde (Campos e Domitti, 2007). Para poder participar da construção e da superação desses obstáculos, o profissional farmacêutico deve desenvolver o cuidado farmacêutico e este ser reconhecido por sua atuação profissional assistencial pelo restante dos integrantes de uma equipe de saúde (Sorensen et al., 2016). Além disso, a construção da colaboração interprofissional precisa ser estabelecida para além da Atenção Primária.

É importante ainda que haja o estabelecimento de critérios de encaminhamento, onde o profissional possa ser aproveitado sem ser a “última alternativa” para aquele paciente, auxiliando na construção do cuidado ao mesmo tempo em que os outros profissionais desenvolvem o seu núcleo de saber. Além disso, é necessário haver uma conscientização de que, se o paciente foi encaminhado para mais um profissional, no caso, o farmacêutico, a

equipe deve estar ciente e preparada para dar suas contribuições nas avaliações que se fizerem necessárias. Portanto, cabe à equipe a ciência de que essa é mais uma tentativa, de todos, em conjunto, não apenas do farmacêutico. Campos e Domitti (2007) observam que alguém deve se responsabilizar pelo seguimento longitudinal e pela construção de uma lógica que procure integrar a contribuição dos vários serviços, departamentos e profissionais. Em geral, esse papel cabe aos integrantes da equipe de referência e ele sinaliza que essa não é a tradição de funcionamento dos serviços de saúde.

1.3 Construção de parcerias

Um bom relacionamento com todos da equipe é de primordial importância para qualquer equipe multiprofissional, entretanto, para o trabalho clínico do farmacêutico, as parcerias se estreitam, principalmente com os prescritores. Ela é fundamental, pois uma visão profissional pode vir a ser o complemento da outra (Giberson, Yoder e Lee, 2011; Cipolle, Strand e Morley, 2012; Elrod et al., 2012; Sorensen et al., 2016). Um profissional aprende com o outro, conforme exemplo abaixo:

As condutas assertivas do GTM podem estimular o profissional médico a dar continuidade na avaliação clínica adequada do paciente, que não estava sendo feita. (trecho de diário de campo)

A familiarização dos prescritores com o cuidado provido pelo farmacêutico é essencial para evitar julgamentos inadequados da função específica de cada profissional. Quando ambas as partes estão bem esclarecidas e os papéis bem definidos, a tendência é uma troca de saberes com apoio mútuo, construção de uma relação profissional pautada na corresponsabilização e na busca de melhores alternativas de abordagem e/ou tratamento para o paciente que transita fora das metas terapêuticas:

Quando perguntei se os pacientes tinham exames recentes, não entenderam. Por que eu precisaria saber o estado de saúde do paciente?(trecho de diário de campo)

Do contrário, quando o profissional médico não está ciente das condutas do farmacêutico, naturalmente advindas de uma abordagem que pretende atender a todas as necessidades farmacoterapêuticas do paciente (Ramalho de Oliveira, 2011; Cipolle, Strand e Morley, 2012) pode haver conflitos e desgaste do relacionamento profissional com impacto na relação terapêutica farmacêutico-paciente, pois condutas não acordadas são ignoradas, principalmente aquelas que dependem de avaliação médica, como a fala abaixo representa:

Outra tipificação diz respeito ao relacionamento entre o farmacêutico que está tentando ser provedor de GTM e outros profissionais de saúde. As seguintes situações podem representar um mistério: por que preciso de exames? Por que estou mudando dosagem de medicamentos ao invés de treinar o paciente a usá-los? Por que estou atendendo pacientes ao invés de estar na farmácia? As condutas realmente se alteram quando o outro profissional tem um 'face a face' com o meu 'novo' trabalho. (trecho de diário de campo)

Um parceiro importante e que pode ser exemplo na forma como tem conquistado autonomia e destaque em seu processo de cuidado é o enfermeiro. Ele é, muitas das vezes, peça chave para a coesão da ESF e ponto de apoio para coordenação do cuidado. Deve ser visto como um importante ponto de auxílio aos encaminhamentos e demandas oriundos dos acompanhamentos farmacoterapêuticos, conforme ilustrado pela fala a seguir:

Fiz um plano de cuidado, agora é só acionar a enfermeira pra auxílio nos encaminhamentos.

Se não fosse o GTM, eu trabalharia adesão. Ponto. E nem identifiquei adesão como um problema (ainda). E ele poderia sequelar e eu nem desconfiaria. Encontrei a enfermeira e mencionei a finalização. Ela se prontificou a olhar porque é um caso grave e ela sai de

férias. Falou que liga na geriatria se necessário for pra dar a contra-referência. Fiquei aliviada (trecho de diário de campo).

Considerando o fluxo de discussão de casos do Nasf, há um espaço de ocorrência periódica destinado à problematização, ao planejamento, à programação e à execução de ações colaborativas entre Nasf e equipes de saúde, o matriciamento. Ele engloba discussões de casos e temas e deve pautar-se em uma relação dialógica e horizontal entre os profissionais que compõem tais equipes e está baseada em uma abordagem centrada na pessoa e com enfoque intersubjetivo e interdisciplinar (Brasil, 2014). Entretanto, o matriciamento não é apenas o processo que ocorre em reunião, sendo um momento de troca de saberes em que os profissionais ampliam seu escopo de ação e encontram a interdisciplinaridade em sua prática cotidiana, em qualquer encontro com essa finalidade. O trecho abaixo de uma entrevistada exemplifica:

Ultimamente eu tenho procurado direto o profissional para casos que não podemos aguardar porque a reunião do Nasf demora 30 dias pra você ter um retorno, aí você negocia aquilo com o paciente pra poder tentar implantar essa intervenção, aí você vai esperar mais outro mês se acabou de ter uma reunião pra poder fazer isso. Então acho que acaba que frustra a pessoa e coloca o paciente em risco.

Dessa forma, é possível que, de acordo com a avaliação inicial e as necessidades do paciente, identificadas pelo profissional farmacêutico, o mesmo sinta necessidade de se dirigir à equipe de referência antes da data da reunião de matriciamento para acordos de ações e intervenções. Em situações que exijam atenção específica ao núcleo de saber do apoiador, este pode programar para si mesmo uma série de atendimentos ou de intervenções especializadas. Para isso, deve manter contato com a equipe de referência, que não deve se descomprometer com o caso. Ao contrário, deve procurar redefinir um padrão de seguimento complementar e

compatível ao cuidado oferecido pelo apoiador diretamente ao paciente, à família ou à comunidade (Campos e Domitti, 2007).

O momento do matriciamento promove, aos poucos, o contorno das questões que envolvem a invisibilidade do profissional farmacêutico, através da construção de parcerias, conforme observa Sorensen et al. (2016). Promove ainda encontro entre distintas perspectivas, convidando os profissionais a comporem projetos terapêuticos com outras racionalidades e visões de mundo. Em casos de impasse, e se o impasse se referir ao esquema terapêutico, não há instâncias superiores para resolver o conflito. A referência da equipe e condutora do caso, em geral, tem pequena capacidade de interferir sobre conduta específica do especialista, em se tratando do apoiador matricial, cabendo aos envolvidos no conflito encontrar uma saída que não prejudique o usuário nem paralise o projeto terapêutico (Campos e Domitti, 2007).

2 INCORPORAÇÃO DE NOVAS ATIVIDADES NA ROTINA DE TRABALHO

O trabalho em saúde tem características próprias que inclui um conjunto de saberes e de práticas com a finalidade de realizar uma intervenção sobre um determinado problema de saúde, conforme os critérios adotados pelo modelo de atenção do serviço, considerando-o como um objeto de ação de saúde (Bueno e Queiroz, 2006). Em se tratando do cuidado farmacêutico, o objeto de cuidado é a pessoa e os problemas relacionados ao uso de medicamentos, objetivos e subjetivos, que ela possa estar vivenciando (Ramalho de Oliveira, 2011; Cipolle, Strand e Morley, 2012) .

Além disso, é necessário que o profissional seja capaz de transitar entre os diversos pontos do cuidado com segurança e entendimento do seu papel, para estruturar uma agenda que seja capaz de cumprir com os requisitos mínimos de suas atribuições (Brasil, 2009; Nakamura e Leite, 2014, 2016). Nakamura e Leite (2016) observaram que o farmacêutico, por não possuir uma formação em saúde que privilegia habilidades para tomada de decisão clínica, é um

profissional limitado para participar de um compartilhamento de casos de forma equânime, quando sua função está para além da atividade “esperada” relacionada à gestão do medicamento.

O processo de autonomia pressupõe que o profissional possa interferir no processo de definição das prioridades na assistência, de acordo com seu núcleo de saber. Está embasada na direção da vontade do indivíduo para a ação, a partir de influências sociais e culturais e deve ser construída juntamente com atitude profissional (Bueno e Queiroz, 2006). Em que pese a autonomia profissional, discutiremos os tópicos relacionados à incorporação de novas atividades na rotina do profissional farmacêutico no Nasf: solicitação e interpretação de exames, documentação da prática de GTM e prescrição farmacêutica.

2.1 Solicitação e interpretação de exames

Para embasar suas decisões com segurança e dar seguimento ao processo de cuidado, o profissional farmacêutico lança mão de elementos, como qualquer outro profissional de saúde, por exemplo, exames laboratoriais. A fala de uma entrevistada exemplifica a questão:

Sinto muito essa fragmentação, essa falta de autonomia, de entendimento e diálogo dos profissionais, ‘porque você está querendo a hemoglobina glicada desse paciente?’ Me perguntam. ‘O que ela tem a ver com a tuberculose?’

O objetivo é avaliar indicação, efetividade, segurança da farmacoterapia e, ainda, realizar encaminhamentos para fins diagnósticos, quando necessário. Apesar de o Nasf ser uma retaguarda especializada e que é co-partícipe do cuidado, cada profissional deve acionar a ESF quando necessário para apoiar suas decisões e/ou discutir pontos estratégicos e compartilhados de intervenção. Considerando que exames são apenas um dos respaldos para a tomada de decisão clínica do farmacêutico, ele se vê obrigado a acionar a ESF antes de efetivamente ter elementos para discussão do caso.

Uma abordagem menos dependente da ESF e que usa de racionalidade para acioná-la (ex: discussão das intervenções que porventura precisem de avaliação médica, envolvimento de outros profissionais) pode ser uma estratégia que valoriza o trabalho do profissional farmacêutico, reduz a sobrecarga de trabalho para ambas as partes e agiliza o processo de cuidado. Existem experiências no Brasil que apontam que o serviço de GTM pode ser estruturado na APS desde que a autonomia de trabalho seja garantida ao profissional. Além disso, foi necessária a construção de novas perspectivas para atuação do farmacêutico provedor do cuidado em GTM junto aos outros profissionais de saúde (Oliveira et al., 2015). Entretanto, deve-se ter o cuidado de não promover a já estabelecida supervalorização da autonomia profissional, julgando o profissional ser capaz de deliberar sobre casos de modo isolado e definitivo, desconsiderando a ação interdisciplinar característica do trabalho na APS (Campos e Domitti, 2007).

2.2 Documentação da prática de GTM

A documentação sistematizada gera base indispensável para construção do processo de cuidado. É só através dela que se percebe o quanto se pode fazer pelo paciente e qual o melhor caminho para fazê-lo. O uso de um prontuário eletrônico que permita o desencadear do raciocínio lógico e a tomada de decisão em GTM têm favorecido, além da agilidade, o processo de aprendizado em si, como exemplifica a fala a seguir:

Descubro a cada nova evolução que eu deixei várias lacunas, quando lanço no prontuário eletrônico. Ele me ajuda a me acostumar com o raciocínio e favorece a tomada de decisão, porque fica tudo muito mais lógico e claro (trecho de diário de campo).

Ademais, permite que apenas os pontos de intervenção sejam compartilhados no prontuário único do serviço em que o profissional está inserido, fortalecendo o papel do profissional e evitando a invisibilidade de suas ações no cuidado.

Entretanto, é nesse momento que o profissional tem a percepção do volume de informações a serem resgatadas do prontuário médico do paciente para serem combinadas com as informações colhidas na avaliação inicial, complementando-a. E então ele passa a encarar esse resgate como um desafio para ser efetivo em sua prática, pois o fator tempo parece não favorecer a qualidade da coleta de dados e, conseqüentemente, das tomadas de decisão, principalmente levando-se em consideração que ele está em processo de aprendizado.

Por não existir no Brasil uma diretriz que norteie as prioridades de encaminhamento para um provedor de GTM na APS, é comum os pacientes encaminhados possuírem mais de 6 condições de saúde (dados de registros pessoais) sendo tratadas simultaneamente e com um grande número de medicamentos associados. Considerando um processo de aprendizado, isso pode trazer uma grande carga de angústia para o profissional no dia a dia. O volume de informações a serem registradas é proporcional às comorbidades que estão associadas a esse paciente. Atualmente, por questões diversas, nem sempre os profissionais do Nasf contam com um local adequado que possa proporcionar o atendimento e a evolução sequencial, sendo necessária a criação de estratégias que favoreçam os registros. O Nasf, assim como outras equipes multidisciplinares que apóiam as equipes de saúde na APS, ainda está em fase de superação de diversas barreiras, culturais, organizacionais e estruturais, entre outras (Campos e Domitti, 2007). A estruturação da agenda com proteção do horário de evolução foi a saída encontrada para superação do simples não-registro, muito mais grave e impactante para estabelecer o processo de cuidado.

Então protegi minha agenda todas as sextas de manhã para evolução de pacientes e observei que organizando-a com atendimentos apenas segundas e quartas tenho conseguido ficar com o tempo organizado para a farmácia e evoluções. (trecho de diário de campo)

Além da proteção do momento de registro, o equilíbrio entre novos casos e retornos otimiza em muito a agenda. O profissional deve ser capaz de se organizar para disponibilizar a agenda para casos novos, que demandam mais tempo tanto para o atendimento propriamente dito quanto para o registro, e para os retornos, normalmente mais rápidos, com objetivo de verificação de orientações dadas anteriormente e que contam com um registro já em andamento, sendo necessário apenas atualizá-lo. Quanto mais completa e bem feita a primeira avaliação e registro, mais simplificado se torna a conduta do caso e a agilidade do profissional nos retornos. Isso é exemplificado na fala a seguir:

Fiz um retorno seguindo minha própria evolução anterior, foi ótimo, os resultados dos exames não haviam saído ainda, mas já fui escrevendo as considerações em cada condição de saúde. Depois só atualizar com os resultados e pronto. Esse foi rápido e não me senti perdida. (trecho de diário de campo)

A estratégia de registro prévio dos exames disponíveis no sistema tem trazido resultados positivos ao favorecer o processo de tomada de decisão:

Quando possível, anoto os exames dos pacientes do dia ou da semana, isso me ajuda a decidir na hora do atendimento o quão efetivo e segura é a farmacoterapia para fomentar a adesão, se necessário for. Achei que agiliza em muito o processo. Se o paciente não tem exames recentes, eu já posso providenciar a solicitação. (trecho de diário de campo)

Sorensen et al. (2016) apontam o suporte ao processo do cuidado farmacêutico como fundamental para o sucesso dos serviços de GTM. Isso inclui ferramentas administrativas, tais como acordos de colaboração prática com a construção de parcerias, abordado anteriormente, normas de documentação, e o processo de encaminhamentos. Além disso, sinalizaram que um elemento crítico para um programa bem-sucedido é a capacidade de compartilhar recursos em

grandes organizações, bem como ter um modelo de prática consistente para serviços de GTM entre todos os provedores farmacêuticos. É importante que todos falem a mesma língua, uniformizando condutas, favorecendo o reconhecimento do profissional e a avaliação do impacto em saúde.

2.3 Prescrição farmacêutica

O ato de prescrever não está restrito a medicamentos, está relacionado também a terapias não farmacológicas que o profissional prescreve, responsabilizando-se por aquela orientação. Todo o processo prescritivo deve ser registrado (Conselho Federal de Farmácia, 2013).

Além disso, ao serem descritas as etapas do processo da prescrição, essa atividade/atribuição é posicionada como resultado de um processo de cuidado, semelhante ao dos demais profissionais de saúde. A prescrição farmacêutica só poderá ser realizada mediante consulta e exige a avaliação dos resultados advindos das intervenções propostas no atendimento. Assim, o ato de prescrever correlaciona-se ao ato de cuidar e, necessariamente, envolverá uma decisão clínica para definição das condutas, seja para prescrever medicamentos associados à protocolos ou isentos de prescrição, seja ao fornecer orientações não farmacológicas. Conforme demonstrado, o processo da prescrição apresenta características que se aproximam do arcabouço teórico-metodológico do serviço de GTM.

A formação adequada do profissional farmacêutico para avaliar e identificar problemas e recomendar (prescrever) intervenções para resolvê-los pode ir de encontro a uma prática clínica farmacêutica resolutiva. O método empregado pelo GTM, além de delimitar a responsabilidade do farmacêutico clínico, racionaliza a busca de causalidade e organiza a solução de problemas, contribuindo para o desenvolvimento das competências necessárias ao processo prescritivo, para muito além de uso de medicamentos, conforme a fala abaixo exemplifica:

Quais são as condutas majoritárias que devem ser seguidas para uma atuação equilibrada de um profissional que faz GTM, farmacológicas, não farmacológicas? A finalidade é pensar no bem estar do paciente em relação à sua farmacoterapia, e com certeza sistematizar as condutas por meio dos PRM, e não suprir uma falha do sistema ou de um profissional, e de repente envolvermos com a prescrição de forma tão intrínseca que não conseguiremos olhar [o paciente] de forma holística. O farmacêutico tem dificuldade de se posicionar, a reflexão e responsabilização da prática de GTM favorece a responsabilização do ato prescritivo, de qualquer orientação a ser dada (trecho de diário de campo).

Em se tratando do farmacêutico do Nasf, como o GTM organiza o processo de cuidado farmacêutico e é, necessariamente, uma prática colaborativa, a demanda pela prescrição pode surgir “naturalmente” entre farmacêutico e médico. Mas ainda é uma construção que exige tempo e o fortalecimento dos vínculos entre profissional e ESF, além de clareza da responsabilização e competência clínica do farmacêutico para tal atividade. A possibilidade de prescrever favorece a autonomia profissional e reduz o tempo de espera para a solução de problemas, com benefício direto para o paciente e indireto para o médico, que pode ter sua demanda um pouco reduzida e passar mais tempo com pacientes que demandem avaliações mais detalhadas.

Para garantir a autonomia necessária para ser gestor de sua prática e compartilhar saberes, que é um reflexo da segurança e da familiaridade de sua prática clínica, o farmacêutico, como qualquer outro profissional de saúde, deve fazer um esforço constante e perene na aquisição e/ou atualização do conhecimento necessário para exercício da sua prática profissional (Silva et al., 2016). E como exposto, o GTM pode nortear essa transformação.

3 INTEGRAÇÃO DE UM SERVIÇO DE GTM NOS FLUXOS DA UNIDADE DE SAÚDE

Entende-se que o trabalho multiprofissional exige negociação, diálogo contínuo, postura ética e corresponsabilização por parte de todos os envolvidos. Neste 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.

Em se tratando de co-participação e corresponsabilização, não é o “fazer junto o tempo todo” nem o “centralizar tudo na reunião de matriciamento” que garantirá tal cenário. É importante que os profissionais compreendam o conjunto de necessidades dos usuários e estejam dispostos a compartilhar o cuidado, nos diferentes modos em que isto pode ocorrer (Brasil, 2009). Para tanto, abordaremos as sub-categorias: *Qualificação dos encaminhamentos para o serviço de GTM* e *Qualificação da agenda e dos processos de trabalho do farmacêutico no Nasf*.

3.1 Qualificação dos encaminhamentos para o serviço de GTM

Quando não se espera que o farmacêutico faça avaliações clínicas e exerça um papel de responsabilização pela farmacoterapia do paciente, são comuns que os encaminhamentos dos pacientes ocorram em “conversas de corredor” (Nakamura e Leite, 2016). Não há uma oficialidade de solicitação do cuidado farmacêutico. É comum lembrarem-se de um paciente que não usa seus medicamentos corretamente ao final de uma reunião de matriciamento e solicitarem a intervenção do farmacêutico sem nenhum dado a mais, como a fala abaixo pode representar:

Engraçado, os casos passados pra mim são no corredor, na reunião eles só levam a demanda do paciente. Será que porque pra mim a demanda é da equipe? Para a fono, a fisio, nutri, é

comum o paciente que trazer encaminhamento de outro nível de atenção, então se torna 'oficial' ...E eu falo, gente, por que vocês não passam o caso com os detalhes igual o dos outros na reunião? Eles riem e não respondem...(trecho de diário de campo combinado à entrevista)

Com o passar do tempo e a superação parcial das questões apontadas acerca da invisibilidade do profissional farmacêutico, os casos tendem a serem melhor direcionados e com situações que tangenciam o não alcance de metas terapêuticas, independente de preocupações com a adesão. A fala abaixo exemplifica esse processo:

Hoje no matriciamento tinha dois casos para mim! A novidade é que eles foram encaminhados pela médica! Ela até tinha levado quais os medicamentos que os pacientes usavam e quais as modificações que ela já havia feito na farmacoterapia devido à resultados de exames recentes, e queria que eu desse continuidade em outras questões (trecho de diário de campo).

Deve-se levar em consideração que pacientes que são referenciados, em detrimento dos que buscam ativamente o serviço, tendem a possuir quadros de saúde mais complexos (Cipolle, Strand e Morley, 2012). Quanto mais bem qualificado o encaminhamento, maior a chance de as intervenções serem compartilhadas e ágeis. Se o paciente chega ao profissional com a demanda do cuidado e os elementos para o trabalho (por exemplo, exames recentes e disponibilidade real de suporte pela equipe), a probabilidade de o desfecho ser satisfatório é grande.

3.2 Qualificação da agenda e processos de trabalho do farmacêutico no Nasf

A divisão do processo de trabalho farmacêutico em técnico-gerencial e técnico-assistencial parece favorecer uma grande carga de emoções negativas nos farmacêuticos. Esse item foi o

assunto mais abordado em diário de campo e entrevistas. Ansiedade, angústia, esgotamento, interrupções constantes, preocupação, cansaço, sufocamento e frustração: alguns dos temas mais relevantes emergentes das fontes de dados e podem ser barreiras para o processo de sistematização da prática clínica desse profissional. Existem diversos outros estudos que confirmam essa percepção (Ramalho de Oliveira, 2003; Gastelurrutia et al., 2009; Sir et al., 2014). Os trechos de entrevistas e diários de campo exemplificam:

Estou esgotadíssima. O prazer de ver o trabalho evoluir, as ideias se acertarem, as condutas padronizarem é muito grande, mas o simples afastamento da parte administrativa traz uma imensa sensação de angústia. O farmacêutico que cuida da gestão da farmácia e do cuidado fica esquizofrênico: às vezes eu penso, 'ah, se o paciente não vier vai ser tão bom porque eu posso avaliar a farmácia nessa e nessa pendência'. Ou então termino um atendimento, mas nem sempre posso evoluir, porque a farmácia está com outra demanda, isso corta o meu raciocínio. (trecho de diário de campo combinado a trecho de entrevista)

Deve-se considerar que a prática constante promove maior capacitação do profissional, que será capaz de agilizar seus atendimentos por conseguir ser mais objetivo, sem abandonar a filosofia centrada no outro e avaliar a farmacoterapia do paciente de forma compreensiva.

Otimizar a oferta do serviço de GTM de modo que ele possa beneficiar o maior número de pessoas possíveis, portanto, pode ser uma conquista histórica para o Brasil. Entretanto, inicialmente, deve-se ofertar esse cuidado priorizando o número de pacientes suficientes para garantir a qualidade do serviço, de forma a gerar indicadores que estimulem o desenvolvimento da prática. Os pontos estratégicos levantados nesse trabalho se assemelham aos do estudo de Sorensen et al. (2016), que observaram que após o serviço de GTM bem estabelecido dentro do sistema de saúde, pôde-se então desenvolver estratégias para expandir e otimizar recursos. Uma estratégia é selecionar a população mais adequada para ser

encaminhada ao serviço de GTM (Ramalho de Oliveira, 2011; Sorensen et al., 2016). É desejável que sejam construídas diretrizes do serviço para seleção do público alvo a fim de orientar os profissionais da ESF, Nasf e outros farmacêuticos da instituição. Pacientes sem alteração do regime farmacoterapêutico há mais de 1 ano e que podem estar fora dos objetivos terapêuticos; pacientes usuários de mais de 5 medicamentos para controle de condições crônicas, com ou sem problemas relacionados à adesão (Secoli, 2010), são público alvo em potencial. Enfim, pacientes que necessitam de adequação do regime terapêutico em prol de estabilização de condições crônicas de saúde. O diagnóstico epidemiológico poderá auxiliar as equipes de saúde a elegerem o público que mais se beneficiaria das ações do serviço.

A implementação do serviço de GTM no fluxo do Nasf gerará indicadores que podem estimular a incorporação desse profissional como membro da ESF, conforme Mendes (Mendes, 2012) aponta. Esse seria o serviço adequado para complementar o cuidado ao paciente, sob a ótica da resolutividade e integralidade.

Conclusão

O presente estudo permitiu uma importante reflexão da pesquisadora que reflete a cultura do farmacêutico e seu esforço de integração e exercício de uma prática clínica na APS. A escrita reflexiva estimulada pela autoetnografia trouxe à tona alguns meios para a construção da autonomia profissional instigando a pesquisadora a compreender o espaço do cuidado e seus elementos constituintes. Ainda, iluminou reflexões acerca das modificações necessárias no cotidiano e no quadro coletivo para a integração do serviço de GTM como possível solução para a sistematização da prática clínica farmacêutica na comunidade. Para tanto, conforme esse trabalho aponta, é necessário que o próprio profissional seja transformado em sua maneira de agir e reflita em seu estar-no-mundo profissional.

O processo de pesquisa ainda foi capaz de auxiliar a identificação das bases necessárias para fomentar o processo de raciocínio e tomada de decisão em farmacoterapia pelo profissional. Habilidades clínicas aliadas ao fortalecimento em conhecimentos, habilidades e atitudes humanísticas têm se mostrado uma combinação adequada para a oferta do serviço de GTM com qualidade e que se enquadra nas expectativas de uma APS resolutive na perspectiva do cuidado integral e centrado na pessoa.

Este trabalho discute ainda pré-requisitos mínimos para avançar no processo de integração desse serviço na APS: construção de uma nova identidade profissional na equipe multidisciplinar, incorporação de novas atividades e reorganização da rotina de trabalho. Em nível individual, apontou-se a necessidade de organização da agenda de trabalho do farmacêutico com priorização de tempo a ser dedicado a cada atividade, incluindo o tempo e ferramentas adequadas ao cuidado. Obter equilíbrio entre casos novos e retornos para que o profissional adquira experiência e desenvolva competência no cuidado foi uma alternativa promissora para o aprendizado na prática.

A união entre os profissionais 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 podem ser movimentos agregadores do cuidado e impactantes no esforço de sistematização da prática clínica farmacêutica. É necessário que o nível coletivo, onde esse profissional esteja inserido, seja partícipe desse interesse para que favoreça o reconhecimento do papel do farmacêutico na equipe de saúde.

Para que o farmacêutico possa legitimar o espaço do cuidado, é preciso mudar, transformar, reorganizar e reconstruir a sua prática. O arcabouço teórico da atenção farmacêutica, com sua filosofia, promove a exata mudança no sentido de somar junto a outros profissionais em busca

do modelo transdisciplinar e biopsicossocial. A mudança cultural depende do esforço de cada um de nós.

Referências

ANGONESI, D.; SEVALHO, G. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, p. 3603–3614, 2010.

BRASIL. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica*. [S.l.]: Cadernos de Atenção Básica, n. 27 (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs>. , 2009

BRASIL. *NÚCLEO DE APOIO À SAUDE DA FAMÍLIA – VOLUME 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano*. [S.l: s.n.], 2014. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2015.

BRASIL, M. DA S. *Política Nacional de Atenção Básica*. [S.l: s.n.], 2013. Disponível em:

<<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>.

BRASIL, M. DA S. *Portaria nº 2488 de 21 de Outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PA. . [S.l: s.n.]. , 2011*

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

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000200019&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 31 maio 2016.

CAMPOS, G. W. D. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 23, n. 2, p. 399–407, 2007. Disponível em:

<http://www.sbfa.org.br/fnepas/pdf/cobem07/gastao_wagner_cobem_07.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2016.

CFE (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA). Resolução N° 586 De 29 De Agosto De 2013. , 2013, p. 1–12.

CHANG, H.; NGUNJIRI, F. W.; HERNANDEZ, K.-A. C. *Collaborative Autoethnography*.

[S.l.]: Left Coast Press., 2013. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>.

CIPOLLE, R. J., STRAND, L. M., MORLEY, P. C. *Pharmaceutical Care Practice - The Patient-Centered Approach to Medication Management Services*. 3. ed. Minnesota: [s.n.], 2012.

CRESWELL, J. W. *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosin Among Five Approaches*. 3rd. ed. Nebraska: Thousand Oaks, 2013.

DUGAN, B. D. Enhancing community pharmacy through advanced pharmacy practice experiences. *Am J Pharm Educ.*, v. 70, n. 1, p. 1–4, 2006.

ELLIS, C.; ADAMS, T. E.; BOCHNER, A. P. Autoethnography: An Overview. *Forum: Qualittive Social Research*, v. 12, n. 1, p. 1–23, 2011.

ELROD, S. *et al.* Practice Change in Community Pharmacy : A Case Study of Multiple Stakeholders ' Perspectives. *Innovations in Pharmacy*, v. 3, n. 3, p. 1–6, 2012.

GASTELURRUTIA, M. A. *et al.* Facilitators for practice change in Spanish community pharmacy. *Pharm World and Sci*, v. 31, n. 1, p. 32–39, fev. 2009. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18998235>>. Acesso em: 23 maio 2016.

GIBERSON, S.; YODER, S.; LEE, M. *Improving Patient and Health System Outcomes*

through Advanced Pharmacy Practice. A Report to the US Surgeon General. US: Public Health Service, 2011..

HIRSCH, J. D. *et al.* Primary care-based, pharmacist-physician collaborative medication-therapy management of hypertension: A randomized, pragmatic trial. *Clinical Therapeutics*, v. 36, n. 9, p. 1244–1254, 2014. Disponível em:
<<http://dx.doi.org/10.1016/j.clinthera.2014.06.030>>.

ISETTS, B. J. *et al.* Clinical and economic outcomes of medication therapy management services: the Minnesota experience. *Journal of the American Pharmacists Association : JAPhA*, v. 48, n. 2, p. 203–211; 3 p following 211, 2008.

JONES, S. H. Autoethnography: Making the personal political. In: LINCOLN, K. D. & Y. S. (Org.). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage, 2005. p. 763–791.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. (Coleção temas sociais). Resenha.

MCINNIS, T.; STRAND, L.; WEBB, C. E. *The Patient-Centered Medical Home: Integrating Comprehensive Medication Management to Optimize Patient Outcomes*. 2^o ed. [S.l.]: Patient-Centered Primary Care Collaborative, 2012.

MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. 1^a ed. Brasília: [s.n.], 2012.

MOURÃO, A. O. M. *et al.* Pharmaceutical care program for type 2 diabetes patients in Brazil: A randomised controlled trial. *International Journal of Clinical Pharmacy*, v. 35, n. 1, p. 79–86, 2013.

MULHALL, A. In the field: Notes on observation in qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*, v. 41, n. 3, p. 306–313, 2003.

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: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501565&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>.

NAKAMURA, C. A.; LEITE, S. N. Pharmaceutical Services em Family Health Support Team: The Brazilian experience. *LATIN AMERICAN JOURNAL OF PHARMACY*, v. 34, n. 3, p. 598–601, 2014.

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. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25562774>>.

OLIVEIRA, A. B. *et al.* Obstáculos da atenção farmacêutica no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, v. 41, n. 4, p. 409–413, 2005.

OLIVEIRA, G. C. B. *et al.* Experiências exitosas de farmacêuticos no SUS. *Conselho Federal de Farmácia*, v. III, n. 3, p. 71–77, jul. 2015.

RAMALHO DE OLIVEIRA, D. *Atenção Farmacêutica: da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa, compreendendo o conceito, humanizando o cuidado e revolucionando a prática*. 1. ed. São Paulo: RCN editora, 2011.

RAMALHO DE OLIVEIRA, D.; BRUMMEL, A. R.; MILLER, D. B. Medication therapy management: 10 years of experience in a large integrated health care system. *Journal of managed care pharmacy : JMCP*, v. 16, n. 3, p. 185–195, 2010.

RAMALHO-DE OLIVEIRA, D. *Pharmaceutical Care Uncovered: An Ethnographic Study of*

Pharmaceutical Care Practice. 2003. 393 f. 2003.

ROBERTS, A. S. *et al.* Understanding practice change in community pharmacy: A qualitative study in Australia. *Res Social Adm Pharm*, v. 1, n. 4, p. 546–564, 2005.

SAAR, S. R. DA C.; TREVIZAN, M. A. Papéis Profissionais De Uma Equipe De Saúde : Visão De Seus Integrantes. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 15, n. 1, 2007. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 12 jun. 2016.

SANDBERG, J. How Do We Justify Knowledge Produced Within Interpretive Approaches? *Organizational Research Methods*, v. 8, n. 1, p. 41–68, 2005.

SECOLI, S. R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Rev Bras Enferm*, v. 63, n. 1, p. 136–40, 2010.

SILVA, D. F. *et al.* 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. Saúde São Paulo*, v. 7, n. 2, 2016.

SIR, S. *et al.* Barriers for implementation of pharmaceutical care practice in community pharmacies in Sudan. *Khartoum Medical Journal*, v. 7, n. 1, p. 921–931, 2014.

SORENSEN, T. D. *et al.* A qualitative evaluation of medication management services in six Minnesota health systems. *Am J Health-Syst Pharm*, v. 73, n. 5, p. 307–314, 1 mar. 2016. Disponível em: <<http://www.ajhp.org/cgi/doi/10.2146/ajhp150212>>. Acesso em: 17 maio 2016.

UEMA, S. A. *et al.* Barriers to pharmaceutical care in Argentina. *Pharm World and Sci*, v. 30, n. 3, p. 211–215, 2008.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado em saúde e a gestão técnica do medicamento devem ser atividades independentes, mas essa separação ainda é nebulosa para nós, farmacêuticos, e outros profissionais de saúde. Dessa forma, nossa clínica ainda está sujeita à uma exímia representação no cenário de acesso aos medicamentos, como se fosse uma tarefa a cumprir antes do envolvimento com o cuidado em saúde.

Esse condicionante ainda pode obnubilar nossa contribuição junto à equipe de saúde por muitos anos, dificultando o processo de reconhecimento e compreensão de nosso papel como profissional do cuidado. População, gestores e, inclusive, farmacêuticos, dependem desse reconhecimento para não se confundirem com a figura, às vezes obtusa e multitarefada, desse profissional.

Importante salientar que o presente trabalho não tem o propósito de desmerecer a contribuição única dos farmacêuticos junto às questões de acesso a uma das ferramentas terapêuticas mais impactantes na saúde individual e coletiva: o medicamento. Ao contrário, o objetivo é estimular a reflexão sobre sua prática clínica, e indicar um possível caminho que possa contribuir para essa construção, garantindo que ele seja efetivo, seguro e conveniente para todos os profissionais de saúde farmacêuticos. Precisamos pensar sobre isso com critério, conscientizando-nos sobre o papel de cada um na construção do cuidado farmacêutico no mundo real (na Atenção Primária?).

Após a minha descoberta do Cuidado e do Paciente, reflito a aceitação da minha (nossa) responsabilidade e capacidade de transcender nosso fazer diário em saúde. Em diversos momentos da pesquisa eu compactuei com raciocínios que acabariam por paralisar o processo de transformação, ao esbarrar em questões estruturais e/ou gerenciais sobre as quais eu dificilmente teria governabilidade. Então, descobri que refletir durante e sobre a prática de trabalho pode e deve ser rotina para qualquer profissional de saúde, principalmente para aqueles que se encontram insatisfeitos com a forma como ofertam o serviço em sua rotina. Insatisfação essa seja por não se enquadrarem, ou por não concordarem com as ferramentas que rotineiramente têm acesso na construção do seu fazer.

Nesse sentido, a autoetnografia e sua escrita reflexiva foi uma ferramenta que me auxiliou a romper com a memória idealizada, propiciando-me admitir que a realidade seja diversa do

ideal, e a problematizar com ela, sem sofrimento. Maturidade profissional? Quando deixamos de lado as dúvidas e lamentações sobre a atitude a tomar e partimos para a ação, empoderamo-nos e conscientizamo-nos de que somos os artífices de nosso caminho, e de que podemos auxiliar na construção dos demais. Percebemos ainda que existem paradigmas norteadores que precisam ser transcendidos. Conforme afirma a socióloga e principal referência em pesquisas autoetnográficas, C. Ellis, “o aumento da auto-compreensão pode fornecer uma rota mais rápida e mais bem-sucedida para a mudança social do que alteração de leis ou outras estruturas macro políticas.” (ELLIS, 2002).

Espero que o caráter teórico-prático desse trabalho possa contribuir positivamente no direcionamento do profissional de saúde farmacêutico e, quem sabe, possa ainda auxiliar os docentes a refletirem na necessidade de formação de um corpo discente crítico. Para além da formação crítica, que ele seja capaz de atender às reais necessidades de saúde da população. Esse, inclusive, deve ser um questionamento perene: qual problema de saúde da população estou habilitado (ou me habilitando) a resolver?

Preocupo-me verdadeiramente com essas questões porque aprendi com os pacientes e com os outros profissionais de saúde que somos necessários no cuidado. O número de farmacêuticos na atenção primária aumentou exponencialmente nos últimos anos, mas esse “privilegio ocupacional” só foi possível devido a nossa ligação à gestão técnica do medicamento. Precisamos ocupar de forma útil o ambiente do cuidado que tem acompanhado esse espaço sob risco de, em uma nova forma de gestão, sermos preteridos da equipe de saúde, nos tornando obsoletos e desnecessários.

Para finalizar essas considerações gostaria de registrar a satisfação de passar (e estar ainda passando) por esse processo de transformação da minha prática de trabalho. A capacitação e a superação de rotinas e paradigmas que confundiam minha trajetória no serviço público permitem que eu me desloque entre os diversos pontos de atenção (técnico-gerencial ou assistencial) com segurança. Não digo a segurança do “tudo saber”, pois isso é impossível, considerando as imensas lacunas clínicas que fazem com que a busca continue, mas a segurança do reconhecimento do meu papel e da minha identidade como profissional de saúde.

Cada um é responsável por todos. Cada um é o único responsável. Cada um é o único responsável por todos. O Pequeno Príncipe (Saint-Exupéry)

6 REFERÊNCIAS

ANGONESI, D.; SEVALHO, G. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, p. 3603–3614, 2010.

AZEVEDO, C. E. F. *et al.* A Estratégia de Triangulação: Objetivos, Possibilidades, Limitações e Proximidades com o Pragmatismo. *IV Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade - EnEPQ*, p. 1–16, 2013. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/evento.php?acao=trabalho&cod_edicao_subsecao=989&cod_evento_edicao=70&cod_edicao_trabalho=16605#self>.

BRASIL. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica*. [S.l.]: Cadernos de Atenção Básica, n. 27 (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs>. , 2009

BRASIL. Lei n o 8.080, de 19 de setembro de 1990. , 1990, p. 1–13. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>.

BRASIL, M. DA S. *NÚCLEO DE APOIO À SAUDE DA FAMÍLIA – VOLUME 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano*. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2015.

BRASIL, M. DA S. *Política Nacional de Atenção Básica*. [S.l.: s.n.], 2013. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>.

BRASIL, M. DA S. PORTARIA GM N° 154: Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. , 2008, p. Republicada por ter saído publicada no DOU n° 18, . Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2015.

BRASIL, M. DA S. Portaria GM n° 3124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade. , 2012. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_espeelho_consulta.cfm?id=4073602&highlight=&tipoBusca=post&slcOrigem=0&slcFonte=0&sqlcTipoNorma=&hdTipoNorma=&busca>

Form=post&bkp=pesqnorma&fonte=0&origem=0&sit=0&assunto=&qtd=10&tipo_norma=&numero=3124&data=>.

BRASIL, M. DA S. *Portaria nº 2488 de 21 de Outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PA. . [S.l: s.n.]. , 2011*

BUENO, F. M. G.; QUEIROZ, M. DE S. O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. *Rev Bras Enferm*, v. 59, n. 2, p. 222–227, abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000200019&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 31 maio 2016.

CAMPOS, G. W. D. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 23, n. 2, p. 399–407, 2007. Disponível em: <http://www.sbfa.org.br/fnepas/pdf/cobem07/gastao_wagner_cobem_07.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2016.

CAMPOS, G. W. DE S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 2, p. 219–230, 2000.

CFE (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA). Resolução N° 586 De 29 De Agosto De 2013. , 2013, p. 1–12.

CHANG, H. Autoethnography in Health Research: Growing Pains? *Qualitative Health Research*, v. 26, n. 4, p. 443–451, 2016. Disponível em: <<http://qhr.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/1049732315627432>>.

CIPOLLE, R. J., STRAND, L. M., MORLEY, P. C. Pharmaceutical Care as a Professional Practice for Patient-Centered Medication Management Services. In: MGH MEDICAL (Org.). *Pharmaceutical Care Practice - The Patient-Centered Approach to Medication Management Services*. 3. ed. Minnesota: [s.n.], 2012. p. 37–72.

CIPOLLE, R. J. *Drugs don't have doses--people have doses! A clinical educator's philosophy. Drug intelligence & clinical pharmacy*. [S.l: s.n.]. , 1986

CRESWELL, J. W. *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosin Among Five*

Approaches. 3rd. ed. Nebraska: Thousand Oaks, 2013.

CUSTER, D. Autoethnography as a Transformative Research Method. *The Qualitative Report*, v. 19, n. 2013, p. 1–13, 2014.

Documento de diretrizes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família de Belo Horizonte. Horizonte, Belo. [S.l.]: Secretaria Municipal de Saúde, 2008.

DOSEA, A. S. *et al.* Establishment, Implementation, and Consolidation of Clinical Pharmacy Services in Community Pharmacies: Perceptions of a Group of Pharmacists. *Qualitative Health Research*, v. I, n. II, p. 1–11, 2015. Disponível em: <<http://qhr.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/1049732315614294>>.

DUGAN, B. D. Enhancing community pharmacy through advanced pharmacy practice experiences. *Am J Pharm Educ.*, v. 70, n. 1, p. 1–4, 2006.

ELLIS, C. Being real: Moving inward toward social change. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, v. 15, n. 4, p. 399–406, 2002.

ELLIS, C.; ADAMS, T. E.; BOCHNER, A. P. Autoethnography: An Overview. *Forum: Qualitative Social Research*, v. 12, n. 1, p. 1–23, 2011.

ELROD, S. *et al.* Practice Change in Community Pharmacy: A Case Study of Multiple Stakeholders' Perspectives. *Innovations in Pharmacy*, v. 3, n. 3, p. 1–6, 2012.

FREITAS, E. L. DE. *Revelando a experiência do paciente com a atenção farmacêutica: uma abordagem qualitativa*. 2005. 118 f. Universidade Federal de Minas Gerais, 2005.

FREITAS, E. L.; RAMALHO-DE OLIVEIRA, D.; PERINI, E. Atenção farmacêutica - Teoria e prática: um Diálogo possível? *Acta Farmaceutica Bonaerense*, v. 25, n. 3, p. 447–453, 2006.

GASTELURRUTIA, M. A. *et al.* Facilitators for practice change in Spanish community pharmacy. *Pharm World and Sci*, v. 31, n. 1, p. 32–39, fev. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18998235>>. Acesso em: 23 maio 2016.

GIBERSON, S.; YODER, S.; LEE, M. *Improving Patient and Health System Outcomes through Advanced Pharmacy Practice. A Report to the US Surgeon General*. US: Public Health Service, 2011. Disponível em:

<<http://www.uiwpharmacyreview.com/index.php/uiwpr/article/view/29>>.

HIRSCH, J. D. *et al.* Primary care-based, pharmacist-physician collaborative medication-therapy management of hypertension: A randomized, pragmatic trial. *Clinical Therapeutics*, v. 36, n. 9, p. 1244–1254, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.clinthera.2014.06.030>>.

ISETTS, B. J. *et al.* Clinical and economic outcomes of medication therapy management services: the Minnesota experience. *Journal of the American Pharmacists Association: JAPhA*, v. 48, n. 2, p. 203–211; 3 p following 211, 2008.

JONES, S. H. Autoethnography: Making the personal political. In: LINCOLN, K. D. & Y. S. (Org.). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage, 2005. p. 763–791.

LYLE, E. From Method To Methodology: Narrative As a Way of Knowing for Adult Learners. *The Canadian Journal for the Study of Adult Education*, v. 25, n. 2, p. 17–38, 2013.

MCBANE, S. E. *et al.* Collaborative Drug Therapy Management and Comprehensive Medication Management - 2015. *Pharmacotherapy*, v. 35, n. 4, p. e39–e50, 2015.

MCINNIS, T.; CAPPIS, K. H. Get the medications right: a nationwide snapshot of expert practices - Comprehensive medication management in ambulatory/community pharmacy. *Health2 Resources*, p. 60, 2016.

MCINNIS, T.; STRAND, L.; WEBB, C. E. *The Patient-Centered Medical Home: Integrating Comprehensive Medication Management to Optimize Patient Outcomes*. 2^o. ed. [S.l.]: Patient-Centered Primary Care Collaborative, 2012.

MCLLVEEN, P. *et al.* Autoethnography in Vocational psychology: Wearing Your Class on Your Sleeve. *Journal of Career Development*, v. 37, n. 3, p. 599–615, 2010.

MENDES, E. V. *A Construção Social da Atenção Primária à Saúde*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)., 2015

MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. 1^a. ed. Brasília: [s.n.], 2012.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde*. 2.

ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994

MOHAMED, S. S. E.; MAHMOUD, A. A.; ALI, A. A. Sudanese community pharmacy practice and its readiness for change to patient care. *International Journal of Pharmacy Practice*, v. 23, p. 266–273, 5 nov. 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25371034>>. Acesso em: 23 maio 2016.

MOURÃO, A. O. M. *et al.* Pharmaceutical care program for type 2 diabetes patients in Brazil: A randomised controlled trial. *International Journal of Clinical Pharmacy*, v. 35, n. 1, p. 79–86, 2013.

MULHALL, A. In the field: Notes on observation in qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*, v. 41, n. 3, p. 306–313, 2003.

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: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501565&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>.

NAKAMURA, C. A.; LEITE, S. N. Pharmaceutical Services em Family Health Support Team: The Brazilian experience. *LATIN AMERICAN JOURNAL OF PHARMACY*, v. 34, n. 3, p. 598–601, 2014.

NASCIMENTO, D. DO; OLIVEIRA, M. A. D. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *O Mundo da Saúde*, v. 34, n. 1, p. 92–96, 2010. Disponível em: <http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/74/12_revisao_reflexoes.pdf>.

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. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25562774>>.

OLIVEIRA, A. B. *et al.* Obstáculos da atenção farmacêutica no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, v. 41, n. 4, p. 409–413, 2005.

OLIVEIRA, G. C. B. *et al.* Experiências exitosas de farmacêuticos no SUS. *Conselho Federal*

de Farmácia, v. III, n. 03, p. 71–77, jul. 2015.

OLIVEIRA, I. V.; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D.; ALVES, M. R. Processo de tomada de decisão em gerenciamento da terapia medicamentosa : da compreensão ao desenvolvimento de um modelo para ensino. *Investigação Qualitativa em Saúde*, v. 1, p. 177–180, 2015.

PETERS, D. H.; TRAN, N. T.; ADAM, T. Implementation Research in Health: A Practical Guide. *Alliance for Health Policy and Systems Research*, p. 69, 2013. Disponível em: <http://who.int/alliance-hpsr/alliancehpsr_irpguide.pdf>.

QUEIROZ, D. T. *et al.* Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. *Revista de Enfermagem UERJ*, v. 15, n. 2, p. 276–283, 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a19.pdf>>.

RAAB, D. Transpersonal Approaches to Autoethnographic Research and Writing. *The Qualitative Report*, v. 18, n. 42, p. 1–18, 2013.

RAMALHO DE OLIVEIRA, D. *Atenção farmacêutica como contracultura*. *Farmácia revista/CRF-MG*. [S.l: s.n.], , 2006

RAMALHO DE OLIVEIRA, D. *Atenção Farmacêutica: da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa, compreendendo o conceito, humanizando o cuidado e revolucionando a prática*. 1. ed. São Paulo: RCN editora, 2011.

RAMALHO DE OLIVEIRA, D.; BRUMMEL, A. R.; MILLER, D. B. Medication therapy management: 10 years of experience in a large integrated health care system. *Journal of managed care pharmacy : JMCP*, v. 16, n. 3, p. 185–195, 2010.

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. p. 42–75.

RAMALHO-DE OLIVEIRA, D. *Pharmaceutical Care Uncovered: An Ethnographic Study of Pharmaceutical Care Practice*. 2003. 393 f. 2003.

RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D. Os componentes da Atenção Farmacêutica. *Atenção Farmacêutica: da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa*. [S.l: s.n.], 2011. p. 76–131.

- RIOS, T. A. A presença da filosofia e da ética no contexto profissional. *Organicom*, v. 5, n. 8, p. 88, 2008.
- ROBERTS, A. S. *et al.* Understanding practice change in community pharmacy: A qualitative study in Australia. *Res Social Adm Pharm*, v. 1, n. 4, p. 546–564, 2005.
- ROSENTHAL, M. *et al.* Identifying relationships between the professional culture of pharmacy, pharmacists' personality traits, and the provision of advanced pharmacy services. *Res Social Adm Pharm*, v. 12, n. 1, p. 56–67, jan. 2016. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1551741115000832>>. Acesso em: 23 maio 2016.
- SAAR, S. R. DA C.; TREVIZAN, M. A. Papéis Profissionais De Uma Equipe De Saúde : Visão De Seus Integrantes. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 15, n. 1, 2007. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 12 jun. 2016.
- SANDBERG, J. How Do We Justify Knowledge Produced Within Interpretive Approaches? *Organizational Research Methods*, v. 8, n. 1, p. 41–68, 2005.
- SECOLI, S. R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Rev Bras Enferm*, v. 63, n. 1, p. 136–40, 2010.
- SILVA, D. F. *et al.* 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. Saúde São Paulo*, v. 7, n. 2, 2016.
- SIR, S. *et al.* Barriers for implementation of pharmaceutical care practice in community pharmacies in Sudan. *Khartoum Medical Journal*, v. 7, n. 1, p. 921–931, 2014.
- SORENSEN, T. D. *et al.* A qualitative evaluation of medication management services in six Minnesota health systems. *Am J Health-Syst Pharm*, v. 73, n. 5, p. 307–314, 1 mar. 2016. Disponível em: <<http://www.ajhp.org/cgi/doi/10.2146/ajhp150212>>. Acesso em: 17 maio 2016.
- SORENSEN, T. D. *et al.* Seeing the Forest Through the Trees: Improving Adherence Alone Will Not Optimize Medication Use. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*, v. 22, n. 5, p. 598–604, 2016. Disponível em: <<http://www.jmcp.org/doi/10.18553/jmcp.2016.22.5.598>>.

UEMA, S. A. *et al.* Barriers to pharmaceutical care in Argentina. *Pharm World and Sci*, v. 30, n. 3, p. 211–215, 2008.

WILLINK, D. P.; ISETTS, B. J. Becoming “indispensable”: Developing Innovative Community Pharmacy Practices. *J Am Pharm Assoc.*, v. 45, n. 3, p. 376–389, 2005. Disponível em: <<http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-22144480657&partnerID=tZOtx3y1>>.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

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

Pesquisa:

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

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

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

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

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

importante esclarecer ainda que a sua participação será isenta da qualquer despesa ou outro ônus. Poderá ocorrer reembolso de gastos decorrentes de sua participação na pesquisa e a reparação de possíveis danos que eventualmente possam ser gerados.

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

Suas informações são muito valiosas para o desenvolvimento desta pesquisa.

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

Eu,.....após ter sido suficiente e devidamente esclarecido (a), pela pesquisadora, sobre a realização desta pesquisa, como está escrito neste termo, declaro que consinto em participar da pesquisa em questão por livre vontade não tendo sofrido nenhuma forma de pressão ou influência indevida.

Data: ___/___/_____

Assinatura:.....

Pesquisador responsável

Eu, Djenane Ramalho de Oliveira, responsável pelo projeto acima descrito, declaro que obtive espontaneamente o consentimento deste sujeito de pesquisa (ou do seu representante legal) para realizar este estudo.

Data: ___/___/_____

Assinatura:.....

Este termo será arquivado, pelo pesquisador responsável, por um período de 5 anos para consultas e verificações.

Nota: Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado em duas vias, ficando uma com o sujeito participante da pesquisa e a outra com o pesquisador responsável.

Contatos:

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

Comitê de Ética em Pesquisa / UFMG – telefone: 31 3409-4592

Endereço completo: Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005, Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil, CEP 31270-901

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

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

APÊNDICE B – TÓPICO GUIA – ENTREVISTA

TÓPICO GUIA – ENTREVISTA

OBJETIVO: Entender como o farmacêutico inserido no Nasf experiencia/vivencia o atendimento/acompanhamento clínico na APS.

1. Me fale um pouco sobre suas experiências prévias ao Nasf. Quando se formou, em que trabalhou, se houve algum contato com a prática clínica previamente.

2. Agora, gostaria que você me falasse um pouco sobre a sua prática clínica no Nasf.

- Como tem sido essa experiência?

- Você identifica a necessidade de algum tipo de conhecimento prévio que não foi ofertado na sua formação?

- Como foi a experiência da clínica antes (se houver) da aquisição desse conhecimento? Pontue com exemplos

- Como tem sido essa experiência após (se houver) a aquisição do conhecimento? Pontue com exemplos

3. Agora gostaria de saber sobre a comunicação com o paciente.

- Como se dá? Você acha que se faz compreendido? Exemplos.

- Dentro dessa comunicação, que tipo de habilidade (humanística, intelectual, cultural, etc) você considera importante acessar?

- Cite alguma dificuldade que você tenha a esse respeito. Como você lida com ela?

- Cite uma facilidade que tenha a esse respeito. Como chegou até ela?

4. Agora sobre o seu trabalho na visão dos outros profissionais. Relacionamento interprofissional.

- Como você se sente em relação ao seu papel dentro da ESF e mesmo do Nasf? (compreendido, diferente, à parte, incluído....)

- Como se dá sua comunicação com outros profissionais? Pense no seu dia a dia, como você se relaciona com os outros profissionais. Descreva o que sente, o que vê.
- Gostaria que você voltasse ao seu primeiro dia de trabalho e descrevesse sua primeira reunião de matriciamento. Como você se sentiu? (Pense nos encaminhamentos, nas palavras, no que estava sendo exposto).
- O que mudou para como você se sente hoje?

APÊNDICE C – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO DE RESULTADOS

1

Submission Confirmation

[Print](#)

Thank you for your submission and payment



PayPal has routed, processed, and secured your payment information. [More information about PayPal](#)

Submitted to
Qualitative Inquiry

Manuscript ID
QI-16-238

Title
Autoethnography as an Instrument for Professional (Trans)Formation in Pharmaceutical Care Practice

Authors
Álvares Machado Silva, Daniela
de Araújo Medina Mendonça, Simone
O'Dougherty, Maureen
Ramalho de Oliveira, Djenane
Chemello, Clarice

Date Submitted
13-Aug-2016

Payment Method
Daniela Álvares Silva
PayPal Redirect 10.00 USD
Payment received on: 13-Aug-2016

Auth. Number:
AL1CDAE41390