

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA
(PPGMAF/UFMG)**

GRAZIELLI CRISTINA BATISTA DE OLIVEIRA

**Construção colaborativa de um serviço de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa
no Sistema Público de Saúde**

**BELO HORIZONTE
2018**

GRAZIELLI CRISTINA BATISTA DE OLIVEIRA

**Construção colaborativa de um serviço de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa
no Sistema Público de Saúde**

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

Área de concentração: medicamentos e Assistência Farmacêutica

Orientadora: Dra. Djenane Ramalho de Oliveira

**Belo Horizonte
2018**

Oliveira, Grazielli Cristina Batista de.
O48c Construção colaborativa de um serviço de Gerenciamento da
Terapia Medicamentosa no Sistema Público de Saúde / Grazielli
Cristina Batista de Oliveira. – 2018.
141 f. : il.

Orientadora: Djenane Ramalho de Oliveira.

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

1. Terapia medicamentosa – Gerenciamento – Teses. 2. Atenção
farmacêutica – Teses. 3. Assistência farmacêutica – Teses. 4.
Cuidados primários de saúde – Teses. 5. Pesquisa – Ação – Teses. 6.
Pesquisa qualitativa – Teses. 7. Sistema Único de Saúde (Brasil) –
Teses. I. Oliveira, Djenane Ramalho de. II. Universidade Federal de
Minas Gerais. Faculdade de Farmácia. III. Título.

CDD: 362.1042



FOLHA DE APROVAÇÃO

CONSTRUÇÃO COLABORATIVA DE UM SERVIÇO DE GERENCIAMENTO DA TERAPIA MEDICAMENTOSA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

GRAZIELLI CRISTINA BATISTA DE OLIVEIRA

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

Aprovada em 08 de fevereiro de 2018, pela banca constituída pelos membros:

Prof. Djenane Ramalho de Oliveira - Orientadora
UFMG

Prof. Simone de Araújo Medina Mendonça (Participação à distância)
UFJF

Prof. Mariana Linhares Pereira
UFSJ

Prof. Clarice Chemello
UFMG

Prof. Ana Paula Paes de Paula
UFMG

Belo Horizonte, 8 de fevereiro de 2018.

DEDICATÓRIA

À *Ana Flávia e Armando* pela paciência e generosidade com que abriram mão de nosso tempo de convívio em função deste trabalho. Obrigado pelo incentivo e apoio incondicional!

AGRADECIMENTOS

Não tenho palavras para descrever o quão sou grata pela oportunidade de partilhar a experiência deste trabalho com tantas pessoas especiais.

Inicio meus agradecimentos aos meus pais *Antonio Carlos* e *Maria Madalena* pelo apoio, carinho, suporte, educação e incentivo. Muito obrigado por todo amor e generosidade. Agradeço especialmente à minha mãe pela ajuda com a Ana Flávia. Sem você eu não conseguiria conciliar a maternidade e o doutorado. Muito obrigado!

A meu querido marido *Armando* pelo incentivo, paciência, compreensão e ajuda nas revisões e traduções, assim como nas tarefas cotidianas.

Aos meus familiares *Kelley, Ivan, Letícia, Anderson, Roseane, Luci, Celso, Lindnéia, Gabriela* e *Julia* pelo apoio e carinho nesta jornada.

À minha orientadora *Djenane Ramalho de Oliveira* por me apresentar um novo mundo de conhecimentos, concepções e valores que vão muito além da perspectiva acadêmica e que levarei para minha vida pessoal. Obrigado pela paciência e generosidade com que me orientou neste trabalho.

Aos *Farmacêuticos Ana Claudia, Samuel, Vanessa, Flávia, Adson, Tâmara, Michelle, Ludmila, Maria Claudia, Juliana Lopes, Juliana Fontes* e demais colaboradores da *Assistência Farmacêutica de Lagoa Santa* pela generosidade e empenho com que contribuíram na reestruturação da Assistência Farmacêutica em Lagoa Santa e por me ajudarem a entender melhor nossa prática profissional. Obrigado pelas conversas, partilhas, intervenções e aprendizados. Agradeço especialmente ao farmacêutico *Adson* pela generosidade com que aceitou a proposta, se empenhando verdadeiramente nesse projeto. Obrigado pelas partilhas e pela amizade.

Aos *colegas da Unidade Básica de Saúde Campinho*, especialmente *Carol* e *João* pela abertura com que receberam o projeto e partilharam suas experiências e percepções. A perspectiva de vocês foi de vital importância para a construção do serviço clínico farmacêutico.

Aos demais *colegas da Secretaria Municipal de Saúde*, especialmente ao Secretário de saúde *Fabiano Moreira* pela oportunidade e parcerias na reestruturação da Assistência Farmacêutica.

Aos *colegas do CEAF* pelas inúmeras colaborações e partilhas em diversos momentos desta trajetória. Aos então estagiários *Samuel, Tâmara, Gabriela, Marianne e Kamila* pelas contribuições valiosas em Lagoa Santa. Às tutoras do projeto Qualifar *Yone, Annaline e Danielle* por trazer todo seu vasto conhecimento à nossa prática profissional. *Yone*, obrigado pela paciência e delicadeza com nossos profissionais. Aos colegas *Samuel e Kirla* pela parceria no estágio a docência, e aos colegas das disciplinas da pós-graduação pelas contribuições e aprendizado.

Agradeço especialmente à *Maria Ângela* pelas diversas partilhas sobre a pesquisa-ação e implementação da prática clínica, assim como por sua generosidade em ouvir minhas dificuldades vivenciadas em campo. Sua serenidade e perseverança foram incentivos para meu aprimoramento como pessoa e como profissional.

Ao Conselho Regional de Farmácia, nas pessoas do *Brandão* e da *Elaine* pelo acolhimento e apoio ao nosso projeto.

À Faculdade de Farmácia, que viabilizou através do Programa de Pós-graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica — da UFMG a oportunidade de eu me aprimorar profissional e vivenciar uma experiência tão rica e tão estimulante quanto esta.

Ao CEAF por nos trazer identidade enquanto grupo e infinitas fontes de conhecimento e aprendizado! É um grande orgulho fazer parte deste grupo!

RESUMO

OLIVEIRA, G.C.B. **Construção colaborativa de um serviço de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa no Sistema Público de Saúde.** 2018. 126f. Tese (Doutorado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica) — Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Atenção Farmacêutica é uma prática na qual o farmacêutico assume a responsabilidade por atender todas as necessidades do paciente relacionadas a medicamentos, tendo-o como centro do serviço, usando um método padronizado e se responsabilizando pelos resultados alcançados. Gerenciamento da Terapia Medicamentosa é o serviço clínico oferecido no cotidiano do profissional, que reflete os componentes fundamentais da prática da Atenção Farmacêutica.

Este estudo descreve a implantação e sistematização do serviço de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa no contexto da Assistência Farmacêutica da atenção primária à saúde do municipal de Lagoa Santa/MG, realizada de forma colaborativa por farmacêuticos e parceiros das equipes de saúde. Para isso, foi utilizada a pesquisa-ação, metodologia qualitativa que permite conhecer e compreender o que acontece com as pessoas e seu processo de trabalho, visando ajudá-las a explorar suas experiências e aumentar seu entendimento da própria situação.

A pesquisa foi realizada entre abril/2013 e agosto/2015, envolvendo dez farmacêuticos, um médico e uma enfermeira. Foram realizadas discussões temáticas quinzenais para viabilizar o envolvimento e reflexão crítica dos profissionais na construção de sua prática. Como técnicas de coleta de dados foram utilizadas observação participante, diários de campo, quatro entrevistas semi-estruturadas, dois grupos focais, reuniões de grupo entre farmacêuticos e análises de documentos do serviço. A análise dos dados foi realizada a partir da categorização.

Os resultados deste trabalho foram apresentados a partir de três artigos: o primeiro abordando a reestruturação da Assistência Farmacêutica (AF) para inserção do serviço clínico; o segundo abordando o processo de inserção do Gerenciamento da Terapia Medicamentosa na atenção primária à saúde e o terceiro sobre o impacto da metodologia de gestão para a inserção da prática clínica farmacêutica no Sistema Único de Saúde.

No processo de reestruturação da Assistência Farmacêutica ficou evidente a necessidade de definição clara do papel e responsabilidades do farmacêutico na atenção primária à saúde. Para a implantação do Serviço de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa apresentaram-se como fatores essenciais: apoio da gestão, padronização e monitoramento do serviço clínico, formação técnica dos profissionais, comunicação efetiva entre os atores envolvidos, além do respeito e entrosamento nos fluxos de trabalhos já realizados no cenário onde o serviço foi inserido.

Através da adoção da gestão participativa no contexto da Assistência Farmacêutica, observou-se que a construção coletiva permitiu aos farmacêuticos reconhecer suas fragilidades e potencialidades, além da sua capacidade de responsabilizar-se pela farmacoterapia do paciente, mostrando o impacto do modelo de gestão do serviço sobre o processo de inovação das práticas dos farmacêuticos.

Palavras-chave: Serviço de gerenciamento de terapia medicamentosa. Atenção farmacêutica. Implantação de serviço. Assistência farmacêutica. Atenção primária à saúde. Pesquisa-ação. Pesquisa qualitativa

ABSTRACT

OLIVEIRA, G.C.B. **Collaborative construction of Comprehensive Medication Management Services in the Brazilian Public Health Care System.** 2018. 126 pp. Thesis (doctorate) – Faculty of Pharmacy Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte.

Pharmaceutical Care (PC) is the practice in which the pharmacist takes responsibility for attending all of a patient's drug-related needs, positioning the patient at the center of the service, using a standardized method and taking responsibility for the results of his actio
Comprehensive Medication Therapy Management (CMM) is the clinical service offered in the daily life of the professional and reflects the fundamental components of Pharmaceutical Care Practice.

This study describes the implementation and systematization of CMM services in the City of Lagoa Santa/MG, Brazil, in collaboration with pharmacists and the multidisciplinary health team. To this end, we used Action Research, a qualitative methodology that allows us to know and understand what happens to people and their working processes, helping them to explore their experiences and increase their understanding of their own situations.

The research was conducted between April 2013 and August 2015, involving ten pharmacists. Fortnightly thematic discussions were held to enable engagement and critical reflection of professionals about the construction of their clinical practices. The data collection methods were participant observation with field journals, document analysis, semi-structured interviews, group meetings among pharmacists and two focus groups. Data analysis was performed by looking for meaning units and categories.

The results of this thesis are presented in the format of three manuscripts: the first one presents the restructuring of Pharmacy Services to insert the clinical service; the second one addresses the insertion process of CMM services in primary care, and the third one studies the impact of the management approach for the insertion of the new clinical service .

The need for a clear definition of roles and responsibilities of the pharmacist in primary health care was evident in the process of restructuring pharmacy services. In order to implement CMM, the following were essential factors: management support, standardization and monitoring of the clinical service, technical training of professionals, effective communication among the actors involved, and respect and integration in workflows already performed in the scenario where the service was inserted.

Through the adoption of a participatory management approach in the context of Pharmacy Services, it was observed that the collective construction enabled pharmacists to recognize their potentialities and weaknesses, as well as their ability to take responsibility for the pharmacotherapy of the patient, showing the impact of the service management model on the innovation process of pharmacists' praxis.

Keywords: Comprehensive medication management services. Pharmaceutical care. Service implementation. Primary care. Pharmacy services. Action research. Qualitative research.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Espiral cíclica sobre a reestruturação da Assistência Farmacêutica.....	49
Tabela 2 - Espirais cíclicas sobre a estruturação do serviço clínico de GTM.....	50
Artigo 1	
Table 1: Action research cycles.....	61
Artigo 2	
Tabela 1 – Assuntos tratados a partir dos temas identificados.....	73
Tabela 2 – Variáveis avaliadas na planilha de produção dos serviços clínicos.....	82

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	álcool e drogas
AF	Assistência Farmacêutica
APS	Atenção Primária à Saúde
AR	Action research
CAF	Central de Abastecimento Farmacêutico
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEAF	Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CPS	Central pharmaceutical supply
GTM	Gerenciamento da Terapia Medicamentosa
IBGE	Instituto brasileiro de geografia e estatística
MG	Minas Gerais
MTM	MedicationTherapy Management
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pesquisa-ação
PAM	Pronto Atendimento Municipal
PC	Pharmaceutical care
PMMS	Program management os solid waste and semi solid
PRM	Problema relacionado ao uso de medicamentos
PSF	Programa de Saúde da Família
PTC	Pharmacy and therapeutics committee
QUALIFAR-SUS	Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SAD	Serviço de assistência domiciliar
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

ABSTRACT	8
LISTA DE TABELAS	10
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	11
1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	14
2 JUSTIFICATIVA	15
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
3.1 Atuação clínica do farmacêutico	18
3.1.1 <i>Atenção Farmacêutica</i>	18
3.1.2 <i>O serviço clínico farmacêutico no contexto do SUS</i>	22
3.1.3 <i>Requisitos para a atuação do farmacêutico no cuidado em saúde</i>	25
3.2 Referencial teórico metodológico	28
3.2.1 <i>A pesquisa qualitativa</i>	28
3.2.2 <i>A pesquisa-ação</i>	28
3.2.3 <i>Instrumentos de coleta e análise de dados</i>	34
4 OBJETIVOS	37
4.1 Objetivo geral	37
4.2 Objetivos específicos	37
5 MÉTODO	38
5.1 Local da pesquisa	38
5.2 Método de pesquisa	39
5.3 Técnicas de coleta e análise de dados	40
5.4 Considerações éticas	42
5.5 Rigor metodológico	42
6 RESULTADOS	44
6.1 Linha do tempo de evolução da pesquisa	44
6.1.1 1º ciclo das espirais cíclicas	44
6.1.2 2º ciclo das espirais cíclicas	46
6.1.3 3º ciclo das espirais cíclicas	47
6.1.4 A gestão permeando todos os ciclos e processos da pesquisa	47

7	ARTIGO 1: ACTION RESEARCH AS A TOOL FOR TRANSFORMATION OF THE PHARMACIST'S PRAXIS IN PRIMARY CARE.....	51
8	ARTIGO 2: IMPLANTAÇÃO DE UM SERVIÇO CLÍNICO FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO SUS.....	68
9	ARTIGO 3: A GESTÃO PARTICIPATIVA DE UM SERVIÇO CLÍNICO FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO.....	93
10	CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
11	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	116
	ANEXO I	121
	ANEXO II.....	134
	APENDICE A.....	142

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este projeto foi idealizado a partir de minha experiência por um ano (2010 a 2011) atuando como Responsável Técnica pela Assistência Farmacêutica do município de Lagoa Santa/Minas Gerais (MG). Nesse período a cidade possuía uma população de aproximadamente 52 mil habitantes, com o serviço de Assistência Farmacêutica sendo executado apenas por uma farmacêutica. Pela minha própria experiência, e pela convivência com outros farmacêuticos do Sistema Único de Saúde (SUS), pude perceber que nossa profissão tem muito a contribuir na atenção primária à saúde. Porém, frequentemente não o fazemos pela sobrecarga de tarefas e/ou pelo despreparo técnico.

Durante essa experiência, em vários momentos, esforcei-me para ocupar meu papel de profissional de saúde e responsabilizar-me pela farmacoterapia dos pacientes. Mas isso nem sempre foi possível, por uma série de razões. A sobrecarga de tarefas administrativas dificultou meu contato direto com os pacientes e demais profissionais de saúde, e a farmácia era quase sempre vista como um setor isolado dos demais serviços da atenção primária à saúde. Havia diversas demandas de atendentes que realizavam a dispensação e de pacientes acerca da dificuldade que os usuários tinham ao utilizar a farmacoterapia de forma correta.

Nos poucos momentos em que tive contato direto com o paciente, não havia um método sistemático para atendê-lo e, na maioria das vezes, eu não conseguia acompanhá-lo ao longo de todo o seu tratamento, apenas atuando pontualmente em sua farmacoterapia. Logo percebi a necessidade de organização da Assistência Farmacêutica, de modo que tanto as atividades de gestão do medicamento (aquisição, armazenamento, distribuição) quanto as atividades junto ao paciente fossem priorizadas. Entendi que, no dia-a-dia, os gestores ouvem pouco o farmacêutico, dando-lhe quase nenhuma autonomia e ferramentas para mudar o cenário em que está inserido. Já nos poucos momentos em que tivemos outros farmacêuticos na rede, percebi também que cada profissional atendia o paciente de uma maneira diferente. Não havia comunicação nem entre os farmacêuticos, nem entre eles e os demais profissionais de saúde. Não havia padronização da atuação junto ao paciente, e não havia longitudinalidade em nossa atuação. Sem dúvida, essa vivência contribuiu muito para meu processo de conscientização sobre as limitações e as potencialidades do profissional farmacêutico, o que fomentou maior criticidade sobre o meu próprio trabalho e conduzindo à realização desta investigação.

2 JUSTIFICATIVA

Atualmente observa-se a segmentação e fragmentação dos sistemas de saúde atribuída ao predomínio de programas focalizados em enfermidades, riscos e populações específicas. Esse modelo tem apresentado ênfase na atenção hospitalar, caracterizado por insuficiência e má coordenação dos serviços e recursos disponíveis, e culturas organizacionais contrárias à integração. Além disso, em países da América Latina, também são apontadas a concepção seletiva para o acesso aos serviços e a falta de garantia na continuidade do cuidado e no acesso aos níveis de maior complexidade.(SILVA, 2011).

Nessa mesma lógica, as necessidades de saúde da população brasileira na atualidade vêm se alterando em função das mudanças demográficas observadas no país, que apontam para o envelhecimento populacional, e também pelo significativo aumento das condições crônicas na população. Observa-se maior presença das doenças crônico-degenerativas, e também aumento da sobrevivência de pacientes portadores de outras patologias, além da incidência de doenças infectocontagiosas e do aumento do número de mortes por causas externas. (LAVRAS, 2011).

Outro grave problema de saúde coletiva, tanto no Brasil quanto em outros países do mundo, são as altas taxas de morbi-mortalidade relacionadas ao uso de medicamentos, consequência da medicalização da sociedade atual.(FREITAS; RAMALHO DE OLIVEIRA; PERINI,2006). Em virtude do aumento das condições crônicas, observa-se ainda no Brasil a ocorrência de prescrições de medicamentos, muitas vezes descoordenadas, por diversos profissionais para o mesmo paciente. Tal situação caracteriza um quadro epidemiológico bastante complexo, cujo enfrentamento exige profundas mudanças no SUS.(LAVRAS, 2011).

Os sistemas de atenção à saúde estão sofrendo grandes transformações em todo o mundo a fim de torná-los mais acessíveis, sustentáveis e produtivos, a fim de se obter os melhores resultados a um custo razoável.(MARACLE; RAMALHO-DE-OLIVEIRA; BRUMMEL, 2012). No Brasil, em 1994, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Saúde da Família (PSF) em âmbito nacional, tendo como um dos objetivos a mudança da lógica clínica – anteriormente centrada no atendimento médico – para um olhar epidemiológico, com uma visão integral do indivíduo e com a realização de trabalho em equipe.(VILLA, 2008).

As redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde se propõem a oferecer a condição estruturalmente mais adequada para efetivação da integralidade da atenção, além de proporcionar maior racionalidade da utilização dos recursos buscando viabilizar a redução dos

custos dos serviços.(SILVA, 2011). Na perspectiva econômica, os gastos dos medicamentos constituem o segundo maior item de despesa dos sistemas de atenção à saúde, somente superados pela atenção hospitalar. Por essas razões econômicas e sanitárias, as Redes de Atenção à Saúde propõem organizar o sistema de Assistência Farmacêutica como um de seus sistemas transversais de apoio. Tais sistemas são os lugares institucionais das redes em que se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da Assistência Farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde.(MENDES, 2011).

Nessa lógica, a Assistência Farmacêutica compõe não somente ações para a promoção do acesso ao uso do medicamento, mas também ações da farmácia clínica, focadas na promoção do uso adequado dessa tecnologia. O papel do farmacêutico muda de um profissional que lida com medicamentos para um membro de uma equipe multiprofissional de saúde, interagindo com os demais profissionais e relacionando-se com as pessoas usuárias, suas famílias e a comunidade, de forma que gere vínculos permanentes com base no acolhimento e na humanização das práticas clínicas.(MENDES, 2011).

Num contexto onde a profissão farmacêutica não atende a uma necessidade social clara e não possui uma filosofia de prática, a Atenção Farmacêutica surge preenchendo a lacuna de uma profissão em busca de uma nova identidade.(RAMALHO DE OLIVEIRA, 2006). Isso porque será primeira vez que o farmacêutico tem a sua disposição um método que lhe permite padronizar sua atuação clínica e realizar intervenções baseadas em um processo racional de tomada de decisões (FREITAS; RAMALHO DE OLIVEIRA; PERINI, 2006). O gerenciamento da terapia medicamentosa, serviço clínico pautado na atenção farmacêutica, valoriza o trabalho direto com as pessoas, o envolvimento com a comunidade, a construção de relacionamentos multiprofissionais e a responsabilização pela farmacoterapia. A partir daí surge a necessidade de novos conhecimentos que vão além da abordagem técnica e objetiva, perpassando pelo conhecimento humano (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2006). Essa prática profissional vai de encontro às necessidades do trabalho realizado no Programa de Saúde da Família, que requer a inclusão de várias disciplinas para lidar com a complexidade do paciente.(ALMEIDA; MISHIMA, 2001).

A Atenção Farmacêutica, expressa na prática pelo serviço de GTM, se apresenta como alternativa para a profissão de Farmácia – senão a melhor delas – para se aplicar todo o conhecimento do farmacêutico em prol de uma causa que realmente o comprometa com a sociedade: a redução da morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos (RAMALHO

DE OLIVEIRA, 2011). O serviço de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa é uma tecnologia em saúde que permite a atuação clínica do farmacêutico, de forma colaborativa, multiprofissional, interdisciplinar e em rede para atender de forma efetiva e segura às necessidades de saúde dos usuários entre as quais as necessidades relacionadas ao uso racional de medicamentos. Desse modo, esse profissional se torna o mais indicado para construir e executar o serviço de GTM. No trabalho em saúde, fica evidente a impossibilidade de uma ação isolada, uma vez que sempre envolve o outro: o usuário, sua família ou comunidade, demais trabalhadores, bem como ações realizadas por outros profissionais (VILLA, 2008). Dessa forma, a ação isolada do farmacêutico pode reduzir a efetividade e eficiência do serviço de GTM, tornando a construção de um serviço em colaboração com a equipe multidisciplinar uma forma de garantir maior integração e qualidade ao serviço oferecido. A contribuição dos participantes envolvidos na mudança ajudará a garantir a convergência de valores na oferta do serviço. Além disso, a coleta e análise de dados e divulgação dos resultados do processo de mudança podem promover nova reflexão e aprendizado para futuras mudanças (BRIDGES; MEYER, 2007; ROBERTS *et al.*, 2005).

Nesse contexto, a pesquisa-ação se tornou a melhor escolha para a construção multidisciplinar do serviço de GTM, pois permite a participação ativa de todos os membros da equipe na construção e implantação do serviço, contribuindo para a criação de uma identidade coletiva e o envolvimento de todos. Outro papel fundamental da pesquisa-ação é a condução dos participantes à tomada de consciência dos princípios que permeiam a realização do seu trabalho (TRIPP, 2005). Assim, a pesquisa-ação tornou-se instrumento para viabilizar a reflexão e participação dos farmacêuticos na inserção do serviço de GTM no contexto da atenção primária à saúde no município de Lagoa Santa.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Atuação clínica do farmacêutico

3.1.1 Atenção Farmacêutica

Atualmente, o cenário do cuidado em saúde tem requerido que o profissional farmacêutico seja cada vez mais que um mero fornecedor de medicamentos. Os altos índices de morbimortalidade relacionados ao uso de medicamentos tem apontado para a necessidade social de um profissional que se responsabilize pela farmacoterapia dos pacientes, requerendo do farmacêutico adequação a essa nova realidade.

Segundo Hepler e Strand (1990), a situação vivida hoje por esse profissional foi precedida por três principais estágios no século XX: o tradicional, o de transição e o do desenvolvimento do cuidado ao paciente (HEPLER; STRAND, 1990). No primeiro estágio o boticário preparava e vendia os medicamentos, fornecendo aos clientes orientações sobre o seu uso. Já no estágio de transição as atividades farmacêuticas voltaram-se principalmente para a produção de medicamentos numa abordagem técnico-industrial (HEPLER; STRAND, 1990; VIEIRA, 2007). Nessa fase, o domínio intelectual, econômico e operativo deslocou-se para a indústria, fazendo desaparecer quase que por completo o elo entre o profissional farmacêutico e o paciente (SATURNINO *et al.*, 2012). Além disso, o afastamento dos profissionais de saúde permitiu aos farmacêuticos criarem seu próprio vocabulário, estabelecerem suas próprias normas e determinarem sua própria série de regras (SILVA; DELIZOICOV, 2009). Isso também contribuiu para a fragmentação da visão sobre quem era o beneficiário dos serviços farmacêuticos e para a indefinição da atuação do profissional de farmácia junto à sociedade. Nesse momento, o farmacêutico passa a perseguir uma nova identidade profissional e uma legitimação da sua atuação, procurando novas atividades junto ao paciente, a exemplo da farmácia clínica e da atenção farmacêutica, entrando assim na fase de desenvolvimento do cuidado ao paciente.

Nesse contexto, a Atenção Farmacêutica proposta por Hepler e Strand (1990) se apresentava como resposta à demanda social por um profissional que se responsabilizasse pelo processo de uso dos medicamentos no cotidiano das pessoas. Trata-se de uma atividade de cuidado ao paciente, definida como “provisão responsável do tratamento farmacológico,

com o propósito de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida dos pacientes” (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012).

Segundo Ramalho de Oliveira (2011), a Atenção Farmacêutica é uma prática centrada no paciente, na qual o farmacêutico assume a responsabilidade por atender todas as suas necessidades relativas a medicamentos, usando um método padronizado e sendo responsabilizado pelos resultados desse trabalho. Nessa perspectiva, se estabelece uma relação de reciprocidade e de responsabilidades entre o profissional e o paciente, fundamentada no diálogo, confiança, respeito, sinceridade e autenticidade. Essa atuação se baseia na filosofia da Atenção Farmacêutica, que consiste nos seguintes elementos:

1. atendimento a uma necessidade social;
2. descrição da responsabilidade social do farmacêutico;
3. holismo e centralidade no paciente, e
4. cuidado por meio de uma relação terapêutica (RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2011).

A gestão do serviço de atenção farmacêutica envolve as seguintes categorias principais:

1. clara missão da prática e do serviço prestado;
2. identificação dos recursos (físicos, financeiros e humanos) necessários para a realização do serviço;
3. desenvolvimento de métodos de avaliação da prática; e
4. captação de recursos para financiar os serviços oferecidos (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012).

Um dos grandes diferenciais da Atenção Farmacêutica é o processo de cuidado ao paciente, que deve ser padrão em qualquer lugar para qualquer farmacêutico (ANGONESI; SEVALHO, 2010). Nesse cenário, o profissional utiliza um processo lógico de tomada de decisão (*Pharmacotherapy workup*) para identificar possíveis problemas, avaliando inicialmente a indicação dos medicamentos utilizados pelo paciente, sua posterior efetividade e segurança, e finalmente a comodidade dos tratamentos ou a possibilidade de adesão. Em seguida, trabalha com outros membros da equipe, e com o paciente, a fim de criar um plano de ação específico para esse último, visando garantir o alcance dos melhores resultados possíveis em saúde. Depois de implementar seu plano, o farmacêutico acompanha o paciente para avaliar os resultados reais das suas intervenções (RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2011).

Ramalho de Oliveira (2011) defende que a prática profissional da Atenção Farmacêutica não deve ser entendida apenas como um serviço, mas sim como forma de pensar, de ser e de

agir na atuação clínica do farmacêutico. A autora atribui o termo Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GMT), livre tradução do termo em inglês *Medication Therapy Management* (MTM), ao serviço clínico oferecido no cotidiano do profissional, quando esse trabalha diretamente com o paciente, em colaboração com outros profissionais de saúde, a fim de garantir que todos os medicamentos em uso sejam os mais indicados, efetivos, seguros e convenientes (RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2011).

Vários estudos têm demonstrado a contribuição dos serviços clínicos farmacêuticos para o cuidado em saúde. Um deles, realizado por Lyra Jr. e colaboradores (2007), evidenciou que a intervenção farmacêutica contribui para o desenvolvimento da consciência e para o intercâmbio de experiências, momento em que farmacêuticos atuam como ponte entre os pacientes e os demais prestadores de cuidados em saúde. Tal intervenção foi realizada através de escuta, revisão da situação de saúde e história de uso de medicamentos, identificação de necessidades e problemas relacionados ao uso de medicamentos, avaliação, elaboração de plano de cuidados, documentação e intervenção, além de uma comunicação humanizada de natureza educativa. Esse serviço levou à otimização do uso de medicamentos, causando a redução de efeitos adversos gerados pela terapia medicamentosa e a melhoradas condições de saúde dos pacientes (LYRA *et al.*, 2007).

Em um estudo realizado com profissionais de saúde que trabalham diretamente com farmacêuticos que oferecem o clínico de GTM, Maracle e colaboradores (2012) apontam um reconhecimento da contribuição dos farmacêuticos por parte dos demais servidores, adicionando valor significativo no cuidado ao paciente. Os autores apontam que essa colaboração se deu não apenas por ações em educação sobre medicamentos, mas também no gerenciamento da farmacoterapia dos pacientes, e no enfrentamento dos desafios comportamentais relacionados ao uso de medicamentos. Além disso, os profissionais da equipe de saúde apontam que o serviço de GTM deveria ser utilizado como medida preventiva em pacientes com múltiplas condições crônicas visando garantir que eles recebam o melhor benefício de seus tratamentos farmacológicos (MARACLE; RAMALHO-DE-OLIVEIRA; BRUMMEL, 2012).

Vários estudos apontam a contribuição dos serviços clínicos farmacêuticos no controle de doenças crônicas (DETONI *et al.*, 2016; MENDONÇA *et al.*, 2016; MOURÃO *et al.*, 2012; PINTO *et al.*, 2013; TAN *et al.*, 2013). Tan e colaboradores realizaram em 2013 uma revisão sistemática de literatura com o objetivo de avaliar a efetividade dos serviços clínicos farmacêuticos oferecidos no contexto da atenção primária à saúde. Este trabalho considerou

como serviços clínicos intervenções onde o farmacêutico ofereceu um ou mais serviços de farmácia clínica (excluindo atividades de dispensação) com o objetivo de melhorar a prescrição e/ou o uso de medicamentos em pacientes através de um relacionamento regular e contínuo com o paciente. Os resultados mostraram a contribuição desta atuação do farmacêutico no gerenciamento de condições crônicas evidenciada pela melhoria dos parâmetros cardiovasculares, como valores de pressão arterial, hemoglobina glicada e níveis de colesterol, além do avanço no alcance dos objetivos em saúde estabelecidos aos pacientes atendidos pelos farmacêuticos (TAN *et al.*, 2013).

Um estudo clínico controlado realizado no Brasil em 2012 avaliou pacientes portadores de diabetes tipo 2 acompanhados por um serviço clínico farmacêutico baseado nos princípios filosóficos do *Pharmaceutical care practice* propostos por Cipolle e colaboradores em 2004. Tal investigação demonstrou que a implementação do programa de atenção farmacêutica proporcionou resultados favoráveis no controle da doença, evidenciado pela diminuição significativa no nível médio de hemoglobina glicada, além da melhoria de outros parâmetros, como glicemia plasmática de jejum, perfil lipídico e pressão sanguínea sistólica dos pacientes (MOURÃO *et al.*, 2012).

Mendonça e colaboradores realizaram um estudo retrospectivo entre 2010 e 2013 no contexto do cuidado primário do SUS com o objetivo de avaliar o impacto da integração de farmacêuticos à equipe de saúde através da oferta do serviço de GTM. Esse trabalho evidenciou a contribuição do serviço de GTM para a resolução de problemas relacionados ao uso de medicamentos e melhorado estado de saúde dos pacientes portadores de doenças crônicas, apontando a necessidade de expansão do papel clínico do farmacêuticos no sistema público brasileiro de saúde (MENDONÇA *et al.*, 2016).

As contribuições dos serviços clínicos farmacêuticos no tratamento da insuficiência pulmonar obstrutiva crônica foram demonstrados por Detoni e colaboradores em 2016. Tal estudo demonstrou o grande número de problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM) apresentados pelos pacientes acompanhados e o impacto positivo do serviço de GTM nos resultados clínicos dos pacientes (DETONI *et al.*, 2016).

Além dos resultados clínicos, estudos têm apresentado a integração dos serviços farmacêuticos à equipe de saúde como uma importante alternativa econômica aos cuidados tradicionais. Um estudo transversal, realizado entre 2008 e 2010, avaliou o impacto econômico de um serviço de MTM em pacientes portadores de diabetes tipo 2, demonstrando a redução do número médio de visitas ao médico e a queda de 50% nas hospitalizações dos

pacientes acompanhados pelo serviço. Tal pesquisa evidenciou uma diminuição dos custos em saúde, aumento da satisfação do paciente e melhoria dos resultados clínicos (PINTO *et al.*, 2013).

Outro estudo prospectivo, realizado entre janeiro de 2007 e dezembro de 2009 em lares de idosos na Suíça, avaliou a implantação de um modelo de cuidados farmacêuticos para o atendimento multidisciplinar a pacientes da terceira idade. Demonstrou-se a redução de aproximadamente 14% no custo global com medicamentos e o aumento da satisfação da equipe de saúde, apontando que a abordagem multidisciplinar contribuiu para o aprimoramento técnico da equipe de saúde (BRULHART; WERMEILLE, 2011). Assim, devido a sua formação e treinamento especializado, através de serviços clínicos os farmacêuticos oferecem conhecimentos clínicos e recomendações benéficas sobre o uso/monitoramento da medicação e o gerenciamento da terapia medicamentosa dos pacientes. As consequências disso são melhores resultados terapêuticos, humanísticos e de segurança, além da redução dos custos em saúde (CHISHOLM-BURNS *et al.*, 2010).

3.1.2 O serviço clínico farmacêutico no contexto do SUS

No Brasil, no fim da década de 80, teve início a implantação do SUS, baseada nos critérios de integralidade, igualdade de acesso e gestão democrática. Esse foi o primeiro modelo a definir a Assistência Farmacêutica e a Política de Medicamentos como parte integrante das políticas de saúde, possibilitando ao farmacêutico não apenas participar de maneira mais efetiva na saúde pública, mas também desenvolver tecnologias específicas envolvendo os medicamentos e seus desdobramentos na prestação de serviços de saúde (ARAÚJO; UETA; FREITAS, 2005).

A Assistência Farmacêutica é definida como:

“Conjunto de ações e de serviços que visem a assegurar a assistência terapêutica integral e a promoção, a proteção e a recuperação da saúde nos estabelecimentos públicos e privados que desempenhem atividades farmacêuticas, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao seu acesso e ao seu uso racional.” (BRASIL, 2014a).

Longe de ser uma exclusividade do profissional farmacêutico, a Assistência Farmacêutica é um arcabouço de caráter multiprofissional, tendo em vista a amplitude de procedimentos envolvidos para sua realização. Essa amplitude permite a distinção de duas

áreas específicas: uma relacionada à tecnologia de gestão, que tem como objetivo central garantir o abastecimento e o acesso aos medicamentos, e outra relacionada à tecnologia do uso do medicamento, na qual estão envolvidas diferentes classes profissionais, usuários e suas atitudes cujo objetivo final é o uso correto e efetivo dos medicamentos (ARAÚJO; UETA; FREITAS, 2005).

No Brasil, a Atenção Farmacêutica foi introduzida como um modelo de prática utilizado na promoção do uso adequado do medicamento no contexto da Assistência Farmacêutica. Nesse cenário, assim como no modelo proposto por Hepler e Strand (1990), a prática é a mesma, permitindo ao farmacêutico intervir na farmacoterapia dos pacientes de forma responsável e padronizada, centrando suas intervenções nas necessidades deles.(HEPLER; STRAND, 1990). A atenção farmacêutica rejeita uma terapêutica de sistemas, busca a qualidade de vida e demanda que o farmacêutico seja generalista. Trata-se de um pacto social pelo atendimento que demanda uma base filosófica sedimentada. Nessa lógica, o exercício profissional do farmacêutico passa pela concepção clínica de sua atividade, sua integração e colaboração com o restante da equipe de saúde e o cuidado direto com o paciente (ARAÚJO; UETA; FREITAS, 2005). Em 2013, o Conselho Federal de Farmácia regulamentou as atribuições clínicas dos farmacêuticos através da resolução 585/2013:

“Os diferentes serviços clínicos farmacêuticos, por exemplo, o acompanhamento farmacoterapêutico, a conciliação terapêutica ou a revisão da farmacoterapia caracterizam-se por um conjunto de atividades específicas de natureza técnica. A realização dessas atividades encontra embasamento legal na definição de atribuições clínicas do farmacêutico.(...) As atribuições clínicas do farmacêutico visam proporcionar cuidado ao paciente, família e comunidade, de forma a promover o uso racional de medicamentos e otimizar a farmacoterapia, com o propósito de alcançar resultados definidos que melhorem a qualidade de vida do paciente.” (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013).

Neste contexto, as atividades clínicas farmacêuticas englobam um grande conjunto de atuações voltadas ao cuidado farmacêutico, como: conduzir uma relação de cuidado centrada no paciente; desenvolver, em colaboração com os demais membros da equipe de saúde, ações para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e a prevenção de doenças e de outros problemas de saúde; participar do planejamento e da avaliação da farmacoterapia, analisar a prescrição de medicamentos quanto aos aspectos legais e técnicos; participar e promover discussões de casos clínicos de forma integrada com os demais membros da equipe de saúde,

dentre outras. Assim, as atribuições clínicas dos farmacêuticos no Brasil englobam todas as ações contidas no arcabouço teórico da atenção farmacêutica. Entretanto, não há a descrição de uma filosofia ou uma responsabilização integral pela farmacoterapia do paciente. Isso permite aos profissionais realizarem ações distintas dentro das atividades descritas como serviços clínicos farmacêuticos e denominarem ambas como tal, o que dificulta a padronização da atuação do farmacêutico no contexto do cuidado farmacêutico no Brasil. Por este motivo, neste estudo adotou-se a definição de serviço clínico farmacêutico a partir da definição de “Pharmaceutical Care Practice” proposta e estudada por Cipolle, Strand e Morley (2012). Trata-se do serviço denominado nos Estados Unidos de “Comprehensive Medication Management Services”, e traduzido para o português como “serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa”, que reflete os princípios éticos e padrões de prática proposta pelo “Pharmaceutical care Practice”. Neste serviço o farmacêutico realiza uma avaliação sistemática e abrangente da farmacoterapia do paciente, definida como atividade profissional que garanta que todos os medicamentos em uso pelo paciente (prescritos, não prescritos, fitoterápicos, recreativos, vitaminas ou suplementos nutricionais) sejam avaliados a fim de garantir que sejam os mais apropriados para a condição clínica que está sendo tratada, efetivos no alcance dos objetivos terapêuticos estabelecidos, seguros para o paciente na presença de comorbidades e outros medicamentos em uso, e que o paciente seja capaz de tomar os medicamentos conforme previsto (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012).

Historicamente no Brasil, os serviços farmacêuticos não têm sido considerados prioritários na disputa por recursos nos orçamentos da saúde pública. Sua importância ainda não está clara para a maioria dos gestores públicos e tampouco para os líderes do setor privado das farmácias comunitárias. (SATURNINO *et al.*, 2012). Hoje, o processo de trabalho do farmacêutico ainda se restringe basicamente às atividades de gerenciamento e de entrega dos medicamentos nas unidades, com pouca inserção ou participação no cuidado efetivo aos usuários. Como consequência, vemos uma escassez de ações dedicadas ao uso racional de medicamentos. Na maioria das vezes, os gestores manifestam grande preocupação com o abastecimento de medicamentos na rede de saúde, mas para produzir uma melhoria robusta na saúde e na qualidade de vida da população assistida o acesso ao medicamento, por si só, não basta (BRASIL, 2014b).

De acordo com Mendes (2011), o componente da Assistência Farmacêutica dedicado à farmácia clínica tem sido relegado a segundo plano no SUS, o que culmina em resultados econômicos e sanitários inadequados. Ainda segundo o autor, uma explicação para essa

subvalorização da farmácia clínica pode estar no tecnicismo da prática, na formação insuficiente dos farmacêuticos nos aspectos da clínica e na consideração dos medicamentos como um bem de consumo e não como um insumo básico de saúde (MENDES, 2011).

Apesar dos serviços farmacêuticos ainda serem insipientes no contexto do SUS, observamos uma tentativa de mudança desta realidade. Visando ampliar e qualificar a Assistência Farmacêutica, com ênfase na inserção das Redes Regionais de Atenção à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde criou o QUALIFAR-SUS - Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica e pactuou o mesmo na Comissão Intergestores Tripartite do dia 26 de abril de 2012 pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Dentre os eixos do Programa, podemos destacar o Eixo Cuidado, que tem por objetivo inserir a Assistência Farmacêutica nas práticas clínicas, visando a resolutividade das ações em saúde, otimizando os benefícios e minimizando os riscos relacionados à farmacoterapia. Neste contexto, a resolução do CFF definindo as atribuições clínicas do farmacêutico vem fortalecer o papel do farmacêutico como profissional do cuidado em saúde. Em 2017, na abertura do I Congresso Brasileiro de Ciências Farmacêuticas em foz do Iguaçu, o ministro da Saúde, Ricardo Barros, anuncia a inclusão, na Tabela descritiva de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS, o código para remuneração dos atendimentos clínicos realizados por farmacêuticos. Dessa forma, observa-se uma tentativa de fortalecimento e valorização dos serviços clínicos farmacêuticos no Brasil.

3.1.3 Requisitos para a atuação do farmacêutico no cuidado em saúde

A inserção do serviço clínico de GTM aponta para uma mudança de atuação profissional que requer aprendizado de novos conhecimentos, muito além da abordagem técnica e objetiva, perpassando pelo conhecimento humano (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2006). Nos últimos anos, estudos têm apontado para uma tentativa de mudança na prática do profissional farmacêutico, a fim de priorizar suas ações em prol das necessidades dos pacientes (NORGAARD; SORENSEN, 2016). Observa-se hoje, no contexto da atuação do farmacêutico, uma fase de ruptura do paradigma tecnicista e de reconstrução de uma identidade social, ainda incipiente e conflituosa em sua construção (TARBES *et al.*, 2012). Entretanto, muitas vezes, esse profissional se vê sufocado por dificuldades que o impedem de

avançar, dentre as quais podemos citar o relacionamento com os demais profissionais de saúde, a gestão das diversas tarefas de seu cotidiano, a definição de seu papel enquanto profissional de saúde voltado para a utilização do medicamento e sua formação tecnicista (FEGADOLLI *et al.*, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2005; SOLER *et al.*, 2010).

A liberação do potencial de inovação normalmente depende de fatores como as condições organizacionais em que os sujeitos estão envolvidos. Dentre essas condições, estão inseridas as possibilidades políticas e econômicas, o apoio da chefia, a continuidade organizacional, a relação entre a operação e o desenvolvimento em uma dada cultura e as possibilidades de aprendizado (KRISTIENSEN; BLOCK-POULSEN, 2013). Um processo de mudança de tal magnitude, como a atuação clínica do farmacêutico, envolve mais do que apenas motivar os profissionais a mudarem sua atuação. Trata-se de um processo de reeducação em que o indivíduo adquire um novo sistema de valores que, mais tarde, governarão seu pensamento e conduta. Essa resignificação envolve mudanças de conhecimento, crenças, valores e padrões, além de alterações na conduta diária dos profissionais (LEWIN; GRABBE, 1945). Tal mudança interfere na zona de conforto dos envolvidos, e requer um estímulo externo para sua realização, conseqüentemente, a forma como a inserção do serviço clínico farmacêutico é realizada pode influir diretamente no sucesso da prática clínica no SUS.

Segundo Smith e colaboradores (2017), a minimização de encargos administrativos e a viabilização de mecanismos de comunicação direta entre os membros são fatores importantes para a implementação de novos serviços em saúde (SMITH *et al.*, 2017). Outro fator chave apontado foi ainda a existência de um sistema apropriado de documentação. De acordo com Green e colaboradores (2009), tal documentação deve permitir o registro de todos os serviços aplicados ao paciente, além de viabilizar a análise de custos, facilidade de uso e a geração de relatórios. Nesse contexto, a limitação ao acesso das informações clínicas dos pacientes foi apontada como uma barreira importante para a implementação do serviço clínico farmacêutico. A ausência de uma relação profissional de confiança entre os membros da equipe de saúde e a falta de compensação financeira pelo serviço realizado também foram apontados como obstáculos para a implementação do serviço (JODY *et al.*, 2009).

Segundo Luetsch (2016), o apoio público e/ou organizacional influi na mudança da prática profissional do farmacêutico frente à implantação do serviço clínico, visto que isso está diretamente ligado ao sistema e ao ambiente externo ao serviço. O impacto disso no design do local de trabalho, no fluxo de trabalho e nos requisitos regulamentares é bastante

claro. A necessidade de treinamento e competências adicionais também é apontado pela literatura como requisito necessário ao profissional para implementação do serviço clínico farmacêutico (LUETSCH, 2017).

Segundo Curran e Shoemaker (2017), as crenças positivas sobre o serviço constituem um motor para implementação da nova prática, apontando a importância de engajar os indivíduos adequados para facilitar a implantação do serviço (CURRAN; SHOMAKER, 2017). Segundo Blondal e colaboradores, ao envolver outros atores do cuidado na construção de um serviço clínico farmacêutico, espera-se que estes estejam mais dispostos a receber tais serviços. A partir da realização de uma pesquisa de implantação de serviço clínico farmacêutico na atenção primária utilizando a pesquisa-ação, estes autores apontam a importância da adoção de uma metodologia participativa para a adaptação do serviço ao cenário de inserção, permitindo mudanças no projeto no decorrer do processo de implantação, aumentando a validade e eficiência do processo (BLONDAL; SPORRONG; ALMARS DOTTI, 2017).

Outro fator importante é a atitude do farmacêutico em relação à sua prática profissional. Além da estrutura de trabalho da Assistência Farmacêutica, a cultura dos profissionais envolvidos nesse cenário influi diretamente para a condução do serviço. Em um artigo publicado em 2010, Rosenthal e Tsuyuki apontam a cultura do farmacêutico como barreira para a mudança de atuação desse profissional, citando alguns “traços de personalidade” que compõem essa cultura e influenciam diretamente seu comportamento. Dentre eles, os autores destacam falta de confiança, medo de novas responsabilidades, paralisia diante da ambiguidade, necessidade de aprovação e aversão ao risco (ROSENTHAL; AUSTIN; TSUYUKI, 2010). Entretanto, a literatura aponta que, apesar das dificuldades, os farmacêuticos manifestaram necessidade, vontade ou entusiasmo para estender seus papéis, embora frequentemente percebama criação de obstáculos por parte do ambiente externo (LUETSCH, 2017).

Esses achados coincidem com a realidade vivenciada no SUS, indicando que a organização atual da Assistência Farmacêutica no Brasil ainda não é o cenário ideal para a inserção da prática clínica do GTM. Assim, para tornar real o serviço clínico farmacêutico no SUS, será necessária uma análise dos fatores que influenciam a prática cotidiana do farmacêutico no SUS. Também será fundamental o apoio organizacional para proporcionar condições estruturais para a implementação do serviço clínico, além de ferramentas para o envolvimento e reeducação dos profissionais farmacêuticos.

3.2 Referencial teórico metodológico

3.2.1 A pesquisa qualitativa

O campo da saúde deve ser entendido como uma realidade complexa que envolve aspectos biológicos, físicos, psicológicos, sociais e ambientais, além de compreender que o binômio saúde-doença também está relacionado à carga histórica, cultural, política e ideológica, fatores não restritos a fórmulas matemáticas ou dados estatísticos (COSCRATO; BUENO, 2010). No contexto da pesquisa qualitativa, um fenômeno é mais do que a soma de suas partes e, portanto, deve ser estudado de forma holística. Como resultado, o objetivo desse paradigma não é tentar generalizar dados para a população, mas explorar experiências de indivíduos (RYAN; COUGHLAN; CRONIN, 2007).

A pesquisa qualitativa visa aprofundar a complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão, e capazes de serem abrangidos intensamente (MINAYO; SANCHES, 1993). Tem como objetivo explorar o fenômeno em questão, concentrando-se nos indivíduos que a experimentam (RYAN; COUGHLAN; CRONIN, 2007).

A escolha correta da metodologia caracteriza o caminho e a prática a ser seguida pelo pesquisador na abordagem da realidade. Assim, a escolha do caminho metodológico mostra a intencionalidade do pesquisador sobre um determinado fenômeno. Muitos são os caminhos metodológicos na pesquisa qualitativa que podem ser seguidos por um pesquisador objetivando os resultados dos seus questionamentos e inquietações, mas dentre eles se destaca a metodologia da pesquisa-ação (SILVA et al., 2011).

3.2.2 A pesquisa-ação

A pesquisa-ação tem sido empregada em vários campos de atuação. Um deles é o planejamento participativo, que reúne diferentes práticas nas quais as partes interessadas definem coletivamente os propósitos, objetivos e metas a serem alcançados, bem como os critérios de avaliação para uma atividade planejada. No caso do ensino, especialmente no contexto da educação de adultos ou educação continuada, a pesquisa-ação tem desempenhado papel fundamental na elaboração de conteúdos e procedimentos de ensino, de acordo com as

necessidades e a visão das partes interessadas (THILLENT, 2011a). A pesquisa-ação também tem sido empregada em estudos desenvolvidos no campo da saúde, como uma proposta que se adequou ao método qualitativo, proporcionando interação entre o pesquisador e o participante investigado (MONTEIRO *et al.*, 2010). Existem várias aplicações em diversas áreas de especialização profissional na saúde, sendo também utilizada no ensino de atuações interdisciplinares e na promoção do processo de humanização dos serviços (THILLENT, 2011a).

Thiollent (2011b) define pesquisa-ação como:

“Um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.”

A definição da pesquisa-ação como metodologia ou método é divergente na literatura (CARTER; LITTLE, 2007; FRANCO, 2005). Segundo Thiollent (2011b):

“A metodologia é entendida como disciplina que se relaciona com a epistemologia ou a filosofia da ciência. Seu objetivo consiste em analisar as características dos vários métodos disponíveis, avaliar sua capacidades, potencialidades, limitações ou distorções e criticar os pressupostos ou as implicações de sua utilização. (...) A pesquisa-ação não é considerada como metodologia. Trata-se de um método, ou de um estratégia de pesquisa agregando vários métodos ou técnicas de pesquisa social, com os quais se estabelece uma estrutura coletiva, participativa e ativa ao nível da captação de informação. A metodologia das ciências sociais considera a pesquisa-ação como qualquer outro método.”

Nessa lógica, a pesquisa-ação é uma proposta metodológica e técnica que oferece maior flexibilidade na concepção e na aplicação dos meios de investigação concreta, viabilizando a realização da pesquisa social, aplicada sem os excessos da postura convencional ao nível da observação, processamento de dados, experimentação, etc (THIOLLENT, 2011b). Trata-se de um método prático, que se utiliza de outros métodos e técnicas qualitativas, operando em um espaço multi-paradigmático. Segundo Thiollent (2011), parece ser a mais adequada posição epistemológica, que evita atitudes de monopolização da verdade. O autor propõe uma posição aberta, sem imposição de procedimentos pre-determinados, conducentes ao diálogo entre vários atores cujo conhecimento é diferente.(THIOLLENT, 2011a).

Segundo Ernie Stringer (2014), a principal característica da pesquisa-ação é a capacidade de conhecer e compreender o que está acontecendo com as pessoas e seu processo de trabalho a fim de ajudá-las a explorar sua experiência e aumentar o seu entendimento da própria situação (DUSTMAN; KOHAN; STRINGER, 2014). Outro ponto fundamental dessa forma de pesquisa é que seu foco é estabelecer uma ligação mais direta entre o conhecimento intelectual/teoria e ação para a contribuição direta no aprimoramento das pessoas e suas comunidades (COGHILA; BRANNICK, 2014). Na pesquisa-ação, os pesquisadores desempenham um papel ativo no equacionamento dos problemas encontrados, no acompanhamento e na avaliação das ações desencadeadas em função dos problemas. Mas a participação do pesquisador não qualifica a especificidade da pesquisa-ação, que consiste em organizar a investigação em torno da concepção, do desenrolar e da avaliação de uma ação planejada (THIOLLENT, 2011b).

A pesquisa-ação é um método de investigação capaz de explorar situações e problemas para os quais é difícil, senão impossível, formular hipóteses prévias e relacionadas com o pequeno número de variáveis precisas, isoláveis e quantificáveis. Assim, essa forma de pesquisa opera a partir de determinadas instruções (ou diretrizes) relativas ao modo de encarar os problemas identificados na situação investigada e relativa aos modos de ação. Trata-se apenas de definir problemas de conhecimento ou de ação, cujas possíveis soluções inicialmente são consideradas suposições para sua verificação e comprovação em função das situações constatadas. Nessa lógica, tais diretrizes orientam a busca de informações e argumentações necessárias para aumentar (ou diminuir) o grau de certeza que podemos atribuir a elas, não havendo abandono do raciocínio hipotético (THIOLLENT, 2011b).

A origem da pesquisa-ação tem sido atribuída a Kurt Lewin (1890–1947), cuja ideia inicialmente surgiu da suposição de que a teoria pode ser expressa diretamente pela ação. Para Lewis, não era suficiente tentar explicar as coisas, ele também queria mudá-las. Esse desejo o levou ao desenvolvimento da pesquisa-ação e à percepção de que os sistemas humanos só podem ser compreendidos e mudados se seus partícipes estiverem envolvidos nesse processo. Segundo Lewin, alterações em valores, percepções e comportamentos formam um padrão integrado para o indivíduo, o que ele chamou de uma mudança de cultura. Sendo a ação guiada pela percepção, uma mudança no comportamento pressupõe que novos fatos e valores são percebidos, e que esses valores não são apenas aspirados mas projetados, o que ele chamou de "ação - ideologia".

Partindo da perspectiva de Lewin, Coghlan e Brannick (2014) apontam o resumo do conceito de pesquisa-ação:

1. Envolve experiências de mudança de problemas reais em sistemas sociais, concentrando-se num problema particular.
2. Envolve ciclos de identificação de um problema, planejamento, atuação e avaliação.
3. A mudança pretendida geralmente envolve reeducação. Tal reeducação depende da participação dos envolvidos no diagnóstico, na descoberta de fato e na livre escolha para se engajar em novos tipos de ação.
4. Ele desafia o *status quo* de uma perspectiva participativa, o que é coerente com os requisitos de reeducação efetiva.
5. Pretende-se contribuir simultaneamente para o conhecimento básico na ciência social e na ação social na vida cotidiana. Os padrões elevados para o desenvolvimento da teoria e as provas de testes empíricos organizados pela teoria não devem ser sacrificados, nem a relação com a prática deve ser perdida.(COGHLA; BRANNICK, 2014).

Segundo Woods e colaboradores (2011), para se mudar a competência de uma pessoa é necessária uma mudança na compreensão que ela possui sobre seu trabalho e, portanto, o significado do que se pretende realizar. No desenvolvimento e aprendizado sobre sua própria prática, a pesquisa-ação estimula os participantes a se tornarem reflexivos sobre o que são capazes de aprender sobre si mesmos, pessoal e profissionalmente, e sobre o que são capazes de aprender sobre seu trabalho, sua organização e seu público alvo (WOODS; GAPP; KING, 2011). Tal reflexão crítica pode dar origem a modificações no comportamento, habilidades, serviços e formas de se pensar. Reflexão significa pensar sobre as condições para o que se está fazendo, investigando a forma como o contexto teórico, cultural e político do envolvimento individual e intelectual afetam a interação com o que está sendo pesquisado (COGHLA; BRANNICK, 2014).

O processo reflexivo da pesquisa-ação inclui a análise constante dos próprios pressupostos teóricos e metodológicos que ajudam a manter a consciência da importância das definições e dos entendimentos de outras pessoas. Tal reflexividade não é um processo neutro e está em si mesmo, social e historicamente, condicionada. Se a reflexividade é facilitar a mudança, ela precisa ser guiada por princípios de compromisso democrático e compromisso de mudança. O conhecimento reflexivo diz respeito à uma visão do que deve ser, o que é certo

e o que é errado, e surge através do processo de conscientização (COGHLA; BRANNICK, 2014).

A pesquisa-ação crítica visa criar conhecimento e resultados em ação, mas também objetiva capacitar pessoas oprimidas, através do processo de construção e uso de seus próprios conhecimentos (MAURER; GITHENS, 2009). Segundo Freire, opressão significa a não permissão ao homem de refletir sobre si mesmo, nem aos seus semelhantes e ao mundo de maneira crítica (COSCRATO; BUENO, 2010). A prática reflexiva torna os participantes mais conscientes e críticos de sua atuação e mais confiantes de suas ações, tornando-se co-responsáveis pela melhoria da prática, o que estimula uma cultura de empoderamento (NICHOLS, 1997). Assim, esse método permite aos participantes a percepção do modo como se dá o monopólio da produção e uso do conhecimento, dessa forma elevando sua conscientização – termo popularizado por Freire (1970). Somente através da conscientização das maneiras pelas quais as pessoas contribuem para sua própria opressão é que elas podem começar um processo de empoderamento. Essa nova consciência irá ajudá-las a se apropriarem do conhecimento produzido a partir da valorização de seu próprio conhecimento, capacitando-os para a transformação de suas realidades (KOCH; KRALIK, 2006).

No cenário de mudança da práxis, o objetivo é analisar se a nova prática reflete os valores que os profissionais consideram importantes, ou se a nova tecnologia ajuda os praticantes a alcançarem os seus objetivos de acordo com o que acreditam (WATERMAN *et al.*, 2007). Quando as pessoas estão fazendo alguma coisa relacionada com a solução de um problema delas, há condição de estudar esse problema num nível mais profundo e realista do que no nível opinativo ou representativo no qual se reproduzem apenas imagens individuais ou estereotipadas (THIOLLENT, 2011b). Segundo Chamer e Yukelson (2015), a consciência e a intenção que as pessoas trazem para a situação têm um profundo impacto sobre a qualidade dos resultados que eles alcançam. O comportamento em sistemas não pode ser transformado a menos que transformemos também a consciência que as pessoas aplicam às ações, tanto individual quanto coletivamente (SCHARMER; YUKELSON, 2015).

A pesquisa-ação suscita e facilita as mudanças da organização, ao mesmo tempo em que permite formular e difundir a experiência adquirida no decorrer dessas mudanças. O desenvolvimento e a implementação de inovações é um aspecto vital para a modernização dos sistemas em saúde. A literatura de mudança organizacional aponta para a complexidade do processo de planejamento da mudança em contextos profissionais. Uma das condições identificadas como importantes no processo de mudança é o envolvimento dos profissionais.

A ausência de sensibilidade aos diferentes pontos de vista e de uma conciliação entre as diferentes opiniões é apontada como um aspecto que pode dificultar significativamente o processo de mudança (BRIDGES; MEYER, 2007).

Com o objetivo de viabilizar a mudança da práxis e a reflexão sobre tal processo, os pesquisadores desempenham um papel ativo no equacionamento dos problemas encontrados e no acompanhamento e avaliação das ações desencadeadas em função desses problemas. Considerando que a pesquisa-ação pode ser realizada dentro de uma organização na qual exista hierarquia, ou grupos cujos relacionamentos são problemáticos, no plano ético, os pesquisadores não podem aceitar trabalhar em pesquisas manipuladas por uma das partes, em particular por aquela que esteja mais vinculada ao poder. Da mesma forma, o pesquisador deve se precaver de inclinações missionárias. Assim, sua atitude deve ser sempre de “escuta” e de elucidação de vários aspectos da situação, sem imposição unilateral de suas concepções próprias (THIOLLENT, 2011b). Entretanto, a atuação do pesquisador, assim como sua experiência pessoal e valores tornam-se um componente importante da pesquisa.

A fim de permitir que as vozes dos participantes se tornem mais claras, os pesquisadores precisam reconhecer sua posição dentro do processo de pesquisa, assumindo a responsabilidade pelas decisões tomadas, em vez de tentar negar o poder que têm. Para isso, o pesquisador, em conjunto com os participantes, deve desenvolver estratégias que permitam que o inquérito seja usado como plataforma para que as vozes dos participantes possam ser ouvidas (KOCH; KRALIK, 2006). O processo de diálogo, e o papel dos pesquisadores geram uma negociação do significado dos problemas e possíveis soluções. Nesse contexto, o pesquisador não é um porta-voz dos interlocutores, mas sim um analista da situação, considerando as implicações, ações e reações dos atores e seus efeitos nesse contexto (THIOLLENT, 2011a).

Uma importante característica da pesquisa-ação é seu processo integrador entre pesquisa, reflexão e ação. Retomado continuamente, sob a forma de espirais cíclicas, ela dá tempo e espaço para que a integração pesquisador-grupo se aprofunde, permitindo que a prática desse processo vá, aos poucos, se tornando mais familiar, como também o tempo para que o conhecimento interpessoal se adense. Por meio de tais espirais, dá-se tempo e espaço para apreensão cognitiva/emocional das novas situações vividas por todo o grupo – práticos e pesquisadores (COSCRATO; BUENO, 2010). Trata-se de um processo em três fases:

1. planejamento, que envolve reconhecimento da situação;
2. tomada de decisão; e

3. encontro de fatos (*fact finding*) sobre os resultados da ação.

Esse deve ser incorporado como fato novo na fase seguinte de retomada do planejamento e assim sucessivamente (FRANCO, 2005). Considerando que as realidades organizacionais são complexas e desordenadas, a mudança pode ser vista como um processo em espiral no qual os profissionais procuram compreender o contexto, agir e entender o que aconteceu. Segundo Maurer e Githens (2009), o processo em espiral ocorre em múltiplos ciclos sobrepostos. Dessa forma, a pesquisa-ação foi adotada como a principal abordagem utilizada para entender e facilitar esse processo de mudança em espiral nas organizações (MAURER; GITHENS, 2009).

3.2.3 Instrumentos de coleta e análise de dados

Dentre as ferramentas utilizadas na condução da pesquisa-ação, podemos citar métodos e técnicas de grupo para lidar com a dimensão coletiva e interativa da investigação e também técnicas de registro, de processamento e de exposição dos dados. Na parte “informativa” da investigação, técnicas didáticas e técnicas de divulgação ou de comunicação, inclusive audiovisual, também fazem parte dos recursos mobilizados para o desenvolvimento da pesquisa-ação.

Embora na pesquisa-ação possam ser utilizadas e combinadas tanto técnicas de coleta de dados quantitativas quanto qualitativas, a investigação participativa na qual os profissionais e pesquisador colaboram desenha uma pesquisa qualitativa. A evolução da pesquisa é interativa e cíclica, e as fases de coleta e análise de dados alternam entre si, influenciando-se continuamente (VALLENGA *et al.*, 2009). Tais técnicas incluem observação, entrevistas, grupos focais, coleta de textos existentes (a exemplo de registros organizacionais), diários qualitativos e a criação ou coleção de imagens (como fotos e vídeos), além de métodos viabilizados pela Internet (como entrevistas por e-mail ou blogs) (CARTER; LITTLE, 2007).

Na pesquisa qualitativa, os participantes geralmente são recrutados para um estudo devido a sua exposição ou experiência com o fenômeno em questão. Esse tipo de seleção tende a garantir a riqueza nos dados coletados, sendo conhecida como amostragem intencional ou proposital (RYAN; COUGHLAN; CRONIN, 2007).

Na concepção de roteiros de entrevistas, questionários ou de outros instrumentos de coleta, em pesquisa qualitativa, sempre se coloca a questão do papel atribuído aos elementos explicativos associados à obtenção de informação, esclarecida por parte dos respondentes.

Segundo Thiollent (2011b), tais “explicações” são sugeridas aos respondentes para que tenham um papel ativo na investigação. As explicações consistem em sugerir comparações, ou outro tipo de raciocínio não conclusivo, que permitam aos respondentes uma reflexão individual ou coletiva a respeito dos fatos observados, e cuja interpretação é o objetivo do questionamento. Esses aspectos explicativos podem estar relacionados com o objetivo de conscientização a serem ampliados numa fase posterior, por meio da divulgação dos resultados (THIOLLENT, 2011b).

O trabalho interpretativo deve levar a uma narrativa diferente da que foi coletada no campo. Deve tornar-se, ao mesmo tempo, autônomo e vinculado, local e abrangente, além de crítico.(MINAYO, 2010). A análise de dados pode ser realizada utilizando-se de ferramentas genéricas para esse fim, ou através de abordagens menos estruturadas e mais criativas. O importante é que o processo seja descrito em detalhes suficientes para permitir ao leitor julgar se o resultado final está enraizado nos dados gerados. O pesquisador deve demonstrar compreensão da coleta e análise simultânea de dados, dos processos de organização e recuperação de dados, bem como das etapas de codificação e análise temática (RYAN; COUGHLAN; CRONIN, 2007).

Uma das formas de análise de dados na pesquisa qualitativa é a categorização. Tal método possibilita uma classificação significativa do mundo localizado nas experiências, na linguagem e nas ações observadas, colocando-a como parte do modo de vida de um grupo dentro da história universal. Tal processo é feito a partir da busca das estruturas de relações nos discursos individuais, seguindo da incorporação dessas relações no conjunto do discurso, transformando-as em narrativas significativas de um grupo.(MINAYO, 2010). Inicia-se o processo de categorização a partir da extração da massa de dados as observações que podem ser distinguidas em relação a um critério específico ou conjunto de critérios. A partir de então esses dados podem ser detalhados, objetivando fazer mais distinções dentro deles. Em seguida, essa primeira categorização produz algumas ideias sobre se devemos subcategorizar os dados e como fazê-lo. Finalmente, devemos ter esclarecido os limites entre categorias e começado a desenvolver algumas ideias sobre possíveis conexões entre eles.

Conforme avançamos com a categorização, nossas decisões devem se tornar mais confiantes e mais consistentes à medida que as categorias são esclarecidas e as ambigüidades resolvidas, e encontramos menos surpresas e anomalias dentro dos dados. Trata-se de um exercício contínuo de julgamento por parte do analista. Esse julgamento diz respeito não só à forma de categorizar os dados, mas também se há necessidade de modificar categorias em

função das decisões tomadas e sobre como fazê-lo. À medida que encontramos mais dados, podemos definir nossas categorias com maior precisão. Ainda assim, um conjunto de categorias estabelecido está sujeito a modificações e renovações contínuas através da interação com os dados. A capacidade de interrogar os dados e a revisão conceitual através da busca e recuperação de dados classificados pode contribuir para uma maior flexibilidade e rigor na análise qualitativa (DEY, 2005).

Com o intuito de contribuir com o rigor da pesquisa e alcançar a objetividade no processo, Thiollent (2011b) propõe a coparticipação dos pesquisadores e das pessoas implicadas no problema investigado. A substituíbilidade dos pesquisadores não é total, pois o que cada pesquisador observa e interpreta nunca é independente da sua formação, experiências prévias e do próprio “mergulho” na situação investigada. Em lugar da substituíbilidade, a condição de objetividade pode ser parcialmente respeitada por meio de um controle metodológico do processo investigativo e com o consenso de vários pesquisadores a cerca do que está sendo observado e interpretado (THIOLLENT, 2011b).

Segundo Allenga (2009), quatro padrões mínimos podem ser considerados para o aprimoramento da validade na pesquisa-ação:

- triangulação de métodos, fontes de dados e esquemas teóricos;
- validade de construção alcançada por reflexão sistemática que revela perspectivas de alteração durante a pesquisa;
- validade através da verificação junto aos membros; e
- validade catalítica alcançada por meio da evidência de até que ponto os participantes foram reorientados e motivados pelo projeto de pesquisa (VALLENGA *et al.*, 2009).

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Analisar criticamente o processo de construção e gestão do serviço de GTM na atenção primária à saúde, com a equipe da Assistência Farmacêutica (AF) municipal em parceria com a equipe multidisciplinar de saúde.

4.2 Objetivos específicos

1. Envolver a equipe da AF e a equipe multidisciplinar de saúde na construção do serviço de GTM e propor a reestruturação da AF para inserção do serviço de GTM na atenção primária à saúde.
2. Relatar o processo de implantação do serviço de GTM no contexto da atenção primária à saúde de Lagoa Santa, a experiência dos profissionais envolvidos e a contribuição do GTM para o sistema de saúde municipal.
3. Analisar criticamente o impacto da metodologia de gestão adotada na Assistência Farmacêutica para o processo de implantação do serviço clínico de GTM.
4. Propor um modelo de serviço de GTM no SUS que seja padronizado, reprodutível, sustentável e integrado com os outros serviços de saúde.

5 MÉTODO

5.1 Local da pesquisa

A presente pesquisa foi realizada no município de Lagoa Santa/MG, onde esta pesquisadora foi convidada a coordenar o serviço de Assistência Farmacêutica municipal com total liberdade para implementar a pesquisa-ação dentro das atividades do serviço.

Lagoa Santa é um município do estado de Minas Gerais, localizada na Região Metropolitana de Belo Horizonte, a 35 Km da capital. A cidade encontra-se a 800 metros de altitude, possui 231,9 km² de área e população de 52.520 habitantes. Composta por 51% de mulheres e 49% de homens, Lagoa Santa possui uma população de idosos estimada em 5.657 moradores, cerca de 10,3% do total. Para se ter uma base comparativa, cidades circunvizinhas como Vespasiano e Belo Horizonte possuem aproximadamente 7,3% e 12,6% de pessoas na terceira idade, respectivamente (IBGE, Censo 2010).

Lagoa Santa faz parte da Região de Saúde de Vespasiano, também composta pelos municípios de Confins, Matozinhos, Pedro Leopoldo, Santana do Riacho e São José da Lapa. Historicamente, segundo Atlas Brasil 2013, Lagoa Santa vem reduzindo sua taxa de mortalidade de 27,0 por mil nascidos vivos em 2000 para 13,2 por mil nascidos vivos em 2010.

O serviço de saúde municipal se distribui em 4 Regionais de Saúde, que disponibilizam para a população consultas especializadas como, ortopedia, cirurgia geral, cardiologia e endocrinologia, entre outros. O município realiza serviços de atenção primária à saúde e de média complexidade. A rede de saúde é estruturada da seguinte forma:

- 21 Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- 2 equipes de núcleo de apoio a saúde da família (NASF)
- 1 equipe de serviço de assistência domiciliar;
- 3 unidades de saúde mental: centro de atenção psicossocial (CAPS) 1, álcool e drogas (AD) e infantil;
- 1 centro de reabilitação motora;
- 1 laboratório de análises clínicas;
- 4 policlínicas;
- 1 centro de especialidades odontológicas e

- 1 unidade de pronto atendimento (PAM).

Está disponível ainda um sistema de informação contratado e instalado em todos os pontos da assistência, para melhor condução dos processos.

A Assistência Farmacêutica municipal conta com sete farmácias privadas, uma farmácia dentro do Pronto Atendimento Municipal (PAM) e uma Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF). A Assistência Farmacêutica (AF) conta com 10 farmacêuticos à disposição da população (cerca de 1 farmacêutico para cada 6000 habitantes), organizados da seguinte forma: dois farmacêuticos coordenadores, quatro farmacêuticos administrativos, um farmacêutico no Serviço de Atendimento Domiciliário (SAD) e três farmacêuticos clínicos. Este serviço atende cerca de 500 pacientes/dia.

A Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) é elaborada e atualizada por uma comissão técnica multidisciplinar, presidida por farmacêuticos. Essa lista conta com medicamentos básicos (que contemplam a maioria das doenças) e medicamentos estratégicos para quadros específicos, como toxoplasmose, hanseníase e tuberculose, entre outros. O município não possui pontos de entrega de medicamento de alto custo, porém a equipe da Assistência Farmacêutica auxilia os pacientes quanto à documentação para solicitar medicamentos caros junto ao Estado.

O município possui ainda vários programas de atendimento à população que visam a eficiência e a efetividade dos tratamentos de saúde. Entretanto, o farmacêutico não está inserido nesses serviços, e muitas vezes os pacientes não têm recebido acompanhamento do farmacêutico, ou orientação sobre a utilização da medicação. Nesse contexto, o SUS Lagoa Santa torna-se palco ideal para a inserção do serviço de GTM como instrumento para aumento da efetividade e segurança dos serviços de saúde. Por esse motivo, propomos nesta tese a construção colaborativa do serviço de GTM pelos farmacêuticos em parceria com outros profissionais de saúde do município.

5.2 Método de pesquisa

A pesquisa-ação foi utilizada como método de pesquisa a fim de viabilizar a construção colaborativa do serviço de GTM na Atenção Primária à saúde do município de Lagoa Santa (THIOLLENT, 2011b). A investigação teve duração de 27 meses. Em virtude do seu caráter dialógico e emancipatório (THIOLLENT; SILVA, 2007), a metodologia de pesquisa fomentou a adoção da gestão participativa na Assistência Farmacêutica. Desse modo, a

pesquisa-ação tornou-se também instrumento de gestão da Assistência Farmacêutica, uma vez que fomentou o caráter crítico-reflexivo no grupo, viabilizado através da realização de reuniões periódicas entre os participantes.

A pluridisciplinaridade dos projetos envolvendo a pesquisa-ação requerem a construção de um arranjo entre vários atores para viabilizar e realizar o projeto. Nesse contexto, a pesquisa-ação precisa ser adaptada para manter uma interação entre os atores, ou parceiros implicados, que seja produtiva em termos de conhecimento (THIOLLENT; SILVA, 2007). Nessa lógica, para análise estratégica e situacional do projeto, foram realizadas reuniões periódicas durante a pesquisa entre os coordenadores da Assistência Farmacêutica, e desses com o gestor da Secretaria Municipal de saúde.

Participaram da pesquisa 10 farmacêuticos: 5 envolvidos com atividades administrativas e logísticas, 3 em processo de construção de suas práticas clínicas, 1 coordenadora clínica e pesquisadora, e 1 coordenador geral como participantes diretos da pesquisa, além de um médico e uma enfermeira de uma equipe que participou ativamente do processo de implantação do serviço de GTM na atenção primária à saúde. Para a construção do serviço de GTM a equipe de Assistência Farmacêutica contou com o suporte técnico do Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica (CEAF) da Faculdade de Farmácia da UFMG.

5.3 Técnicas de coleta e análise de dados

Nossa pesquisa utilizou uma amostra intencional. Trata-se de um pequeno número de pessoas, escolhidas intencionalmente em função da relevância que representam em relação a determinado assunto (THIOLLENT, 2011b). Assim, todos os farmacêuticos da equipe da Assistência Farmacêutica participaram do processo de construção do serviço.

Uma das técnicas de coleta de dados utilizada foi a entrevista em profundidade. Foram realizadas entrevistas individuais semi-estruturadas com quatro farmacêuticos da equipe de Assistência Farmacêutica, a fim de compreender a fundo o processo de inserção da prática clínica naquele contexto. Foram entrevistados dois farmacêuticos que realizavam o serviço de GTM e dois que não realizavam, mas que contribuíram ativamente para reestruturação da Assistência Farmacêutica e implantação do serviço clínico.

Foram realizados dois grupos focais: um abordando o “empoderamento dos farmacêuticos frente à reestruturação da Assistência Farmacêutica e realização do serviço de GTM” com os farmacêuticos da AF, e outro com membros de uma equipe de saúde da família

(médico, enfermeira e farmacêutica) no qual o serviço de GTM foi oferecido por aproximadamente dois anos abordando “experiências e aprendizados na implantação do GTM na equipe de saúde da família”.

Para a execução desta pesquisa-ação foi utilizada a técnica de observação participante. Dados coletados durante todo o processo de reorganização da Assistência Farmacêutica e inserção do serviço de GTM no município foram registrados em um diário de campo, assim como as percepções das pesquisadoras sobre o fenômeno estudado.

Foram realizadas dois tipos de reuniões com a equipe. As do primeiro tipo, quinzenais, incluíram todos os farmacêuticos para discussão do processo de reestruturação da Assistência Farmacêutica e foram realizadas durante todo o período da pesquisa. Nelas foram abordados temas variados como: ações prioritárias e ações delegáveis pelos farmacêuticos aos outros profissionais de nível médio; a organização prática do serviço; a padronização das ações dentro do departamento; dentre outras. Já as reuniões do segundo tipo, também quinzenais, foram realizadas pelo período de aproximadamente 18 meses com as farmacêuticas que realizavam o GTM, visando a partilha de experiências e discussões de questões práticas vivenciadas com a implantação do serviço. Durante tais reuniões foram fomentadas discussões temáticas sobre situações vivenciadas pelo grupo a fim de viabilizar aos farmacêuticos a compreensão de suas experiências e perspectivas sobre o processo de mudança de sua prática profissional. Dentre os temas abordados nas reuniões clínicas, podemos citar: as dificuldades vivenciadas pelo farmacêutico na implantação do serviço clínico, estratégias desenvolvidas para facilitar a comunicação junto à equipe e inserção do GTM nas unidades de saúde; estruturação e organização do serviço de Assistência Farmacêutica para viabilizar a implantação do serviço clínico; dificuldades técnicas enfrentadas pelos farmacêuticos na implantação do GTM; dentre outras.

Documentos referentes aos processos de trabalho dos farmacêuticos também foram analisados nessa pesquisa. Para a análise estratégica e situacional do projeto, foram realizadas reuniões periódicas entre os coordenadores da Assistência Farmacêutica, além de reuniões deles com o gestor da Secretaria Municipal de saúde para a discussão de temas relacionados à reestruturação da Assistência Farmacêutica e seus impactos na rede de atenção à saúde.

Para a análise de dados foi utilizada a categorização, a partir do levantamento de temas. (TAYLOR-POWELL; RENNER, 2003). Para isso, foi realizada a leitura detalhada e repetida dos diários de campo, dos áudios das reuniões e das entrevistas realizadas. Nesses textos foram marcados os trechos ou frases considerados significativos ou que se repetiam ao longo

do documento. As ideias contidas nessas frases deram origem às unidades de significado, que foram organizadas em sub-categorias, de acordo com semelhanças ou diferenças entre elas. As sub-categorias foram novamente organizadas, formando as categorias de análise que compuseram o presente estudo. Os dados coletados foram levados ao grupo para discussão, análise e interpretação de forma colaborativa.

5.4 Considerações éticas

Por envolver seres humanos, e também em cumprimento às normas ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012, foi encaminhada ao Comitê de Ética da UFMG solicitação de autorização para o desenvolvimento desta pesquisa. Nosso estudo é parte de um projeto maior, desenvolvido no contexto do CEAF (Centro de estudos em Atenção Farmacêutica da Faculdade de Farmácia da UFMG). Este trabalho teve sua aprovação registrada no número CAAE - 25780314.4.0000.0149.

Foi assegurada aos participantes do estudo a livre expressão de consentimento, a fim de prestar esclarecimentos sobre o estudo a ser realizado através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

5.5 Rigor metodológico

Uma das estratégias adotadas para garantir o rigor foi a coparticipação dos pesquisadores e participantes implicados no problema investigado na construção e reflexão sobre os dados encontrados (THIOLLENT, 2011b). Assim, os temas encontrados foram levados de volta aos participantes da pesquisa para discussão com a equipe a fim de confirmar a interpretação de dados e apurar a reflexividade do grupo, aumentando o rigor da pesquisa.

Inicialmente, a pesquisadora assumiu este papel a fim de estruturar e compor a equipe de farmacêutico para realizar o processo de construção de sua prática clínica. Entretanto, ao perceber o impacto que este papel poderia gerar no grupo e na fidedignidade dos dados coletados, a pesquisadora optou por ceder o papel de coordenador geral da Assistência Farmacêutica para outro farmacêutico atuando como coordenadora clínica da Assistência Farmacêutica. A reflexão sistemática foi adotada durante toda a pesquisa, a fim de validar a construção alcançada (VALLENGA *et al.*, 2009). Essa reflexão foi vivenciada pela

pesquisadora que utilizou da partilha de seus achados com outros pesquisadores, com o coordenador geral da Assistência Farmacêutica e com os farmacêuticos participantes da pesquisa.

Outro aspecto que contribui para o rigor da pesquisa foi a triangulação de métodos (VALLENGA *et al.*, 2009). Foram utilizadas vários métodos de coleta de dados como: observação participante total, entrevistas informais, entrevistas em profundidade, grupos focais e análise de documentos produzidos pelo serviço durante a pesquisa. Segundo Tuzzo e Braga (2016), ao se fazer uma pesquisa pelo método de triangulação, um novo problema pode ser gerado, algo que não havia sido considerado no início das buscas de dados e informações; num processo dialético e quase ininterrupto de inquietação, busca, reflexão, resultado que gera nova inquietação, nova busca, nova reflexão e um resultado ampliado que levará a uma nova inquietação, sem fim (TUZZO, BRAGA, 2016).

6 RESULTADOS

Em virtude do processo cíclico da pesquisa-ação, os resultados da pesquisa foram acontecendo simultaneamente através das espirais cíclicas. Foram desenvolvidas espirais cíclicas sobre a estruturação da Assistência Farmacêutica (tabela 1) e sobre a estruturação do serviço clínico (tabela 2). Assim, à medida que a Assistência Farmacêutica foi se estruturando para viabilizar a introdução do serviço de GTM (artigo 1), a equipe foi avaliando a melhor forma de estruturar o serviço clínico na rede assistencial (artigo 2). Concomitante a isso, foi realizada avaliação crítica sobre o impacto do processo de gestão da AF e do serviço clínico na implementação deste na atenção primária do SUS (artigo 3).

Desse modo, os resultados desta pesquisa são apresentados através de três artigos. Outros resultados deste trabalho são retratados também através de dois artigos publicados na revista Experiências exitosas no SUS (ANEXO I) e no livro Prêmio Inovamus 2015 (ANEXO II).

6.1 Linha do tempo de evolução da pesquisa

Nosso trabalho começou a partir do convite do gestor da secretaria de saúde municipal para que a doutoranda coordenasse o Setor de Assistência Farmacêutica do município de Lagoa Santa. Foi dada autonomia à pesquisadora para realizar a reestruturação do Setor, com a proposta de inserção do serviço clínico de GTM na Assistência Farmacêutica. O objetivo deste trabalho foi construir um serviço clínico farmacêutico integrado com as demais atividades de saúde da atenção primária à saúde. Uma premissa básica do serviço de GTM é o trabalho coletivo multiprofissional e interdisciplinar.

Quando chegamos ao município, a Assistência Farmacêutica contava com apenas 2 farmacêuticos: uma em atuação em uma farmácia anexa à unidade básica de saúde e outra em licença médica. Os processos de aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos eram realizados por um profissional de nível médio, e a entrega dos medicamentos aos pacientes era realizada por profissionais de nível médio alocados nas farmácias municipais.

6.1.1 1º ciclo das espirais cíclicas

A partir da análise inicial do cenário, foi realizada a contratação de novos farmacêuticos para compor a equipe. Alguns vieram através de convocação pelo concurso vigente, outros por seleção de currículos e entrevistas. Assim que a equipe foi composta, a proposta de reestruturação da Assistência Farmacêutica e inserção do serviço clínico de GTM foi apresentada ao grupo. A proposta foi bem recebida pelo grupo que iniciou a análise do cenário a fim de traçar juntos estratégias para alcançar os objetivos. Esses processos possibilitaram a elaboração do planejamento, da definição das ações a serem executadas, do cronograma para a execução e conclusão das atividades, e do plano de controle e monitoramento destas ações.

Para a inserção do serviço clínico no contexto da atenção primária à saúde, tornou-se necessário reestruturar a Assistência Farmacêutica, a fim de viabilizar aos farmacêuticos mais tempo para dedicarem a esta atividade. Em paralelo a isso, a equipe iniciou o processo de inserção do serviço clínico na rede (tabela 2). As duas ações aconteceram em paralelo, através de duas espirais cíclicas.

A reestruturação da Assistência Farmacêutica (artigo 1) ocorreu a partir da constatação de que o farmacêutico era reconhecido na rede como entregador de medicamento, e não como um profissional de saúde, havendo pouca clareza, tanto pelos próprios farmacêuticos como pelos demais profissionais da rede, de seu papel como membro da equipe de saúde. Outro ponto negativo encontrado foi a indisponibilidade de farmacêuticos à população. Uma das estratégias utilizadas foi a inserção dos farmacêuticos nas diversas ações da rede de saúde, procurando mostrar a contribuição deste profissional ao cuidado multiprofissional. O serviço foi organizado de modo a apontar farmacêuticos responsáveis técnicos (RT) para as seis farmácias municipais. Além disso, inserimos os farmacêuticos nos grupos de tabagismo e no Hiperdia, a fim de promover uma orientação e acompanhamento do paciente e sua farmacoterapia; consultas compartilhadas com o médico; participação em comissões técnicas, para inserir o farmacêutico na rede e melhorar o diálogo entre os setores envolvidos; e eventos públicos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), apresentando o farmacêutico como profissional da saúde da rede de atenção primária à saúde municipal.

O grupo constatou a necessidade de fortalecimento da identidade do farmacêutico entre os próprios profissionais, como requisito para que pudessem trabalhar de forma colaborativa em equipes multiprofissionais com os demais parceiros da rede. Assim, as discussões sobre identidade, responsabilidades e atribuições dos farmacêuticos pautaram várias reuniões de

equipe, culminando na adoção da filosofia da atenção farmacêutica como filosofia do departamento de Assistência Farmacêutica.

Diante do propósito de inserirmos o serviço de GTM na rede, era necessário que os farmacêuticos disponibilizassem tempo para essa atividade. A fim de viabilizar esse tempo, os profissionais tiveram suas atribuições divididas entre farmacêuticos clínicos (que realizariam apenas atividades clínicas) e administrativos (que teriam suas ações voltadas para a gestão do estoque e supervisão técnica das farmácias). Apesar da divisão, os profissionais atuavam em papéis diferentes como braços de um mesmo serviço que visa promover o acesso e uso adequado dos medicamentos pelos pacientes da rede. Essa ação não foi resolutive, pois dispúnhamos de poucos farmacêuticos para realizar o serviço clínico e a gestão de estoques não apresentou os resultados esperados. Além disso, observamos insatisfação dos farmacêuticos administrativos por não poderem realizar o GTM, e os farmacêuticos e demais profissionais das equipes de saúde ainda apresentavam dificuldades na definição da identidade e atribuições desse profissional. Em paralelo a isso, os farmacêuticos voltados para o serviço clínico, procuravam desenvolver um formato de prontuário farmacêutico que contribuísse para o desenvolvimento de um raciocínio clínico lógico e garantisse melhor qualidade de registro dos dados dos pacientes. Entretanto, foram gerados documentos muito longos, que exigiam muito tempo para seu preenchimento, tornando-se inviáveis para prática clínica diária.

Neste ciclo, observamos que não haviam registros ou padrões a serem seguidos no contexto da AF Municipal.

6.1.2 2º ciclo das espirais cíclicas

Após várias discussões em equipe, o grupo optou por criar a CAF (Central de Abastecimento Farmacêutico) a fim de promover maior reestruturação nos processos de aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos. Além disso, a CAF funcionaria como um apoio às farmácias regionais no que tange a gestão do estoque de medicamentos. Assim, todos os farmacêuticos foram treinados nas atividades de compra e licitação a fim de garantir agilidade nos processos burocráticos e manutenção permanente do estoque mínimo. Outra ação tomada pelo grupo foi a redistribuição das atribuições dos farmacêuticos. Todos os farmacêuticos que atuavam em farmácias municipais assumiram a Responsabilidade Técnica por uma farmácia e exerceram o serviço de GTM, contando com apoio dos profissionais de nível médio, a quem foram delegadas as tarefas de entrega dos medicamentos aos pacientes e

controle de estoque das farmácias regionais. Todas estas ações seriam supervisionadas pelos farmacêuticos, que também foram responsáveis pela capacitação destes profissionais de nível médio. Essas ações buscaram disponibilizar aos farmacêuticos mais tempo para dedicarem ao serviço clínico de GTM sem prejudicar o acesso da população aos medicamentos.

6.1.3 3º ciclo das espirais cíclicas

À medida que dispunham de mais tempo para o serviço clínico, os farmacêuticos puderam aperfeiçoar o prontuário farmacêutico, contando com o apoio do CEAF-UFMG que disponibilizou um modelo de prontuário para uso no serviço. Foram disponibilizados computadores para que todos os farmacêuticos registrassem em prontuário eletrônico, o que agilizou o processo de registro de dados. A participação dos farmacêuticos nas comissões técnicas da rede permitiu que este profissional conquistasse a autorização para solicitação de exames de monitoramento da farmacoterapia do paciente, agilizando o serviço de GTM. Concomitante a isso, a equipe reconheceu a necessidade de padronizar também as ações clínicas dos farmacêuticos, com a elaboração de Procedimentos Operacionais Padrão sobre o serviço clínico farmacêutico, além da elaboração de documentos aprovados pela gestão da secretaria de saúde, padronizando tal serviço na rede da atenção primária à saúde.

Dispondo de mais tempo para o serviço clínico, os farmacêuticos puderam aumentar o número de pacientes atendidos e vivenciar dificuldades práticas do relacionamento com as equipes de saúde. Utilizando do espaço das reuniões clínicas farmacêuticas, estes profissionais puderam partilhar as experiências vividas e encontrar juntos estratégias para tornar o serviço mais eficiente e efetivo, como abordado no artigo 2.

6.1.4 A gestão permeando todos os ciclos e processos da pesquisa

Durante todo o processo de implantação do serviço de GTM no SUS em Lagoa Santa, ficou evidente a importância da forma de gestão do serviço de Assistência Farmacêutica para o processo de inovação da prática dos farmacêuticos (artigo 3). A participação ativa dos farmacêuticos na reestruturação da Assistência Farmacêutica e a constatação da contribuição positiva do farmacêutico junto à equipe de saúde na promoção do cuidado ao paciente trouxeram o empoderamento e maior satisfação destes profissionais. Tendo a pesquisa-ação como norteador da condução do serviço, a gestão da Assistência Farmacêutica tornou-se

participativa a fim de envolver e corresponsabilizar os farmacêuticos pelo serviço oferecido. A coordenação foi dividida entre coordenação geral e coordenação clínica (focada no serviço clínico). Desde o início foi claro que a participação ativa dos farmacêuticos nas decisões e ações do serviço seria fundamental para viabilizar a mudança de atuação do departamento de Assistência Farmacêutica e das ações individuais dos profissionais, que não tinham experiência em realizar o serviço clínico farmacêutico, além de trazer maior autonomia e empoderamento aos farmacêuticos.

Os detalhes deste processo estão abordados nos três artigos a seguir e nos dois artigos anexados à tese.

Tabela 1 – Espiral cíclica sobre a reestruturação da Assistência Farmacêutica

	Avaliação	Ação	Encontro de fatos
1º CICLO	<ul style="list-style-type: none"> • Farmacêutico reconhecido na rede como entregador de medicamento, e não como profissional de saúde • Pouca clareza, pelos farmacêuticos, de seu papel como membro da equipe de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Inserção do farmacêutico na rede como profissional de saúde • Separação entre farmacêuticos administrativos e clínicos • Farmacêutico clínico atuando em várias equipes para mapeamento dos pontos potenciais para inserção do GTM 	<ul style="list-style-type: none"> • Pouca melhora no reconhecimento do farmacêutico como profissional de saúde e pouco vínculo dos farmacêuticos com as equipes • Problemas na gestão de estoque • Poucos farmacêuticos atuando com o GTM
2º CICLO	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade na definição da identidade e funções dos farmacêuticos pela equipe da AF e por outros profissionais • Insatisfação dos farmacêuticos administrativos por não poderem realizar o GTM • Pouca abrangência do serviço de GTM 	<ul style="list-style-type: none"> • Criação da CAF como suporte na gestão de estoque • Atribuição de responsabilidade técnica e serviço clínico para todos os farmacêuticos das equipes • Maior tempo de dedicação dos farmacêuticos às equipes • Atribuição da entrega de medicamentos exclusivamente para o profissional administrativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Empoderamento dos farmacêuticos administrativos, que se propõem a aprender o serviço de GTM • Ampliação do serviço clínico com maior integração dos farmacêuticos às equipes • Maior colaboração da equipe na realização do GTM • Melhorias na gestão de estoques • Reconhecimento do farmacêutico como membro da equipe de saúde

Tabela 2 - Espirais cíclicas sobre a estruturação do serviço clínico de GTM

	Avaliação	Ação	Encontro de fatos
1º CICLO	<ul style="list-style-type: none"> • Farmacêutico reconhecido na rede como entregador de medicamento, e não como profissional de saúde • Pouca clareza, pelos farmacêuticos, de seu papel como membro da equipe de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Inserção do farmacêutico na rede como profissional de saúde • Separação entre farmacêuticos administrativos e clínicos • Farmacêutico clínico atuando em várias equipes para mapeamento dos pontos potenciais para inserção do GTM 	<ul style="list-style-type: none"> • Pouco vínculo do farmacêutico às equipes de saúde • Pouca abertura das equipes à atuação do farmacêutico • Dificuldades dos farmacêuticos e garantir o retorno dos pacientes
2º CICLO	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldades dos farmacêuticos em estabelecer relação de parceria com as equipes • Pouco tempo de atuação com as equipes, devido à alta rotatividade • Pouco apoio das equipes no encaminhamento e vinculação do paciente ao serviço de GTM. Alto absenteísmo dos pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> • Vinculação de todos os farmacêuticos das farmácias ao serviço clínico (extinção da separação entre farmacêutico clínico e administrativo) • Cada farmacêutico atuando em apenas duas equipes, com vínculo de 16 horas/equipe • Padronização do papel da equipe a partir de documentos aprovados pelo secretário e visitas da Coordenação da AF às equipes 	<ul style="list-style-type: none"> • Melhora da relação do farmacêutico com a equipe e na realização do trabalho multidisciplinar • Melhora na captação de pacientes e na vinculação para retorno ao serviço
3º CICLO	<ul style="list-style-type: none"> • Prontuário farmacêutico em papel muito longo com gasto de muito tempo para registro do atendimento • Dificuldade do farmacêutico em administrar o tempo entre as atividades administrativas e clínicas Dificuldade da coordenação em avaliar evolução do serviço 	<ul style="list-style-type: none"> • Redução do prontuário farmacêutico, com registro mais sucinto e registro simultâneo no prontuário do paciente • Criação da planilha de produção do farmacêutico para avaliação do gasto de tempo no serviço e produção clínica dos farmacêuticos • Discussão em equipe para criação de estratégias para superar dificuldades no serviço como comunicação, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Redução do tempo gasto para registro do atendimento • Melhora na utilização do tempo pelo farmacêutico em função da análise das dificuldades práticas • Melhora na comunicação entre farmacêuticos e equipe • Maior empoderamento dos farmacêuticos frente ao serviço clínico e atuação multidisciplinar

7 ARTIGO 1: ACTION RESEARCH AS A TOOL FOR TRANSFORMATION OF THE PHARMACIST'S PRAXIS IN PRIMARY CARE

Artigo publicado na revista Internacional "Journal of pharmacy and pharmaceutical Science", volume 9, número 3, 2017

ACTION RESEARCH AS AN TOOL FOR TRANSFORMATION OF THE PHARMACIST'S PRAXIS IN PRIMARY CARE

GRAZIELLI C. B. DE OLIVEIRA^a, MATEUS R. ALVES^b, DJENANE RAMALHO-DE-OLIVEIRA^c

^a**Graduate Program in Medicines and Pharmaceutical Assistance, UFMG, Brazil**

^b**UCB Biopharma S/A, São Paulo, Brazil**

^c**Department of Social Pharmacy, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brazil**

Email: graziellicris@gmail.com

ABSTRACT

Objective: Describe and discuss the use of action research in the Pharmaceutical Assistance restructuring of primary care in the city of Lagoa Santa/MG for the implementation of comprehensive medication management services.

Methods:An action research project, based on fortnightly thematic discussions with a group of ten pharmacists, was used as management tool to foster the engagement and critical reflection of pharmacists involved in the construction of their clinical practice in primary care.

Results: Action research encouraged pharmacists to think about their practice and to perceive the need for a clearer definition of their roles and responsibilities in primary care. The collective development allowed pharmacists to recognize their weaknesses and strengths, identifying themselves as professionals capable of assuming co-responsibility for the pharmacotherapy of the patient. The reorganization of the service was necessary to provide support for actions related to the logistic of medicines, so pharmacists can dedicate time to their clinical practice.

Conclusion: Action research can be an effective instrument of reflection, motivation and empowerment for the pharmacist team to meet the challenges of the Brazilian Unified Health System (*Sistema Único de Saúde, SUS*).

Keywords: Medication Therapy Management, Comprehensive medication management, Pharmaceutical care, Primary health care, Pharmaceutical services, Action research, Qualitative research.

INTRODUCTION

Nowadays, the healthcare scenario requires the pharmacist to be more than a supplier of drugs. High morbidity and mortality rates associated with the use of drugs claim for a pharmacist that takes responsibility for the consequences of such use, In Brazilian Public Unified Health System (*Sistema Único de Saúde, SUS*), as well as other scenarios, the role of pharmacists is not well defined [1]. In Brazil, the term *Pharmaceutical activities* involves broad, multidisciplinary and intersectoral activities [2]. Nevertheless, pharmacists' responsibilities still consist of essentially supervising the logistics associated with the acquisition, distribution and delivery of medicines in health facilities, with little participation in direct patient care.

Pharmaceutical Care Practice, proposed by Hepler and Strand (1990), is described as a response to social demands for a professional who takes responsibility for the drug use process in patients' daily life. It is a patient care professional practice, defined as the responsible provision of pharmacological treatments, seeking concrete results that improve patients' quality of life [3]. In this context, Ramalho-de-Oliveira claims the professional practice of Pharmaceutical Care should not be understood only as an activity, but as a new way of thinking, being and acting for pharmacists practitioners [4]. The term Comprehensive Medication Management (CMM), which is the operationalization of pharmaceutical care practice into a health service, is defined as the care standard that ensures each patient's medications (whether they are prescription, nonprescription, alternative, traditional, vitamins, or nutritional supplements) are individually assessed to determine that each medication is appropriate for the patient, effective for the medical condition, safe given the comorbidities and other medications being taken, and able to be taken by the patient as intended [5].

CMM is a service experienced by patients and managers in the reality of healthcare systems when pharmacists accept Pharmaceutical Care practice as their professional mandate. This clinical service can be understood as a technology to promote the rational use of medicines at the daily lives of SUS users, in accordance with the functions of primary health care. It is also a tool enabling standardization of pharmacists' patient care activities that involves the use of a rational process to detect problems and make decisions about pharmacotherapy (pharmacotherapy workup), the construction of a therapeutic relationship with the patient, the involvement with the community, the construction of multi-professional collaborative relationships and follow up evaluations of the patient demonstrating responsibility for the results of his or her pharmacotherapy [6].

The implementation of CMM service in the SUS demands a reorganization of pharmacists' activities, allowing the professional to act both in the management of medication supplies and in patient care, creating spaces and structures to include a new clinical service in the health system. Accomplishing this change requires collective work. It implies acceptance of the complexity of human diversity, becoming a continuous process that considers the environment, personal and professional beliefs, experiences and traditions [7]. The participation of subjects involved in this change will help ensure the convergence of values in the provision of the service. In addition, data collection and analysis, and dissemination of results of the change process may promote new ways of thinking and learning for future changes [8,9].

Concerning the challenge of restructuring the drug supply and administrative activities for the insertion of the CMM service, the research methodology needs to guarantee the active involvement of pharmacists in the process, seeking to ensure conditions for these professionals to perform the clinical service efficiently and permanently. Hence, this manuscript discusses the use of action research methodology in restructuring pharmacy services to insert CMM services in the city of Lagoa Santa, Minas Gerais, Brazil.

MATERIALS AND METHODS

Qualitative research is presented as a methodological alternative focusing on the processes experienced by subjects of a given research. Action research is a qualitative methodology widely employed in the healthcare field to train professionals in the development of their practical knowledge [10-12].

This research involves the person who knows the field and the workplace "from inside", considering it as a profound connoisseur of this scenario. According to Ernie Stringer (2014), the main characteristics of Action Research are the knowledge and the understanding of what happens to people and their working process. The goal is to enable them to explore their experience and increase perceptions of their own situation [13].

The term action research, attributed to Kurt Lewin (1890-1947), came from the assumption that theory can be expressed directly by action [14]. For Lewin, it was not enough just to try to explain things; it was also necessary to change them. This desire led to the development of action research and the awareness that human systems can only be understood and changed if their members take part in this process.

The cyclical spiral process is a typical feature of action research, where cycles of activities form a spiral of continuous and overlapping cycles in which research, action, and evaluation are closely interlinked [15]. Another important component of action research is the critical reflection, capable of initiating changes in behaviors, skills, services and ways of thinking. In the changing scenario of praxis, the main objective is to analyze whether the new practice reflects the important values of professionals or whether the new technology helps them to achieve their goals according to their beliefs [16].

In our paper, field observations were carried out for 26 months, and a total of ten pharmacists participated in this study: five involved in administrative and logistic activities, three in the building process of CMM services, one in clinical coordination and another in general coordination. Data was collected through field notes during the entire research process.

Fortnightly meetings were held with the team of seven pharmacists to discuss processes and practical issues experienced during the change stage. In these meetings, pharmacists were encouraged to share their perspectives and experiences, so that a deeper awareness of the process could emerge. The first author of this paper (one of the pharmacists composing the team) was the person who initiated the process. In order to deeply explore specific themes, four pharmacists of the team were selected for individual semi-structured interviews. For strategic and situational analysis of the project, regular meetings were held among the leaders of pharmacy services (two pharmacy managers), as well as between them and the healthcare secretary of the city during the full research period. Data analysis was performed using thematic analysis of all collected data [17-18].

Methodological rigor was guaranteed by the triangulation of different methods of data collection and researcher reflexivity. Moreover, following methodological requirements, themes found during data analysis were taken back to research participants for discussion as a team. This process made it possible to confirm researcher's interpretations and to determine the reflectivity of the team, increasing the truth fullness of the study. This project was approved by the Ethics Committee of the *Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG*(report number 25780314.4.0000.0149),and all participants have signed an informed consent form.

Place of study

The research was conducted from June 2013 to August 2015 in Lagoa Santa/MG, a city located in the metropolitan region of Belo Horizonte with population of 57,990 inhabitants living in an area of 229.3 km²according to the 2015 census[19].

The municipal health care services are distributed in four Regional, seventeen Basic Healthcare Units and three Support Units; two family health care teams; one home care service team; three mental health care units (psychosocial care center, alcohol and drugs and childcare); one rehabilitation unit; one clinical laboratory; one ambulatory of specialties; one center of dental specialties and one emergency unit.

At the beginning of our study, we have found a scenario with only two pharmacists. Services at the Department of Pharmacy Services had no standard operating procedures; there was not any documentation of processes or standardization of practices; it was recognized only by activities related to drug distribution. Pharmacists worked at the municipal pharmacies with no interdisciplinary interactions. Drug supply, logistic and administrative

activities were conducted by one mid-level professional with eventual assistance of a pharmacist leading to the shortage of medicines in the stocks of pharmacies.

For the construction of CMM services in Lagoa Santa, the clinical pharmacy team received technical support from the Pharmaceutical Care Research Centre (CEAF) at UFMG.

RESULTS

Our work began with the admission of the first author of this paper as a manager of the Department of Pharmacy Services in the city of Lagoa Santa. She had complete autonomy to restructure the department, with the objective to implement CMM as the major clinical pharmacy service that could be easily integrated with other healthcare services in the primary care ambulatory clinics. A basic premise of the CMM service is its multidisciplinary and interdisciplinary character.

Action research was used as a management instrument for restructuring pharmacy services, promoting empowerment and participation of pharmacists in the implementation of CMM services in primary care. The Department adopted a process of shared coordination: one manager was responsible for administrative duties and the other for clinical services. Influenced by the dialogical nature of action research, managers sought to establish goals, demand results and provide the necessary support for the service's implementation. Besides, the coordinators were open to dialogue and critiques, valuing the autonomy and freedom of the participating pharmacists.

Data analysis revealed *five major themes*. They address the place of pharmacists in primary care, the functions they play in this scenario and the role of action research in the empowerment of this professional.

Redefining the pharmacist's role in primary care

At the beginning of the research, pharmacists' activities encompassed mostly acquisition and delivery of prescribed drugs. The role of the pharmacist was poorly understood by other health care professionals, culminating in the insecurity of some pharmacists concerning their work with patients and with the healthcare team.

"[...] I do not remember seeing anything like that [caring for patients] in college. And we... so, what will I do? What can I do? What can't I do? How far can I go? So I keep groping."

Pharmacist 1

In the insertion of CMM services, action research proved to be an important tool to stimulate the reflection of the team regarding the pharmacist's role, as well as on the new function we wanted to build in the health care system. Pharmacist 2 demonstrates that:

“But what is empowerment? First we have to recognize ourselves, and I think that's the part we fail a little bit. We know what we are not. But we know what we are? What are our potentialities? Our real potentialities... And this I think it's something we really have to build, to build a stronger profile. Because only when we recognize ourselves, we know our limits and the areas in which we can make a real difference, we can actually reach this empowerment. And with empowerment comes responsibility. It's something that already joins with the philosophy of Pharmaceutical Care. So we have to work a lot this question of responsibility. Because if I can, if I am, I also have to take responsibility.”

Pharmacist 2

The theoretical background of the CMM service points to the importance of attending a social need[20]. In the context of medication use, it means the need for a professional to hold accountability for the patient's pharmacotherapy[3]. When we started this work, the Pharmaceutical Care Practice was applied as the philosophical framework for the Department of Pharmacy Services. The adoption of this philosophy points to the need for this professional to take on new responsibilities, and contributes to the definition of the pharmacist as a health care professional.

As pointed out in the literature about the role of the pharmacist, the priority of his performance was discussed within the team [21]. The team realized that the management of drug supply, logistics and administrative activities are vital because the drug is the technology we manage in practice. However, it is not enough to have the drug if it is not well used by the patient. This discussion highlighted the need for an organizational model for the department including both, inventory management and pharmacy clinical service.

“We need to work as a group because it is not enough to deliver CMM in the clinic if the drug is not available to the patient. So it is extremely necessary to work this as a team, with pharmacists in every corner. Be able to reach as much of the population as possible, because unfortunately we are not enough pharmacists to be in all clinics. And if you don't have it [the drug] it doesn't help, because the majority of people cannot purchase it.”

Pharmacist 3

Learning to delegate tasks

The reorganization of pharmacists' activities to guarantee the implementation of CMM services, as well drug supply logistics, demanded a critical assessment of which activities should be performed exclusively by pharmacists and which should be delegated to others. The team realized that the operationalization of administrative tasks could be delegated to pharmacy attendants. Therefore, they were trained by pharmacists. The team understood it was very important that all personnel incorporated the philosophy of pharmaceutical care as the mission of the department. In the public service context, the preparation of the attendant is a continuous challenge as there is a high turnover of human resources. In addition, many professionals often times do not have the technical training required to deliver pharmacy services. This is highlighted in the following narrative:

“For example, just like this issue of stock that we're trying to minimize errors. If you don't explain to the attendant, to tell him that [drug delivery] is important ... because it's so automatic, it is to provide drugs, provide drugs, but until you create an entire situation in which he or she is able to understand what is important, that it is not just delivering the drug. Having an organized stock and a pharmacy attendant that can check if the drug is the right one for that patient and the patient has the basic information to make the right use of it. This will reflect on many other actions. So, the pharmacist has to be there at the pharmacy to oversee them.”

Pharmacist 2

Finding a path contemplating drug supply management and clinical service

We seek to organize the department in such a manner that clinical performance was incorporated into the team's activities, without neglecting the drug supply management. As previously mentioned, there was not any standardization of procedures and functions when we arrived. Thus, we opted for an organization in which pharmacists' tasks were clearly defined. Initially, *clinical* and *administrative* functions were divided into two different areas. While the first one dealt with the responsibility associated with taking direct care of patients— through CMM services, working close to the health care team, shared consultations, operative groups – the second one was associated with management functions – personnel management, drug supply, and other administrative functions. Nevertheless, results were different from expected.

The separation between clinical and administrative pharmacists caused disputes among professionals. The main reason was that limits of responsibilities were unclear. The same health care team receives intervention from both, clinical and administrative pharmacists. The latter group was uncomfortable with that, feeling devalued when compared to the clinical staff. In other words, clinical pharmacists were perceived as more important as well as more skilled than their administrative counterparts.

“No, my practice was not very consolidated and the girls (health care team) also questioned a lot. But why you (administrative pharmacist) and she (clinical pharmacist) are here? And I really did not have many arguments. Her work is different from mine, she will be following up with patients. But why you can’t do it? Initially I feel devalued by the team questioning it.”

Pharmacist 1 acting as administrative pharmacist

The way pharmacy services were initially organized, clinical pharmacists were able to act within the primary care units, keeping a closer relationship with other healthcare professionals and building a stronger identity as a provider. Conversely, administrative pharmacists kept superficial relationships with health care teams, focusing their actions mostly in inventory management, remaining isolated in the pharmacy. Such organization has reduced their empowerment and motivation.

“I think so, an important point to empower a person, you need to have contact. Now, in the new unit, I’m having this opportunity. This is really useful! It is crucial! Someone [healthcare team member] sees you, and knows he can count on you when he needs.”

Pharmacist 4 acting as administrative pharmacist

Despite difficulties in approaching the team, in places managed by an administrative pharmacist, the organization of drug supply has been improved and the distance between the pharmacist and the patient has been decreased. Also despite having predominantly administrative tasks, these professionals have demonstrated interest in offering the CMM service, as illustrated below.

“I finished college a while ago, right. And I did not have contact with comprehensive medication management services. It’s something that was built after I graduated from pharmacy school. It is something new. This is a difficulty I have. But I want to learn it. I intend to learn it. It is my goal.”

Pharmacist 1

Therefore, reflections and experiences of the team indicated that separation between two types of pharmacists – administrative and clinical – was detrimental to the relationships within the group and to the sense of belonging to the department. However, the attempt to

have the same pharmacist to accumulate administrative and clinical functions was difficult as well, since these activities require very different kinds of knowledge, attitudes and behaviors from the professional. The following excerpt presents the experience of a pharmacist acting in both areas:

“It is not enough if I try to do it (administrative service) in the intervals between patient consultations, because you're thinking clinically and you have to turn to the administrative and back to the clinical ... and it is so complicated!”

Pharmacist 5 acting both in clinical and administrative functions

A Pharmacy Service Model promoting access and appropriate use of medicines

In response to the experiences of pharmacists, we created an organizational model for structuring the Central Pharmaceutical Supply (CPS), where one pharmacist was allocated to act at the central level, working as main supervisor of the inventory management of all pharmacy units. The other pharmacists work mainly as clinicians, with the following responsibilities: (i) training and supervision of pharmacy attendants, (ii) patient counseling, and (iii) provision of CMM services. Thus, currently, medication delivery has been carried out exclusively by attendants, leaving pharmacists free to perform individualized patient care. The structuring of CPS supporting the inventory management of all satellite pharmacies enabled pharmacists' engagement with the patient and with the healthcare team, as depicted in the following account:

“It's too bad. What disturbed me was that going back and forth between patient consultations and fixing a dispensing error. This is not happening anymore, let me be clear. Dispensing with the system, then back to the patient... then I'm in the middle of patient care, the attendant interrupts me... it was in the beginning. This was very difficult, because I was thinking about two things at the same time. (...) Of course [in the new model] we have new procedures, guidelines and it is very calm.”

Pharmacist 5

This model also allowed the standardization of pharmacists' work with the patient – CMM service. There was only one clinical pharmacy service being provided in all pharmacy units of the city, and drug supply was maintained. Also, all department activities were based on the Pharmaceutical Care Practice philosophy. The collective work enabled the empowerment and commitment of professionals. Creation and consolidation of CPS and delegation of drug delivery functions and stock operations to attendants have freed the

pharmacist to use their knowledge to direct benefit patients. Thus, these three pillars (practice philosophy, service management and structured CPS) promoted the necessary basis for the pharmacists' work with the patient, as illustrated in Figure 1.

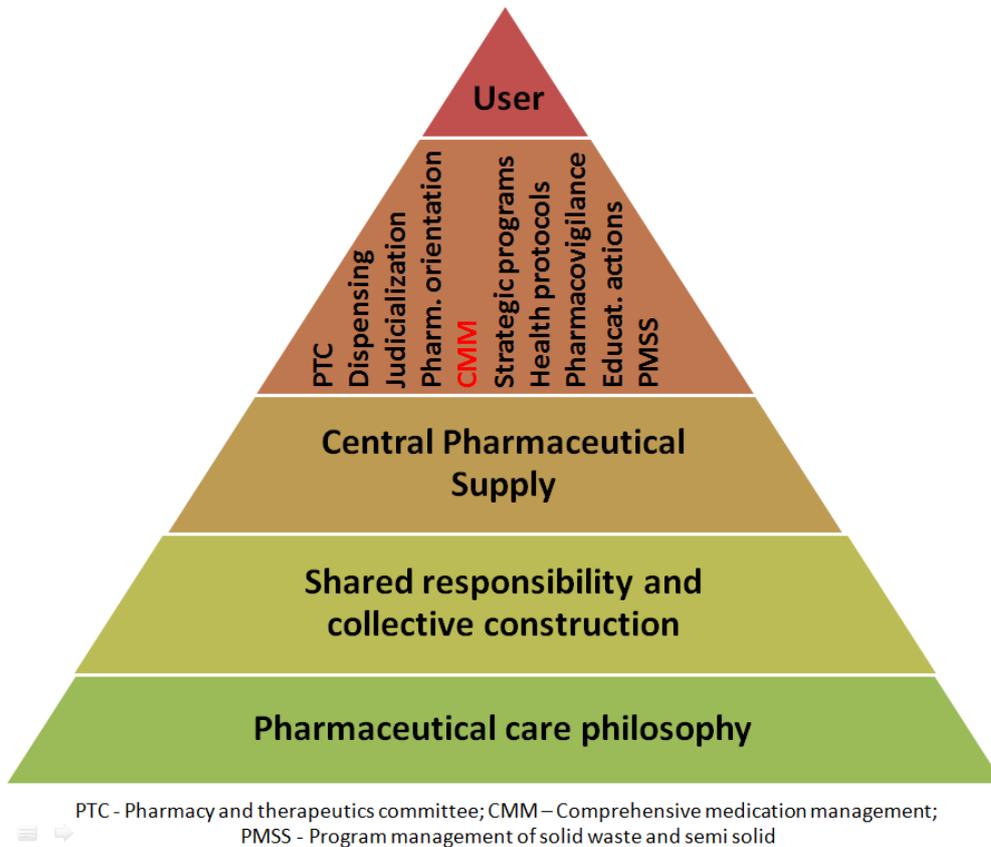


Fig. 1: Department of Pharmacy Services organizational model

In this new organizational model, all kinds of services delivered by the department have a foundational philosophy, and the patient is the main focus of all activities, whether it is administrative or clinical. A new culture is being gradually built, allowing pharmacists to become active members of healthcare teams, even in clinics without a pharmacy. The team understands that separating the image of the CMM provider from dispensing activities was an important accomplishment of this action research project.

Contributions of action research to the management of Pharmacy Services and the empowerment of pharmacists

Action research became an instrument for reorganizing pharmacy services in group, as it promoted constant re-evaluation of its actions to achieve the proposed results. According to Lewin (1945), changes in values, perceptions and behaviors compose an integrated standard for the individual (what he called a “*change of culture*”). Since action is guided by perception, a change in the behavior presupposes the perception of new facts and values, not

just aspired, but projected (what he called “*action-ideology*”) [22]. The reflective character of action research allowed the group to realize its new role as part of the healthcare team, and recognize the best way to assume direct responsibility for the patient. From the group’s perspective, management became an instrument to plan, implement and evaluate the most effective actions. Thus, cyclical spiral of action research enabled the restructuring of pharmacy services into two cycles, as described in Table 1.

Table 1: Action research cycles

	Evaluation	Action	Emerging facts
1° cycle	<ul style="list-style-type: none"> ● Pharmacist seen as a drug dispenser, not as a healthcare professional ● The role of the pharmacist as a provider and a member of the team were unclear to them 	<ul style="list-style-type: none"> ● Pharmacist insertion into the healthcare team ● Separation between administrative and clinical pharmacists ● Clinical pharmacist working in several teams to understand where CMM services should be inserted 	<ul style="list-style-type: none"> ● Little improvement in the recognition of the pharmacist as a provider ● Pharmacists not considered part of the team ● Problems in inventory management ● Few pharmacists delivering CMM services
2° cycle	<ul style="list-style-type: none"> ● Difficulty in defining the identity and functions of pharmacists by the pharmacist team and other professionals ● Dissatisfaction of administrative pharmacists for not delivering CMM ● Few patients with access to CMM 	<ul style="list-style-type: none"> ● Creation of CPS to support drug supply management ● Technical responsibility and clinical service assignments for all pharmacists of the teams ● Pharmacists dedicate more time to work with health teams ● Drug distribution and delivery performed exclusively by administrative personnel 	<ul style="list-style-type: none"> ● Empowerment of administrative pharmacists who have decided to learn and provide CMM services ● Expansion of CMM with greater integration of pharmacists with the teams ● Greater team collaboration in the realization of CMM ● Improvement of drug supply management ● Recognition of the pharmacist as a health care team member

The collective construction guided by the reflective character of action research fostered the empowerment of the team of pharmacists, as exemplified bellow:

“This matter of empowerment comes with time, isn’t it? The person wins it! It’s something that you have to chase, but with time. So, personally speaking, I’m starting to feel it now. After one year, right. One year has passed, and now I’m starting to see the horizons. Before I was trying to imagine ... how I could do all this?”

Pharmacist 4

The active participation of pharmacists in the service building process allowed them to reflect not only about the service itself, but also about their own individual performances. Thus, it also became an incentive for the personal development of those involved.

“Why I found interesting to participate? Because by participating actively I was much more involved, and that helps. And participating, I also realize once again my limitations and thus I have to grow.”

Pharmacist 2

DISCUSSION

Studies on the routine of pharmacists indicate difficulties regarding the organization of work and the lack of a consistent view of the activities to be developed, lack of human resources, and underutilization of pharmacy services [23,24]. In our work, we perceived the necessity for innovation in the organization of pharmacists’ activities as they assume administrative and clinical responsibilities.

This change of operation has found some challenges: (i) lack of clarity of the pharmacist about his or her responsibilities in Primary Care; (ii) resistance of some pharmacists to explore new working possibilities currently demanded by health care systems, more focused on results and on decreasing health care costs; and (iii) lack of experience of most pharmacists to work as part of a multidisciplinary healthcare team.

By developing our work, it became clear that the clinical work of pharmacists must occur at the same time that administrative work is able to guarantee access of patients to quality medications. However, these are two different types of services demanding diverse competencies from pharmacists. Also, this research pointed out that several activities currently performed by pharmacists can be delegated to either pharmacy attendants or technicians. Pharmacists need to reflect about how they can maximize their impact on the

health care system. Throughout this project, we realized the need to ask hard questions about the premises and goals of pharmacy services and how those meet society demands, so that we could redirect the actions of this professional [25]. It was clear from the beginning that pharmacists recognized their responsibility for the results of patients' pharmacotherapy. Nonetheless, there was no clarity regarding the limits of their actions in the context of Primary Care. Action research has become a valuable tool to encourage the team to think about their roles and functions in the Department of Pharmacy Services of Lagoa Santa. Based on group reflections and planning, and taking care of patients on a daily basis at clinics, pharmacists were able to reinvent their identity as healthcare professionals and redefine their responsibilities towards the patient and other team members.

Given the current scenario of the SUS in Brazil, which employs few pharmacists in the context of Primary Care, there is an evident need to identify which functions must be carried out exclusively by the pharmacist and which can be delegated. The pharmacist is usually the last health professional to interact with patients before they make use of their medications, and his performance can significantly influence patients' drug-related decision-making processes [26]. The pharmacist's engagement with the provision of CMM services does not mean this professional shall become unavailable to the patient in the pharmacy. On the contrary, as pharmacists start being recognized as health care providers, they shall be more demanded to perform additional clinical activities, such as counseling, medication reconciliation, and patient education, among others. Therefore, with time, this professional shall use the best of his abilities and knowledge assisting patients to obtain the best results from their medications.

Our study highlighted the need for an organizational model of pharmacy services that contemplates both, drug supply management and pharmacy clinical services. It requires collaborative work by a team of pharmacists that understand the need to move forward towards patient care without compromising access to medicines.

Our study also corroborates the literature on several issues [23,27]. The education of pharmacists does not prepare them to work in group. Also, it does not make clear their unique role nor provides the necessary tools for them to work in an interdisciplinary manner. One can see the existence of a dichotomy between theory and practice in the training of pharmacists. While the academic discourse addresses interdisciplinary work, practice is still guided by disciplinarity [28].

Development and implementation of clinical services involve profound changes, which require the will of the pharmacist and the partnership with other professionals. Action research creates a platform that supports awareness and possible inclusion of these partners [29]. In the studied scenario, our research methodology has become a facilitating agent in the pharmacist's relationship with other pharmacists and with other healthcare professionals.

In developing and learning about its own practice, action research encourages participants to become reflective about what they are able to learn about themselves, personally and professionally speaking, and what they are able to learn about their work, their

organization and their target audience [30]. According to Freire, oppression means not allowing someone to critically reflect upon himself, upon his fellows and upon the world around [31]. Reflective practice makes participants more aware and critical about their activities, and more confident on their actions, becoming co-responsible for improving the practice, encouraging a culture of empowerment [32].

It is critical to redefine the pharmacist's role. This professional feels insecure about delegating functions to the attendants and assume new roles that should be accomplished together with the patient. Autonomy is seen as an essential element of liberating praxis, this capacity to transform reality. However, when desolated by fear of freedom, individuals can simply remain in the reality they are [33]. Rosenthal and Tsuyuki (2010) highlighted the pharmacist's culture as a barrier to the change of operation, and cite some “personality traits” that make up this culture and directly influence their behavior [34]. Among them, the authors highlight the lack of trust, fear of new responsibilities, paralysis in face of ambiguity, need for approval and risk aversion.

This action research allowed researchers and participants collaborate in a systematic way, through an integration process between research, reflection and action, continuously resumed in the form of cyclic spirals. This process provided the time and space to cognitive / emotional apprehension of new situations experienced by the whole group – pharmacists and researchers [10,35]. Through cyclic spirals, action research became a participatory management tool, since it allowed the group to evaluate the scenario, make the necessary decisions together and evaluate results. These cycles made possible to review the pharmacist's role in Primary Care and enabled the group to find the best organizational model for an efficient inclusion of this new role. This instrument enabled greater awareness of those involved in the project as a whole, and of their performance in the group. As reported by Nørgaard & Sørensen (2016) [36], we realized that action research as a management tool also has negative aspects, such as increasing the time required to conduct the project, considering the need for involvement and participation of all in the collective decision-making process.

According to Woods et al. (2011) [37], to modify competences of a person, it is vital a change in the understanding she possesses about her own work and, therefore, about the meaning of what she intends to do. Thus, action research became a change catalyst of the pharmacist's actions in Primary Care, especially by facilitating their awareness about their activities and goals. The experience of the group and the time we spent to reflect on this experience were important for us to find an operating model for the Department of Pharmacy Services that was feasible in the context of SUS and effective to allow the participation of all pharmacists.

One of the limitations of this study relates to the number of participants involved. As previously mentioned, Lagoa Santa is a small midsize city, and its population demands less healthcare professionals when compared to large municipalities. A small number of pharmacists in the team facilitated their interaction with the research and management process, contributing to the empowerment of those involved. No doubt, scenarios with a

greater number of professionals would demand greater effort to involve everyone in the process, requiring more specific strategies and possibly more time spent in the study.

CONCLUSION

In our research scenario, we faced many challenges to motivate pharmacists to take direct patient care responsibilities. Some participants were open to the new clinical role, while others were skeptical, fearful or not enthusiastic to work as part of a team. Sometimes, even the patient, the greater beneficiary of a clinical pharmacy service, did not understand the benefits of having a pharmacist to assist him with his pharmacotherapy. In addition, pharmacists faced situations they were not prepared for, basically due to lack of appropriate training in pharmacy school. So many challenges required pharmacists to innovate and reinvent their practice on a daily basis.

Such obstacles sometimes caused discouragement and the team lost sight of its objectives and mission. However, meetings and reflections promoted by the action research process were key tools for motivating the team in the face of difficulties and to allow us to recognize our mistakes. Group discussions helped us to understand the strengths and weaknesses in the performance of each one of us and of the department. We also recognized opportunities that helped us to achieve our goals. Certainly, we had disagreements in this trajectory. Not all professionals showed the same empowerment, but teamwork helped alleviate difficulties and motivated the group, despite numerous disruptions.

As future work, we intend to continue using action research as one of the management instruments of the Department of Pharmacy Services in order to establish a process of constant evaluation, standardization and improvement of CMM services in Lagoa Santa/MG, Brazil.

CONFLICTS OF INTERESTS

All authors have none to declare.

REFERENCES

1. Saturnino LTM, Perini E, Luz ZP, Modena CM. Farmacêutico : um profissional em busca de sua identidade. *RevBrasFarm* 2012;93:10–6.
2. Marin N, Luzia VL, Osorio-de-Castro CGS, Machado-dos-Santos S. *Assistência Farmacêutica para gerentes municipais*. 20 ed. Rio de Janeiro: OPAS/OMS; 2003.
3. Herpler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J HospPharm* 1990;47:533–43.
4. Ramalho-de-Oliveira D. *Atenção Farmacêutica: da Filosofia ao Gerenciamento da Terapia Medicamentosa*. 1 ed. São Paulo: Racine, 2011.

5. NaceDk, Grundy P, Nielsen M. The Patient-Centered Medical Home: Integrating Comprehensive Medication Management to Optimize Patient Outcomes. Resource Guide, 2 Ed., 2012.
6. Freitas EL, Ramalho-de-Oliveira D, Perini E. Atenção Farmacêutica - Teoria e Prática : um Diálogo Possível ? *Acta Farm Bonaerense* 2006;25:447–53.
7. Cook T. Reflecting and learning together: action research as a vital element of developing understanding and practice. *Education Act Res* 2004;12:77–98.
8. Bridges J, Meyer J. Exploring the effectiveness of action research as a tool for organizational change in health care. *J Res Nurs* 2005;12:389–99.
9. Roberts AS, Benrimoj C, Chen TF, Williams KA, Hopp TR, Aslani P. Understanding practice change in community pharmacy: A qualitative study in Australia. *Res SocAdmPharm* 2005;1:546–64.
10. Koch T, Kralik D. Participatory action research in health care. Australia: Blackwell Publishing Ltd; 2006.
11. Adler N, Shani AB, Styhre A. Collaborative research in organizations: Foundations for learning, change, and theoretical development. Estados Unidos da América: Sage Publications, 2004.
12. Vallenga D, Grypdonck MHF, Hoogwerf LJR, Tan FIY. Action research : what , why and how ? *Acta neurolBelg* 2009;:81–90.
13. Dustman EL, Kohan MB, Stringer ET. Starting small and building out with Ernie Stringer: Personal insights into action research and educational change. *Action Res* 2014;12:426–43.
14. Reason P, Bradbury H. The SAGE Handbook of Action Research – Participative Inquiry and Practice. 2 ed. Londres: Sage Publications, 2008.
15. Zaheer-Ud-Din B. Pharmacy Practice Research Methods, Auckland: Adis, 2015.
16. Waterman H, Marshall M, Noble J, Davies H, Walshe K, Sheaff R, *et al.* The Role of Action Research in the Investigation and Diffusion of Innovations in Health Care : The PRIDE Project. *Qualit Health Res.* 2015;17:373–81.
17. Ryan F, Coughlan M, Cronin P. Step-by-step guide to critiquing research. Part 2: Qualitative research. *Br J Nurs.* 2007;16:738–44.
18. Bazeley P. Analysing Qualitative Data: More Than ‘Identifying Themes’. *Journal of Qualitative Research*, 2009; 2:6–22.
19. IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [internet]. Cidades [acesso em: março 2016]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=313760&search=minas-gerais|lagoa-santa>
20. Cipolle RJ, Strand LM, Morley P. Pharmaceutical care practice: the patient centered approach to medication management. New York: McGraw-Hill;2012.
21. Srikanth MS, Ramesh Adepu, Nagaraj S. Impact of educational intervention on knowledge, attitude, and practices of urban community pharmacists toward adverse drug reaction reporting in a South Indian city. *Asian J Pharm Clin Res* 2016;9,140-4.
22. Lewin K; Grabbe P. Conduct, knowledge and the acceptance of new values. *Journal of Social Issues*, 1945; 1:53–64.
23. Oliveira AF. A percepção dos farmacêuticos como profissionais da atenção primária de saúde no SUS de fortaleza – CE [dissertação]. [Ceará]: Universidade Federal do Ceará; 2008, 123 p.
24. Furtado BT. O farmacêutico na atenção primária: a experiência da equipe de programa saúde da família frente à atenção farmacêutica [dissertação]. [Belo Horizonte]: Universidade Federal de Minas Gerais; 2008, 99 p.

25. Gomes CAP, Fonseca AL, Machado MC, Rosa MB, Fassy MF, Silva RMC, Santos FJP, Soller O. *A Assistência Farmacêutica na Atenção à Saúde*. Belo Horizonte: Funed, 2010.
26. Karthikeyan G, Ranganayakulu D. Benefits of clinical pharmacists pharmaceutical care intervention to quality of patient's life and control hypertension. *Asian J Pharm Clin Res* 2014;7:223–6.
27. Alano GM. Reflexão e contribuição para uma nova prática - os serviços farmacêuticos voltados ao paciente sob a perspectiva de farmacêuticos do Estado de Santa Catarina [dissertação]. Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.
28. Ramalho de Oliveira D. Por uma formação crítico-humanista do profissional da atenção farmacêutica: Um ensaio reflexivo. *Red Sudam Atención Farm* 2011;5:1–10.
29. Sørensen EW, Haugbølle LS. Using an action research process in pharmacy practice research-a cooperative project between university and internship pharmacies. *Res Social Adm Pharm* 2008;4:384–401.
30. Ngwerume KT, Themessl-Huber M. Using action research to develop a research aware community pharmacy team. *Action Res* 2010;8:387–406.
31. Coscrato G, Bueno SMV. Pesquisa qualitativa sobre humanização em saúde mediatizada por pesquisa-ação. *Saúde e transformação social* 2010;1:120–8.
32. Nichols R. Action research in health care: the collaborative action research network health care group. *Educ Action Res* 1997;5:185–92.
33. Barreto RO, Paula, APP. “Rio da Vida Coletivo”: empoderamento, emancipação e práxis. *Rev. Adm. Pública* 2014; 48:111–30.
34. Rosenthal M, Austin Z, Tsuyuki RT. Are pharmacists the ultimate barrier to pharmacy practice change? *Can Pharm J* 2010; 143:37–42.
35. Franco MAS. Pedagogia da pesquisa-ação. *Educ e Pesqui*. 2005;31:483–502.
36. Nørgaard LS, Sørensen EW. Action research methodology in clinical pharmacy: how to involve and change. *Inter J Clin Pharm* May, 2016;38:739–45.
37. Woods P, Gapp R, King MA. Researching pharmacist managerial capability: Philosophical perspectives and paradigms of inquiry. *Res Soc Adm Pharm* 2011;11:265–279.

8 ARTIGO 2: IMPLANTAÇÃO DE UM SERVIÇO CLÍNICO FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO SUS

IMPLANTAÇÃO DE UM SERVIÇO CLÍNICO FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO SUS

INTRODUÇÃO

A atenção farmacêutica proposta por Cipolle, Strand e Morley (1998, 2004, 2012) como uma prática profissional para a profissão de Farmácia (Cipolle, Strand, Morley, 1998);(Cipolle, Strand, Morley, 2004);(Cipolle, Strand, Morley, 2012) apresenta-se como resposta à demanda social por um profissional que se responsabilize pelo processo de uso dos medicamentos no cotidiano das pessoas. Trata-se de uma prática profissional de cuidado ao paciente que, semelhante às outras profissões, possui uma filosofia, um processo de cuidado ao paciente e um processo de gestão, e que pode ser oferecida como um serviço clínico capaz de ser vivenciado, documentado e avaliado no sistema de saúde (Cipolle, Strand, Morley, 2012).

Nesse contexto, Ramalho de Oliveira defende que a prática profissional da Atenção Farmacêutica não deve ser entendida apenas como atividade, mas sim como forma de pensar e de agir na área clínica farmacêutica. A autora atribui o termo Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM) ao serviço oferecido pelo profissional farmacêutico quando trabalha diretamente com o paciente e em colaboração com outros profissionais da saúde para garantir que todos os medicamentos em uso pelo paciente sejam os mais indicados, efetivos, seguros e convenientes (Ramalho de Oliveira, 2011). Trata-se de um modelo de serviço clínico farmacêutico desenvolvido no âmbito da Assistência Farmacêutica, apresentando-se como tecnologia adequada para a promoção do uso racional de medicamentos no cotidiano dos usuários do SUS, em consonância com as funções da atenção primária à saúde. Tal serviço é uma ferramenta que viabiliza a padronização da atuação clínica do farmacêutico, permitindo que ele realize intervenções baseadas em uma propedêutica farmacoterapêutica - processo racional de tomada de decisões em farmacoterapia, valorizando o trabalho direto com as

pessoas, o envolvimento com a comunidade, a construção de relacionamentos multiprofissionais e a responsabilização pela farmacoterapia (Freitas *et al.*, 2006).

A atuação do farmacêutico na Assistência Farmacêutica do SUS ainda está prioritariamente voltada ao acesso e dispensação de medicamentos (Brasil, 2014). Assim como em outros países, para que ocorra uma mudança desta atuação em direção a uma prática centrado no paciente, os farmacêuticos têm de mudar o foco de sua atuação e aprender novas maneiras de estar com seus pacientes. Essas mudanças drásticas exigem novos conhecimentos e habilidades, bem como ideias inovadoras para garantir que as necessidades em saúde dos indivíduos e da sociedade, prioritariamente relacionadas ao uso de medicamentos, mas não exclusivamente, sejam satisfeitas pelo farmacêutico: profissional com sólidos conhecimentos sobre medicamentos, mas que tradicionalmente não utiliza seus conhecimentos no trabalho direto com as pessoas como membro de uma equipe multidisciplinar (Ramalho de Oliveira, Shoemaker, 2006). Assim, este trabalho descreve e discute a implantação do serviço de GTM no contexto da Assistência Farmacêutica na atenção primária à saúde do município de Lagoa Santa/MG.

MÉTODO

A pesquisa qualitativa apresenta-se como alternativa metodológica com foco no processo vivenciado pelos sujeitos. Dentre as pesquisas qualitativas, a pesquisa-ação é uma metodologia muito utilizada no campo da saúde (Koch, Kralik, 2006); (Trondsen, Samdaunet, 2004); (Vallenga *et al.*, 2009), cuja principal vocação é investigativa, dentro de um processo de interação entre pesquisadores e população interessada, para gerar possíveis soluções aos problemas detectados (Thiollent, Silva, 2007). Esta metodologia de pesquisa se propõe a capacitar o profissional no desenvolvimento do conhecimento que ele utilizará na prática, visando envolver o indivíduo que conhece o campo ou o local de trabalho “por dentro”, visto como profundo entendedor desse cenário (Dustman, Kohan, Stringer, 2014). Este conhecimento deve ser apropriado a fim de permitir aos participantes tornarem-se mais conscientes do seu processo de trabalho, viabilizando o empoderamento e a transformação de suas realidades (Koch, Kralik, 2006). Neste contexto, a pesquisa-ação foi escolhida como metodologia de pesquisa para implantação do serviço clínico farmacêutico no município de Lagoa Santa.

Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada no período de junho de 2013 a agosto de 2015 (27 meses) em Lagoa Santa/MG, cidade localizada na Região Metropolitana de Belo Horizonte, a 35 Km da capital, com área de 229,3 km² e população estimada (em 2015) de 57.990 habitantes (IBGE, 2017).

O serviço municipal de saúde se distribui em 04 Regionais de Saúde, 17 unidades básicas de saúde (UBS) e 03 Unidades de apoio; 02 equipes de núcleo de apoio a saúde da família (NASF); 01 equipe de serviço de assistência domiciliar (SAD); 03 unidades de saúde mental: centro de atenção psicossocial (CAPS), álcool e drogas (AD) e infantil; 01 centro de reabilitação motora; 01 laboratório de análises clínicas; 04 policlínicas, 01 centro de especialidades odontológicas (CEO), 01 unidade de pronto atendimento (PAM) e 07 farmácias municipais.

No início deste trabalho não encontramos nenhum registro da realização de um serviço clínico farmacêutico prévio ao projeto. O departamento de Assistência Farmacêutica contava com 2 farmacêuticos, e encontrava-se pouco estruturado quanto aos processos e práticas do setor. Os farmacêuticos atuavam em farmácias municipais, não havendo trabalho interdisciplinar com as equipes de saúde. A partir do apoio da gestão, a equipe da Assistência Farmacêutica foi reestruturada, contando com a contratação de 8 farmacêuticos.

Participaram da pesquisa 10 farmacêuticos: 5 envolvidos com atividades administrativas e logísticas, 3 farmacêuticos em processo de construção de suas práticas clínicas, 1 coordenadora clínica e pesquisadora, e 1 coordenador geral, além de um médico e uma enfermeira de uma equipe que participou ativamente do processo de implantação do serviço de GTM na atenção primária à saúde.

Para a construção do serviço de GTM a equipe de Assistência Farmacêutica contou com o suporte técnico do Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica (CEAF) da Faculdade de Farmácia da UFMG.

Coleta de dados

Em virtude do seu caráter dialógico e emancipatório (Thiollent, Silva, 2007), a pesquisa-ação fomentou a adoção da gestão participativa no departamento de Assistência Farmacêutica. Deste modo, a pesquisa-ação tornou-se também um instrumento de gestão da

Assistência Farmacêutica, uma vez que fomentou o caráter crítico reflexivo no grupo viabilizado através da realização de reuniões periódicas entre os participantes da pesquisa.

A técnica de observação participante foi utilizada durante todo o período da pesquisa. Dados e percepções feitas pela primeira autora durante todo o processo de implantação do serviço clínico foram registradas em um diário de campo.

Foram realizadas dois tipos de reuniões com a equipe de farmacêuticos: as primeiras, quinzenais, realizadas com todos os farmacêuticos para discussão do processo de reestruturação da Assistência Farmacêutica durante os 27 meses da pesquisa. Nessas reuniões foram abordados temas variados como: ações prioritárias e ações delegáveis pelos farmacêuticos aos outros profissionais de nível médio; a organização prática do serviço; a padronização das ações dentro do departamento; dentre outras. Além disso, foram realizadas reuniões quinzenais pelo período de aproximadamente 18 meses com as farmacêuticas que realizavam o serviço clínico para a partilha de experiências e discussões de questões práticas vivenciadas com a implantação do serviço. Durante tais reuniões foram fomentadas discussões temáticas sobre situações vivenciadas pelo grupo para viabilizar aos farmacêuticos a compreensão de suas experiências e perspectivas sobre o processo de mudança de sua prática profissional. Dentre os temas abordados nas reuniões clínicas podemos citar: dificuldades vivenciadas pelo farmacêutico na implantação do serviço clínico, estratégias desenvolvidas para facilitar a comunicação junto à equipe e inserção do GTM às unidades de saúde; estruturação e organização do serviço de Assistência Farmacêutica para viabilizar a implantação do serviço clínico; dentre outras.

Para análise estratégica e situacional do projeto, durante a pesquisa foram realizadas reuniões periódicas entre os coordenadores da Assistência Farmacêutica. A fim de fortalecer o serviço de Assistência Farmacêutica junto à rede, alinhar objetivos e pactuar a viabilização dos recursos necessários ao serviço clínico, foram realizadas reuniões periódicas com o gestor da Secretaria Municipal de saúde.

Entrevistas individuais semi-estruturadas foram realizadas com 4 farmacêuticos da equipe a fim de compreender o processo de inserção da prática clínica no contexto da Assistência Farmacêutica. Foram entrevistados dois farmacêuticos que realizavam o serviço clínico e dois que não realizavam, mas contribuíram ativamente para reestruturação da Assistência Farmacêutica e implantação do serviço clínico. Foram realizados dois grupos focais: um abordando o “empoderamento dos farmacêuticos frente à reestruturação da Assistência Farmacêutica e realização do serviço clínico farmacêutico”, e outro com membros

de uma equipe de saúde da família (médico, enfermeira e farmacêutica) onde o serviço de GTM foi oferecido por aproximadamente dois anos abordando “experiências e aprendizados da equipe multiprofissional de saúde com a implantação do serviço clínico farmacêutico na atenção primária à saúde”.

Rigor

Uma das estratégias adotadas para garantir o rigor foi a coparticipação dos pesquisadores e participantes implicados no problema investigado na construção e reflexão sobre os dados encontrados. Assim, os temas encontrados foram levados de volta aos participantes da pesquisa para discussão com a equipe a fim de confirmar a interpretação de dados e apurar a reflexividade do grupo, aumentando o rigor da pesquisa. Outra medida para adoção do rigor foi a adoção de uma reflexão sistemática envolvendo os pesquisadores e o coordenador geral da Assistência Farmacêutica. Outro aspecto que contribuiu para o rigor da pesquisa foi a triangulação de métodos (VALLENGA *et al.*, 2009).

Análise de dados

A análise dos dados foi realizada utilizando a categorização, a partir de categorias emergentes. Foram feitas leituras repetidas dos dados até a identificação de idéias e conceitos que foram trabalhados até a definição de temas em categorias e subcategorias (Taylor-Powell, Renner, 2003). Tal análise foi realizada colaborativamente pelos autores deste artigo.

O rigor metodológico foi garantido a partir da triangulação de métodos (Morrow, 2005), além da reflexividade quanto às questões éticas e a fidedignidade aos vários pontos de vista. Os temas encontrados foram levados de volta aos participantes da pesquisa para discussão com a equipe a fim de confirmar a interpretação de dados e apurar a reflexividade da equipe, aumentando o rigor da pesquisa.

RESULTADOS

A análise dos dados revelou o surgimento de três temas principais, que serão discutidos em detalhes a seguir: “1) Inserção do serviço clínico farmacêutico na atenção primária à saúde”; “2) Sustentabilidade do serviço clínico” e “3) Resultados do serviço clínico”

A partir dos temas encontrados, foram abordados os assuntos abaixo descritos.

Quadro 1 – Assuntos tratados a partir dos temas identificados

Inserção do serviço clínico farmacêutico na atenção primária à saúde	Quem são os pacientes atendidos pelo serviço de GTM?
	O fluxo de trabalho da equipe e o GTM – uma via de mão dupla
	Estratégias de abordagem: comunicação
	Estabelecimento de uma relação de confiança com a equipe de saúde
Sustentabilidade do serviço clínico	Apoio da coordenação no desenvolvimento do serviço
	Reduzindo o absenteísmo
	Monitorando a farmacoterapia dos pacientes atendidos
	Avaliando a produtividade dos farmacêuticos clínicos
	Formação técnica
Resultados do serviço clínico	Contribuições do farmacêutico ao trabalho multiprofissional da equipe de saúde

1. Inserção do serviço clínico farmacêutico na atenção primária à saúde

A expectativa inicial dos profissionais das UBS em relação à atuação do farmacêutico era de um profissional para coordenar as atividades administrativas de fornecimento de medicamentos na farmácia. Para ocupar o espaço desejado de profissional de saúde que cuida diretamente do paciente assumindo corresponsabilidades pelos resultados da farmacoterapia junto à equipe, o farmacêutico precisou se inserir no fluxo de trabalho pré-existente, aprendendo a trabalhar de forma colaborativa. Nesse sentido, surgiram durante as reuniões com os farmacêuticos clínicos e gestores a necessidade de desenhar e pactuar com a equipe o processo de trabalho, expressos pelos seguintes subtemas: 1)“Quem são os pacientes atendidos pelo serviço de GTM?”; 2)“O fluxo de trabalho da equipe – uma via de mão dupla”; 3)“Estratégias de abordagem: comunicação” e 4)“Estabelecimento de uma relação de confiança com a equipe de saúde”.

Quem são os pacientes atendidos pelo serviço de GTM?

Foi importante deixar claro para as equipes qual o perfil dos pacientes que poderiam ser mais beneficiados pelo serviço clínico farmacêutico e como os diferentes profissionais poderiam encaminhar seus pacientes para o mesmo. Esses critérios foram definidos pelo grupo de farmacêuticos levando-se em conta dados da literatura (Blake *et al.*, 2009), o perfil dos usuários da rede municipal em Lagoa Santa, e a capacidade de atendimento dos farmacêuticos da equipe.

Assim como no cenário nacional, as Unidades Básicas do município de Lagoa Santa também possuem um número elevado de pacientes portadores de doenças crônicas e utilizando um grande número de medicamentos. Embasados por outras experiências de implantação do serviço clínico na atenção primária à saúde (Blake *et al.*, 2009), e na realidade observada pelos profissionais na prática diária junto às equipes, o grupo de farmacêuticos optou por eleger os pacientes portadores de doenças crônicas descompensadas e com histórico de internações recorrentes e em uso de cinco ou mais medicamentos. Entretanto, observamos que muitas vezes, ao chegar às farmácias para iniciar algum tratamento medicamentoso, o paciente demonstrava pouca compreensão sobre a forma e o motivo de uso, o que nos motivou a incluir os pacientes que estavam iniciando nova farmacoterapia, pacientes com suspeita de uso incorreto de medicamentos e/ou suspeita de reações adversas ou intoxicação.

Esses critérios de encaminhamento foram definidos pela Assistência Farmacêutica e pactuados com a coordenação do Núcleo de Atenção à Saúde e os profissionais das equipes de saúde, que concordaram com o perfil dos pacientes atendidos.

Considerando que o serviço clínico farmacêutico é um trabalho multidisciplinar, e que os diferentes olhares dos profissionais do serviço de saúde poderiam contribuir na identificação dos pacientes que possuem problemas relacionados a medicamentos, ficou definido que o serviço receberia encaminhamento de pacientes por todos os profissionais das equipes de saúde (médico, enfermeiro, dentista, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde e atendentes das farmácias municipais). Todos estes profissionais receberam treinamento sobre o que é o serviço de GTM, quais benefícios ele pode trazer ao paciente e quais pacientes podem ser encaminhados ao serviço. Foram formalizados documentos registrando o perfil dos pacientes atendidos pelo serviço clínico farmacêutico e o papel de cada profissional da equipe de saúde no encaminhamento de pacientes.

O fluxo de trabalho da equipe e o GTM – uma via de mão dupla

O trabalho de forma colaborativa não era familiar aos farmacêuticos, cuja experiência prática era trabalhar isolado dentro de farmácias, sendo necessário um novo aprendizado, conforme descrito no trecho abaixo:

“Primeiro, foi a parte de observar como é o fluxo, porque a nossa maior dificuldade era ser um ser totalmente diferente da equipe. E aí tentar se inserir, porque cada unidade tinha uma peculiaridade, e aí você tinha que entendê-la. E tentar encaixar, não adianta colocar um modelo rígido pra poder andar nele.”

Farmacêutica 1

Desde o início ficou claro que, para que pudéssemos inserir o serviço de GTM na rede, a Assistência Farmacêutica deveria respeitar os fluxos e serviços existentes, e se adaptar às ações já realizadas, como expresso por um dos sujeitos da pesquisa:

“Mas é isso, porque a gente buscou essa conexão com a rede, né. Que eu acho que é um ponto diferencial pra nós também. É porque a ideia da construção foi muito bacana. Nós não estamos criando a roda, a roda já existia, a gente só começou a pedalar junto...”

Farmacêutico 2

Assim, a estruturação do serviço de GTM dentro da equipe foi feita respeitando as rotinas já existentes, e algumas vezes, até mesmo se apropriando destas de forma a não criar um trabalho separado dos demais, como descrito a seguir.

a) O agendamento dos pacientes do serviço de GTM: tornou-se responsabilidade do agente administrativo da unidade, após encaminhamento pelos demais profissionais da equipe de saúde da família, assim como é realizado para o médico e outros profissionais que atendem na equipe.

b) O controle da agenda: para diminuir o absenteísmo, sob orientação do farmacêutico, o agente comunitário de saúde (ACS) tornou-se responsável por passar na casa do paciente para lembrá-lo da consulta. Essa ação já é realizada pelo ACS para informar e/ou lembrar os pacientes do agendamento de exames ou consultas especializadas.

c) Aferição de parâmetros vitais: antes de cada consulta com o farmacêutico, o técnico de enfermagem tornou-se o responsável pela aferição de pressão arterial, peso, altura e, quando necessário, glicemia capilar. Esses dados eram encaminhados ao farmacêutico antes da consulta, juntamente com o prontuário do paciente, assim como já era realizado com o médico diariamente.

d) A identificação da necessidade de encaminhamento para o farmacêutico clínico: o olhar do enfermeiro e do médico foram de grande importância para a identificação de pacientes com problemas relacionados ao uso de medicamentos, sendo grandes colaboradores no encaminhamento de pacientes ao serviço.

e) A resolução dos problemas: o enfermeiro é um grande colaborador na promoção da comunicação entre os membros da equipe e, aliado ao médico, contribui na elaboração do plano terapêutico do paciente, facilitando a resolução dos problemas relacionados a medicamentos encontrados pelo farmacêutico clínico.

f) O gerenciamento do cuidado: cabe ao enfermeiro garantir que os profissionais executem suas atribuições dentro do fluxo do serviço clínico.

Por outro lado, o GTM também funcionou como porta de entrada do paciente para outros serviços, contribuindo para aumentar a eficiência da equipe, como referido por uma enfermeira cuja equipe participou do serviço de GTM:

“E esse negócio que a gente tinha conversado dela (farmacêutica) perguntar muita coisa pros pacientes. A minha agenda mesmo de preventivo aumentou demais, porque tem muito paciente que não fazia... é... preventivo. Às vezes o paciente achava que não precisava... Aí a farmacêutica encaminha pra mim, eu faço e aí a gente vai trabalhando junto, nós três (médico, enfermeira e farmacêutica), não é?”

Enfermeira de uma equipe que participou do serviço de GTM em grupo focal multiprofissional

Estratégias de abordagem: comunicação

Para apresentar o novo serviço aos profissionais da equipe e pacientes, os farmacêuticos tiveram de usar estratégias diferentes e aprimorar suas habilidades de comunicação. Essa foi uma dificuldade apontada pelos farmacêuticos, que reconheceram que os farmacêuticos apresentam uma linguagem própria, mais tecnicista, diferente daquela utilizada pelos profissionais das equipes de saúde:

“E... acho que o aprimoramento do nosso discurso, da nossa linguagem pra lidar com o restante dos profissionais é importante. A gente tem uma forma de falar, um discurso muito diferente devido à formação, do discurso que é usado pela equipe de saúde. A partir da hora que a gente conseguir falar a mesma língua que eles, a gente vai começar a quebrar essas barreiras. Eu acho que é um facilitador tremendo.”

Farmacêutico 1

Para vencer essa barreira, foram discutidas e experimentadas estratégias diferentes para lidar com os atores envolvidos no serviço. Essa flexibilidade e adaptação contribuíram para facilitar a inserção do serviço na rede. Uma das estratégias utilizadas foi a realização da visita domiciliar junto com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Ao assistir o atendimento domiciliar, o ACS pôde compreender melhor o que é o serviço clínico farmacêutico e como eles podem colaborar com o serviço. Além disso, participar da rotina do ACS realizando visitas domiciliares conjuntas facilitou na aceitação do novo serviço pelos ACS:

“ Eu lembro que as meninas (ACS) falavam: a gente vai a pé, tá? A gente não anda de carro, não. Aí eu falei assim: tudo bem, eu também ando a pé. E aí as meninas: você vai andar a pé? Eu vou andar a pé, vou fazer as visitas a pé. E eu fui entrando na rotina delas.”

Farmacêutica 2

Com o intuito de agilizar a resolução dos problemas relacionados a medicamentos foram implantadas diferentes estratégias de referência e contra-referência dentro da própria equipe. As adoções das estratégias pelas equipes variaram de acordo com o perfil do paciente e em função da organização prática daquela equipe. Dentre as estratégias podemos citar:

a) Encaminhamento de pacientes ao médico com resumos do caso anexado ao prontuário: o farmacêutico escreve pequenos encaminhamentos que são afixados no prontuário do paciente encaminhado ao médico, evidenciando aquilo que necessita ser avaliado pelo médico. O médico retorna com sua observação ou conduta diretamente no relatório quando o caso não exigia discussão.

b) Acesso imediato à sala do médico: em algumas unidades, médico e farmacêutico acordaram que a implementação imediata das ações para resolução dos problemas relacionados ao uso de medicamento era a estratégia mais adequada para evitar agravos à

saúde do usuário, além de tornar o serviço mais efetivo, como referido por uma das enfermeiras avaliadas.

“Eu acho que é um trabalho coletivo. A farmacêutica, por exemplo, acabou de atender um paciente que está precisando de resolver aquilo na hora. Na mesma hora a gente resolve tudo, entendeu. Não fica aquela lacuna. Ah, eu não posso conversar com a enfermeira agora, eu não posso conversar com o médico agora...”

Enfermeira de uma equipe onde foi inserido o serviço de GTM em grupo focal multiprofissional

c) Horários pré-agendados para discussão e resolução dos casos: para garantir que os casos atendidos pelos farmacêuticos sejam discutidos com o médico, semanalmente é reservado um horário na agenda dos profissionais para discussão dos casos.

A colaboração e envolvimento da enfermeira no serviço de GTM foi muito importante para o sucesso do serviço. Como a enfermeira atua na coordenação da equipe, seu papel junto aos demais profissionais é fundamental para a resolução dos casos. A enfermeira atuou muitas vezes como canal de comunicação dentro da unidade, agilizando a resolução dos problemas.

“Então a relação entre os dois (médico e enfermeiro) é... é diferente. (...)Muitas vezes eu não conseguia passar os casos para o médico. Mas o repasse que eu dava pra enfermeira, colocava um papelzinho explicando pra ele também. Chegava na sexta-feira estava resolvido, ou estava andando pelo menos. Então assim, a enfermeira, ela dava esse repasse. Na linguagem dela. (...) Ela tem que passar a informação pra frente. E ela funcionava bem nesse ponto. Porque às vezes você vai falar com ACS, ACS não vai falar com o médico.”

Farmacêutica 3

Estabelecimento de uma relação de confiança com a equipe de saúde

De acordo com os participantes, o serviço de GTM é uma prática essencialmente multidisciplinar. Para trabalhar em equipe, é necessária a clareza do papel e função dos envolvidos, como apontado por um dos profissionais:

“Você entender como é o funcionamento da equipe, que cada um tem realmente uma finalidade, uma função bem delimitada, e além da equipe também tem a questão de reconhecer o paciente. Eu preciso saber que eu sou farmacêutica, mas que eu sou

farmacêutica junto com o paciente, junto com o médico, com o enfermeiro, com o ACS, junto com todo mundo.”

Farmacêutica I

Para que o serviço de GTM funcionasse bem junto à equipe de saúde, foi necessário a incorporação do farmacêutico à equipe, participando ativamente do fluxo de serviços nas unidades de saúde. Essa conquista tornou o trabalho fluido e eficiente. Para isso foi necessário que cada farmacêutico dedicasse pelo menos 20 horas semanais para uma equipe, o que facilitou o desenvolvimento do vínculo com os outros profissionais.

“Farmacêutica - Vocês acham assim, que, um farmacêutico trabalhar dentro da unidade, ele tem que estar interagindo com a equipe? Porque, antes... eu ia uma vez por semana, uma vez a cada 15 dias, e aí com o tempo, aumentou até mesmo a minha presença ali dentro.

Enfermeira - E vai perdendo o vínculo também. O vínculo com a equipe... se você não ficasse lá... fosse de quinze em quinze dias. Não tem aquele vínculo. Tendo o vínculo acaba que as pessoas têm um pouco mais de carinho, de ver, de... igual a agenda mesmo. Marcar o paciente...

Médico – confiança.”

Trecho de grupo focal entre enfermeira, médico e farmacêutica

A presença do farmacêutico na unidade de saúde por um tempo maior facilitou a construção de relações de confiança com os outros profissionais. A partir da relação de confiança entre os profissionais, as intervenções feitas pelo farmacêutico puderam ser aceitas com mais facilidade pelo restante da equipe, o que contribuiu para aumentar a eficiência do serviço de GTM e do trabalho da equipe como um todo.

2 Sustentabilidade do serviço clínico farmacêutico

Apoio da coordenação no desenvolvimento do serviço

A coordenação da Assistência Farmacêutica procurou acompanhar de perto as dificuldades enfrentadas pelos farmacêuticos ao iniciarem a construção de suas práticas clínicas. As experiências foram discutidas nas reuniões clínicas. A coordenação acompanhou os farmacêuticos ao iniciarem suas atividades em uma nova equipe, apresentando o profissional e o serviço que seria oferecido. Sempre que houve necessidade, a coordenação

voltou às equipes estimulando a participação dos profissionais e pontuando as dificuldades vivenciadas. Essas ações contaram com o apoio da gestão da Secretaria Municipal de Saúde, o que contribuiu para a aceitação do serviço dentro das equipes.

“Acredito que seja importante a gente conversar isso com os enfermeiros das equipes onde vocês forem atender [se referindo a um novo processo de trabalho que passou a fazer parte das atividades do farmacêutico clínico]...E eu quero ir nas unidades, seja onde vocês forem atender.”

Ccoordenadora clínica em reunião com farmacêuticos clínicos

Reduzindo o absenteísmo

Quanto à capacidade de atendimento dos farmacêuticos, foi inicialmente estipulado um atendimento de pelo menos 8 pacientes/dia, para um dia de 8 horas de trabalho. Entretanto, observamos uma alta taxa de absenteísmo, em geral decorrente da falta de compreensão do paciente sobre o objetivo e potenciais benefícios do serviço e do número reduzido de encaminhamentos de pacientes por outros profissionais. Essa situação culminou em tempo ocioso dos farmacêuticos dentro das equipes. A partir disto foram criadas algumas estratégias para reduzir o absenteísmo e aumentar a eficiência do serviço. Nesse sentido, cabe salientar que a compreensão do serviço prestado por parte da equipe, foi essencial para esclarecer e motivar o paciente para o atendimento.

Outra estratégia para reduzir o absenteísmo foi o agendamento obrigatório dos pacientes crônicos em uso de medicamentos que estavam há mais de um ano sem consulta médica.

Essa situação é enfatizada pela enfermeira de uma unidade básica de saúde onde foi ofertado o serviço de GTM, como demonstrado na fala abaixo:

"A gente foi se adequando para ver como seria melhor para os pacientes terem vínculo com a farmacêutica. No princípio, não tinha restrição da renovação de receita à consulta com a farmacêutica, as meninas agendavam (pacientes para o serviço de GTM) e os pacientes não iam. A farmacêutica ficava lá com tempo ocioso, a gente começou a pensar o que a gente poderia fazer. Tem paciente com renovação de receita por muito tempo sem ir na unidade... a gente começou... ah, vamos restringir a liberação da renovação à consultla farmacêutica. Que é a parte dela, de medicamentos. Aí acho que foi dando certo assim."

Enfermeira de uma equipe onde foi inserido o serviço de GTM em grupo focal multiprofissional

Monitorando a farmacoterapia dos pacientes atendidos

O monitoramento da efetividade e da segurança dos medicamentos é parte integrante do processo de cuidado do serviço de GTM e a solicitação de exames laboratoriais para esse fim é um instrumento importante dentro do serviço clínico farmacêutico. A fim de viabilizar essa ação, foi realizada uma sensibilização de alguns atores estratégicos para a tomada de decisão, a partir da inserção de um farmacêutico na Comissão de Protocolos da Secretaria Municipal de Saúde. A partir disso, foi autorizado aos farmacêuticos solicitarem exames de monitoramento da farmacoterapia diretamente aos laboratórios municipais. Esta autorização foi de grande importância para agilizar os processos e tornar a atuação do farmacêutico mais resolutiva. Outro aspecto importante foi a pactuação com as equipes de saúde acerca do fluxo desses exames, cujos resultados eram encaminhados diretamente para avaliação dos farmacêuticos, que se responsabilizam pelas ações e encaminhamentos necessários para o cuidado integral do paciente.

Avaliando a produtividade dos farmacêuticos clínicos

Desde o início do projeto a Coordenação da Assistência Farmacêutica percebeu a necessidade de estabelecer e acompanhar as metas para inserir o serviço clínico farmacêutico no contexto da Assistência Farmacêutica. As atividades administrativas ocupavam a maioria do tempo dos profissionais, dificultando sua dedicação ao serviço clínico. Essa situação evidenciou a necessidade da coordenação acompanhar a evolução dos atendimentos clínicos farmacêuticos e atuar ativamente na redução das barreiras para a execução do serviço, conforme abordado no trecho abaixo.

"Ao me deparar com a avaliação do serviço já realizado, percebo que vários empecilhos me afastaram do objetivo inicialmente traçado. O farmacêutico que realiza serviços administrativos dificilmente consegue realizar também atividades de Atenção farmacêutica."

Trecho de diário de campo da pesquisadora/coordenadora seis meses após o início do projeto

Devido à ausência de um registro eletrônico dos atendimentos, foi criado pela coordenação do serviço um relatório de produção dos serviços clínicos, que é preenchido diariamente pelo profissional ao final de cada atendimento, independente da documentação do

atendimento clínico no prontuário do paciente (Quadro 1). Tal planilha pode ser visualizada a qualquer momento pela coordenação do serviço. Os dados gerados nessa planilha são fundamentais para medir a produtividade do farmacêutico e garantir a sustentabilidade do serviço ao longo do tempo. Além disso, permite à coordenação realizar intervenções corretivas na gestão do serviço clínico.

Quadro 2: Variáveis avaliadas na planilha de produção dos serviços clínicos

Campo	Indicador / Observação
Data	Número de atendimento por profissional ao longo do mês
Duração das consultas	Avaliação da capacidade de atendimento
Tipo de serviço	Primeira consulta, retorno, visita domiciliar, avaliação de exames, orientação farmacêutica, atividades administrativas relacionadas ao serviço clínico, outras atividades da Assistência Farmacêutica
Idade	Perfil da população atendida pelo serviço
SCF	Evolução dos pacientes ao longo dos atendimentos**
PRM	PRM identificados e resolvidos* Perfil dos principais problemas da população atendida
Observações	Campo aberto ao farmacêutico para registro de observações importantes acerca do paciente
Data de retorno	Acompanhamento pelo farmacêutico dos pacientes agendados Facilita a ação do ACS no intuito de diminuir o absentéismo

*PRM – Problema relacionado a medicamento. É definido como qualquer evento indesejável experimentado por um paciente que envolve, ou é suspeita de envolver, terapia de drogas e que interfira na realização dos objetivos desejados de terapia (Cipolle, R. J., Strand, L. M., Morley, 2004).

**SCF – Situação clínica e farmacoterapêutica. Termo utilizado pelo grupo CEAF (Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica) para descrever o status ou situação clínica do paciente a partir da terapia medicamentosa (Cipolle, R. J., Strand, L. M., Morley, 2004).

Os dados gerados nessa planilha fornecem indicadores fundamentais para a realização de intervenções corretivas pelos gestores do serviço clínico, como demonstrado pela fala da mesma:

"Nós estamos apostando em você. Não sei como é que você vê isso assim... porque estamos questionando os dados, e querendo que você produza. Primeiro porque nós queremos que você cresça como profissional assim como toda a rede. Segundo, porque essas cobranças existem. Então, a gente quer que você esteja bem também junto

com o programa. (...) E saiba que vamos estar aqui como coordenação. Talvez a gente não vai resolver tudo de um dia pro outro, mas nós estamos aqui."

Coordenadora em reunião entre coordenadores e farmacêutica se referindo aos dados da planilha de produção

A planilha de produção também é útil aos profissionais farmacêuticos, tornando-se um instrumento de localização rápida do paciente e da sua evolução no serviço, como retratado na fala abaixo:

"Farmacêutica – Dificuldade de visualizar o status do paciente nos atendimentos. Fazer busca ativa, onde o paciente está no acompanhamento (...) porque por exemplo, às vezes eu to esperando o paciente voltar com resultado de exame, ou então às vezes ele realmente não voltou.

Pesquisadora – e você não sabe dizer qual a situação do paciente naquele momento?

Farmacêutica – tenho uma dificuldade grande de visualizar isso.

Pesquisadora – isso melhorou com aquela planilha de produção, aquele controle?

Farmacêutica:uhum (afirmação)."

Trecho de entrevista com farmacêutica

Está em processo de implantação um padrão de registro de informações dos atendimentos farmacêutico no sistema de informação do município, que por sua vez alimenta o software do Ministério da Saúde Boletim de Produção Ambulatorial - BPA.

Formação técnica

A deficiência na formação técnica do farmacêutico para o serviço clínico foi apontada como uma dificuldade enfrentada pelos profissionais, como apontado nos trechos abaixo:

"Mas aí essa questão é... da clínica ser integrada. Porque, conhecimento farmacológico eu tive. Eu tive sistemas, eu sei... sistema digestivo, sistema respiratório, sistema circulatório, mas como aplicar e perceber que o paciente que tem uma ferida no pé, isso é um problema circulatório... sabe?"

Farmacêutica 1

"Comentei (com as farmacêuticas) como estamos despreparados para realizar o serviço que estamos fazendo. Que não somos preparados para isto. Uma farmacêutica citou um exemplo em que ela comentou com o médico que estava frustrada por não conseguir adesão de um paciente, e o médico respondeu: mas nós fomos preparados para isso. E ela respondeu: eu não! Isso reflete a formação deficiente do farmacêutico."

Trecho de diário de campo da pesquisadora

Essa barreira foi contornada a partir do empenho pessoal dos profissionais no estudo dos casos clínicos, na interação com os outros profissionais de saúde e nos espaços das reuniões clínicas, onde os farmacêuticos partilhavam experiências e conhecimento vivenciado na prática.

"A Farmacêutica tem estudado bastante e percebo que ela já tem muita segurança para falar sobre os quadros e condutas. Ela preocupa em se encaixar nas atividades e "cultura" da equipe de saúde. Preocupa-se em registrar no prontuário com os mesmos termos e modos do médico. Pude perceber que ela registra de um jeito mais completo no prontuário farmacêutico e de uma forma mais resumida (como o médico faz) no prontuário do paciente."*

*Trecho de diário de campo da pesquisadora
documento de uso exclusivo do farmacêutico

Outra forma de lidar com as deficiências da formação dos profissionais foi a realização de uma parceria com o CEAF/UFMG (Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica). Esta instituição disponibilizou apoio técnico aos profissionais, propiciando a participação em reuniões temáticas para discussão de casos clínicos.

"Foi importante também a questão das reuniões clínicas, de ter o CEAF, a relação com o CEAF e ter também feito a especialização, porque é troca de saber também, e conhecimento técnico."

Farmacêutica I

Resultados do serviço clínico

Contribuições do farmacêutico ao trabalho multiprofissional da equipe de saúde

O serviço clínico farmacêutico trouxe um novo olhar à equipe de saúde e uma nova perspectiva para o trabalho do farmacêutico na equipe.

"Médico - eu acho que é tipo... tem uma distância muito grande entre você passar uma medicação pro paciente, entregar ele nas mãos e aquilo acontecer de verdade, né. Porque tem coisa que você acha que é obvio, que é obvio, que todo mundo sabe, mas que é obvio pra você, pra mim, mas o paciente não sabe daquilo que é obvio, aí toma a medicação errada ou faz algumas coisas erradas, que não pode ser feita para determinada doença que ele tem. E, eu acho que com a ação da farmacêutica acho que isso foi ficando mais próximo, aproximou o uso correto dele."

Médico de equipe que participou do serviço de GTM em grupo focal multiprofissional

Ficou evidente que a efetividade da equipe de saúde depende de um trabalho multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar, pois foram indentificados campos de atuação individuais, mas percebeu-se uma prática comum, onde havia interação entre as áreas e conhecimentos para a criação de um novo conhecimento em prol do paciente.

“Cada um no seu campo de atuação, mas a gente tem um campo de atuação que é comum, né. Meu, seu (enfermeira), da farmacêutica que é... esse campo de atuação que é comum, ele funciona bem. Então eu acho que isso que os pacientes ganham.”

Médico de uma equipe que participou do serviço de GTM em grupo focal multiprofissional

DISCUSSÃO

Assim como o serviço clínico farmacêutico é uma nova prática para os farmacêuticos, a presença do farmacêutico no cuidado em saúde também é uma novidade para as equipes de saúde. Essa atuação requereu a criação de uma nova cultura dentro das equipes onde o serviço de GTM foi inserido. A cultura desempenha um papel importante no sucesso de novos programas e na integração de novos processos em ambientes de cuidados de saúde (Rosenthal, Austin, Tsuyuki, 2016). Segundo Curran e Shoemaker (2017), todos os serviços exigem adaptabilidade, principalmente no processo de implementação de um novo serviço incorporado ao fluxo de trabalho existente na farmácia (CURRAN; SHOEMAKER, 2017). Estes dados corroboram a estratégia usada pela equipe da Assistência Farmacêutica para inserção do GTM. O respeito ao fluxo e cultura existentes foi o primeiro passo para a criação de uma nova cultura onde o farmacêutico fosse integrado ao cuidado em saúde.

O papel dos profissionais na equipe de saúde está sendo reexaminado e redefinido para que os pacientes possam ser atendidos da maneira mais rápida e pelo profissional mais qualificado. Na perspectiva do profissional farmacêutico, esta mudança exige que ele seja capaz de trabalhar em colaboração com outros membros da equipe de saúde, garantindo que os pacientes estejam obtendo os melhores resultados possíveis de sua terapia medicamentosa (Maracle, Ramalho de Oliveira, Brummel, 2012). Nessa lógica, a inserção do serviço de GTM à equipe de saúde torna-se uma “via de mão dupla”: uma vez que o farmacêutico oferece sua expertise em medicamentos através do cuidado centrado no paciente e conta com a

participação ativa dos demais profissionais para viabilizar a otimização da farmacoterapia do paciente. Além disso, essa ferramenta contribui para a identificação clara do papel do farmacêutico na equipe de saúde, pois é um instrumento que permite ao farmacêutico atender à demanda social por um profissional que se responsabilize pela farmacoterapia do paciente de forma multidisciplinar, tendo o paciente como ponto central de atuação. Como evidenciados nos achados desta pesquisa, o serviço de GTM é uma atividade multidisciplinar, onde o farmacêutico tem de ter clareza do seu papel e do papel dos demais membros da equipe, pois a interação entre eles é fundamental para a promoção do cuidado ao paciente.

Os médicos e os farmacêuticos têm responsabilidades complementares e de apoio para alcançar os objetivos terapêuticos do paciente. Para isso, deve ser estabelecida uma relação de comunicação, respeito, confiança e reconhecimento mútuo da competência profissional de cada um (Makowsky *et al.*, 2009; Martín-Calero *et al.*, 2004). O entrosamento entre os membros de uma equipe tem relação direta com as metas da instituição na qual trabalham e com o tipo de tarefa que se propõem desenvolver. É essa relação que define os objetivos e os obstáculos com os quais a equipe se depara (Saar, Trevisan, 2007). O tempo de dedicação dos farmacêuticos para cada equipe de saúde foi reflexo desta situação. A vinculação dos farmacêuticos às equipes, com tempo mínimo de 20 horas semanais permitiu aos profissionais de saúde conviverem com o farmacêutico e o reconhecerem como membro de sua equipe. Isso viabilizou a criação de uma relação de respeito e parceria que culminou em maior efetividade do serviço de GTM percebida pela redução do absenteísmo dos pacientes e pela maior agilidade na discussão de casos e resolução dos problemas relacionados a medicamentos identificados pelos farmacêuticos. Assim, o vínculo entre o farmacêutico e a equipe de saúde, e o tempo mínimo necessário de trabalho colaborativo foram apontados como requisitos para criação desta parceria profissional fundamental para o sucesso da terapêutica do paciente.

Os farmacêuticos interagem com uma variedade de indivíduos, incluindo pacientes, familiares, cuidadores, profissionais de saúde e outros farmacêuticos. Nesse contexto, um dos requisitos para o sucesso do serviço é o estabelecimento de uma comunicação de qualidade entre farmacêuticos e as demais pessoas envolvidas neste processo (Chui, Mott, Maxwell, 2012). Tal situação evidencia a importância do desenvolvimento destas habilidades no contexto da farmácia. Segundo Detoni e colaboradores (2017), as peculiaridades de cada local de atuação requerem diferentes formas de diálogo com as equipes de saúde. Desse modo, o farmacêutico deve ser capaz de construir um relacionamento com outros profissionais de saúde usando de efetivas estratégias de comunicação para isso (Detoni *et al.*, 2017). As

várias formas de interlocução criadas pela equipe refletem a importância da comunicação efetiva para o serviço nos diferentes contextos e com os diferentes atores envolvidos. As soluções encontradas mostram a necessidade de adequação à realidade dos atores e dos fluxos existente.

A literatura evidencia a necessidade de apoio sistemático às equipes, particularmente para garantir que os envolvidos atuem num objetivo comum e que haja comunicação efetiva e de forma consistente entre seus membros. A atuação da coordenação da Assistência Farmacêutica apoiando os profissionais que estavam iniciando suas atividades nas equipes de saúde através de visitas aos serviços contribui para o fortalecimento do serviço dentro das equipes. Ter respaldo da gestão da Secretaria Municipal de Saúde foi um fator importante para a abertura das equipes para receber o serviço clínico farmacêutico.

Como abordado por Chui e colaboradores (2012), ao realizar o serviço clínico, os farmacêuticos reconheceram que a gestão do tempo é uma habilidade necessária para incorporar tal serviço nas suas atividades rotineiras (Chui, Mott, Maxwell, 2012). Esses dados coincidem com os achados desta pesquisa. Essa situação culminou na criação de uma planilha de registro dos serviços e tarefas realizadas pelo profissional. Tal planilha permitiu aos profissionais registrarem e visualizarem suas tarefas e a forma como distribuíam suas atividades ao longo do tempo. Isso permitiu ao grupo ter maior consciência de suas ações e se estruturar no intuito de priorizar o atendimento ao paciente. Além disso, essa análise se tornou um instrumento de informação para a gestão do serviço no que tange a distribuição de tarefas dentro do grupo da Assistência Farmacêutica. Isso facilitou o direcionamento das ações da gestão para viabilizar aos profissionais a dedicação de maior tempo ao serviço clínico.

A realização de reuniões periódicas entre os farmacêuticos clínicos e a coordenação clínica permitiu o direcionamento das ações dos farmacêuticos, mantendo o foco na produção do serviço clínico. Esse direcionamento foi reforçado através da discussão do número e perfil dos atendimentos dos farmacêuticos clínicos. Os desafios encontrados durante a realização do serviço foram discutidos nestas reuniões. Esse espaço permitiu ao grupo reavaliar as ações realizadas e encontrar novas estratégias para superar os obstáculos. Essas reuniões tornaram-se instrumento para promover maior consciência aos farmacêuticos da sua nova atuação, assim como de seus pontos fortes e fracos, facilitando ao profissional perceber quais conhecimentos técnicos ele teria de buscar para seu aprimoramento profissional.

A literatura sobre inserção da prática clínica no contexto da farmácia aponta a necessidade de treinamento técnico como um importante obstáculo para sua realização (Hopp

et al., 2005; Krska, Veitch, 2001; Mendonça *et al.*, 2017). A prática de cuidado farmacêutico exige uma mudança de foco de atuação do profissional, evidenciando a necessidade de mudança do currículo de farmácia. Segundo Droege (2003), neste novo contexto, os farmacêuticos devem atuar como profissionais de saúde e, portanto, refletir sobre suas experiências cotidianas, para permitir a identificação e aplicação prática de regras e responsabilidades que acompanham a mudança de paradigma em suas vidas profissionais. Para isso, sua formação deveria abordar questões que vão além dos cursos didáticos e experienciais, incluindo componentes ambientais, culturais e sociais que possam ajudar a construir um novo quadro conceitual de uma prática profissional (Droege, 2003). Freitas e Ramalho de Oliveira (2015) apontam a importância de encontrar formas de ensinar de maneira que os alunos possam aprender a raciocinar através de questões incorporadas na mudança, complexidade e diversidade. Nessa lógica, as autoras apresentam o pensamento crítico como um conjunto de habilidades importantes com potencial de equipar os farmacêuticos ferramentas cognitivas para abordar adequadamente essas questões (Freitas, Ramalho de Oliveira, 2015).

A deficiência na formação dos profissionais farmacêuticos ficou evidente durante o projeto a partir das dificuldades dos profissionais em aplicar seus conhecimentos técnicos sobre medicamentos na prática clínica junto aos pacientes. As reuniões entre os profissionais que realizam o serviço clínico permite que os farmacêuticos partilhem suas dificuldades quanto à formação técnica e discutam criticamente a forma como seu conhecimento pode ser utilizada em favor do paciente. A parceria com a Universidade, por meio do CEAF, é de grande importância dando apoio para o fortalecimento da identidade e aprimoramento profissional dos farmacêuticos. Tal parceria permitiu aos profissionais terem acesso a professores e profissionais experientes que forneceram suporte e orientação, ajudando os farmacêuticos a desenvolverem habilidades e buscar novos conhecimentos (Pottie *et al.*, 2009).

A integração do farmacêuticos à equipe de saúde foi apontada pela literatura como facilitador na melhoria dos resultados em saúde dos paciente, contribuindo também na tomada de decisão da equipe em torno da farmacoterapia, melhoria da continuidade dos cuidados, maior segurança ao paciente e maior rentabilidade ao serviço (Chisholm-Burns *et al.*, 2010; Makowsky *et al.*, 2009). À medida que o papel do farmacêutico cresce junto à equipe de saúde, a literatura aponta que o serviço clínico farmacêutico assume o papel de colaborador na promoção da segurança do paciente, tendo um papel ativo e preventivo no cuidado em saúde

(Maracle, Ramalho de Oliveira, Brummel, 2012). Esses resultados também coincidem com os achados desta pesquisa, que evidenciaram um dos papéis desempenhado pelo farmacêutico no encaminhamento dos pacientes a outros membros da equipe, atuando assim preventivamente no cuidado ao paciente.

CONCLUSÃO

A implantação do serviço de GTM na atenção primária do SUS ainda é um grande desafio para o Brasil. Nessa lógica, a estruturação do serviço e a criação de estratégias práticas para sua realização tornam-se fundamentais para a consolidação desta prática no contexto da Assistência Farmacêutica. Alguns pontos são apontados como essenciais para esse processo: apoio da gestão do serviço, padronização e monitoramento do serviço clínico, formação técnica dos profissionais, efetiva comunicação entre os atores envolvidos, além do respeito e entrosamento nos fluxos de trabalhos realizados no contexto em saúde. Nessa lógica, a gestão do serviço clínico farmacêutico torna-se fundamental para a inserção e consolidação do GTM no SUS, pois ela provê as condições para a realização e sustentabilidade deste serviço.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANGONESI, D.; SEVALHO, G. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 15, n. 3, p. 3603–3614, nov. 2010.

ARAÚJO, A. L. A.; FREITAS, O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a Assistência Farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, v. 42, n. 1, p. 10, 2006.

BLAKE, K. B.; MADHAVAN, S. S.; SCOTT, V. G.; ELSWICK, B. L. M. Medication therapy management services in West Virginia: Pharmacists' perceptions of educational and training needs. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, v. 5, n. 2, p. 182–188, 2009.

CHISHOLM-BURNS, M. A. ; LEE, J. K.; SPIVEY, C. A.; SLACK, M.; HERRIER, R. N.; HALL-LIPSY, E.; ZIVIN, J. G.; ABRAHAM, I.; PALMER, J.; MARTIN, J. R.;

KRAMER, S. S.; TIMOTHY, W. US pharmacists' effect as team members on patient care: systematic review and meta-analyses. *Medical care*, v. 48, n. 10, p. 923–33, out. 2010.

CHUI, M. A.; MOTT, D. A.; MAXWELL, L. A qualitative assessment of a community pharmacy cognitive pharmaceutical services program, using a work system approach.

Research in Social and Administrative Pharmacy, v. 8, n. 3, p. 206–216, 2012.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. *Pharmaceutical Care Practice*. 1. ed. New York, McGraw-Hill Professional Publishing, 1998, 325p.

CIPOLLE, R. J., STRAND, L. M., MORLEY, P. C. *Pharmaceutical Care Practice: the clinician's guide*. New York, McGraw-Hill Professional Publishing, 2004. 394p.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. *Pharmaceutical care practice: the patient centered approach to medication management*. 3. ed. New York: MacGraw-Hill, 2012. 697p.

BRASIL. *Cuidado farmacêutico na atenção primária _ Serviços farmacêuticos na atenção primária à saúde _ caderno 1*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 108p.

DETONI, K. B.; NASCIMENTO, M. M. G.; OLIVEIRA, I. V.; ALVES, M. R.; GONZÁLES, M. M.; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D. Impact of a medication therapy management service on the clinical status of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Clinical Pharmacy*, n. 39, p. 95–103, 2017.

DROEGE, M. The role of reflective practice in pharmacy. *Education for Health*, v. 1, n. 16, p. 68–74, 2003.

DUSTMAN, E. L.; KOHAN, M. B.; STRINGER, E. T. Starting small and building out with Ernie Stringer: personal insights into action research and educational change. *Action Research*, v. 12, n. 4, p. 426–443, 11 ago. 2014.

FREITAS, E. L.; RAMALHO DE OLIVEIRA, D.; PERINI, E. Atenção Farmacêutica - Teoria e Prática : um Diálogo Possível? *Acta Farm. Bonaerense*, v. 25, n. 3, p. 447–453, 2006.

FREITAS, E. L.; RAMALHO DE OLIVEIRA, D. Critical thinking in the context of clinical practice: The need to reinvent pharmacy education. *Revista Portuguesa de Educação*, v. 28, n. 2, p. 231–250, 2015.

HOPP, T. R.; SORENSEN, ELLEN. W.; HERBORG, H.; ROBERTS, A. S. Implementation of cognitive pharmaceutical services (CPS) in professionally active pharmacies. v. 3, n. 1, p. 21–31, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Cidades*. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/lagoa-santa/panorama> Acessado em 07 jan. 2017.

KERSCHEN, A. M.; ARMSTRONG, E. P.; HILLMAN, T. N. Job satisfaction among staff, clinical, and integrated hospital pharmacists. *Journal of Pharmacy Practice*, v. 19, n. 5, p. 306–312, 2006.

KOCH, T.; KRALIK, D. *Participatory action research in health care*. Australia: Blackwell Publishing Ltd, 2006, 183 p.

KRSKA, J.; VEITCH, G. B. A. Perceived factors influencing the development of primary care-based pharmaceutical care in Scotland. *International Journal of Pharmacy*

Practice, v. 9, n. 4, p. 243–252, 2001.

MAKOWSKY, M. J.; SCHINDEL, T. J.; ROSENTHAL, M.; CAMPBELL, K.; TSUYUKIL, R. T.; MADILL, H. M. Collaboration between pharmacists, physicians and nurse practitioners: A qualitative investigation of working relationships in the inpatient medical setting. *J. Interprof. Care*, v. 23, n. 2, p. 169–184, 2009.

MARACLE, H. L.; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D.; BRUMMEL, A. Primary Care Providers experiences with Pharmaceutical Care-based Medication Therapy Management Services. *Innovations in pharmacy*, v. 3, n. 1, p. 1–12, 2012.

MARTÍN-CALERO M.J.; MACHUCA M.; MURILLO M.D.; CANSINO J.; GASTELURRUTIA M.A.; FAUS M.J. Structural process and implementation programs of pharmaceutical care in different countries. *Current pharmaceutical design*, v. 10, n. 31, p. 3969–85, 2004.

MENDONÇA, S. A. M.; MEIRELES, B. L.; FREITAS, E. L.; RAMALHO DE OLIVEIRA, D. Pharmacy practices experiential programs in the context of clinical education. *Int J Pharm Pharm Sci*. v. 9, n. 2, p. 35-41, 2017.

MORROW, S. L. Quality and Trustworthiness in Qualitative Research in Counseling Psychology. *Journal of Counseling Psychology*, v. 52, n. 2, p. 250–260, 2005.

POTTIE, K.; HAYDT, S.; FARRELL, B.; KENNIE, NATALIE K.; SELLORS, C.; MARTIN, C.; DOLOVICH, L. Pharmacist's identity development within multidisciplinary primary health care teams in Ontario; qualitative results from the IMPACT project. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, v. 5, n. 4, p. 319–326, 2009.

RAMALHO DE OLIVEIRA, D.; SHOEMAKER, S. Achieving Patient Centeredness in Pharmacy Practice: Openness and the Pharmacist's Natural Attitude. *Journal of the American Pharmacists Association*, v. 46, n. 1, P. 56-67, 2006.

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

RAUCH, T. M. Job Satisfaction in the Practice of Clinical Pharmacy. *American Journal of Public Health*, v. 71, n. 5, p. 527–529, 1981.

ROSENTHAL, M.; AUSTIN, Z.; TSUYUKI, R. T. Are pharmacists the ultimate barrier to pharmacy practice change? *Canadian Pharmacists Journal*, v. 143, n. 1, p. 37–42, jan. 2010.

SAAR, S. R. C.; TREVISAN, M. A. Papéis profissionais de uma equipe de saúde : visão de seus integrantes professional *Rev. Latino-am Enferm*. v. 15, n. 1, 2007.

TAYLOR-POWELL, E.; RENNER, M. *Analyzing Qualitative Data*. Madison: Board of Regents of the University of Wisconsin, (G3658-12), 2003.

THIOLLENT, M; SILVA, G. O. Metodologia de pesquisa-ação na área de gestão de problemas ambientais. *R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*. Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 93-100, jan.-jun., 2007.

TRONDSSEN, M.; SAMDAUNET, A. The Dual role of the Insider Action Researcher. *Collaborative research in organizations: Foundations for learning, change, and theoretical development*. v. 32, n. 1, p.117–134, 2009.

VALLENGA, D. *et al.* Action research : what , why and how ? *Acta neurol. Belg.*, n. 109, p. 81–90, 2009.

9 ARTIGO 3: A GESTÃO PARTICIPATIVA DE UM SERVIÇO CLÍNICO FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO

A gestão participativa de um serviço clínico farmacêutico na atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde Brasileiro

Introdução

A atenção farmacêutica foi proposta por Hepler e Strand (1990) e definida como a provisão responsável do tratamento farmacológico com o propósito de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida dos pacientes.¹ Neste contexto, Ramalho de Oliveira (2011) defende que a prática profissional da Atenção Farmacêutica deve ser entendida como forma de pensar e de agir na área clínica e a autora atribui o termo Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM) ao serviço clínico oferecido pelo profissional, apresentando exatamente os mesmos componentes fundamentais e as mesmas características da prática da Atenção Farmacêutica. Neste serviço o farmacêutico trabalha diretamente com o paciente e em colaboração com outros profissionais da saúde para garantir que todos os medicamentos em uso pelo paciente sejam os mais indicados, efetivos, seguros e convenientes, ou seja, que os pacientes sejam capazes de usá-los em seu cotidiano.²

Segundo a Resolução 585/2013 do Conselho Federal de Farmácia, as atividades clínicas farmacêuticas englobam um grande conjunto de atuações voltadas ao cuidado farmacêutico, englobando todas as ações contidas no arcabouço teórico da atenção farmacêutica.³ Entretanto, não há a descrição de uma filosofia ou uma responsabilização integral pela farmacoterapia do paciente. Isso permite aos profissionais realizar ações distintas dentro das atividades descritas como serviços clínicos farmacêuticos e denominarem ambas como serviço clínico farmacêutico, o que dificulta a padronização da atuação do farmacêutico no contexto do cuidado farmacêutico no Brasil. Entretanto, atualmente a realização de serviços clínicos farmacêuticos no Brasil ainda é insipiente. Neste contexto, pesquisas que busquem descrever a implementação de serviços clínicos farmacêuticos no âmbito do cuidado em saúde representam uma ferramenta para fornecer evidências científicas para melhorara expansão dos serviços de saúde.⁴

Em virtude da grande abrangência de atividades incluídas no termo “serviço clínico farmacêutico” (CFF, 2013)^{3,5}, este estudo utilizou como referência a definição de “Pharmaceutical Care Practice” trazido por Cipolle, Strand e Morley (2012)⁶ para se referir ao arcabouço teórico da prática profissional do farmacêutico, adotando o termo Gerenciamento da Terapia Medicamentosa para nomear o serviço clínico que reflete na prática os preceitos desta teoria, conforme descrito por Ramalho de Oliveira (2011)².

Vários trabalhos apontam que o oferecimento de um serviço de GTM demanda uma profunda reestruturação nas competências, habilidades e atitudes do farmacêutico. E segundo Woods e colaboradores (2011)⁷, para mudar a competência de uma pessoa é necessária uma mudança na compreensão da mesma sobre seu trabalho e, portanto, o significado do que se pretende realizar. Aliado a isso, observa-se, no contexto do cuidado em saúde, um desejo dos profissionais de participar, não apenas nas atividades diárias relacionadas ao cuidado em saúde, mas também nas atividades de gerenciamento e decisões que facilitarão a qualidade do atendimento ao paciente e a qualidade da vida profissional.⁸ A gestão do processo de trabalho na saúde tem exigido de suas lideranças estabelecer planos e traçar metas que atendam às necessidades e às expectativas de seus trabalhadores, considerando a atual conjuntura da área.⁹ Neste cenário, a gestão participativa torna-se um instrumento adequado para a gestão da uma prática clínica no contexto da Assistência Farmacêutica. Trata-se de um processo de gestão onde há a inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão (análise de contexto e problemas; processo de tomada de decisão).¹⁰ Neste processo, a liderança é flexível e a autonomia é partilhada por todos os envolvidos, responsabilizando as pessoas por sua própria performance e comportamento.¹¹

Assim, esse artigo se propõe a descrever o processo de implantação e gestão do serviço de GTM construído por um grupo de farmacêuticos da atenção primária do SUS.

Metodologia

A pesquisa-ação foi utilizada como instrumento na mudança de práxis dos farmacêuticos durante um período de 27 meses. Esse processo de implantação demandou a adoção de uma forma de gestão congruente com os princípios da pesquisa ação, e nesse sentido, a gestão participativa foi escolhida para a gestão do serviço de GTM na atenção primária à saúde do SUS. Trata-se de um método de pesquisa qualitativa que visa envolver o indivíduo que conhece o campo ou o local de trabalho “por dentro”, visto como profundo

entendedor desse cenário. Sua principal característica é conhecer e compreender o que acontece com as pessoas em seu processo de trabalho, para ajudá-las a explorar sua experiência e aumentar o entendimento de sua própria situação.¹² O objetivo da pesquisa-ação não é unicamente compreender mecanismos sociais, mas também efetuar a mudança desejada como um caminho para gerar conhecimento e capacitar as partes interessadas. Podemos, portanto, dizer que trata-se de uma orientação transformadora para a criação de conhecimento.¹³ Um componente importante da pesquisa-ação é a reflexão crítica, capaz de iniciar modificações no comportamento, habilidades, serviços e formas de pensar. No cenário de mudança da práxis, o objetivo é analisar se a nova prática reflete valores importantes para os profissionais ou se a nova tecnologia os ajuda a alcançarem seus objetivos de acordo com suas crenças.¹⁴ Nesse sentido foi escolhida como método de gestão, sendo adotada como instrumento de gestão da Assistência Farmacêutica.

Para a construção do serviço de GTM a equipe de Assistência Farmacêutica contou com o suporte técnico do Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica (CEAF) da Faculdade de Farmácia da UFMG.

Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada no período de junho de 2013 a agosto de 2015 em Lagoa Santa/MG, cidade localizada na Região Metropolitana de Belo Horizonte, a 35 Km da capital, com área de 229,3 km² e população estimada (em 2015) de 57.990 habitantes.¹⁵

O serviço municipal de saúde se distribui em 04 Regionais de Saúde, 17 unidades básicas de saúde (UBS) e 03 Unidades de apoio; 02 equipes de núcleo de apoio a saúde da família (NASF); 01 equipe de serviço de assistência domiciliar (SAD); 03 unidades de saúde mental: centro de atenção psicossocial (CAPS), álcool e drogas (AD) e infantil; 01 centro de reabilitação motora; 01 laboratório de análises clínicas; 01 ambulatório de especialidades (Policlínica Oeste); 01 centro de especialidades odontológicas (CEO) e 01 unidade de pronto atendimento (PAM).

No início deste trabalho não encontramos nenhum registro da realização de um serviço clínico farmacêutico prévio ao projeto. O departamento de Assistência Farmacêutica contava com 2 farmacêuticos, e encontrava-se pouco estruturado quanto aos processos e práticas do setor. Os farmacêuticos atuavam em farmácias municipais, não havendo trabalho interdisciplinar com as equipes de saúde.

Coleta de dados

Participaram da pesquisa todos os 10 farmacêuticos que compunham a Assistência Farmacêutica municipal: 5 envolvidos com atividades administrativas e logísticas, 3 farmacêuticas em processo de construção de suas práticas clínicas, 1 coordenadora clínica e pesquisadora, e 1 coordenador geral, além de um médico e uma enfermeira de uma equipe que participou ativamente do processo de implantação do serviço de GTM na atenção primária à saúde.

Foram realizadas reuniões quinzenais com todos os farmacêuticos do serviço de Assistência Farmacêutica para discussão sobre temas variados que impactavam no serviço, como: ações prioritárias e ações delegáveis pelos farmacêuticos aos outros profissionais de nível médio; organização prática do serviço; padronização das ações dentro do departamento; alinhamento das ações com a gestão municipal, dentre outras.

Além disso, foram realizadas reuniões quinzenais pelo período de aproximadamente 18 meses com as farmacêuticas que realizavam o serviço clínico para a partilha de experiências e discussões de questões práticas vivenciadas com o serviço.

Entrevistas individuais semi-estruturadas foram realizadas com 4 farmacêuticos da equipe, sendo escolhidos a partir das discussões vivenciadas pelo grupo: dois farmacêuticos que realizavam o serviço clínico e dois que não realizavam, mas contribuíram ativamente para reestruturação da Assistência Farmacêutica e implantação do serviço clínico. Foram realizados dois grupos focais durante a pesquisa: um tipo envolvendo todos os farmacêuticos da AF e abordando o “empoderamento dos farmacêuticos frente à reestruturação da Assistência Farmacêutica e realização do serviço clínico farmacêutico”, e outro com membros de uma equipe de saúde da família (médico, enfermeira e farmacêutica) onde o serviço de GTM foi oferecido por aproximadamente dois anos abordando “experiências e aprendizados na implantação do serviço clínico farmacêutico na equipe de saúde”.

Para análise estratégica e situacional do projeto, durante a pesquisa foram realizadas reuniões periódicas entre os coordenadores da Assistência Farmacêutica e destes com o gestor da Secretaria Municipal de saúde.

A técnica de observação participante foi utilizada durante todo o período da pesquisa. Dados e percepções feitas pela primeira autora durante todo o processo de implantação e gestão do serviço clínico foram registradas em um diário de campo.

Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada utilizando a categorização, a partir de categorias emergentes. Foram feitas leituras repetidas dos dados até a identificação de idéias e conceitos que foram trabalhados até a definição de temas em categorias e subcategorias.¹⁶ Tal análise foi realizada colaborativamente pelos autores deste artigo.

O rigor metodológico foi garantido a partir da triangulação de métodos¹⁷ além da reflexividade quanto às questões éticas e a fidedignidade aos vários pontos de vista. Ainda, os temas encontrados foram levados de volta aos participantes da pesquisa para discussão com a equipe a fim de confirmar a interpretação de dados e apurar a reflexividade da equipe.

Rigor

Uma das estratégias adotadas para garantir o rigor foi a coparticipação dos pesquisadores e participantes implicados no problema investigado na construção e reflexão sobre os dados encontrados. Assim, os temas encontrados foram levados de volta aos participantes da pesquisa para discussão com a equipe a fim de confirmar a interpretação de dados e apurar a reflexividade do grupo, aumentando o rigor da pesquisa. Outra medida para adoção do rigor foi a adoção de uma reflexão sistemática envolvendo os pesquisadores e o coordenador geral da Assistência Farmacêutica. Outro aspecto que contribuiu para o rigor da pesquisa foi a triangulação de métodos (VALLENGA *et al.*, 2009).

Resultados

A análise dos dados revelou o surgimento de quatro temas principais: “Optando por uma gestão participativa”, “Liderança e apoio para a inovação”, “A identidade profissional do farmacêutico e sua práxis” e “Suporte estrutural para o serviço clínico”.

Optando por uma gestão participativa

Iniciamos este estudo com o objetivo de inserir o serviço clínico de GTM no contexto da atenção primária à saúde, tendo os farmacêuticos como colaboradores neste processo. Entretanto, logo de início ficou evidente a necessidade de reestruturação da rede e

organização do departamento de Assistência Farmacêutica. Nessa lógica, o processo de gestão adotado seria de crucial importância para o sucesso do serviço, como abordado no trecho de diário de campo da pesquisadora abaixo:

“Percebo que atividades de coordenação exigem muito. Esta função possui atividades de vital importância para o restante da equipe (pois interfere no trabalho de várias outras pessoas), tornando-se assim prioridade maior do que o atendimento ao paciente.”

Trecho de diário de campo da pesquisadora

Além disso, a pesquisa-ação trouxe consigo o paradigma crítico, refletindo a necessidade de escuta e participação dos envolvidos no processo de reestruturação da sua prática profissional. Nesta lógica, ficou evidente a necessidade de adoção de um método de gestão que estabelecesse algum grau de ordem, de padronização, de controle, sem massacrar a capacidade de reflexão e os espaços para tomada de decisão daqueles imersos no processo. Percebemos que a Assistência Farmacêutica possui duas áreas que, inicialmente apresentavam-se distintas em sua organização: a promoção do acesso ao medicamento (através das ações de logística), e a promoção do seu uso adequado (a partir da inserção do serviço clínico farmacêutico). Entretanto, ficou evidente que estas ações estavam interligadas, e que precisaríamos trabalhar de forma colaborativa dentro da Assistência Farmacêutica para que pudéssemos promover o uso adequado do medicamento, viabilizado pelo acesso e o acompanhamento farmacoterapêutico dos usuários da rede.

Dessa forma, a gestão da Assistência Farmacêutica foi conduzida de forma participativa a fim de viabilizar a implantação e sustentabilidade da prática clínica dos farmacêuticos.¹⁸ A coordenação do departamento de Assistência Farmacêutica foi realizada por um coordenador geral e uma coordenadora dos serviços clínicos. A coordenação se baseou em cinco grandes perspectivas para realizar seu trabalho:

- readequação do processo de gestão a partir da adoção da gestão compartilhada na Assistência Farmacêutica viabilizada pelo compartilhamento das decisões e da implementação de um planejamento estratégico para controle, monitoramento e acompanhamento das ações;
- reavaliação e aprimoramento dos processos de trabalho para obtenção dos resultados desejados,
- gestão de pessoas com capacitações e envolvimento dos colaboradores na construção do serviço, considerando os perfis e necessidades dos profissionais;

- melhoria da infra estrutura do serviço;
- ênfase na otimização dos recursos financeiros.

A coordenação optou pela adoção de uma gestão participativa. A construção da missão, visão e diretrizes do serviço foi realizada de forma coletiva, sendo a filosofia da Atenção farmacêutica foi adotada pelo departamento de Assistência Farmacêutica. O serviço clínico farmacêutico - GTM - foi inserido na atenção primária à saúde respeitando os fluxos e a cultura pré-existente, de modo a promover maior interação entre os farmacêuticos e os outros profissionais da rede.

Foram realizadas reuniões quinzenais entre os farmacêuticos como espaço de partilha de informação e discussão sobre as temáticas envolvidas no processo de reestruturação da AF e implantação do GTM. Este espaço permitiu aos coordenadores empoderar os farmacêuticos com as informações sobre os fatores internos e externos que influenciavam a Assistência Farmacêutica, abrindo espaço para eles partilharem suas experiências em suas atividades cotidianas e contribuir na tomada de decisões para implantação do novo serviço.

O processo de reorganização da Assistência Farmacêutica e criação de fluxos e protocolos também foram construídos de forma coletiva, conforme abordado no trecho abaixo:

“Em nossa gestão, primeiro identificamos as demandas, problemas do serviço. Então, vislumbrávamos o ponto em que queríamos chegar. Designávamos (ou se ofereciam) os profissionais que iriam criar um caminho para alcançarmos nossos objetivos. Esta situação permitia aos profissionais se apropriarem do serviço, discutirem os assuntos e garantia uma contribuição de todos. Estes profissionais criaram fluxos que foram apresentados para o restante da equipe, que contribuiu na elaboração final dos fluxos. Esta segunda etapa permitia então que toda a equipe discutisse os fluxos, participasse, e tomasse decisões sobre os fluxos do serviço. Este modelo foi utilizado para todos os tópicos da Assistência Farmacêutica.”

Trecho de diário de campo da pesquisadora

A participação ativa dos farmacêuticos nas decisões e estruturação do serviço permitiu ao profissionais maior reflexão sobre sua prática profissional, conforme abordado no trecho abaixo:

“Porque... a partir do momento que ele (profissional) vai dialogando, vai refletindo, ele vai é... tomando decisões eventualmente e vai se responsabilizando por aquelas decisões. A pessoa pensar e reconhecer o que ela faz e se responsabilizar por aquilo. Então eu acho que, quanto mais se consegue diálogo, mais consegue essa reflexão crítica, você vai, conseqüentemente vai empoderando mais o participante.”

Liderança e apoio para a inovação

Apesar da adoção da gestão participativa, a coordenação da Assistência Farmacêutica continuou com o papel de liderança, contribuindo para a manutenção da clareza dos objetivos da equipe. Ela assumiu o papel de norteadora do processo de inserção da nova tecnologia no serviço, como abordado no trecho abaixo:

“Mas a gente precisa, de uma certa forma, de um eixo norteador, é igual você está fazendo. A gente tem um eixo norteador que é a tua proposta. Então isso facilita, quando a gente tem esse eixo, tem essa proposta, a gente é capaz de agregar sim.”

Farmacêutica

A partir da adoção de uma gestão participativa, a coordenação procurou envolver e participar os farmacêuticos do processo de construção do serviço clínico, atuando como um ponto de apoio aos profissionais, a fim de viabilizar o suporte e a confiança necessários para a inovação da forma de trabalho. Essa ação procurou despertar o envolvimento dos farmacêuticos. Para a mudança da praxis do farmacêutico foi necessária uma liderança organizacional que viabilizasse autonomia profissional, além do conhecimento, tempo e o suporte operacional.¹⁹

A coordenação atuou também na avaliação da atuação dos profissionais, usando alguns indicadores como número de atendimentos (primeiras consultas e retornos) e absenteísmo dos pacientes. Foram estabelecidas metas de produção individual, e os resultados eram discutidos entre os farmacêuticos clínicos ajudando o grupo a perceber as barreiras e facilitadores para o processo, viabilizando o aprendizado a partir das próprias experiências.

A identidade profissional do farmacêutico e sua praxis

A partir da análise situacional do serviço, foram identificadas características na equipe que poderiam influenciar diretamente na implantação do serviço clínico. Dos dez farmacêuticos envolvidos, oito nunca haviam trabalhado na atenção primária à saúde do SUS, e cinco deles eram recém-formados sem qualquer experiência profissional. Portanto, dúvidas quanto à sua identidade e responsabilidades profissionais foram alguns dos desafios apresentados pelo grupo. Para lidar com essa situação, a discussão sobre identidade e

responsabilidades dos farmacêuticos foi fomentada em vários momentos durante a pesquisa. Alguns profissionais apresentaram dúvidas sobre o seu papel na atenção primária à saúde e insegurança sobre sua atuação junto à equipe de saúde.

“Então até chegar nesse ponto... trouxe esse questionamento todo: o que eu estou fazendo aqui? Qual é o meu papel dentro da equipe? Como é que deve ser essa interação? Acho que isso estava muito no ar pra mim.”

Farmacêutica

“É uma identidade (do profissional farmacêutico) múltipla, assim. Todos são rotulados como farmacêuticos, mas não se consegue falar qual é a responsabilidade principal deste profissional. Como se a identidade não fosse da profissão, fosse de cada profissional. Como se cada profissional tivesse a sua identidade. Um profissional da dispensação, um profissional da indústria, um profissional de alimento, e aí o reconhecimento é da pessoa e não da profissão”.

Farmacêutico

A partir daí, as reflexões apontaram a necessidade de identificar qual o papel do farmacêutico e como ele pode contribuir com a equipe multidisciplinar de saúde. Assim, a proposta de inserção do serviço de GTM trazida pela coordenação coincidiu com o desejo dos participantes de assumir um novo papel. Para isso o farmacêutico precisou rever seu papel, suas prioridades e suas responsabilidades.

Nesse processo a filosofia da atenção farmacêutica foi apontada como um facilitador nesta nova identidade. Essa filosofia foi discutida entre os farmacêuticos, sendo adotada como filosofia do departamento de Assistência Farmacêutica, mas também como norteador da identidade de todos os profissionais. Com esse novo referencial compreendido e aceito, os profissionais puderam se apropriar da sua prática clínica, como descrito na fala abaixo:

“Para ocupar aquele espaço (atuação como farmacêutico dentro da equipe de saúde) eu precisava da atenção farmacêutica. Então eu só consegui me reconhecer por conta do serviço, da prática e da filosofia por trás do que eu fazia.”

Farmacêutica

A partir do fortalecimento da identidade profissional, questionamentos sobre atuações exclusivas do farmacêutico e funções delegáveis foram discutidos em equipe. Embasados pela filosofia da atenção farmacêutica os profissionais se questionaram sobre suas responsabilidades enquanto profissional de saúde.

“Depois que a gente conhece o conceito que é aplicado no GTM, de assumir uma responsabilidade direta com a necessidade do paciente, a gente começa a ver que as atividades mais técnicas administrativas não compreendem esse conceito de profissional de saúde. Mas atualmente não, não me sinto profissional de saúde fazendo somente aquilo que eu fazia (atividades administrativas para aquisição, distribuição e dispensação de medicamentos).”

Farmacêutico

Suporte estrutural para o serviço clínico

A existência de um suporte operacional é um aspecto fundamental para a implementação da prática clínica farmacêutica.^{20,21} Para isso, a gestão participativa mostrou-se uma ferramenta útil no envolvimento dos farmacêuticos para a construção de um modelo organizacional de serviço que viabilizasse sua prática clínica. Foram experimentados vários modelos organizacionais dentro do departamento de Assistência Farmacêutica, até a estruturação de um modelo que viabilizasse a inserção da prática clínica no contexto da Assistência Farmacêutica. A Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) foi estruturada a fim de reduzir as atividades de gestão de estoque por parte dos farmacêuticos das equipes de saúde, permitindo-os utilizarem a maior parte de seu tempo de trabalho no cuidado direto ao paciente. A gestão da Secretaria Municipal de Saúde viabilizou agentes administrativos em todas as farmácias municipais e CAF para a distribuição e entrega dos medicamentos aos usuários. Esse suporte permitiu que os farmacêuticos concentrassem seus esforços em ações de maior complexidade como o serviço clínico. Além disso, permitiu que os farmacêuticos se deslocassem semanal ou quinzenalmente de suas unidades para reuniões de equipe da Assistência Farmacêutica. As atribuições dos farmacêuticos foram reavaliadas quanto à sua execução, e muitas foram delegadas a funcionários de nível médio, que receberam treinamento apropriado. Aos farmacêuticos, foram priorizadas atividades de cuidado ao paciente como o oferecimento do serviço de GTM.²²

A partir disto, a coordenação teve um papel fundamental na negociação do espaço que este profissional ocuparia dentro das unidades de saúde. A disponibilização de uma sala privativa com computador e acesso às informações dos prontuários foi definida como requisito mínimo para a realização do serviço. Foram elaborados documentos formalizando o papel que o farmacêutico desempenharia dentro da equipe de saúde, e definindo qual a participação desta equipe na realização do serviço clínico.

A formalização do serviço junto à secretaria de saúde, e o apoio da gestão para execução do projeto trouxeram maior respaldo para os farmacêuticos, facilitando a aceitação do serviço pelas equipes e na responsabilização dos profissionais. Foi viabilizada a participação de farmacêuticos na Comissão de Protocolos da Secretaria Municipal de Saúde. Esse espaço permitiu ao profissional apresentar seu trabalho a outros setores, e culminou na autorização aos farmacêuticos clínicos para solicitar exames laboratoriais de monitoramento da farmacoterapia. Essa autonomia agilizou a atuação dos farmacêuticos clínicos, que passaram a ter mais informações que lhes permitissem tomar decisões e contribuir de forma mais efetiva com o trabalho em equipe.

Antes de conhecer o serviço clínico farmacêutico, alguns pacientes apresentaram resistência ou dúvidas sobre sua importância. O respaldo da gestão da Secretaria Municipal de Saúde trouxe mais tranquilidade ao farmacêutico para lidar com essas situações, como descrito no trecho abaixo:

“O povo às vezes questiona ter que passar pela consulta farmacêutica antes da renovação de receita. (...) Por isso que o apoio da gestão é importante nesse ponto de saber que o serviço está lá, e que reclamações podem surgir...”

Farmacêutica

As reuniões de equipe da Assistência Farmacêutica se tornaram um espaço para discussão de temas técnicos e condutas clínicas, contribuindo para o aprimoramento técnico dos profissionais. Além disso, foi viabilizado o suporte técnico para realização do serviço clínico através de parceria realizada entre a Secretaria Municipal de Saúde e o CEAF/UFMG. Essas ações contribuíram para a implantação do serviço, conforme descrito no trecho abaixo:

“Aí, essa questão que, pra poder solidificar (o serviço), foi importante também a questão das reuniões clínicas, de ter o CEAF, a relação com o CEAF e ter também feito a especialização, porque é troca de saber também, é conhecimento técnico.”

Farmacêutica

Discussão

A inserção do serviço clínico farmacêutico no contexto da atenção primária no SUS exige uma grande mudança de atuação dos farmacêuticos. Observa-se uma tentativa, nos últimos anos, de uma mudança na prática deste profissional a fim de priorizar suas ações em prol das necessidades dos pacientes.²³ Para assumir este novo papel é necessário um processo de reeducação em que o indivíduo adquire um novo sistema de valores que, mais tarde,

governarão seu pensamento e conduta. Tal resignificação necessariamente envolverá mudanças de conhecimento, crenças, valores e padrões de comportamentos. Essas mudanças ocorrem de forma fragmentada e podem ocorrer independentemente das outras pessoas envolvidas, mas são fortemente ancoradas pelo grupo no qual o indivíduo está inserido. Portanto, para a consolidação da mudança de paradigma na prática de um profissional, o grupo é fundamental, pois funciona como ancorador da nova cultura, onde o indivíduo pode estabilizar suas novas crenças o suficiente para mantê-las imunes às flutuações do dia-a-dia a que ele está sujeito.²⁴ A liberação do potencial de inovação, necessário para a inserção de uma nova prática profissional no contexto da Assistência Farmacêutica, depende de fatores como as condições organizacionais em que os sujeitos estão envolvidos. Dentre essas condições estão inseridas as possibilidades políticas e econômicas, o apoio da chefia, a continuidade organizacional, a relação entre a operação e o desenvolvimento em uma dada cultura e as possibilidades de aprendizagem.²⁵ O engajamento da liderança e o acesso ao conhecimento e à informação foram observados como fatores importantes para a implementação da prática clínica farmacêutica. No entanto, ter recursos disponíveis foi observado como crítico para todos os serviços em muitas frentes. Tempo e carga de trabalho foram apontando como algumas das barreiras mais comuns neste processo, particularmente se as responsabilidades de distribuição não foram compensadas.²⁶

Percebe-se hoje, no contexto da Assistência Farmacêutica, uma amplitude de procedimentos envolvidos para sua realização. Essa amplitude permite a distinção de duas áreas específicas: uma relacionada à tecnologia de gestão, que tem como objetivo central garantir o abastecimento e o acesso aos medicamentos, e outra relacionada à tecnologia do uso do medicamento, na qual estão envolvidas diferentes classes profissionais, usuários e suas atitudes e cujo objetivo final é o uso correto e efetivo dos medicamentos.²⁷ Entretanto, a promoção do uso adequado de medicamentos passa por estas duas grandes áreas, o que torna evidente a necessidade de colaboração entre os profissionais atuantes nestes dois segmentos para tornar a Assistência Farmacêutica eficiente. Neste contexto, a gestão participativa tornou-se um modo de reunir a gestão de estoque e a promoção do uso adequado dos medicamentos em prol do usuário.

Segundo Campos (2010), existe a necessidade de se respeitar a característica estrutural do trabalho em saúde – a práxis, buscando-se modelos de gestão que combinem autonomia, necessária para a práxis, com controle sobre o trabalho, considerando-se o saber estruturado, valores políticos e direitos dos usuários. Torna-se necessária a adoção de um paradigma que

reconheça e conviva com a autonomia relativa dos trabalhadores, mas que desenvolva formas de controle sobre o trabalho segundo a perspectiva dos usuários e também tomando em consideração o saber estruturado sobre saúde.²⁸ Neste contexto, a Gestão Participativa apresenta-se como um facilitador do processo de mudança na estruturação dos serviços de saúde, uma vez que promove a inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão.²⁹

Os ambientes de cuidados de saúde precisam de mecanismos para fortalecer as relações entre os profissionais de saúde e minimizar as fontes de conflito.¹¹ A reflexão sobre a prática, em geral, tende a produzir uma abertura da resistência dos sujeitos e a busca de outras disciplinas, valores e possibilidades subjetivas.²⁸ A gestão participativa viabiliza ao grupo apresentar e discutir os diferentes pontos de vista, reduzindo os conflitos e contribuindo para a consolidação de nova cultura, ancorada pelo grupo. Trata-se um método de gestão que promove o envolvimento dos funcionários na tomada de decisões, estimulando os membros da organização a pensar de forma estratégica e a aceitar a total responsabilidade pela qualidade de seu trabalho pessoal.¹⁸ Portanto, é um sistema que pretende eliminar a separação entre quem planeja, quem executa, quem gere e quem avalia.²⁹ Além disso, através da participação no planejamento estratégico do serviço, os sujeitos podem ter uma compreensão clara dos objetivos e planos para sua implementação. Essa forma de gestão contribui para a clareza dos papéis dos envolvidos, reduzindo o conflito de papéis durante a implementação de planos estratégicos.³⁰

Segundo Freire, a práxis refere-se às ações tomadas pelos oprimidos nos processos de sua libertação e caminho para a liberdade.³¹ Segundo Campos (2010), a práxis seria aquela atividade humana em que o saber prévio (conhecimento técnico) não isenta o agente da necessidade de uma reflexão durante a execução da atividade ou do trabalho em questão. Na praxis o agente da ação deverá considerar o contexto singular em que sua ação se realiza: outros sujeitos envolvidos, valores, circunstâncias históricas, etc. Nesta lógica, o trabalho em saúde é uma práxis. Como em toda práxis, é impossível operar-se sem algum grau de saber acumulado, sem teoria, método e técnicas previamente experimentados. Entretanto, caberia aos profissionais construir um novo modo de agir com base tanto no saber estruturado, quanto também no diagnóstico da situação específica e em valores do sujeito ou da cultura; ou seja, lhe caberia adaptar o saber tecnológico ao contexto singular.²⁸

A gestão participativa exige uma comunicação dinâmica entre os envolvidos. A opção por essa forma de gestão requer a transformação na forma de comunicação e o estabelecimento de novas redes de comunicação para promover o gerenciamento

participativo.⁸ A comunicação eficaz viabilizada pela gestão participativa é um fator importante para informar os funcionários sobre os objetivos e as expectativas sobre seu trabalho e sob uma estrutura organizacional existente ou nova. Segundo Muller (1995), a comunicação efetiva é uma obrigação, sendo a lubrificação para uma gestão efetiva. O fluxo de informações precisa ser reestruturado, levando em consideração os vários grupos-alvo da organização de cuidados de saúde. Nessa lógica, a coordenação procurou criar novas formas de comunicação entre os farmacêuticos e os coordenadores através de reuniões quinzenais, e entre a coordenadora clínica e as farmacêuticas clínicas através de reuniões clínicas e da utilização de uma planilha de produção dos serviços clínicos. Tais discussões permitiram à coordenação conhecer melhor as dificuldades vivenciadas pelos profissionais, especialmente aquelas referentes à implantação do serviço clínico, e encontrar juntos soluções viáveis para os problemas que surgiam. Esse espaço proporcionou ao grupo maior consciência do seu processo de trabalho e das estratégias cotidianas utilizadas para resolver os problemas. Segundo Scharmer e Yukelson (2015), a consciência e a intenção que as pessoas trazem para a situação têm um profundo impacto sobre a qualidade dos resultados que eles alcançam. O comportamento em sistemas não pode ser transformado a menos que transformemos também a consciência que as pessoas aplicam às ações, tanto individual quanto coletivamente.³² Além disso, a planilha de produção individual dos farmacêuticos permitiu à coordenação acompanhar a evolução dos profissionais (quanto ao número de atendimentos e à resolutividade dos problemas relacionados ao uso de medicamentos encontrados pelos profissionais) e fomentou, a partir das discussões em equipe, conhecer os fatores que contribuíram ou dificultaram a realização do serviço clínico, contribuindo para maior eficiência das ações da gestão.

Doucette e colaboradores (2012) apontam a orientação empresarial e a disponibilidade de recursos adequados como fatores fundamentais para a mudança da prática profissional da farmácia, cujo novo papel incluiria a realização do serviço clínico farmacêutico.³³ A orientação empresarial inclui proatividade, a capacidade de identificar e agir sobre as necessidades futuras; avaliação de risco, autonomia, liberdade para propor novas ideias e assumir a responsabilidade pelos resultados associados ao seu trabalho, ética de trabalho, convicção dos funcionários sobre o benefício e a necessidade de trabalho árduo. Os recursos incluem não só a capacidade financeira, mas também o conhecimento, tempo, inteligência e suporte operacional.¹⁹

O serviço clínico de GTM e a adoção da filosofia da atenção farmacêutica como filosofia de trabalho da equipe de Assistência Farmacêutica, exigiu um processo de reeducação dos profissionais envolvidos no projeto. A reeducação visa mudar o sistema de valores e crenças de um indivíduo ou de um grupo, alterá-lo de forma a torná-lo alinhado com a sociedade em geral ou com a realidade.²⁴ Tal mudança interfere na zona de conforto dos envolvidos, e requer um estímulo externo para sua realização, como bem discutido por Ribeiro e colaboradores (2018).³⁴ Assim, a coordenação procurou agir estimulando o grupo no sentido desta reeducação. Entretanto, conforme salientado por Lewin e Crabbe (1945), o objetivo buscado não será alcançado enquanto o novo conjunto de valores não for experimentado pelo indivíduo como algo livremente escolhido. Se o indivíduo atua apenas devido ao medo da punição e não com os ditames de sua livre vontade e consciência, o novo conjunto de valores que se espera que ele aceite não se estabelecem, e portanto, sua reeducação permanece não realizada.²⁴ Os esforços para a mudança são mais eficazes quando os líderes avançam estrategicamente enquanto ganham percepção positiva significativa daqueles que estão dentro da base da organização.¹⁹ No contexto da gestão participativa, os líderes atuam como "amortecedores", estruturando tarefas, estabilizando os colaboradores, usando estratégias para manter a confiança, fortalecendo sua posição por estratégias formais e informais e dando apoio e incentivo aos subordinados. Essa atuação foi apontada por Bernardes e colaboradores (2015) como estratégias para estímulo de mudanças e resolução de conflitos no grupo.¹¹

Nesse sentido, a coordenação da Assistência Farmacêutica encontrou a gestão participativa e a pesquisa-ação como ferramentas para a promoção do envolvimento, autonomia e empoderamento dos farmacêuticos, tendo a liderança e apoio a inovação como propulsores para o envolvimento e participação ativa dos profissionais.

Quanto aos recursos estruturais, a coordenação procurou atuar como apoio para garantir condições de trabalho aos farmacêuticos. Limites físicos e financeiros foram experimentados pelo grupo em vários momentos, entretanto, através da articulação e parceria com outros coordenadores e junto ao gestor, a coordenação atuou no sentido de propor condições mínimas para o serviço clínico como: sala privativa para atendimento, apoio estrutural e operacional da equipe no agendamento de pacientes, etc. A utilização do tempo dos profissionais foi discutida ao longo do projeto. Várias ações foram adotadas no sentido de reduzir o tempo gasto pelos farmacêuticos na gestão de estoque e aumentar o tempo dedicado ao serviço clínico. Entre essas ações foi criada a CAF: Central de Abastecimento

Farmacêutico. Esta unidade possuía um farmacêutico Responsável Técnico que proporcionou apoio aos profissionais das unidades, disponibilizando maior tempo para o serviço clínico.

Estudos^{35,36} apontam que algumas barreiras à mudança da sua prática profissional têm sido atribuídas aos farmacêuticos como indivíduos, sendo descritos como relutantes em mudar sua prática para implementar novos modelos de serviço. Este profissional apresentaria dificuldades em assumir um "papel" como tomadores de decisão clínica, porque não estão treinados para assumir a responsabilidade pelos resultados dos pacientes.³⁶ Além disso, a falta de clareza da definição do papel do farmacêutico para os usuários e outros profissionais de saúde seria um fator que contribuiria para sua não responsabilização sobre a farmacoterapia do paciente e falta de confiança na tomada de decisão clínica.³⁹

A reorganização da Assistência Farmacêutica e a inserção do serviço clínico no hall de atividades deste departamento requereu uma revisão dos papéis e responsabilidades dos farmacêuticos. A definição da identidade e limites entre profissões pode não se formar apenas em torno de interações, mas também em torno da distribuição de responsabilidades de diferentes profissionais. Para isso, os farmacêuticos precisaram sair de trás do balcão da farmácia e interagir com outros profissionais de saúde para reencontrar seu papel dentro da equipe de saúde. A literatura aponta que elementos interpessoais como a dinâmica entre membros da equipe, incluindo liderança e educação além dos atributos individuais como atitudes e valores influem no processo de construção das fronteiras profissionais, influenciando assim na construção da identidade profissional dos envolvidos.²⁹

O serviço de GTM é uma prática essencialmente multiprofissional, uma vez que a multiprofissionalidade é considerada uma estratégia que orienta e possibilita a realização de assistência integral. A equipe é um grupo de indivíduos que cooperam na realização de uma rotina particular, de uma tarefa; há vínculo de dependência recíproca unindo os membros da mesma equipe aos outros. O papel que um indivíduo desempenha na equipe é delineado de acordo com os papéis desempenhados pelos outros presentes no sistema social, e cada um dá sua própria definição do papel que desempenha.³⁸ As fronteiras entre profissões em uma equipe podem se formar não apenas em torno de interações, mas também em torno da distribuição de responsabilidades de diferentes profissionais.¹⁸

Um estudo que avaliou a colaboração entre médicos e farmacêuticos³⁹ apontou que, quando o papel do farmacêutico foi claro e compreendido por outros membros da equipe, o farmacêutico se sentiu envolvido no que estava acontecendo com a equipe e com as atividades de cuidados ao paciente. Quando o papel não era claro, desconhecido, incompreendido ou não

valorizado, surgiram desafios para farmacêuticos e outros membros da equipe.⁴⁰ Em consonância com estes achados, este estudo também identificou a necessidade de construção e fortalecimento da identidade do farmacêutico como ponto importante para o sucesso do serviço clínico farmacêutico.

A partir desta evidência, procuramos discutir o tema a fim de redefinirmos a identidade do profissional farmacêutico. Discussões sobre as funções exclusivas dos farmacêuticos e funções delegáveis a outros profissionais da equipe pautaram o debate sobre o assunto. Em um contexto onde o número de farmacêuticos é limitado, ficou evidente a necessidade deste profissional realizar funções de alto valor técnico, como o serviço clínico farmacêutico e delegar funções menos complexas como a entrega do medicamento ao paciente. Essa decisão não eximiu o profissional da responsabilidade sobre a distribuição do medicamento, exigindo à equipe a formação e supervisão dos profissionais de nível médio. O envolvimento do farmacêutico no processo de reestruturação do serviço de Assistência Farmacêutica contribuiu para sua identificação com o processo de mudança atuando como um motivador para superação das barreiras inerentes ao processo. A tomada de decisão sobre delegar funções foi de todos os farmacêuticos, que se responsabilizaram pela capacitação e supervisão dos profissionais de nível médico.

Outro fator que contribuiu para a definição e fortalecimento da identidade do farmacêutico foi o apoio do CEAF. Essa instituição tornou-se um motivador e facilitador do processo de redefinição dos papéis e responsabilidades dos profissionais e execução prática desta nova atuação profissional. Esse achado vem de encontro aos resultados apresentados por Feleto e colaboradores (2010), que aponta que as instituições terciárias e os prestadores de formação continuada têm um papel importante a desempenhar para resolver a lacuna no conhecimento e apoiar a transição da farmácia.⁴⁰

Conclusão

A inserção do serviço clínico farmacêutico no contexto da Assistência Farmacêutica da atenção primária do SUS representa uma mudança de paradigma na atuação destes farmacêuticos. Neste sentido, a gestão participativa tornou-se um instrumento importante para o envolvimento destes profissionais na reestruturação de sua práxis. Tal metodologia de gestão contribuiu para seu empoderamento, conscientização e responsabilização sobre sua prática profissional cotidiana. A reflexão sobre sua atuação profissional evidenciou aos

farmacêuticos a necessidade de fortalecerem sua identidade como profissionais do cuidado e identificar as ações prioritárias dentro de seu hall de atividades. Neste contexto, o farmacêutico avalia criticamente suas atividades diárias e define o que é delegável e o que deve ser priorizado de forma que este profissional seja capaz de usar todo seu potencial para dar a maior contribuição possível à equipe de saúde. A partir da gestão participativa ficou evidente a importância da atuação da gestão do serviço e da participação ativa dos envolvidos para o sucesso da implantação do serviço clínico farmacêutico no contexto do SUS.

Referências bibliográficas

1. Herpler CD, Strand LM Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am. J. Hosp. Pharm.* 1990; 47(11): 533-43.
2. Ramalho-de-Oliveira D *Atenção Farmacêutica: da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa*. São Paulo: RCN Editora LTDA: 2011: 344 p.
3. Conselho Federal de Farmácia. *Resolução n. 585, de 2 de agosto de 2013*. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Brasília: 2013: 11 p.
4. Detoni KB, Nascimento MMG, Oliveira IV, Alves MR, Gonzáles MM, Ramalho-de-Oliveira D Comprehensive Medication Management Services in a Brazilian Speciality Pharmacy: a Qualitative Assessment. *Int. J. Pharm. Pharm. Sci.* 2017; 9(3): 227–32.
5. Conselho Federal de Farmácia. *Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual*. Brasília: Conselho Federal de Farmácia: 2016. 200 p.
6. Cipolle R, Strand L, Morley P. *Pharmaceutical care practice: the patient centered approach to medication management*. 3. ed. New York: MacGraw-Hill, 2012.
7. Woods P, Gapp, R, King M. Researching pharmacist managerial capability: philosophical perspectives and paradigms of inquiry. *Res Soc Adm Pharm* 2011; 11(2): 265-79.
8. Muller, M. Participative Management In Health Care Services. *Curationis* 1994; 18(1): 15-21.
9. Silva RM, Jorge MSB, Silva Júnior AG. *Planejamento, gestão e avaliação nas práticas de saúde*. Fortaleza: EdUECE, 2015, 548 p.
10. Brasil, M. da S. *Gestão participativa e cogestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p.
11. Bernardes, A. Cummings GG, Gabriel CS, Evora YDM, Maziero VG, Coleman-Miller G. Implementation of a participatory management model: Analysis from a political

- perspective. *J. Nurs. Manag.* 2015; 23: 888–897.
12. Dustman EL, Kohan MB, Stringer ET. Starting small and building out with Ernie Stringer: Personal insights into action research and educational change. *Action Res.* 2014; 12: 426–43.
 13. Bradbury-Huang, H. What is good action research?: Why the resurgent interest? *Action Res.* 2010; 8(1): 93–109.
 14. Waterman H, Marshall M, Noble J, Davies H, Walshe K, Sheaff R, Cardiff GE. The Role of Action Research in the Investigation and Diffusion of Innovations in Health Care: The PRIDE Project 2015; 373–381. *Qualitative Health Research* 2007; 17(3): 373-81.
 15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Cidades*. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/lagoa-santa/panorama> Acessado em 07 jan. 2017.
 16. Taylor-Powell E, Renner M. *Analyzing Qualitative Data*. Madison: Board of Regents of the University of Wisconsin, (G3658-12), 2003.
 17. Morrow SL. Quality and Trustworthiness in Qualitative Research in Counseling Psychology. *J. Couns. Psychol.* 2005; 52(2): 250–60.
 18. Pardo-del-Val M, Martínez-Fuentes C, Roig-Dobón S. Participative management and its influence on organizational change. *Manag. Decis.* 2012; 50(10): 1843–1860.
 19. Holiday-Goodman M. Entrepreneurship, resource management, organizational culture , and other ‘ business ’ factors influencing pharmacy practice change. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 2012; 8: 269–271.
 20. Roberts A S, Benrimoj SIC, Chen TF, Williams KA, Aslani P. Implementing cognitive services in community pharmacy: a review of facilitators used in practice change. *The International Journal of Pharmacy Practice* 2006; 14: 163–170 .
 21. Minard LV, Deal H, Harrison ME, Toombs K, Neville H, Meade A. Pharmacists' Perceptions of the Barriers and Facilitators to the Implementation of Clinical Pharmacy Key Performance Indicators. *PLoS ONE* 2016; 11(4) 1–17.
 22. Oliveira GCB, Alves MR, Ramalho-de-Oliveira, D. Action research as an tool for transformation of the pharmacist ’ s praxis in primary care. Oliveira et al. *Int J Pharm Pharm Sci.* 2017; 9(3): 1–6.
 23. Norgaard LS, Sorensen EW. Action research methodology in clinical pharmacy: how to involve and change. *Int. J. Clin. Pharm.* 2016; 38(3): 739–745.
 24. Lewin K, Grabbe P. Conduct, Knowledge, and Acceptance of New Values. *Journal of Social Issues* 1945; 1(3): 53–64.
 25. kristiansen M, Block-Poulsen J. Participação na pesquisa-ação: entre a metodologia e a visão de mundo, participação e codeterminação. *Trab. Educ.* 2013; 22(1): 37–53.

26. CURRAN, G.M.; SHOEMAKER, S.J. Advancing pharmacy practice through implementation science. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. v. 13, p. 889-891, 2017.
27. Araújo ALA, Ueta JM, Freitas O. Assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde. *Rev. Ciênc. Farm. Básica* 2005; 26(2): 87–92.
28. Campos, GWS. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. *Cien. Saude Colet*. 2010; 15(5), 2337–2344.
29. MacNaughton K, Chreim S, Bourgeault IL. Role construction and boundaries in interprofessional primary health care teams: A qualitative study. *BMC Health Serv. Res*. 2013; 13: 486–498.
30. Kim S. Participative Management and Job Satisfaction: Lessons for Management Leadership. *Public Administration Review*. 2002; 62(2): 231-241.
31. Glassman M, Erdem G. Participatory Action Research and Its Meanings: Vivencia, Praxis, Conscientization. *Adult Educ. Q*. 2014; 64(3): 206–221.
32. Scharmer, C Otto; Yukelson, A. Theory U. *J. Corp. Citizsh*. 2015; 35–40 .
33. Doucette WR, Nevins JC, Gaither C, Kreling DH, Mott DA, Pedersen CA, Schommer JC. *Research in social & administrative pharmacy*, 2012; 8(4): 274-284.
34. Ribeiro MA, Mendonça SAM, Filardi AFR, Anjos ACY, Ramalho de oliveira D. Implementation and systematization of a comprehensive medication management (CMM) service delivered to women with breast cancer. *Asian J Pharm Clin Res*. 2018; 11(1): 228-235.
35. Luetsch, K. Attitudes and attributes of pharmacists in relation to practice change – A scoping review and discussion. *Res. Soc. Adm. Pharm*. 2017, 13(3): 440–455.
36. Rosenthal MM, Austin Z, Tsuyuki RT. Barriers to pharmacy practice change : Is it our nature or nurture ? 2016; 149(6): 317–319.
37. Frankel GEC, Austin Z. Responsibility and confidence : Identifying barriers to advanced pharmacy practice. 2013; 146(3): 155-161.
38. Saar SRC, Trevisan MA. Papéis profissionais de uma equipe de saúde : visão de seus integrantes professional *Rev. Latino-am Enferm*. 2007; 15(1).
39. Makowsky MJ, Schindel TJ, Rosenthal M, Campbell K, Tsuyukil RT, Madill HM. Collaboration between pharmacists, physicians and nurse practitioners: A qualitative investigation of working relationships in the inpatient medical setting. *J. Interprof. Care* 2009; 23(2):169–184.
40. Feletto E, Wilson LK, Roberts AS, Benrimoj SI, B.P. Building capacity to implement cognitive pharmaceutical services : Quantifying the needs of community pharmacies. *Res*.

Soc. Adm. Pharm. 2010; 6(3):163–173.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação do serviço clínico de GTM no contexto da atenção primária à saúde em Lagoa Santa/MG interferiu profundamente na experiência cotidiana dos profissionais farmacêuticos. Duas características do processo impactaram diretamente na maneira dos farmacêuticos trabalharem. A primeira delas foi a forma de gestão adotada no serviço. A gestão participativa trouxe uma nova perspectiva de responsabilização aos profissionais quanto à forma de conduzir seu trabalho. Para os que não atuavam na coordenação do serviço, foi uma oportunidade de se corresponsabilizar por um projeto. Guiados pela pesquisa-ação, os participantes tiveram a oportunidade de refletir sobre suas expectativas e frustrações quanto a sua prática profissional e, a partir disso, participar ativamente na construção de um novo modelo. Para os coordenadores, foi um exercício de partilha, força e humildade. Na medida em que a coordenação se abre para as perspectivas de todos, o objetivo passa a ser coletivo e compartilhado, e assim, encarnado em todas as ações da equipe, o que facilita sua condução. Entretanto, a coordenação teve de colocar-se em uma posição de constante reflexão e humildade, a todo momento reavaliando o seu papel e o espaço ocupados pelos demais farmacêuticos. Essa horizontalização do processo nos permitiu conhecer mais de perto as fragilidades e fortalezas de cada um dos envolvidos, que, apesar das dificuldades e controvérsias de opinião, caminhar como um grupo unido frente ao desafio. O segundo ponto fundamental do processo foi a adoção da filosofia da atenção farmacêutica como filosofia do serviço de Assistência Farmacêutica (RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2011). Essa nova perspectiva nos fez refletir sobre nossa atuação junto à sociedade, nosso foco e nosso compromisso profissional. Trata-se de um processo norteador que foi sendo incorporado aos poucos no grupo, e que, a partir de então, guiou todas as ações, reflexões e caminhos tomados. Ter a clareza do papel que se desempenha torna o profissional mais seguro de si, permitindo-o reconhecer-se no seu locus de atuação. A adoção da filosofia da atenção farmacêutica facilitou a atuação dos coordenadores (uma vez que ela deixa clara a necessidade do atendimento a uma demanda social) e abriu caminho para que o grupo definisse conjuntamente sua missão e visão no contexto da Assistência Farmacêutica.

Como pesquisadora, encontrei meus próprios dilemas: conduzir uma pesquisa-ação atuando como coordenadora do serviço foi um grande desafio. A todo momento a reflexão crítica sobre meu papel perpassou a condução deste trabalho. A partilha de experiências e dúvidas com o coordenador da Assistência Farmacêutica e com outros pesquisadores foi de fundamental importância para o rigor da pesquisa. O contexto de implantação do serviço de GTM e de análise sobre a atuação do profissional, por si só, já trouxe várias reflexões e questionamentos para esta pesquisadora. Qual o papel desse profissional? Quais fatores dificultavam a adoção dessa nova visão pelo grupo? Em quais aspectos deveríamos trabalhar junto à equipe para torná-la mais receptiva a essa nova atividade e à mudança de atuação profissional que ela requer?...

Além disso, a todo tempo, questionei-me sobre meu papel: Até que ponto eu estou aberta à opinião dos participantes? Até que ponto eles estão preparados para a mudança? Quando o papel da coordenadora e da pesquisadora se misturam e quando se separam? Enfim, muitos questionamentos culminaram em uma constante reflexão e aprendizado, que levarei para o resto de minha vida pessoal e profissional.

Muitas vezes as pessoas desejam a mudança, mas não estão prontas para ela. O tempo, espaço e contribuição de cada um neste processo é diferente. Cabe ao pesquisador ter a sensibilidade de respeitar as necessidades individuais, sem deixar de perceber as pessoas isoladamente e em grupo. E a partir disso, conduzir o trabalho considerando e envolvendo todos os participantes. É claro que nesse percurso tivemos divergências, e nem todos apresentaram o mesmo empoderamento, mas o caminhar em grupo suaviza as dificuldades e motiva a equipe, apesar das turbulências.

Em nosso cenário de prática, percebemos muitos desafios na realização do serviço clínico farmacêutico. Na atenção primária à saúde, encontramos profissionais parceiros abertos à nova atuação do farmacêutico, mas também encontramos profissionais que não se dispunham a trabalhar em equipe. Até mesmo o paciente, maior beneficiário do serviço clínico, vez por outra não dava credibilidade, ou não comparecia aos agendamentos com o farmacêutico. Percebemos a importância do apoio da gestão para a implantação do GTM no SUS. A mudança de atuação do farmacêutico, por si só, já é um grande desafio, uma vez que exige do profissional uma mudança no modo de pensar, de atuar e de se comprometer com sua prática profissional. Isso requer, além de uma nova filosofia de atuação, um novo arcabouço teórico, que exige estudo e dedicação do profissional. Aliado a isso, a inserção de uma nova prática em um contexto de trabalho já existente, requer a aceitação dos demais

envolvidos, e a abertura ao novo. Entendemos que o GTM é um trabalho essencialmente multidisciplinar, que requer a participação de outros profissionais para seu sucesso. Assim, a implantação da prática clínica encontra dois grandes desafios: o técnico e filosófico relacionado com a atuação do profissional, e a barreira social, relacionada com o ambiente de atuação (incluindo a estrutura física), trabalho multiprofissional e fluxo do paciente no serviço. Desse modo, o papel da gestão, tanto da Assistência Farmacêutica quanto da secretaria de saúde, é fundamental para reduzir as barreiras encontradas pelo farmacêutico e contribuir para o sucesso da prática.

Participar da inserção do serviço clínico farmacêutico na atenção primária à saúde, acompanhando de perto a atuação dos farmacêuticos e a resposta das equipes nos permitiu perceber a grande contribuição que o farmacêutico traz para a equipe de saúde no cuidado ao paciente. Além disso, ficou evidente como a realização deste trabalho trouxe empoderamento e satisfação aos farmacêuticos, que puderam reconhecer e ser reconhecidos como profissionais importantes para o cuidado multidisciplinar em saúde.

Esse trabalho nos permite perceber a importância da sistematização da prática clínica farmacêutica, proporcionada por um processo de gestão que viabilize o empoderamento e responsabilização dos farmacêuticos e padronização de sua atuação profissional. Os resultados desta pesquisa apontam para a necessidade do desenvolvimento de pesquisas quantitativas, complementares ao processo de implantação da prática clínica, a fim de medir o impacto clínico e financeiro da inserção de uma prática clínica farmacêutica sistematizada e padronizada no contexto do SUS. Além disso, tornou-se evidente a necessidade de continuarmos investindo na formação dos estudantes de farmácia, a fim de permiti-los chegar ao campo de trabalho preparados para o trabalho multiprofissional e para assumir a responsabilidade pela farmacoterapia dos pacientes.

Por fim, fica evidente que estamos apenas iniciando o processo, e que ainda teremos muito trabalho pela frente para garantir a permanência do farmacêutico na atenção primária à saúde como profissional do cuidado em saúde, exercendo sua expertise na otimização da farmacoterapia do paciente.

11 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família : construindo “ novas autonomias ” no trabalho. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, p. 150–153, 2001.

ANGONESI, D.; SEVALHO, G. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 3603–3614, nov. 2010.

ARAÚJO, A. L. A.; UETA, J. M.; FREITAS, O. Assistência Farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde. **Rev. Ciênc. Farm. Básica**, v. 26, n. 2, p. 87–92, 2005.

ARAÚJO, A. L. A.; FREITAS, O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a Assistência Farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 42, n. 1, p. 10, 2006.

BERNARDES, A. *et al.* Implementation of a participatory management model: Analysis from a political perspective. **J. Nurs. Manag.** v. 23, p. 888–897, 2015.

BRASIL. **Lei nº 13021, de 08 de agosto de 2014**, dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. Brasília, Câmara dos Deputados, 2014a, 4 p.

BRASIL. **Cuidado farmacêutico na atenção primária _ Serviços farmacêuticos na atenção primária à saúde _ caderno 1**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b, 108 p.

BRIDGES, J.; MEYER, J. Exploring the effectiveness of action research as a tool for organizational change in health care. **Journal of Research in Nursing**, v. 12, n. 4, p. 389–399, jul. 2007.

BRULHART, M. I.; WERMEILLE, J. P. Multidisciplinary medication review: Evaluation of a pharmaceutical care model for nursing homes. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 33, n. 3, p. 549–557, 2011.

CARTER, S. M.; LITTLE, M. Justifying knowledge, justifying method, taking action: epistemologies, methodologies, and methods in qualitative research. **Qualitative health research**, v. 17, n. 10, p. 1316–28, dez. 2007.

CHISHOLM-BURNS, M. A. *et al.* US pharmacists’ effect as team members on patient care: systematic review and meta-analyses. **Medical care**, v. 48, n. 10, p. 923–33, out. 2010.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. **Pharmaceutical care practice: the patient centered approach to medication management**. 3. ed. New York: MacGraw-Hill, 2012. 697p.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Resolução n. 585, de 2 de agosto de 2013**. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Brasília: 2013: 11 p.

COSCRATO, G.; BUENO, S.M.B. Pesquisa Qualitativa sobre humanização em Saúde mediatizada por Pesquisa-Ação. **Saúde & Transformação Social**. Florianópolis, v. 1, n. 1, p.

120-128, 2010.

COGHLAN, D.; BRANNICK, T. **Doing Action Research in Your Own Organisation**. 4 Edition, Great Britain: Sage Publishing, 2014.

CURRAN, G.M.; SHOEMAKER, S.J. Advancing pharmacy practice through implementation science. **Research in Social and Administrative Pharmacy**. v. 13, p. 889-891, 2017.

DEY, I. Qualitative data analysis. A user-friendly guide for social scientists. Taylor & Francis e-Library, 2005. Disponível em: http://fsnnetwork.org/sites/default/files/qualitative_data_analysis.pdf.

DETONI, K. B. *et al.*, Impact of a medication therapy management service on the clinical status of patients with chronic obstructive pulmonary disease. **International Journal of Clinical Pharmacy**, n. 39, p. 95–103, 2017.

DUSTMAN, E. L.; KOHAN, M. B.; STRINGER, E. T. Starting small and building out with Ernie Stringer: personal insights into action research and educational change. **Action Research**, v. 12, n. 4, p. 426–443, 11 ago. 2014.

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

FRANCO, M. A. S. Pedagogia da pesquisa-ação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 483-502, set./dez. 2005.

FREITAS, E. L.; RAMALHO DE OLIVEIRA, D.; PERINI, E. Atenção Farmacêutica - Teoria e Prática : um Diálogo Possível? **Acta Farm. Bonaerense**, v. 25, n. 3, p. 447–453, 2006.

FURTADO, Barbara Taciana. **O farmacêutico na Atenção primária: “A experiência da equipe de Programa Saúde da Família frente à atenção farmacêutica”**. 101 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas). Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/lagoa-santa/panorama> Acessado em 07 jan. 2017.

JODY, L.L. *et al.* Evaluation of pharmacists' barriers to the implementation of medication therapy management services. **Journal of the American Pharmacists Association**, v. 49, n. 1, p. 51, jan/Fev 2009.

HERPLER, C. D.; STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **American Journal of Hospital Pharmacy**, v. 47, p. 11, 1990.

KOCH, T.; KRALIK, D. **Participatory action research in health care**. Australia: Blackwell Publishing Ltd, 2006, 183 p.

KRISTIANSEN, M.; BLOCH-POULSEN, J. Participação na pesquisa-ação: entre a metodologia e a visão de mundo, participação e codeterminação. **Trabalho & Educação**, v. 22, n. 1, p. 37–53, 2013.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 867–874, 2011.

KRISTIANSEN, M.; BLOCH-POULSEN, J. Participação na pesquisa-ação: entre a metodologia e a visão de mundo, participação e codeterminação. **Trabalho & Educação**, v. 22, n. 1, p. 37–53, 2013.

LEWIN, K. GRABBE, P. Conduct, Knowledge, and Acceptance of New Values. **Journal of Social Issues**, v. 1, n. 3, p. 53–64, 1945.

LUETSCH, K. Attitudes and attributes of pharmacists in relation to practice change – A scoping review and discussion. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, v. 13, n. 3, p. 440-455, 2017.

LYRA, D. P. L. *et al.* Influence of Pharmaceutical Care intervention and communication skills on the improvement of pharmacotherapeutic outcomes with elderly Brazilian outpatients. **Patient Education and Counseling**, v. 68, n. 2, p. 186–192, 2007.

MARACLE, H. L.; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D.; BRUMMEL, A. Primary Care Providers experiences with Pharmaceutical Care-based Medication Therapy Management Services. **Innovations in pharmacy**, v. 3, n. 1, p. 1–12, 2012.

MAURER, M.; GITHENS, R. P. Toward a reframing of action research for human resource and organization development: Moving beyond problem solving and toward dialogue. **Action Research**, v. 8, n. 3, p. 267–292, 2009.

MENDONCA, S. A. M. *et al.* Clinical outcomes of medication therapy management services in primary health care. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 52, n. 3, p. 365–373, 2016.

MENDES, E. V. **As Redes De Atenção À Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MINAYO, M. C.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239–248, 1993.

MINAYO, M.C.S. Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa The structuring concepts of qualitative research. **Salud colectiva**, Buenos Aires, v. 6, n. 3, p. 251–261, 2010.

MONTEIRO, C. F. S. *et al.* Pesquisa-ação: contribuição para prática investigativa do enfermeiro. **Revista Gaúcha de Enfermagem (Online)**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 167–174, mar. 2010.

MORROW, S. L. Quality and Trustworthiness in Qualitative Research in Counseling Psychology. **Journal of Counseling Psychology**, v. 52, n. 2, p. 250–260, 2005.

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**, nov. 2012.

NICHOLS, R. Action research in health care: the collaborative action research network health care group. **Educational Action Research**, v. 5, n. 2, P. 185-192, 1997.

NORGAARD, L. S.; SORENSEN, E. W. Action research methodology in clinical pharmacy: how to involve and change. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 38, n. 3, 2016.

OLIVEIRA, A. B. *et al.* Obstáculos da atenção farmacêutica no Brasil. v. 41, n. 4, out/dez 2005.

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

RAMALHO DE OLIVEIRA, Djenane. Atenção farmacêutica como contracultura. **Farmácia revista/CRF-MG**, v. fevereiro, n. 3, p. 21–22, 2006.

ROBERTS, A. S. *et al.* Understanding practice change in community pharmacy: A qualitative study in Australia. **Research in Social and Administrative Pharmacy**. v. 1, p. 546–564, 2005.

ROSENTHAL, M.; AUSTIN, Z.; TSUYUKI, R. T. Are pharmacists the ultimate barrier to pharmacy practice change? **Canadian Pharmacists Journal**, v. 143, n. 1, p. 37–42, jan. 2010.

RYAN, F.; COUGHLAN, M.; CRONIN, P. Step-by-step guide to critiquing research. Part 2: Qualitative research. **British journal of nursing**, v. 16, n. 12, p. 738–44, 2007.

SATURNINO, L. T. M. *et al.* Farmacêutico: um profissional em busca de sua identidade. **Rev. bras. farm.**, v. 93, n. 1, p. 10–16, 2012.

SCHARMER, O.; YUKELSON, A. Theory U. **The journal of corporative citizenship issue**, June, n. 58, p. 35–40, 2015.

SILVA, W. B.; DELIZOICOV, D. Profissionalismo e desenvolvimento profissional: lições da sociologia das profissões para entender o processo de legitimação social da farmácia. **Revista brasileira de farmacia**, v. 90, n. 1, p. 27–34, 2009.

SILVA, J. C. *et al.*, Pesquisa-ação: concepções e aplicabilidade nos estudos em Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 592-5, mai-jun 2011.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2753–2762, 2011.

SILVA R. M., JORGE M. S. B., SILVA JÚNIOR A. G. **Planejamento, gestão e avaliação nas práticas de saúde**. Fortaleza: EdUECE, 2015, 548 p.

SMITH, M. G. *et al.* Implementing an integrated care management program in community pharmacies: A focus on medication management services. **Journal of the**

American Pharmacists Association, v. 57, n. 2, p. 229–235, 2017.

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

TAN, E. C. K. *et al.* Pharmacist services provided in general practice clinics : A systematic review and meta-analysis. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, v. 61, 2013.

TARBES, L. *et al.* Farmacêutico : um profissional em busca de sua identidade. **Rev. Bras. Farm.**, v. 93, n. 1, p. 10–16, 2012.

TAYLOR-POWELL, E.; RENNER, M. **Analyzing Qualitative Data**. Madison: Board of Regents of the University of Wisconsin, (G3658-12), 2003.

THIOLLENT, M; SILVA, G. O. Metodologia de pesquisa-ação na área de gestão de problemas ambientais. **R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 93-100, jan.-jun., 2007.

THIOLLENT, M. Action Research and Participatory Research: An Overview. **International Journal of Action Research**, v. 7, n. 2, p. 160-174, 2011a.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011b.

TRIPP, D. Action research : a methodological introduction. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443–466, 2005.

TUZZO, S. A.; BRAGA, C. F. O. processo de triangulação da pesquisa qualitativa: o metafenômeno como gênese. **Revista Pesquisa Qualitativa**. v. 4, n.5, p. 140-158, ago. 2016.

VALLENGA, D. *et al.* Action research : what , why and how ? **Acta neurol. Belg.**, n. 109, p. 81–90, 2009.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 1, p. 213–220, 2007.

VILLA, E. A. **PEDAGOGIA DO CUIDADO : a relação de saberes e valores no trabalho do Programa Saúde da Família**. 2008. 1-212 f. Tese (Doutorado em educação), Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

WATERMAN, H. *et al.* The Role of Action Research in the Investigation and Diffusion of Innovations in Health Care : The PRIDE Project. **Qualitative Health Research**, v. 17, n. 3, p. 373-381, 2007.

WOODS, P.; GAPP, R.; KING, M. Researching pharmacist managerial capability: philosophical perspectives and paradigms of inquiry. **Res Soc Adm Pharm**. v. 11, n. 2, p. 265-279, 2011.

ANEXO I



Secretaria Municipal de Saúde de Lagoa Santa/MG¹

O empoderamento dos farmacêuticos na implantação do serviço clínico farmacêutico em Lagoa Santa/MG

Grazielli Cristina Batista de Oliveira²

Adson José Moreira³

Fabiano Moreira da Silva⁴

Djenane Ramalho de Oliveira⁵

¹ Secretaria Municipal de Saúde de Lagoa Santa/MG – Av. Academico Nilo Figueiredo, 2500, Santos Dumont – Lagoa Santa/MG – CEP: 33400-000, *e-mail*: <gabinetesaude.ls@gmail.com>. Contato (31) 3688-1426.

² Doutoranda em Medicamentos e Assistência Farmacêutica, coordenadora clínica da Assistência Farmacêutica, *e-mail*: <graziellcristis@gmail.com>.

³ Especialista em Gestão de Projetos, coordenador da Assistência Farmacêutica, *e-mail*: <farmacialagoasanta.adson@gmail.com>.

⁴ Mestre em Saúde Pública, ex-secretário municipal de Saúde, *e-mail*: <fabiano.educ@gmail.com>.

⁵ Doutora em Atenção Farmacêutica, coordenadora Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica da UFMG, *e-mail*: <djenane.oliveira@gmail.com>.

1 Introdução

O cenário atual do cuidado em saúde requer do profissional farmacêutico mais que apenas fornecer o medicamento. Entretanto, no Sistema Único de Saúde (SUS), assim como em outros cenários, o papel do farmacêutico ainda não está bem definido (SATURNINO et al., 2012). No Brasil, o termo Assistência Farmacêutica (AF) envolve atividades de caráter abrangente, multiprofissional e intersetorial, que situam como objeto de trabalho a organização das ações e os serviços relacionados ao medicamento em suas diversas dimensões, com ênfase na relação com o paciente e na visão da promoção da saúde (MARIN et al., 2003). Mas o processo de trabalho do farmacêutico ainda consiste, essencialmente, nas atividades de gestão e de entrega dos medicamentos nas unidades, com pouca inserção ou participação no cuidado efetivo dos usuários. O serviço clínico farmacêutico ainda é incipiente no Brasil, havendo desconhecimento dos profissionais de saúde sobre as atividades assistenciais exercidas pelo farmacêutico (COSTA; PEREIRA, 2012). A própria autopercepção do farmacêutico como profissional de saúde ainda não está bem estabelecida (OLIVEIRA, 2008).

A Atenção Farmacêutica, proposta por Cipolle, Strand e Morley (2012), é uma prática em que o profissional farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades relacionadas aos medicamentos dos pacientes e responde por este compromisso. No curso dessa prática, o uso dos medicamentos é monitorado com o objetivo de alcançar resultados positivos em saúde. Nesse contexto, Ramalho de Oliveira atribui o termo Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM) ao serviço clínico oferecido pelo profissional farmacêutico, trabalhando diretamente com o paciente em colaboração com outros profissionais da Saúde para garantir que todos os medicamentos em uso sejam os mais indicados, efetivos, seguros e convenientes (OLIVEIRA, 2011). Assim, o serviço de GTM é a tradução da Atenção Farmacêutica na realidade do sistema de saúde. É o serviço que pode ser experimentado pelo paciente, avaliado pelos gestores e que dialoga facilmente com os outros serviços de saúde.

O GTM é um modelo de serviço desenvolvido no âmbito da Assistência Farmacêutica, apresentando-se como tecnologia adequada para a promoção do Uso Racional de Medicamentos no cotidiano dos usuários do SUS, em consonância com as funções da Atenção Primária à Saúde e com a proposta das Redes de Atenção à Saúde. Trata-se de uma ferramenta que viabiliza a padronização da atuação clínica do farmacêutico, permitindo-o realizar intervenções baseadas em uma propedêutica farmacoterapêutica – processo racional e sistemático de tomada de decisões em farmacoterapia que valoriza o trabalho direto com as pessoas, o envolvimento com a comunidade, a construção de relações multiprofissionais e a responsabilização pela farmacoterapia (FREITAS; OLIVEIRA; PERINI, 2006).

Nesse cenário, para a implementação do serviço de GTM no SUS, torna-se necessária a reorganização da Assistência Farmacêutica, a fim de permitir ao farmacêutico atuar tanto na gestão de estoque quanto no atendimento clínico ao paciente, criando o espaço e a estrutura que permitam a inclusão de um novo serviço clínico. Considerando esse desafio, procuramos, neste trabalho, conduzir a coordenação da Assistência Farmacêutica utilizando a pesquisa-ação como instrumento de gestão. Com essa ferramenta, buscamos garantir o envolvimento ativo dos farmacêuticos no processo de reestruturação do serviço, a fim de promover condições para que eles fossem capazes de realizar o serviço clínico de forma eficiente e permanente, sem negligenciar as outras atividades próprias à Assistência Farmacêutica. Assim, nosso objetivo é relatar os resultados da utilização da pesquisa-ação como instrumento de gestão e democratização das relações na Assistência Farmacêutica em seu processo de reestruturação para inserção do serviço clínico de GTM no município de Lagoa Santa/MG.

2 Características da Experiência

2.1 Cenário

A reestruturação da Assistência Farmacêutica foi iniciada em Lagoa Santa/MG, no período de junho de 2013, com foco na inserção do serviço clínico farmacêutico, doravante denominado GTM. Lagoa Santa é uma cidade mineira localizada na Região Metropolitana de Belo Horizonte, a 35 km da capital, com 229,3 km² de área e população estimada em 57.990 habitantes (2015). O serviço de saúde municipal se distribui em quatro regionais de saúde, com 17 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e três unidades de apoio; duas equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf); uma equipe de Serviço de Assistência Domiciliar (SAD); três unidades de Saúde Mental: Centro de Atenção Psicossocial (Caps), álcool e drogas (AD) e infantil; um centro de reabilitação motora; um laboratório de análises clínicas; um ambulatório de especialidades (Policlínica Oeste); um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Ao iniciarmos este trabalho, encontramos um cenário com dois farmacêuticos. A Assistência Farmacêutica encontrava-se desestruturada, sem documentação dos processos ou padronização das práticas. Os farmacêuticos atuavam em farmácias municipais, com pouca ou nenhuma atuação interdisciplinar com a equipe de saúde, o que contribuiu para que a Assistência Farmacêutica

fosse reconhecida apenas pelo fornecimento de medicamentos. As atividades do ciclo do medicamento (programação, aquisição, armazenamento, distribuição e logística) eram realizadas por um profissional de nível médio com a colaboração eventual de um farmacêutico. Faltavam medicamentos em estoque, com 26% dos itens licitados tendo sido frustrados e/ou desertos na última licitação realizada.

2.2 Reestruturação da Gestão do Serviço

O apoio da gestão da Secretaria de Saúde permitiu a contratação de mais sete farmacêuticos, compondo uma equipe de nove profissionais que participaram do projeto de reestruturação da Assistência Farmacêutica e inserção do serviço clínico de GTM. Além disso, a equipe contou com o suporte técnico do Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais (Ceaf-UFMG), que viabilizou que este trabalho fosse parte de um projeto de doutorado desenvolvido no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica da Fafar/UFMG.

A pesquisa-ação foi escolhida como ferramenta de gestão para este projeto devido a seu caráter dialógico. Trata-se de metodologia qualitativa bastante utilizada no campo da saúde (KOCH; KARLIK, 2006; ROTH; SANDBERG; SVENSSON, 2004; VALLENGA, 2009) que capacita o profissional no desenvolvimento do conhecimento que ele próprio usará na prática. Essa metodologia de pesquisa visa envolver o indivíduo que conhece o campo ou o local de trabalho “por dentro”, sendo visto como profundo conhecedor desse cenário. No cenário de mudança da práxis, a pesquisa-ação torna-se ferramenta de gestão colaborativa, tendo por objetivo analisar se a nova prática reflete os valores que os profissionais consideram importantes ou se a nova tecnologia ajuda os praticantes a alcançarem os seus objetivos de acordo com o que acreditam (WATERMAN et al., 2007). Essa ferramenta foi utilizada como instrumento de gestão, fomentando a participação e a reflexão dos farmacêuticos no processo de reestruturação da Assistência Farmacêutica.

Assim, foi adotada uma forma de coordenação que estabelece metas e cobra resultados, mas que também se propõe a prover os subsídios necessários ao serviço e se abre ao diálogo e às críticas, prezando a autonomia e a liberdade dos farmacêuticos participantes. Para o acompanhamento desse projeto, foram realizadas reuniões quinzenais com a equipe de farmacêuticos. Essas reuniões tinham o objetivo de manter a equipe unida e permitir a construção coletiva do trabalho. Esse espaço foi utilizado para o diálogo em equipe sobre questões

internas e externas ao serviço, estimular reflexões sobre as medidas tomadas e os resultados encontrados, propor caminhos para a resolução dos problemas e estimular o empoderamento dos farmacêuticos nas suas atividades diárias e na reestruturação da Assistência Farmacêutica com inserção do serviço de GTM.

A previsão era que a gestão participativa fosse incorporada à Assistência Farmacêutica e que, progressivamente, o serviço clínico pudesse ser incorporado a todas as UBS do município.

3 Resultados

3.1 Empoderamento e Autonomia dos Farmacêuticos

O engajamento dos farmacêuticos na reestruturação da Assistência Farmacêutica e na implantação do serviço de GTM proporcionou o empoderamento desses profissionais. Essa construção colaborativa tornou-se um instrumento de democratização das relações na Assistência Farmacêutica, viabilizando a construção de um serviço que permita a aplicação de todo o conhecimento técnico desse profissional na promoção do Uso Racional do Medicamento pelos usuários do SUS. A pesquisa-ação viabilizou a construção colaborativa mantendo a direção e o foco na inovação que estava sendo implementada, como representado na fala a seguir.

“Mas a gente precisa, de uma certa forma, de um eixo centralizador. A gente tem um eixo centralizador que é a tua proposta. Então isso facilita, quando a gente tem esse eixo, tem essa proposta, a gente é capaz de agregar sim. Mas quando, a gente tá assim, um trabalha no lugar e outro no outro, a gente não tem. A gente acaba se separando. Então eu acho que é isso, que nossa profissão acaba perdendo muito por causa disso.”

Farmacêutica referindo-se ao foco do trabalho coletivo

A pesquisa-ação permitiu ao grupo refletir sobre seu papel enquanto profissional e enquanto membro da equipe da Assistência Farmacêutica. Cada um tornou-se responsável pelo serviço à medida que levava o nome da Assistência Farmacêutica em qualquer ponto da rede que estivesse atuando, como representado na fala a seguir.

“O empoderamento está em qualquer ação que você faça. Porque em qualquer ação que você faça, você tá contribuindo pro crescimento da Assistência Farmacêutica. É o nome da Assistência Farmacêutica que você leva. Nó! Assistência Farmacêutica! A pessoa respeita o nosso serviço pensando no coletivo.”

Farmacêutico em reunião de equipe sobre empoderamento

No desenvolvimento e aprendizado sobre sua própria prática, a pesquisa-ação estimulou os participantes a tornarem-se reflexivos sobre o que eles são capazes de aprender sobre si mesmos, pessoal e profissionalmente, e sobre o que são capazes de aprender sobre seu trabalho, sua organização e seu público-alvo (NGWERUME; THEMESSEL-HUBER, 2010). Isso os tornou mais conscientes de suas ações e mais assertivos no trabalho coletivo.

“Participar de um processo de implantação. Porque eu achei interessante participar? Porque participando ativamente eu fiquei muito mais envolvida, então isso ajuda. E participando eu percebo também mais uma vez as minhas lacunas e assim eu tenho que crescer. Porque participando desde o início eu precisei aprender como gerir meu tempo, como ser empática com as pessoas, de como ser política. Aí eu acho que participar realmente do serviço, e não ter ganhado ele pronto, me deu essas possibilidades.”

Farmacêutica referindo-se às contribuições da sua participação ativa na construção do serviço clínico

3.2 A reestruturação da Assistência Farmacêutica

Estudos sobre a rotina dos farmacêuticos apontam para dificuldades quanto à organização do trabalho e à falta de visão padronizada das atividades a serem desenvolvidas. Essa situação é agravada pela falta de recursos humanos e pela subutilização dos serviços farmacêuticos (OLIVEIRA, 2011; FURTADO, 2008). Neste trabalho, percebemos a necessidade de inovação da atuação do farmacêutico, que passa a assumir o papel de supervisor das atividades voltadas ao estoque de medicamentos (que seriam executadas pelos atendentes) e executor das atividades voltadas ao paciente, interagindo diretamente com a equipe multidisciplinar de saúde por meio da provisão do serviço de GTM, redirecionando o foco do medicamento para o paciente.

A qualidade e a padronização do serviço foi um dos objetivos do novo modelo. Para a organização do serviço de AF, foram elaborados cerca de 50 documentos (fluxos, POP e guias) sobre normas de conduta e orientações aos

servidores da rede e usuários. A equipe foi estimulada quanto à qualificação técnica, somando mais de 600 horas de cursos e capacitações.

Quando o trabalho foi iniciado, encontramos um processo licitatório em andamento. Dos itens inclusos neste processo, vários foram frustrados devido a problemas nas especificações dos medicamentos. A organização do nosso serviço permitiu redução gradual do número de medicamentos frustrados e/ou desertos nas licitações de medicamentos, tornando o serviço mais eficiente e garantindo o acesso do medicamento ao usuário.

Com o novo modelo de serviço, foi implantado o serviço de consultas compartilhadas de farmacêuticos com médicos e outros profissionais de saúde. Além disso, a participação do farmacêutico em grupos operativos tornou-o mais próximo do paciente e dos demais profissionais de saúde. Foram realizadas campanhas junto à população de conscientização sobre uso correto de medicamentos e locais para retirar medicamentos e receber orientação farmacêutica.

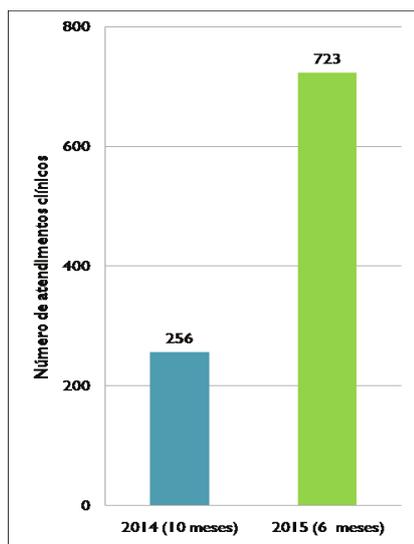
A fim de viabilizar a inserção do serviço clínico farmacêutico mantendo a qualidade das ações voltadas à gestão do estoque, criamos um modelo de organização da Assistência Farmacêutica com criação da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF). Este setor conta com um farmacêutico que atua do nível central, como supervisor da gestão de estoque de todas as unidades de farmácia. Ao farmacêutico que atua na ponta junto ao paciente e responde tecnicamente pela farmácia, cabem as atividades de capacitação e supervisão do atendente, orientação ao paciente e atendimento clínico de GTM. A entrega de medicamentos passa a ser realizada exclusivamente pelo atendente, cabendo ao farmacêutico o atendimento individualizado ao paciente, dando ao profissional condições para lidar e resolver os problemas relacionados ao uso de medicamento pelo paciente. A estruturação da CAF atuando também na gestão de estoque das farmácias satélites proporcionou um apoio aos farmacêuticos, viabilizando sua atuação junto ao paciente.

3.3 Serviço Clínico – Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM)

A inserção do serviço clínico permitiu ao farmacêutico atuar de forma mais efetiva, influenciando na prescrição e na utilização da farmacoterapia dos pacientes. Além disso, percebemos que, nas unidades onde o serviço de GTM foi realizado, a equipe de saúde manteve-se mais aberta à atuação do farmacêutico, viabilizando o engajamento da Assistência Farmacêutica aos demais setores da rede de saúde. O serviço clínico já foi implantado em nove unidades de saúde,

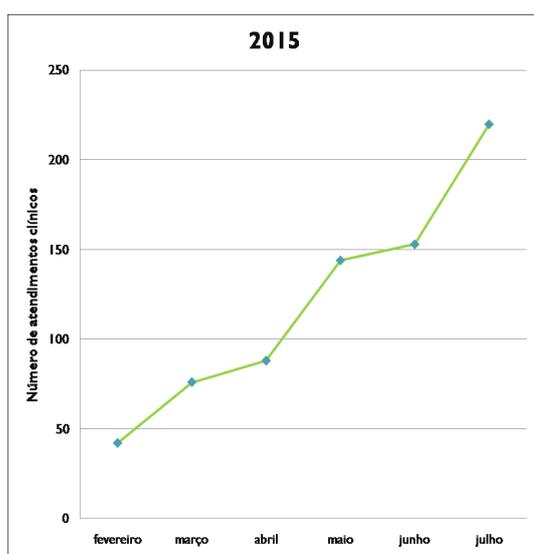
com o farmacêutico dedicando 20 horas semanais para atividades assistenciais por UBS. O número de atendimentos clínicos vem aumentando, como representado nos gráficos 1 e 2.

Gráfico 1 – Comparativo de 2014 e 2015 dos atendimentos clínico (GTM) em Lagoa Santa



Fonte: Elaboração própria.

Gráfico 2 – Número de atendimentos clínicos (GTM) em Lagoa Santa



Fonte: Elaboração própria.

A participação interdisciplinar do farmacêutico como membro da equipe multidisciplinar na atenção primária deve ser objetivo e meio dessa práxis, viabilizada pela autonomia, que, acima de qualquer coisa, deve ser autonomia coletiva (BARRETO; PAULA, 2014). Entretanto, neste estudo, assim como em outros relatados na literatura (ROSENTAL; AUSTIN; TSUYUKI, 2010; ALANGO, 2005; OLIVEIRA, 2008), percebemos que a formação do farmacêutico não o prepara para atuar em parceria com a equipe de saúde, não deixa claro seu papel na equipe multidisciplinar e tão pouco o provê com habilidades e instrumentos para interagir de forma interdisciplinar com essa equipe. Saar e Trevizan (2007) apontam para uma dicotomia entre teoria e a prática na formação do profissional farmacêutico. Assim, a interação com a equipe foi um meio de trabalho, mas também de aprendizado, tornando-se uma continuação da formação deste profissional. Essa interação com os outros profissionais de saúde tem trazido bons resultados ao trabalho da equipe, conforme descrito na fala a seguir.

“Ela (farmacêutica) avalia os pacientes, checa se tá tomando a medicação corretamente, quais são os efeitos esperados e os efeitos adversos, faz um controle anual desses pacientes, faz a revisão desse paciente. [Esse trabalho] otimiza o tratamento e melhora a aceitação do paciente. É de grande ajuda a intervenção da farmacêutica aqui e a aceitação de todos da unidade foi muito boa, a população também agradece o trabalho dela e valoriza a intervenção do farmacêutico.”

Relato de médico da UBS que tem o serviço de GTM

Este trabalho nos proporcionou ser o primeiro município de médio porte escolhido para participar do projeto do Ministério da Saúde “Cuidado Farmacêutico”, que visa implantar o serviço clínico farmacêutico na Assistência Farmacêutica do SUS.

4 Conclusão

Em nosso cenário de prática, percebemos muitos desafios na realização do serviço clínico pelo farmacêutico. Encontramos profissionais parceiros abertos ao novo papel clínico do farmacêutico, mas também encontramos profissionais que não se dispunham a trabalhar em equipe. Até mesmo o paciente, maior beneficiário do serviço clínico, algumas vezes não dava credibilidade ou comparecia aos agendamentos com o farmacêutico. Além disso, eventualmente o próprio farmacêutico se via perdido diante de condutas clínicas e situações para as quais sua formação não o preparou. Enfim, muitos desafios que exigiam do farmacêutico a necessidade de inovar e reinventar sua prática. Essas barreiras, por vezes, podem causar desmotivação e perda da visão dos objetivos. As reuniões realizadas na pesquisa-ação foram instrumentos importantes para motivar a equipe diante das dificuldades e para nos permitir perceber e reconhecer onde estávamos errando. As discussões permitiam-nos perceber os pontos fortes do serviço e as fragilidades que se apresentavam. Permitia-nos reconhecer as oportunidades e nos apoiarmos nelas para alcançarmos os objetivos. É claro que neste percurso tivemos divergências, e que nem todos apresentaram o mesmo empoderamento, mas o caminhar em grupo suaviza as dificuldades e motiva a equipe, apesar das turbulências.

Referências

ALANO, G. M. **Reflexão e contribuição para uma nova prática: os serviços farmacêuticos voltados ao paciente sob a perspectiva de farmacêuticos do Estado de Santa Catarina.** 2005. 199 f. Dissertação (Mestrado em Farmácia) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

BARRETO, R. de O.; PAULA, A. P. P. de. Rio da Vida Coletivo: empoderamento, emancipação e práxis. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 1, p. 111-130, 2014.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. **Pharmaceutical care practice: the patient centered approach to medication management.** 3rd ed. New York: McGraw-Hill, 2012. 697 p.

COSTA, J. M.; PEREIRA, M. L. Implantação da atenção farmacêutica em uma unidade de atenção primária à saúde do Brasil: avaliação qualitativa por uma equipe multiprofissional. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 15, n. 3, p. 287-293, jul./set. 2012.

FREITAS, E. L.; OLIVEIRA, D. R. de.; PERINI, E. Atenção farmacêutica: teoria e prática: um diálogo possível?. **Acta Farmacéutica Bonaerense**, [S.l.], v. 25, n. 3, p. 447-453, 2006.

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

KOCH, T.; KRALIK, D. **Participatory action research in health care.** Carlton (Vic): Blackwell Publishing, 2006. 186 p.

MARIN, N. et al. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais.** Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003. 373 p.

NGWERUME, K. T.; THEMESSEL-HUBER, M. Using action research to develop a research aware community pharmacy team. **Action Research**, v. 8, p. 387-406, 2010.

OLIVEIRA, A. F. **A percepção dos farmacêuticos como profissionais da atenção primária de saúde no sus de fortaleza – CE.** 2008. 123 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

OLIVEIRA, D. R. de. **Atenção Farmacêutica:** da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa. São Paulo: RCN Editora, 2011.

ROTH, J.; SANDBERG, R.; SVENSSON, C. The Dual role of the Insider Action Researcher. In: ADLER, N.; SHANI, A. B.; STYHRE, A. (Ed.). **Collaborative research in organizations:** Foundations for learning, change, and theoretical development. [S.l.]: SAGE Publications, 2004. p. 117-134.

ROSENTHAL, M.; AUSTIN, Z.; TSUYUKI, R. T. Are pharmacists the ultimate barrier to pharmacy practice change?. **Canadian Pharmacists Journal**, v. 143, n. 1, p. 37-42, Jan. 2010.

SAAR, S. R. da C.; TREVIZAN, M. A. Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.l.], v. 15, n. 1, p. 106-112, 2007.

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

VALLENGA, D. et al. Action research: what, why and how?. **Acta Neurologica Belgica**, [S.l.], v. 109, n. 2, p. 81-90, 2009.

WATERMAN, H. et al. The Role of Action Research in the Investigation and Diffusion of Innovations in Health Care: The PRIDE Project. **Qualitative Health Research**, [S.l.], v. 17, n. 3, p. 373-381, 2007.

ANEXO II



Lagoa Santa/MG

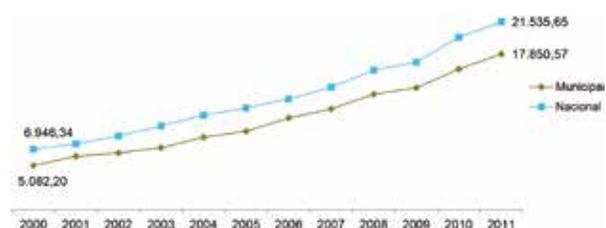
Imagem aérea do Município de Lagoa Santa

Reestruturação da assistência farmacêutica no município de Lagoa Santa (MG)

CARACTERIZAÇÃO

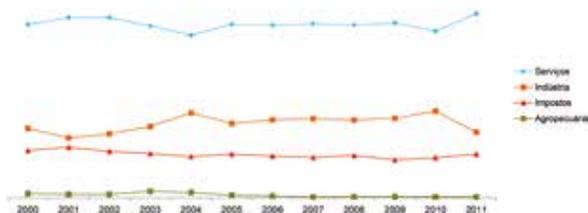
Lagoa Santa é um município mineiro, localizado a 35 km da capital, Belo Horizonte. A cidade possui 231,9 km² de área e 52.520 habitantes, dos quais, 51% são mulheres e 49% são homens. Os idosos representam 10,3% da população de Lagoa Santa (IBGE/2012). O município apresenta, desde 2000, um aumento no Produto Interno Bruto (PIB), seguindo a tendência do crescimento nacional (gráfico 1). O setor de serviços teve maior participação (62,4%) na economia do município no período de 2000 a 2011 (gráfico 2).

Gráfico 1: Comparação do PIB per capita do município de Lagoa Santa com PIB nacional de 2000 a 2011



Fonte: IBGE (2011); DATASUS (2011)

Gráfico 2: Participação dos setores da economia no PIB do município de Lagoa Santa, no período de 2000 a 2011



Fonte: IBGE (2011); DATASUS (2011)

Perfil epidemiológico

Lagoa Santa faz parte da Região de Saúde de Vespasiano, que, além desses dois municípios, é composta por Confins, Matozinhos, Pedro Leopoldo, Santana do Riacho e São José da Lapa.

Dados do Censo Demográfico de 2010, do IBGE, demonstram que, dentro de sua região, Lagoa Santa apresenta a menor taxa de analfabetismo (4,6%); o quarto maior PIB per capita (R\$ 16.116,68); a maior renda média domiciliar per capita (R\$ 1.064,73); o maior Índice de Desenvolvimento Humano (0,777); porém, a pior desigualdade social, com índice de Gini 0,5874.

Historicamente, segundo Atlas Brasil 2013, Lagoa Santa vem reduzindo sua taxa de mortalidade, de 27 por mil nascidos vivos, em 2000, para 13,2 por mil nascidos vivos, em 2010.

Estruturação da rede de saúde

O município está dividido em quatro regiões. Além do atendimento básico, elas também oferecem assistência especializada em ortopedia, cirurgia geral, cardiologia, endocrinologia, entre outras.

A rede de saúde está estruturada da seguinte forma: 17 Unidades Básicas de Saúde (UBS); 2 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF); 2 equipes do Serviço de Assistência Domiciliar (SAD); 3 Centros de Atenção Psicossocial (Caps), sendo um Caps tipo I, um Caps Álcool e Drogas (Caps AD) e um Caps Infantil (Caps-i); 1 centro de reabilitação motora; 1 laboratório de análises clínicas; 1 ambulatório de especialidades (Policlínica Oeste); 1 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e 1 unidade de Pronto Atendimento Municipal (PAM).

Assistência farmacêutica

A assistência farmacêutica (AF) municipal é composta uma Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) e por sete farmácias, incluindo uma farmácia do Pronto Atendimento Municipal (PAM). O quadro de funcionários é composto por dez profissionais, o que corresponde a um farmacêutico por seis mil habitantes, organizando-se da seguinte forma: dois farmacêuticos coordenadores, quatro farmacêuticos da área administrativa, um farmacêutico no Serviço de Atendimento Domiciliário (SAD) e três farmacêuticos clínicos. A AF atende cerca de 500 pacientes por dia.

O farmacêutico atua nas unidades onde existe farmácia, como responsável técnico, e também em unidades onde não existe, atuando em colaboração com a equipe de saúde, no atendimento ao paciente – serviço clínico. Além disso, os farmacêuticos participam de grupos operativos e de outros programas como os de tuberculose/hanseníase e de tabagismo.

A Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume) é elaborada e atualizada por uma comissão técnica multidisciplinar, presidida por farmacêuticos. Esta lista conta com medicamentos básicos (que contemplam a maioria das doenças) e medicamentos estratégicos para quadros específicos como toxoplasmose, hanseníase, tuberculose, entre outros.

O município não possui pontos de entrega de medicamento de alto custo, porém a equipe da AF auxilia os pacientes quanto à documentação para solicitar medicamentos de alto custo junto ao Estado. Anualmente, são gastos cerca de R\$ 800 mil com a compra de medicamentos e insumos.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

Esta experiência demonstra o processo de reestruturação da AF no município de Lagoa Santa (MG). As ações foram iniciadas no sentido de promover o acesso do usuário ao medicamento e sua utilização na forma mais indicada, efetiva, segura e conveniente possível no âmbito municipal.

METODOLOGIA

Para a construção de um serviço de AF com foco e prioridade no usuário, a gestão foi reestruturada. Optou-se pela gestão compartilhada, em que os far-

macêuticos têm autonomia e participam ativamente das decisões que guiam o serviço. Para isto, são realizadas reuniões quinzenais, nas quais a equipe discute o cenário de atuação, levanta os problemas enfrentados e, de forma colaborativa, encontra soluções e alternativas para resolvê-los.

O projeto de reestruturação para reformular a AF foi desenvolvido pelos coordenadores em parceria com a equipe. Como ferramenta, foi utilizado o guia *PROJECT MANAGEMENT BASE OF KNOWLEDMENT* (PMBOK). O guia é um instrumento de auxílio ao gerenciamento de projetos, que possibilita a definição de processos integrados para a execução.

Com o intuito de compreender as necessidades do usuário e atuar de forma mais efetiva junto à farmacoterapia do paciente, foi inserido o serviço clínico farmacêutico na rede municipal de saúde. Hepler e Strand (1990) propõem a AF como resposta à demanda (silenciosa) da sociedade, que requer alguém que se responsabilize por seus problemas relacionados ao uso de medicamentos (HEPLER, C. D., STRAND, 1990).

A AF é um modelo de prática que possui um método de trabalho que permite ao farmacêutico intervir na farmacoterapia do paciente de forma responsável, por meio da padronização de sua prática clínica, e respeitosa, por meio de intervenções centradas nos indivíduos e baseadas em um processo racional de tomada de decisões.

Segundo Ramalho de Oliveira (2011), no cenário da Farmácia, em que não há filosofia de prática, a AF passa a ser considerada a filosofia que orienta todas as práticas desse profissional, não sendo limitada a apenas um serviço. Nesse contexto, a autora denomina Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM) o serviço clínico que é oferecido no cotidiano do profissional, apresentando os mesmos componentes fundamentais e as mesmas características da prática da AF.

Este serviço utiliza o método de trabalho *PHARMACOTHERAPY WORKUP (PW)*, que nos permite padronizar a atuação clínica e realizar intervenções baseadas em um processo racional de tomada de decisões (RAMALHO-DE OLIVEIRA, 2011). Dessa forma, possibilita uma prática profissional em que o farmacêutico, em cooperação com o paciente e com outros profissionais da saúde, melhora os resultados da terapia medicamentosa do paciente pela prevenção, identificação e resolução de Problemas Relacionados ao Uso de Medicamento (PRMs). Define-se PRM como um evento indesejado da farmacoterapia, vivido pelo

paciente e que interfere, real ou potencialmente, no resultado esperado da mesma (FREITAS; RAMALHO DE OLIVEIRA OLIVEIRA; PERINI, 2006).

Para garantir a qualidade técnica ao trabalho, foi realizada uma parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), por meio do Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica (Ceaf). Esta parceria foi fundamental para guiar os profissionais no exercício de uma prática ainda insipiente no cenário da AF.

Descrição da experiência

No primeiro semestre de 2013 havia apenas três farmacêuticos atuando no município. Para a reestruturação foi realizada a seleção de novos farmacêuticos, já para os cargos específicos: administrativo e clínico.

Foi realizada a alteração do método de coordenação do serviço, para a gestão compartilhada, seguido da realização de um diagnóstico da situação encontrada atual da AF. Utilizando o guia *PMBOK* foi elaborado o planejamento; definidas as ações a serem executadas; e elaborados o cronograma para a conclusão das atividades e o plano de controle e monitoramento destas ações.

Não havia registros ou padrões a serem seguidos. Este diagnóstico levou a equipe a elaborar vários Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) e fluxos de serviços.

Durante a gestão foi inaugurado o Pronto Atendimento Municipal (PAM). A AF municipal foi responsável pela elaboração da lista de medicamentos, implantação da farmácia nesta unidade, treinamento da equipe e inserção do farmacêutico RT no serviço.

Ciclo da assistência farmacêutica

Seleção - A etapa de seleção já era realizada por uma comissão multidisciplinar responsável pela elaboração da Remume. Membros da nova equipe de AF passaram a integrar esta equipe participando de forma ativa na elaboração desta lista.

Programação, aquisição, armazenamento e distribuição - As atividades de programação, aquisição, armazenamento e logística de distribuição para as farmácias eram realizadas por um profissional de nível médio com a colaboração do farmacêutico em situações eventuais. Para solucionar o problema, foi criada a Central de Abastecimento

Farmacêutico (CAF). Um farmacêutico foi nomeado responsável técnico (RT). Além disso, todos os farmacêuticos foram treinados nas atividades de compra e licitação, a fim de garantir agilidade nos processos burocráticos e manutenção permanente do estoque mínimo. Assim, todas as etapas de programação, aquisição, armazenamento e distribuição foram reorganizadas.

Dispensação e acesso - Respeitando a demanda da população, foi criada uma nova farmácia para atendimento direto, no bairro Joana D'arc, com um farmacêutico à disposição. Além disso, todos os atendentes foram treinados e os farmacêuticos, orientados a estarem mais próximos e disponíveis ao usuário.

Atendimento farmacêutico: definição de funções no serviço - Segundo Mendes (2011), as questões logísticas, fundamentais para a garantia da acessibilidade aos medicamentos, não devem ser sobrevalorizadas como única e exclusiva atribuição dos farmacêuticos, em uma visão equivocada que institui o medicamento como objeto da AF. Uma proposta consequente de AF desloca o seu objeto do medicamento, colocando, como seu sujeito, as pessoas usuárias do sistema de atenção à saúde (MENDES, 2011). Assim, a prioridade foi facilitar o contato do farmacêutico com o usuário.

Neste contexto, o serviço foi organizado de modo a designar farmacêuticos responsáveis técnicos para as seis farmácias municipais, além da CAF e da farmácia do PAM. Os farmacêuticos clínicos passaram a ser responsáveis pelo atendimento clínico aos pacientes.

Aos farmacêuticos da área administrativa couberam as responsabilidades de zelar pelo estoque de medicamentos, pela qualidade do atendimento nas unidades, pela orientação sobre aquisição e utilização dos medicamentos e insumos, além de participar de grupos operativos e realizar orientação dos pacientes diabéticos sobre a aquisição e a utilização do glicosímetro. Assim, os farmacêuticos foram inseridos nos grupos anti-tabagismo e hiperdia, em consultas compartilhadas com o médico nos programas de tuberculose e hanseníase; nas comissões técnicas de protocolo e de farmacoterapia; e em eventos públicos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

A fim de ampliar a atuação do farmacêutico, foi implantado o serviço de Gerenciamento da Terapia

Medicamentosa (GTM), que permitiu que a atuação dos profissionais não se restringisse ao provimento do medicamento ou de orientações sobre seu uso, mas, sim, que atuassem ativamente na escolha da farmacoterapia respeitando as individualidades dos usuários e garantindo que os medicamentos por eles utilizados fossem os mais indicados, efetivos, seguros e convenientes. Neste contexto, coube aos farmacêuticos realizar atendimentos clínicos e visitas domiciliares, tendo como instrumento o serviço de GTM, a fim de promover a adesão ao tratamento; o acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes; o uso racional de medicamentos; a orientação sobre riscos relacionados à prática da automedicação; a participação de discussão de casos clínicos com as equipes multiprofissionais e a atenção contra os erros de medicação.

A todos os farmacêuticos couberam atividades comuns de atuação como profissional da saúde, tendo sempre o paciente como foco e prioridade do serviço; a orientação de usuários e profissionais da rede sobre fluxos e protocolos da AF; a participação em grupos operativos e em reuniões técnicas realizadas na gestão da AF, contribuindo de forma construtiva.

Serviço clínico - Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM)

A abordagem foi determinada de acordo com o perfil de usuário, visando, principalmente, pacientes idosos, não alfabetizados, acamados/debilitados e seus respectivos cuidadores, em uso de medicamentos do programa de tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, doenças respiratórias (Programa Respira Lagoa), planejamento familiar, entre outros que necessitassem de atendimento especializado.

Implantação - Cada farmacêutico ficou responsável por duas UBS e deram início às atividades de capacitação da equipe, com o objetivo de explicar a proposta do serviço e estabelecer vínculo com estes profissionais.

Captação dos pacientes - A captação dos pacientes foi realizada tanto pelas farmacêuticas, quanto pelos demais profissionais da saúde. Desde o Agente Comunitário de Saúde (ACS) até o médico, todos estavam aptos a identificar pacientes com problemas em sua farmacoterapia e encaminhá-los ao serviço de GTM. Outra forma de captação de pacientes foi a par-

tipificação nos grupos operativos e o encaminhamento dos farmacêuticos administrativos.

Atendimento aos usuários - Com os pacientes selecionados, iniciaram-se as consultas agendadas na unidade. Após a primeira consulta, que dura cerca de uma hora, os casos eram discutidos com o médico. O plano de cuidado era elaborado durante a avaliação da medicação, seguindo os critérios de indicação, efetividade, segurança e adesão. A escolha da farmacoterapia do paciente era realizada de forma conjunta e interdisciplinar. Todos os pacientes atendidos eram reagendados para o retorno com o farmacêutico ou encaminhados para outro profissional da saúde quando necessário. Este processo era mantido até que todos os Problemas Relacionados ao Uso de Medicamento (PRM) daquele paciente estivessem resolvidos.

Prescrição de exames de monitoramento clínico - Foi autorizada a prescrição de exames de monitoramento pelo farmacêutico clínico. Isso foi um ganho muito importante para o serviço, pois diminuiu o tempo de espera do paciente para a resolução de seus PRMs, além de melhorar a qualidade do acompanhamento.

Descrição impactos gerados com esta experiência



Atuação farmacêutica junto à comunidade

Equipe técnica da assistência farmacêutica

No início da gestão, em 2013, o serviço tinha poucos farmacêuticos, coordenados por profissional de outra área. O quadro de farmacêuticos foi ampliado em 300%, de três para nove profissionais. Além disso, a AF obteve uma grande conquista: a contratação de farmacêuticos exclusivos para o serviço clínico. Esta medida permitiu oferecer um serviço de qualidade e mais eficiente. Este resultado só foi possível devido à parceria e colaboração dos demais farmacêuticos que, por consentimento da equipe, dividiram as funções (administrativo e clínico).

Quando os gestores assumiram, não havia registros da participação dos farmacêuticos. Atualmente são realizadas reuniões quinzenais com todos os profissionais, que são incentivados à formação técnica. Em 2014, somando as horas de todos os farmacêuticos, a equipe acumulou cerca de 630 horas de participação em cursos e/ou eventos. Isto reflete na qualidade e motivação da equipe na execução do trabalho.

Organização do serviço

Para a organização do serviço foram elaborados vários documentos (tabela 1). Estes visam à realização de um serviço padronizado e de qualidade a todos os usuários.

Tabela 1 - Lista de documentos criados para a organização da assistência farmacêutica municipal de Lagoa Santa

Documento	Quantidade elaborada
Procedimentos operacionais padrão totais	31
• Fluxos de medicamentos estratégicos	9
• Farmacovigilância	2
• Medicamentos de alto custo	2
• Assistência farmacêutica no PAM	1
• CAF (programação, aquisição, armazenamento e distribuição)	5
• Serviço clínico GTM	5
• Dispensação de medicamentos	4
• Controle e escrituração de psicotrópicos e antibióticos	2
• Modelo para produção de POP	1
Formulários de atendimento	5
Fluxos de serviço	3
PGRSS	1
Notas técnicas	4
Documento de apresentação do projeto ao CRF-MG	1
Regimento interno da assistência farmacêutica	1
Total de documentos	46

Processos licitatórios e aquisição de medicamentos

A gestão da Secretaria Municipal de Saúde compreende a importância tanto da disponibilização do medicamento à população, quanto da qualidade da assistência oferecida ao usuário. Deste modo, é crescente o gasto com aquisição de medicamentos. Este investimento tem por objetivo atender às necessidades da população

tanto na quantidade de itens disponíveis, quanto na diversidade e abrangência destes itens. A utilização dos recursos para a compra de medicamentos está sobre constante avaliação da equipe de farmacêuticos, a fim de garantir a compra de itens de qualidade que atendam à maioria dos usuários do SUS. Portanto, não se trata de um simples aumento de gastos, mas sim de um aumento na oferta de medicamentos com qualidade à população (gráfico 3).

Gráfico 3: Comparação de gastos com medicamentos – gestão 2012 e gestão atual (2013 e 2014)



Quando o trabalho foi iniciado, um processo licitatório estava em andamento. A compra de vários itens inclusos neste processo não ocorreu devido a problemas nas especificações dos medicamentos. A organização do serviço permitiu uma redução gradual do número destas ocorrências (medicamentos frustrados e/ou desertos nas licitações), tornando o serviço mais eficiente e garantindo o acesso do medicamento ao usuário (gráfico 4).

Gráfico 4: Porcentagem de medicamentos frustrados e/ou desertos em licitações da Atenção Básica

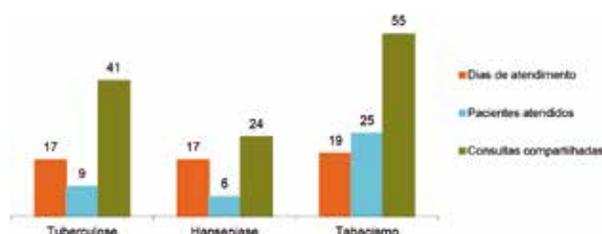


Farmacêutico mais próximo do paciente

Em 2013 não foram encontrados registros de participação do farmacêutico em grupos operativos, de realização de serviço clínico ou de consultas compartilhadas com médicos e outros profissionais. Em 2014 foi implantado o serviço de consultas compartilhadas com médicos e outros profissionais da saúde. Além disso, a participação do farmacêutico em grupos

operativos aproximou os profissionais dos pacientes e dos demais profissionais da saúde (Gráfico 5).

Gráfico 5: Pacientes atendidos em grupos e consultas compartilhadas

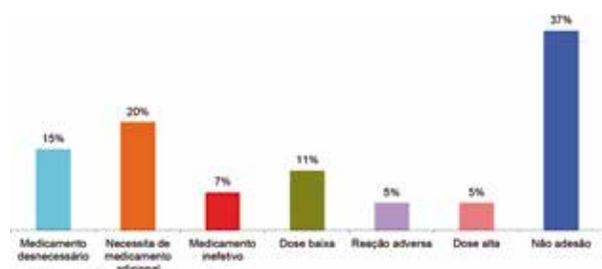


Além do atendimento ao paciente, foram realizadas campanhas de conscientização sobre uso correto de medicamentos e de informação sobre os locais para retirar medicamentos e receber orientação farmacêutica. Nestes eventos foram realizadas medição de pressão arterial e glicemia capilar, com encaminhamento dos pacientes para as UBS quando necessário.

A inserção do serviço clínico permitiu, ao farmacêutico, atuar de forma mais efetiva influenciando na prescrição e na utilização da farmacoterapia dos pacientes. Além disso, nas unidades onde o serviço de GTM foi realizado, a equipe de saúde manteve-se mais aberta à atuação do farmacêutico.

O serviço clínico foi inserido em quatro unidades de saúde no município, abrangendo duas regionais de saúde. Em 2014 foram atendidos 180 pacientes no serviço clínico com a elaboração de plano de cuidado e acompanhamento destes pacientes até a resolução de todos os PRM. Entre consultas e retornos o serviço clínico somou 313 atendimentos em 2014. Além do benefício ao paciente, este trabalho permitiu conhecer o perfil de PRM do município de Lagoa Santa (Gráfico 6).

Gráfico 6: Porcentagem de PRM encontrados nos pacientes atendidos pelo serviço clínico GTM



Próximos passos, desafios e necessidades

O objetivo é manter as conquistas e a qualidade do serviço oferecido, ampliando o seu alcance e o número de atendimentos realizados pelos farmacêuticos

clínicos e administrativos. Para isso, será necessária a contratação de mais dois farmacêuticos clínicos, para atuar nas duas regionais descobertas pelo serviço. Outro desafio é priorizar a formação técnica dos servidores administrativos, para que estes possam realizar a entrega dos medicamentos com qualidade sob a supervisão do farmacêutico. Assim, este poderá, assim, priorizar seu trabalho de atendimento individualizado aos pacientes que mais precisam. Para garantir a qualidade do serviço oferecido, a formação continuada dos farmacêuticos deve ser priorizada e incentivada.

CONCLUSÃO

Em um ano e meio, o maior beneficiado foi o usuário. Ele é foco do trabalho desenvolvido e o centro dos esforços da equipe, que se sente recompensada ao ver um paciente diabético alcançando o controle glicêmico, ou um paciente hipertenso alcançando níveis pressóricos ideais. Oferecer o medicamento aos pacientes e garantir a utilização correta deste recurso, é o retorno principal do trabalho.

Além disso, a oferta de um trabalho de qualidade contribui para reforçar a boa imagem do farmacêutico junto aos demais profissionais da saúde. Foi o trabalho de qualidade dos farmacêuticos que permitiu que a Comissão Multidisciplinar de Protocolos concordasse em autorizar o farmacêutico clínico a solicitar exames.

A estruturação de um serviço de AF é um trabalho árduo, um grande desafio. Entretanto, quando feito em equipe, torna-se um estímulo aos profissionais que sonham com a conquista de mais valorização profissional e espaço dentro do serviço de saúde. Este trabalho foi construído e sonhado por todos os farmacêuticos envolvidos. Cada um, com seus valores e conhecimento, colaborou para mudar os rumos do serviço e caminhar na direção da excelência.

Os bons resultados foram possíveis graças à valorização e ao estímulo dos gestores municipais. A colaboração da gestão foi condição essencial para o sucesso.

A parceria técnica do Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica (Ceaf), da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), foi importante para garantir a qualidade do serviço oferecido. Além disso, a parceria e apoio do Conselho Regional de Farmácia de Minas Gerais (CRF/MG)

foram indispensáveis para a execução dos objetivos propostos.

REFERÊNCIAS

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística | PIB por município de 2009 a 2011;

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística | VAB por setor de atividade em 2011.

Ministério da Saúde - DATASUS | Dados dos municípios;

Ministério da Saúde - DATASUS | PIB por município de 2000 a 2008;

Ministério da Saúde - DATASUS | Dados da população.

Ministério da Saúde - DATASUS | VAB por município e setor de atividade de 2000 a 2010;

FREITAS, E. L. DE; OLIVEIRA, D. R.; PERINI, E. Atenção Farmacêutica - Teoria e Prática : um Diálogo Possível ? Acta Farm. Bonaerense v. 25, n. 3, p. 447-453, 2006.

HERPLER, C. D., STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *American Journal of Hospital Pharmacy*, v. 47, p. 11, 1990.

MENDES, E. V. *As Redes De Atenção À Saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 549 p., 2011.

RAMALHO-DE OLIVEIRA, D. *Atenção Farmacêutica: da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa*. São Paulo: RCN Editora LTDA, 2011.

INSTITUIÇÃO

Farmácia Municipal de Lagoa Santa (MG)

AUTORES

Grazielli Cristina Batista de Oliveira

Adson José Moreira

Michelle Bonifácio Bittencourt

Samuel Almeida Sousa Rodrigues

Tâmara Cristina Souza

Fabiano Moreira da Silva

Flávia Malta Sales

Maria Cláudia de Oliveira

Vanessa Andrade Bertolini

Ivan Pereira da Silva

CONTATO

farmacialagoasanta@gmail.com

APENDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Paciente

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) para participar desta pesquisa, que tem como objetivo compreender sua experiência subjetiva com a doença, com o uso de medicamentos e com o serviço de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM), assim como avaliar os resultados clínicos e econômicos desse serviço. O serviço de GTM é aquele oferecido pelo (a) farmacêutico (a) que procura ajudar os pacientes a fazer o melhor uso possível dos seus remédios.

Caso você concorde em participar, faremos consulta ao seu prontuário buscando informações relativas ao seu atendimento no serviço de GTM. Em nenhum momento haverá associação dos dados que estão no seu prontuário com o seu nome ou qualquer informação que identifique você. Poderá também ser convidado a participar de uma entrevista. A entrevista será realizada em local que garanta sua privacidade e sigilo. Você tem liberdade para não responder a todas as perguntas e também a desistir de participar a qualquer momento.

Sua participação é muito importante e totalmente voluntária. Você não receberá nenhum bônus ou incentivo financeiro para participar dessa pesquisa. Os benefícios diretos aos sujeitos da pesquisa serão a compreensão de aspectos relevantes da relação profissional-paciente e dos resultados do serviço de GTM, que contribuirão para melhorias na conduta ética e clínica do farmacêutico nesse serviço. Toda a informação obtida é considerada CONFIDENCIAL e a sua identificação será mantida como informação sigilosa.

A qualquer momento você poderá tirar suas dúvidas a respeito da pesquisa. Sua participação não lhe trará nenhum ônus ou prejuízo. Se decidir por não participar, isso não vai interferir no seu atendimento neste serviço e em outros oferecidos pela unidade de saúde. Se o

senhor (a) aceitar participar, a qualquer momento você poderá desistir de continuar a fazer parte desta pesquisa, sem que isso traga qualquer problema ao seu acompanhamento.

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