

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DE RIBEIRÃO PRETO

MILENE PALOMO SEBILLA

**Atenção primária: o farmacêutico na equipe multiprofissional de saúde e a
interprofissionalidade**

Ribeirão Preto
2022

MILENE PALOMO SEBILLA

**Atenção primária: o farmacêutico na equipe multiprofissional de saúde e a
interprofissionalidade**

Versão original

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade de Ciências
Farmacêuticas de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para a
obtenção da graduação de bacharel em
Farmácia-Bioquímica

Área de concentração: Farmácia Clínica

Orientador: Prof. Dr. Leonardo Régis
Leira Pereira

Ribeirão Preto

2022

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte. A indicação do trabalho para a Biblioteca Digital foi autorizada pela Comissão de Graduação da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus pela vida e por ser me dar forças para superar os obstáculos.

À minha mãe e meu pai (in memoriam) por todo amor e exemplo, por toda a educação, me proporcionarem oportunidades de estudos e serem meu alicerce. Ao meu irmão Murilo, por toda preocupação comigo e se fazer presente mesmo que a distância.

Ao meu namorado Eduardo, por estar comigo em todos os momentos da minha vida, sempre me motivar e ser o meu maior incentivador.

Ao meu orientador pela disponibilidade, atenção, amparo e compreensão durante todas as etapas de elaboração deste trabalho. Também gostaria de agradecer os membros da banca pela disposição e tempo para a leitura deste trabalho. Agradeço previamente os comentários e sugestões.

Aos meus amigos de Ribeirão Preto por todo apoio e carinho durante todos esses anos de graduação e serem meu ponto de paz e refúgio nas horas difíceis.

RESUMO

SEBILLA, M. P. **Atenção primária: o farmacêutico na equipe multiprofissional de saúde e a interprofissionalidade.** 2022. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

O processo saúde-doença representa a soma de relações e variáveis que formam e estabelecem o estado de saúde-doença de uma população. Sendo assim, há uma necessidade de um olhar holístico da saúde, considerando corpo, mente e espírito, levando em consideração o biopsicossocial do indivíduo, que compreende as dimensões biológica, psicológica e social daquele ser. A interprofissionalidade se faz fundamental e necessária para a promoção, prevenção em saúde e corroborar para um cuidado integral. No entanto há alguns desafios para o estabelecimento da prática interprofissional nos diferentes níveis de atenção à saúde. A atenção primária por ser considerada a porta de entrada do paciente e o centro de comunicação com a rede, cuja prática interprofissional se aumenta a resolutividade dos problemas de saúde e melhora o desfecho em saúde, prevenindo o seu agravamento, uma vez que geralmente na atenção primária o nível de agravos é menor. Nesse sentido o profissional farmacêutico é de suma importância, pois ele dentro de uma equipe multiprofissional de saúde é quem possui o raciocínio clínico voltado para o cuidado, dispensação, uso racional do medicamento, e gestão de medicamentos. Apesar disso, o farmacêutico, muitas vezes não é reconhecido com a importância que deveria, e é desconhecido os seus diferentes papéis dentro de serviço de saúde. Dessa forma, esta monografia elucida a importância do farmacêutico na atenção primária a saúde e discute o papel da interprofissionalidade na atenção primária bem como a importância do farmacêutico inserido em uma equipe multiprofissional e interprofissional nesse contexto.

Palavras-chave: Saúde. Interprofissionalidade. Atenção primária. Farmacêutico. Equipe. Profissionais de saúde.

ABSTRACT

SEBILLA, M. P. **Primary care: the pharmacist in the multiprofessional health team and interprofessionality.** 2022. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

The health-disease process represents the sum of relationships and variables that form and establish the health-disease state of a population. Therefore, there is a need for a holistic view of health, considering body, mind and spirit, taking into account the individual's biopsychosocial, which comprises the biological, psychological and social dimensions of that being. Interprofessionality is fundamental and necessary for health promotion, prevention and support for comprehensive care. However, there are some challenges for the establishment of interprofessional practice at different levels of health care. Because primary care is considered the patient's gateway and the communication center with the network, interprofessional practice increases the resolution of health problems and improves the health outcome, preventing its worsening, since usually in the primary care the level of injuries is lower. In this sense, the pharmacist is of paramount importance, because within a multiprofessional health team, he is the one who has the clinical reasoning focused on care, dispensing, rational use of the medication, medication management. Despite this, pharmacists are often not recognized with the importance they should, and their different roles within the health service are unknown. Thus, this monograph elucidates the importance of the pharmacist in primary health care and discusses the role of interprofessionality in primary care and the importance of the pharmacist inserted in a multidisciplinary and interprofessional team in this context.

Keywords: Health. Interprofessionality. Primary attention. Pharmaceutical. Team. Health professionals.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
1.1 A organização do sistema de saúde	6
1.2 O núcleo de apoio à saúde da família	9
1.3 O papel do farmacêutico na atenção primária	11
1.4. A assistência farmacêutica na rede de atenção à saúde	13
1.5 Desafios da interprofissionalidade e multiprofissionalidade	15
2 OBJETIVOS	16
3 MÉTODOS.....	16
4 RESULTADOS	17
5 DISCUSSÃO	19
6 CONCLUSÃO	28
REFERÊNCIAS	29

1 INTRODUÇÃO

1.1 A organização do sistema de saúde

A Organização do Sistema Único de Saúde (SUS), contempla as redes de atenção à saúde (RAS). Ao trabalhar em redes, acredita-se que se consegue transformar o atual modelo de atenção que é mais voltado para a questão hospitalar e mais fragmentado. Assim, as redes trazem como objetivo diminuir as lacunas assistenciais, realizar um trabalho mais integrado e fazer com que os serviços de saúde fiquem mais interligados, comunicando-se melhor um com o outro, rompendo a lógica de funcionamento dos serviços de saúde, em sua maioria, vinculada a questão do modelo curativo do que na promoção em saúde (MENDES, 2011).

As redes de saúde fazem com que o sistema de saúde tenha uma organização poliárquica, constituída por pontos de atenção que são locais onde se realiza cuidado em saúde, que pode ser o domicílio, dentro do hospital, nos centros de atenção psicossocial (CAPS), nos centros de especialidades odontológicas, entre outros. A poliarquia significa que todos esses pontos de atenção possuem a mesma importância dentro do sistema e eles estão interligados, tendo como centro de comunicação a atenção primária à saúde (APS) e como primeiro nível de atenção. As redes de saúde estão interligadas pelos sistemas de apoio, logístico e de governança. O objetivo da rede é buscar a integralidade do sistema e a integralidade do cuidado. A APS possui menos tecnologia dura, mas por outro lado possui mais complexidade em relação a questão do cuidado. Entre os sistemas de apoio da RAS está o sistema de assistência farmacêutica (MENDES, 2011).

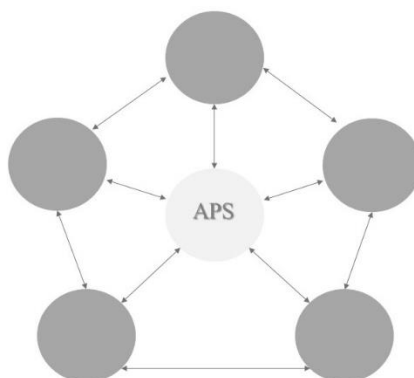


Figura 1 - Representação da organização poliárquica das redes de atenção à saúde.

Fonte: adaptado de MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

A APS deve fornecer orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural, isso quer dizer que as pessoas podem ser atendidas individualmente, mas a equipe que atende essa pessoa deve sempre estar olhando para o indivíduo, mas enxergando como plano de fundo todo o contexto, a cultura que a pessoa está inserida, a família, a comunidade, porque todas essas questões impactam de maneira decisiva não só nos problemas de saúde que uma pessoa apresenta, mas também na maneira como a pessoa vai lidar com esses problemas. Quando não se consegue trazer esse contexto, muitas vezes a recomendação da equipe não alcança a expectativa da pessoa (MENDES, 2011).

Segundo WOLLMANN, 2020 há aproximadamente 40 mil equipes de saúde da família (ESF) no Brasil, e essas equipes podem atender potencialmente 150 milhões de brasileiros. Esse potencial não está totalmente atendido, mas a APS, com sua rede instalada, é capaz de atender 65% da população brasileira com seus serviços.

A base principal da APS são as ESF, que é considerada estratégia prioritária do Ministério da Saúde para fazer a APS acontecer no país. Essas equipes são multiprofissionais, compostas no mínimo por um médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, e os agentes comunitários de saúde. Eventualmente, em muitas destas equipes está vinculado uma equipe de saúde bucal composta por um cirurgião dentista e o seu técnico ou auxiliar de odontologia. Essas equipes vêm trabalhando de maneira integrada com objetivo de oferecer para as pessoas que procuram atendimento toda a oferta de serviços que normalmente uma pessoa precisa para cuidar da sua saúde, buscando resolver a maior parte dos seus problemas (WOLLMANN, 2020).

A estratégia é um conceito ampliado da maneira como o Ministério da Saúde propõe que seja a oferta dos serviços, e possui um método de trabalho que prevê que a equipe seja composta por esses profissionais, além de estabelecer de que forma esses profissionais precisam atender. As diretrizes também são relevantes, pois são colocadas dentro da forma de trabalho da ESF, que tem o grande compromisso de atender as pessoas de forma rápida, fazer com que esse atendimento tenha resolutividade, além de oferecer atendimento para uma grande quantidade de problemas, fazer a coordenação do cuidado e a longitudinalidade do serviço, que é acompanhar o indivíduo ao longo do tempo em uma boa relação de confiança (WOLLMANN, 2020). Dessa forma, a APS e a ESF têm a característica de possuírem um vínculo permanente de cuidado do indivíduo, estabelecendo uma relação pessoal, ou seja, conhecer aquele paciente além do seu problema de saúde, reconhecendo o indivíduo e suas características.

A longitudinalidade é umas das táticas para se alcançar o propósito do cuidado em saúde, já que ela propicia melhores desfechos em saúde, com melhor contentamento e a menor despesa. O efeito da longitudinalidade é interposto pela vinculação de confianças entre os pacientes e os profissionais, instituída ao longo do tempo (HARZHEIM *et al.*, 2022).

A coordenação é um estado de harmonia em conformidade com uma atividade e empenho em comum. Se a coordenação não estiver presente, a longitudinalidade fracassaria na sua capacidade, e prejudicaria a integralidade, fazendo com que a APS estivesse no seu papel de ser a porta de entrada para os níveis de atenção de saúde somente por uma regra burocrática. Além disso, a comunicação é algo que deve acontecer para que a longitudinalidade possa ocorrer. A comunicação entre a atenção básica de saúde e os demais níveis e serviços de saúde deve existir para que o histórico clínico do paciente seja conhecido, uma vez que nem sempre todas as necessidades e demandas do paciente são atendidas somente em um local ou em um nível de atenção e tendo conhecimento do histórico clínico do paciente as demandas e as necessidades são ofertadas de maneira mais eficaz (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Ainda, para que a integralidade na APS tenha a sua abrangência, torna-se necessário entender o processo de trabalho na atenção básica, além da organização da agenda e do olhar das equipes multiprofissionais, o modo como identificam as ações que devem ser executadas por núcleos profissionais específicos, de acordo com legislação em vigor, mas sem deixar de lado as funções comuns a todos os profissionais, independente da formação de cada profissional de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Por iniciativa da OMS destaca-se "O Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa" que enfatiza a situação atual da necessidade da colaboração interprofissional no mundo. Este Marco identifica os mecanismos que resultam no trabalho em equipe colaborativa bem-sucedido e delinea uma série de itens para a ação que os formuladores de políticas podem aplicar em seu sistema de saúde local.

Desta forma o objetivo do Marco seria fornecer estratégias e ideias que auxiliassem a educação interprofissional (EIP) de saúde e a prática colaborativa que seriam mais benéficas, reconhecendo a fragmentação e a dificuldade dos diversos sistemas de saúde mundiais para administrar as demandas de saúde não atendidas.

Na percepção da coordenação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Fiocruz (CARVALHO *et al.*, 2021) para que a interprofissionalidade possa ocorrer é necessário que aconteça uma ação de todos os envolvidos nas atividades de construção compartilhada dos saberes, conhecimento, e nas práticas que são desenvolvidas em convívios de interatividade, colaboração e de produção de autonomia.

1.2 O núcleo de apoio à saúde da família

Visando garantir que a APS consiga levar um trabalho mais integral para os usuários do SUS, foi criado em 2008 o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que são constituídos por equipes multiprofissionais que vão, de alguma forma, trabalhar de maneira articulada com as equipes da ESF, levando um olhar mais integral para o tratamento, para as ações de promoção e prevenção de saúde naquela região. Podem fazer parte dos NASF mais de trinta categorias de profissionais distintos. A APS tenta extravasar o ambiente do Posto de Saúde, sendo previsto e permitido que ações aconteçam dentro de outros espaços do território, como escolas, campus, parques e outras áreas que fazem parte do hall do município (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Dessa forma, o NASF, foi criado no intuito de aumentar o alcance das ações da Atenção Básica e a sua capacidade de reconhecer necessidades locais, além de fornecer meios para supri-las. Surgiu através do processo de municipalização, destacando a importância dos municípios no trabalho da saúde pública. O NASF desempenha suas ações em parceria com as equipes de saúde da família, partilhando as práticas em saúde e operando de modo direto na assistência dessas equipes nos locais sob sua responsabilidade. Tem como objetivos: apoiar a consolidação da Atenção Primária no Brasil, ampliar as ofertas de saúde na rede de serviços, e

foi regulamentado pela Portaria nº 2.488/2011. O trabalho em si do NASF está relacionado a casos clínicos, que são discutidos e compartilhados na unidade de saúde e nas visitas domiciliares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Dessa forma, as equipes multiprofissionais trabalham com casos clínicos com abrangência local da região da Unidade de Saúde focalizando na melhora da saúde do indivíduo. Assim, é possível propor projetos terapêuticos, com o foco prioritário na prevenção e promoção da saúde.

A Portaria 3.124/2012 criou o NASF 3, dando oportunidades para que os municípios possam implantar equipes NASF, sendo necessário ao menos uma equipe de saúde da família. A composição é dada pelo gestor municipal, seguindo critérios de prioridade identificados a partir de dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas. Há três modalidades de NASF definidas, o NASF 1, o 2 e o 3, diferindo entre elas o número de equipes vinculadas e a somatória de cargas horárias profissionais. São diversos os profissionais habilitados para compor esse núcleo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

A relação entre o NASF e a ESF se dá através do apoio matricial, que possui como objetivo garantir ações assistenciais diretas e também o suporte técnico-pedagógico. O apoio matricial se dá através de discussão de casos e atendimentos conjuntos, educação permanente, construção coletiva de planos terapêuticos e gestão de serviços, grupos compartilhados entre apoiadores e equipe de saúde da família, intervenções conjuntas no território e ações intersetoriais (NAKAMURA; LEITE, 2016).

Cabe ao NASF levar em consideração o real contexto por trás daquela pessoa que procura atendimento no posto de saúde. A estratégia busca trazer o vínculo entre o profissional de saúde e aquela pessoa que está sendo atendida, e algumas ferramentas fazem parte desse contexto. Dentre elas pode-se citar a territorialização, que faz com que o profissional conheça a região daquele território e entenda o contexto da saúde daquela pessoa. Quando se pensa em uma estratégia que possui vínculo, que leva em consideração os contextos daquele cidadão e da sua família, se consegue ser mais resolutivo na ação e no tratamento, na prevenção e promoção de saúde. O vínculo também é importante porque faz com que aquela pessoa confie no profissional de saúde. Para que a estratégia funcione, o território é mapeado e cada equipe ficam vinculadas a um número de pessoas. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2011, uma equipe de Estratégia deve atender de 3 a 4 mil pessoas, sendo 4 mil quando não existe uma situação de vulnerabilidade muito evidente e 3 mil quando há uma maior vulnerabilidade.

Segundo NAKAMURA; LEITE (2016) apesar do tempo de criação da Estratégia da Saúde da Família e posteriormente, da publicação das “Diretrizes do NASF”, ainda é possível observar que os profissionais da equipe de Saúde da Família, do Núcleo de Saúde da Família e os próprios farmacêuticos possuem falta de conhecimento sobre as atividades a serem desenvolvidas dentro de uma equipe multiprofissional, afetando seu papel e a visão dos demais sobre sua função na saúde da população. Dentre os profissionais que pode compor as equipes do Núcleo de Saúde da Família (NASF) estão os farmacêuticos, que estão presentes em aproximadamente 40% das equipes (NAKAMURA *et. al.*, 2016).

1.3 O papel do farmacêutico na atenção primária

O farmacêutico é um profissional que mantém um grande contato com o paciente. A grande maioria dos pacientes da APS fazem uso de medicamentos diariamente, e sendo assim necessitam ir até a unidade de saúde retirar esses medicamentos com uma frequência fixa. A dispensação é um ato privativo do farmacêutico, e esse profissional deve dar em detalhes toda a orientação sobre o medicamento ao paciente, concedendo toda a informação necessária para o seu uso racional (CFF, 2016). A dispensação não é simplesmente entregar o medicamento ao consumidor. No ato da dispensação do medicamento o farmacêutico consegue identificar problemas de necessidade, adesão, efetividade e segurança.

Os fármacos são um dos recursos mais utilizados na terapia, e o seu uso de forma inadequada e indiscriminado pode se tornar uma das maiores causas de morbidade e mortalidade, se tornando um dos principais problemas de saúde. Um terço da população mundial não possui acesso aos medicamentos e quando possui esses medicamentos muitas vezes não são dispensados e utilizados de forma adequada. Dessa forma, o profissional farmacêutico quando inserido na equipe de saúde colabora de forma significativa para a segurança e efetividade da farmacoterapia. Ainda, quando esse profissional está inserido na equipe pode-se observar uma redução da taxa de mortalidade, tempo de internação, regresso aos serviços de emergência, e uma melhora da hospitalização/readmissão hospitalar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

As reuniões e os encontros são momentos importantes para debates e discussões bem como o aprimoramento da estrutura do trabalho. Esses espaços de encontros permitem a discussão de casos, o que pode interferir e trilhar a resolução dos problemas, além de poder ser caracterizada como uma ferramenta de educação permanente (MINISTÉRIO DA SAÚDE,

2018). Ao discutir os casos, há uma troca de saberes, o que pode fazer com que um farmacêutico se enriqueça e tome conhecimento de uma orientação médica e repassar para o paciente e vice-versa.

O farmacêutico como membro de uma equipe do NASF pode, ao realizar a visita domiciliar, identificar vários problemas que podem interferir na segurança, efetividade, adesão do medicamento, ao identificar aspectos como a rotina, ambiente em que vive, onde o medicamento é armazenado, a forma como é administrado. Além disso, quando não inserido como membro do NASF, o farmacêutico como profissional da equipe de atenção básica tem potencial de capacitar e instruir os agentes comunitários sobre as questões relacionadas aos medicamentos, como descarte (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Na dispensação o farmacêutico pode identificar casos que necessitam de uma intervenção por parte desse profissional. Ele pode dialogar com o médico prescritor, levar casos e observações para as reuniões de matriciamento.

Outra prática que pode ser adotada nas unidades seriam grupos terapêuticos, no qual pessoas com problemas clínicos semelhantes são inseridas em um local compartilhado com a presença de diversos profissionais da saúde, onde se poderiam trabalhar a multidisciplinaridade e a interprofissionalidade, com o objetivo de promover saúde e bem estar, e prevenção e tratamento de doenças e complicações. Dentre as atividades que poderiam ser exercidas pelo farmacêutico nesse contexto podemos citar: o ensino sobre uso correto de insulina e outros materiais para o controle do diabetes; instrução sobre uso correto dos medicamentos e seu descarte; apoio em grupos de indivíduos com dores crônicas; oficinas de cuidado destinadas as pessoas com problemas respiratórios em que se poderia instruir sobre a inalação correta de broncodilatadores para a asma, por exemplo; participação em grupos destinados à educação alimentar e nutricional, entre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Durante o processo de cuidado, o farmacêutico em parceria com o paciente e demais membros da equipe de saúde da família e equipes de atenção básica procura melhorar os resultados da farmacoterapia, que quer dizer, garantir que os medicamentos consumidos pelo paciente sejam realmente os melhores para ele, estando indicados de maneira correta, efetivos, seguros e apropriados, por meio da prevenção, detecção e resolução de problemas relacionados ao uso de medicamentos, o que representa efetivamente ofertar o

“gerenciamento da terapia medicamentosa ou acompanhamento farmacoterapêutico” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

1.4 A assistência farmacêutica na rede de atenção à saúde

A assistência farmacêutica é formada por ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, e o medicamento é o insumo mais importante e deve ser ofertado e utilizado de forma racional em todos os pontos de atenção à saúde. A demanda por medicamentos está presente em todos os pontos de atenção, em consultas da atenção básica, em procedimentos de urgência, em procedimentos cirúrgicos e em vários tipos de exames. Quando utilizado de forma correta, o medicamento é um recurso de ótimo custo-efetividade, mas não deve ser o foco central dos serviços de saúde (CRISPIM *et. al*, 2016).

Além do modelo curativo, a assistência farmacêutica esbarra em outros desafios, entre eles estão as diferentes visões terapêuticas dos profissionais que prescrevem o medicamento e a falta de comunicação entre as equipes de saúde. A fragmentação do sistema de saúde é marcada pela desarticulação entre as diferentes instâncias gestoras do sistema e entre essas instâncias com a sua gerência de serviços, uma intensa fragmentação entre os próprios serviços de uma rede assistencial, falta de comunicação entre os profissionais da rede de saúde, e uma marcante fragmentação das práticas clínicas dos profissionais. Quando se pensa que o usuário deve ser visto de forma transversal no sistema de saúde, e que o medicamento deve ter uma gestão integral e integrada, pode resultar em decisões heterogêneas tanto do ponto de vista da terapêutica farmacológica, do uso do medicamento para as pessoas. Dessa forma deve haver a importância da coordenação assistencial, da gestão do cuidado, coordenação das práticas clínicas. Do ponto de vista da coordenação assistencial o conjunto dos serviços farmacêuticos podem e devem agir como catalisadores para que essa coordenação assistencial funcione na rede de saúde. Sendo assim, os serviços farmacêuticos podem contribuir com os profissionais e usuários no sentido de otimizar a farmacoterapia, e reduzir e minimizar os riscos que os medicamentos podem trazer (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Um grande desafio da assistência farmacêutica é ofertar cuidado farmacêutico nos diferentes pontos de atenção. Um dos pontos de partida para superar as fragilidades do cuidado farmacêutico na atenção básica é planejar as ações com base nas necessidades dos usuários, das famílias e da população. O cuidar da saúde não termina nos limites do

município, ele se estende até a completude da integralidade do cuidado não apenas no processo de cura médica clínica assistencial, mas também farmacêutica, de recuperação e habilitação (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2019)

Um dos principais desafios dos gestores municipais da assistência farmacêutica é garantir que os medicamentos oferecidos a população sejam seguros, tenham qualidade e que cheguem no momento certo. No SUS os medicamentos são considerados uma tecnologia de saúde, que ao lado das políticas e dos serviços de saúde contribuem para a prevenção de doenças e para o cuidado com os usuários. A assistência farmacêutica é formada por um conjunto de ações voltadas a promoção, proteção e recuperação da saúde. Entre as ações realizadas pela assistência farmacêutica estão a pesquisa, o desenvolvimento, a produção e distribuição de medicamentos e insumos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019)

O cuidado farmacêutico além de garantir o acesso ao medicamento e o acompanhamento do paciente, também incorpora a educação em saúde, como informações adequadas sobre o uso correto dos medicamentos. Uma das causas de não adesão ao tratamento é o entendimento correto da receita médica, é importante que cada medicamento seja explicado para o paciente para que serve. Sabe-se que quanto mais medicamentos na prescrição, menor são as chances do paciente ser aderente ao tratamento. Principalmente em pacientes idosos, é bastante comum observar polifarmácia, que segundo a OMS é quando um paciente faz uso de quatro ou mais medicamentos frequentemente e de forma simultânea, com ou sem prescrição médica. Além da quantidade de medicamentos, estão interligados com a polifarmácia o grande número de médicos consultados, muitas vezes a falta de pergunta sobre os medicamentos utilizados e a automedicação, contribuindo para o uso inadequado de medicamentos e criando uma dificuldade para a adesão do tratamento, pois gera uma complexidade dos esquemas terapêuticos, corroborando para reações adversas e interações medicamentosas (STUCHI, 2016).

Prescrição de medicamentos que não fazem parte da relação municipal de medicamentos essenciais ainda faz parte da rotina de municípios, assim como dificuldades criadas por falhas de comunicação ou fluxo de referência e contra referência na atenção básica e na assistência farmacêutica, além da prescrição indevida de medicamentos. O apoio de sistemas de informação e ferramentas de comunicação na assistência farmacêutica é um dos serviços que pode ajudar a gestão a solucionar problemas causados por falhas na referência e contra referência. Uma das dificuldades encontrada pelos usuários é o acesso aos

medicamentos, o itinerário do paciente dentro da rede de atenção traz informações importantes ao gestor sobre as estratégias necessárias para assegurar o acesso qualificado aos medicamentos, e um diálogo pode eliminar barreiras que existem entre usuários, serviços e medicamentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

1.5 Desafios da interprofissionalidade e multiprofissionalidade

Juntar duas ou mais profissões em um mesmo espaço não é o bastante para se atingir uma estratégia de educação interprofissional. Diferentes profissionais de saúde em um mesmo espaço de saúde, atendendo os mesmos pacientes constitui-se de uma prática multiprofissional, onde não necessariamente há interação e colaboração entre eles, e assim não significa a materialização da interprofissionalidade. Para se atingir a prática da interprofissionalidade, é necessário assegurar uma interação, e que essa interação intencionalmente busque desenvolver competências para melhorar a colaboração e a qualidade do cuidado (REEVES, 2016). A interprofissionalidade é uma estratégia para conseguir abarcar as complexidades dos problemas de saúde.

Pela definição de educação interprofissional está incluso a colaboração entre os profissionais de saúde, e para isso é necessário o desenvolvimento de competências. Assim, a prática colaborativa, somado a educação interprofissional e o desenvolvimento de competências melhora significativamente a qualidade dos serviços de saúde ofertados centrado no usuário (REUTER, 2018).

A educação em saúde interprofissional insere o estudante em um contexto de tensões, de grande complexidade, e nesse sentido esse estudante necessita desenvolver uma habilidade de crítica e reflexão, entendendo a importância de cada um, de uma rede de colaboração entre esses profissionais. A partir de uma formação interprofissional, o processo de trabalho quando esse estudante é inserido no mercado de trabalho automaticamente se dará por um olhar interprofissional, uma vez que ele possui o conhecimento e desenvolveu a postura interprofissional (DA COSTA, *et. al.*, 2015).

Para que a interprofissionalidade seja colocada em prática, é preciso que se discuta uma reformulação na matriz curricular dos estudantes. No entanto, há alguns elementos que dificultam o processo de inserção da interprofissionalidade no currículo, pois muitas vezes se tem ações pontuais com participação de um pequeno número de estudantes e docentes, sendo um desafio a ampliação da inclusão da interprofissionalidade para todos os estudantes e

docentes mas que por outro lado se tem uma tentativa de se introduzir o tema nas universidades com projetos de extensão e pesquisa, elaboração de componentes curriculares obrigatórios e optativos, por exemplo (OGATA, *et. al.*, 2021).

Outros obstáculos são: a rigidez das estruturas curriculares, confusão conceitual da inteprofissionalidade, pensar estratégias para fortalecer esse tema, necessidade de desenvolvimento do docente para a educação interprofissional, pois muitas vezes esses tiveram uma formação uniprofissional disciplinar conteudista, e há necessidade de uma articulação entre os serviços de saúde e comunidade (OGATA, *et. al.*, 2021).

2 OBJETIVOS

O objetivo desse trabalho é, por meio de uma revisão narrativa, identificar a partir dos materiais consultados o papel do farmacêutico na atenção primária e qual a importância desse profissional de saúde na equipe multiprofissional e na interprofissionalidade.

3 MÉTODOS

O método escolhido para o desenvolvimento deste trabalho foi uma revisão narrativa de literatura, onde o autor discorre sobre um determinado assunto direcionado para uma questão e um objetivo específico. Na revisão narrativa de literatura se busca estabelecer a resposta ou, pelo menos, se aproximar de respostas de questões mais amplas que podem ser alcançadas através da pesquisa teórica. Ou seja, o objetivo é apresentar discussões sobre uma questão mais ampla, a partir de fontes de pesquisa utilizadas para atualizar leitores sobre um tema específico que normalmente é um tema mais amplo. Sendo assim, o pesquisador assume um viés de pesquisa ao coletar os dados. Esse tipo de revisão de literatura também permite a identificação de lacunas de conhecimento para contribuir com a produção de novas pesquisas (MAGNO CORDEIRO *et al.*, 2007).

A pergunta norteadora deste trabalho foi “*Qual é a importância do farmacêutico no cuidado interprofissional na atenção primária?*”. Para responder à pergunta foi utilizada como fonte de pesquisa de artigos a biblioteca científica online ScieLO- Scientific Eletronic Library Online.

Em dezembro de 2021, a fim de recuperar artigos para a escrita deste trabalho, utilizou-se, no campo de busca, as palavras “Interprofissionalidade e Atenção Básica”. Posteriormente, em uma tentativa de ampliar a busca e incluir artigos que pudessem

contemplar o profissional farmacêutico, foi realizada uma nova busca utilizando “Multiprofissional e farmacêutico”.

A partir da leitura dos artigos, selecionou-se trechos considerados relevantes e que se encaixavam no tema do trabalho, pois alguns artigos traziam uma abordagem mais direcionada para os enfermeiros e outros relacionados com o foco para a residência multiprofissional. Ainda, realizando a leitura dos artigos, a partir de referências utilizadas pelos autores dos artigos, apropriou-se de alguns artigos considerados interessantes para contribuir com a escrita do trabalho. Também ao desenvolver este trabalho, foram surgindo alguns temas que pudesse auxiliar na resposta da pergunta norteadora, e, dessa forma, buscou-se por artigos específicos sobre determinados assuntos, tais como sobre a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Por fim, fez-se uso também de outros materiais que de alguma forma trouxeram reflexões e inspirações para o desenvolvimento da escrita, como sites da Organização Mundial da Saúde (OMS) e livros disponibilizados pelo Ministério da Saúde (MS), e palestras pelo YouTube que de alguma forma estavam relacionadas com o tema desse trabalho.

4 RESULTADOS

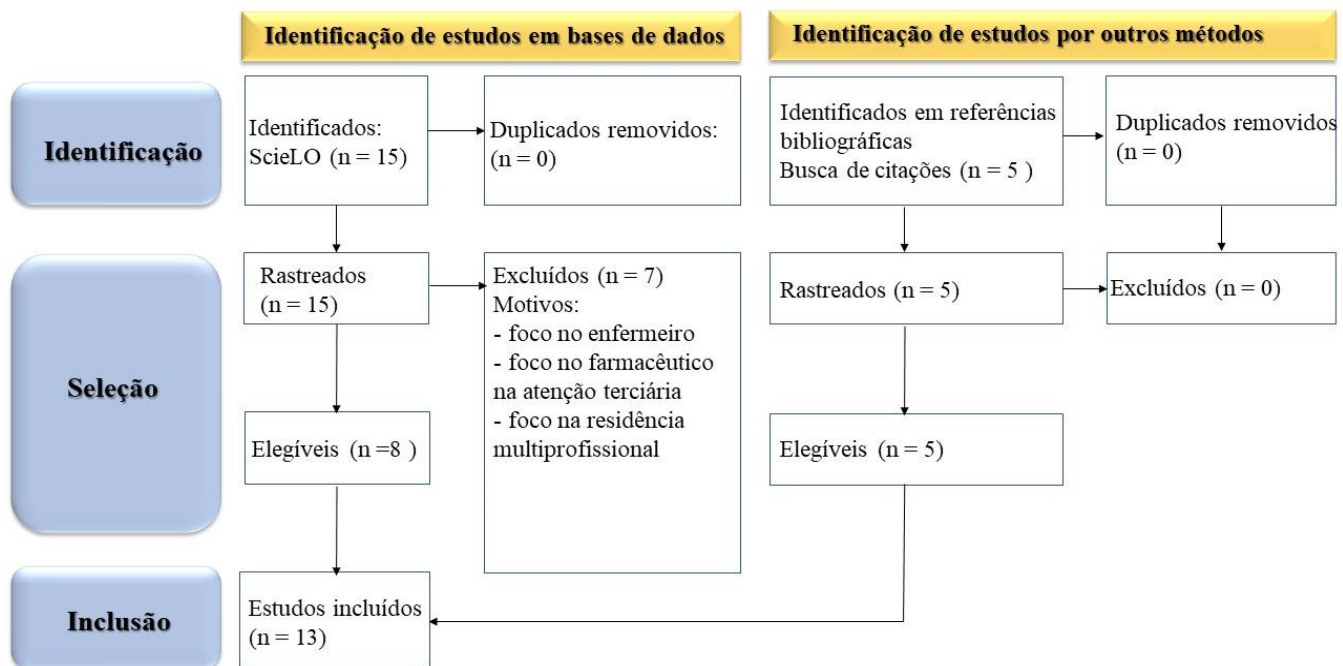
Com a metodologia de busca utilizada, quando se procurou por palavras chaves na biblioteca científica online ScieLO (Scientific Eletronic Library Online), dos artigos encontrados através das pesquisas “Interprofissionalidade e Atenção Primária” recuperou-se um total de nove artigos científicos e utilizando as palavras “Multiprofissional farmacêutico”, recuperou-se um total de seis artigos. Dos 15 artigos encontrados, oito deles foram publicados a partir de 2020, sendo um indicio que pesquisas com o tema em questão são recentes. O que se pode perceber foi que dos artigos encontrados a partir da pesquisa é que o profissional farmacêutico não aparece com grande destaque e importância na atenção primária, tendo maior destaque as residências médicas e em segundo lugar os enfermeiros, talvez por esse ser o profissional que está mais próximo do atendimento médico no contexto do SUS.

Desta maneira, do total dos artigos encontrados e coletados, seguiu-se os seguintes critérios de exclusão: dois artigos com foco no enfermeiro, um artigo com enfoque na residência multiprofissional com levantamentos já utilizados e por fim quatro artigos onde o farmacêutico estava em evidencia na atenção terciária de saúde foram excluídos, totalizando sete estudos. Por outro lado, os critérios de inclusão foram: artigos disponibilizados

virtualmente pela ScieLO que mencionam e explicam interprofissionalidade e multiprofissionalidade, apresentam a atenção básica e os seus componentes.

Nos artigos em que o profissional farmacêutico foi colocado em destaque, observa-se que foram em artigos relacionados ao nível terciário, como nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e em casos no acompanhamento de pacientes no momento da alta, assim como a importância da adesão dos pacientes após transplantes. Dessa forma, a partir desse resultado também foi levantado questionamentos do porquê esse resultado foi obtido, levando a procurar outras fontes que mencionassem e salientassem a importância do farmacêutico na atenção primária.

Figura 2 - Fluxograma identificação de estudos



Fonte: próprio autor.

5 DISCUSSÃO

No Sistema Único de Saúde, a APS é constituída pelas unidades básicas de saúde, pelas equipes de estratégia de saúde da família, compostas preferencialmente por um médico de família e comunidade, enfermeiro, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e equipe de saúde bucal (BRAZIL. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2012).

Segundo Gonçalves, a APS é a principal porta de entrada ao Sistema Único de Saúde, ou seja, é o principal caminho de acesso das pessoas a qualquer cuidado de saúde. Isso porque nela o indivíduo consegue resolver a maioria dos seus problemas de saúde, mas também porque é ela, que através do seu papel, consegue dizer quando o problema é de sua atribuição ou não, consegue direcionar qual o melhor lugar para essa pessoa estar. Possui como papel fazer o diagnóstico mais rápido e eficiente possível, encaminhar o paciente quando necessário também de uma forma que seja a mais rápida e possível e acompanhar o paciente ao longo de toda a sua trajetória. A APS faz a coordenação do cuidado, não concedendo alta aos pacientes em nenhum momento, mesmo quando esse paciente esteja no hospital ou no acompanhamento ambulatorio especializado, é tarefa da Atenção Primária manter esse olhar a ajudar as pessoas no seu trânsito ao longo do sistema de saúde (GONÇALVES, 2014).

Perante as exigências de saúde cada vez mais abrangentes, a resolutividade do atendimento permeia a abordagem holística de indivíduos constituídos por diferentes saberes nos três níveis de atenção à saúde do SUS, onde surgem diariamente dificuldades significativas manifestadas pela forte divisão do trabalho caracterizada pela fragmentação profissional. Nesse contexto, a interprofissionalidade é descrita como uma forma de realizar a organização do cuidado em saúde centralizada na comunidade, família e indivíduo (RIBEIRO *et al.*, 2022).

A diferença da multiprofissionalidade para a interprofissionalidade se dá pelo compartilhamento dos saberes e do diálogo. No processo multiprofissional há uma junção de disciplinas/áreas de conhecimento e essas trabalham de forma conjunta, mas independentes entre si, ou seja, cada profissional atua de forma especializada; enquanto que na interprofissionalidade há uma troca de saberes, há uma interação entre as áreas de conhecimento (DA PAZ OLIVEIRA ALVARENGA *et al.*, 2013).

A interdisciplinaridade tem relação com o campo das disciplinas, ciências ou áreas de conhecimento enquanto que a interprofissionalidade trata do ambiente da prática profissional

onde se produz o trabalho em equipe de saúde. Desse modo, a educação profissional em saúde pode ser interdisciplinar com base na associação e comunicação entre diferentes disciplinas, mas não quer dizer necessariamente que ela seja interprofissional (DA SILVA, et.al, 2015).

Sendo assim, a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca do município do Rio de Janeiro (CARVALHO *et. al.*, 2021) traz a proposta de que a multiprofissionalidade vai além de inserir profissionais em um mesmo espaço seja ele na formação ou intervenção, mas é uma forma de trabalho coletivo onde a relação entre as diferentes áreas de formação se dá através da comunicação e é estabelecida uma relação de mão dupla, de forma recíproca. (CECCIM, 2018):

“O prefixo “inter” indica “no interior de dois”, podendo ser tanto o cruzamento ou encontro de duas profissões quanto a operação pela qual se obtém um conjunto formado pelos elementos comuns a duas ou mais profissões. A zona “inter”, entre duas ou mais profissões, é a zona daquilo que há de comum entre elas ou aquele ponto de indiscernibilidade para o qual convergem os elementos de um mesmo campo do saber, desde o qual nascem as práticas de um fazer profissionalizado” (CECCIM, 2018, p. 1739-1749)

Ainda segundo CECCIM (2018) as “competências interprofissionais” são as práticas de conhecimento comum de duas ou mais profissões, poupando o surgimento de uma terceira ocupação sempre que as diferentes profissões reconhecem o que são coletivos a elas, já que os territórios em comum a elas também demandam novos conhecimentos para as profissões em questão.

Para a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) um dos fundamentos e diretrizes da Atenção Básica a presença de diferentes profissionais de saúde e a grande articulação entre estes profissionais é fundamental de maneira que não somente as ações sejam compartilhadas, mas que a interprofissionalidade tenha um espaço de forma que as competências específicas de cada área de formação enriquecem a área comum de competências, estendendo a capacitação de cuidado de toda a equipe. Assim se presume a transferência do método de trabalho focado em procedimentos para um método centrado no usuário, no qual o cuidado do usuário é quem dita e organiza a intervenção técnico-científica.

O trabalho em saúde é complexo, e precisa ser direcionado para a promoção da saúde, a prevenção de doenças, e o cuidado em situações em que já há agravos instalados (FERREIRA, [s.d]). Nenhuma profissão de saúde é capaz de abarcar a complexidade do que

seja o cuidar se considerarmos a saúde como muito mais que ausência de doenças. O trabalho em equipe e a colaboração entre os profissionais em direção a projetos comuns de cuidado é imprescindível (DA COSTA *et al.*, 2015). No entanto, temos uma divisão técnica e social do trabalho que faz com que algumas categorias tenham maiores salários e prestígio profissional constituindo uma hierarquia que dificulta o cuidado. Ademais, há uma crescente escassez de profissionais e abandono das profissões relacionadas às condições de trabalho, estresse, longas jornadas de trabalho e baixos salários (PINTO *et al.*, 2010). Ao olhar para o indivíduo como um todo, na sua integralidade, há um olhar a fim de se valorizar as necessidades daquele paciente, fazendo com que o trabalho para a promoção da saúde se torne complexo e exigindo uma integração dos saberes de diversas profissões.

De acordo com Angelova (2018), a profissão farmacêutica começou com um período tradicional onde o foco era a produção do medicamento, e dessa forma a formação desse profissional da saúde se dava com enfoque na produção, pesquisa e desenvolvimento do medicamento. Passou-se por um período de transição em que esse profissional teve abertura para outras áreas de atuação, e hoje, se encontra no período do cuidado, voltado mais a atenção para serviços ao paciente, não excluindo a necessidade de produção de medicamentos ou a pesquisa e desenvolvimento (ANGELOVA, 2018).

O farmacêutico na Atenção Primária à Saúde está inserido dentro de uma equipe multidisciplinar. A atuação do farmacêutico aparece no cuidado direto ao paciente, à família e à comunidade, a fim de reduzir a morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos, promover a saúde e prevenir as doenças e agravos (CFF, 2016). Sendo assim, se trabalha a terapia medicamentosa, os problemas que possam vir a aparecer relacionados à medicamentos. Um ponto importante do profissional farmacêutico, considerando o itinerário terapêutico do paciente, é um dos profissionais que mais vezes tem acesso ao paciente, devido à retirada mensal de medicamentos. Dessa forma, a presença do farmacêutico é imprescindível, uma vez que por meio dos serviços farmacêuticos é possível fornecer o feedback para a equipe sobre a situação desse paciente, tanto a adesão do tratamento quanto a novas queixas relacionadas. Não necessariamente o farmacêutico atua somente na orientação do medicamento, mas também em outras ações que não são terapias medicamentosas.

Dos serviços farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde podemos citar: rastreamento, educação em saúde, dispensação, revisão da farmacoterapia, conciliação medicamentosa. Segundo o Conselho Federal de Farmácia, essas atividades são consideradas atividades-fim.

As atividades-meio envolve logística, gestão e organização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

O rastreamento em saúde pode ser feito, por exemplo, através de uma queixa que o paciente dirige para o farmacêutico, e esse profissional consegue avaliar se essa queixa é pertinente a ponto de contatar o médico da unidade ou agendar uma consulta com a enfermeira para a resolução do problema, por exemplo. Na prática de dispensação de medicamentos esse serviço naturalmente acontece durante o diálogo com o paciente. Importante salientar que o rastreamento não é diagnóstico, uma vez que não é atribuição do farmacêutico realizar diagnóstico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Assim, através do rastreamento se pode realizar a detecção e tratamento precoces de doenças, sendo uma excelente estratégia para redução de morbimortalidade, pois se identifica o problema e/ou uma doença antes que ele realmente esteja instalado com a finalidade de prescrever medidas preventivas apenas; encaminhar casos suspeitos a outro profissional ou serviço de saúde. Pode ser realizado por diferentes profissionais, não é uma atribuição exclusiva do farmacêutico.

Os serviços farmacêuticos e serviços de saúde são aqueles que lidam com a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doenças e de outras condições, bem como a promoção, manutenção e recuperação da saúde (PINTO *et. al*, 2013). De acordo com o Conselho Federal de Farmácia, os serviços farmacêuticos compreendem um conjunto de atividades organizadas em um processo de trabalho, que visa a contribuir para a prevenção de doenças, promoção, a proteção e a recuperação da saúde, e para a melhoria da qualidade de vida das pessoas (CFF, 2016).

Muitas vezes o serviço farmacêutico está vinculado ao fazer farmacêutico na farmácia e não na equipe. O profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é responsável pelo suporte, mas toda a demanda vem da equipe, e o farmacêutico na equipe de saúde à família auxilia a entender qual é o perfil do território e da comunidade em relação ao perfil do uso de medicamentos, levantando perguntas como: “Quando aquele indivíduo adoece ou sente alguma dor o que ele faz? Faz o uso de medicamentos por conta? Procura a unidade de saúde, se sim pública ou privada? Procura um médico ou um farmacêutico?” “Em qual local adquire o medicamento?” “Armazena o medicamento em que local?”; e posteriormente pode-se fazer perguntas mais relacionadas ao dia a dia daquele indivíduo, como: “Você faz o uso de algum medicamento contínuo?” “Para que serve o medicamento?”. São perguntas que podem ser realizadas com base no questionário de adesão de Morisky-

Green, para identificar se o paciente adere ou não o tratamento. Ao fim das perguntas, o profissional consegue caracterizar se o problema do paciente é acesso, uso, armazenamento, descarte. Ainda podem ser feitas atividades na unidade como oficinas de educação em saúde, rodas de conversa, campanhas. Se tratando de apoio matricial é necessário que se tenha a construção de autonomia e a demanda vir do território e comunidade, das necessidades do local. O farmacêutico inserido na farmácia pode adotar algumas estratégias como fornecer ao hipertenso e ao diabético uma folha para que este anote diariamente os valores da pressão arterial e glicemia (BARRETO, 2017).

Barreto (2017) também exemplifica qual deve ser o papel do farmacêutico, dizendo que esse não pode situar-se apenas na aplicação do questionário de Morisky-Green, pois dessa forma há uma identificação somente “biologicista”. É necessário assumir uma concepção dentro da integralidade, com ampliação do olhar. Deve haver o diálogo, nem sempre o que o outro profissional de saúde pergunta se sabe a resposta, nem sempre se entende o que o outro quer dizer, por isso é imprescindível o trabalho coletivo, compartilhar os não saberes com os saberes, e nesse sentido haver a expansão do diálogo, saindo de um diálogo mais superficial e partindo para uma exteriorização do sentimento, seja numa reunião em equipe, consulta compartilhada, questionando o motivo de não se conseguir a resolubilidade do problema, e assim se consegue aumentar o vínculo e por consequência se tem a responsabilização e a autonomia (BARRETO, 2017). As anotações acerca do paciente em forma de prontuário é uma ferramenta de comunicação entre a equipe multiprofissional e até a própria equipe de farmacêuticos. A partir do prontuário dos pacientes é possível identificar as causas prováveis e circunstâncias reais que levaram o paciente a internação, os cuidados que já foram prestados, as perspectivas da equipe, da família, e do paciente, e o plano de cuidado que está sendo adotado.

Também se lida com a questão da reação adversa e a adesão, que são um dos maiores problemas de falha terapêutica. A adesão está relacionada a problemas que ultrapassa a questão biológica, por isso uma das importâncias da visão ampliada do paciente. O uso racional de medicamentos se dá quando o usuário recebe o medicamento apropriado para a sua condição clínica, na dose e no tempo apropriado e com custo acessível, ou seja, com o menor custo para si e para a comunidade. Assim, para promover o uso racional de medicamentos são necessárias algumas etapas, como: diagnóstico correto; prescrição do tratamento correto, com as informações necessárias para o usuário, baseado em evidências científicas; prescrição de forma legível, a fim de evitar inclusive problemas de dispensação e

administração; organização do serviço para que o usuário tenha acesso ao medicamento em quantidade suficiente e em tempo oportuno; promoção da adesão ao tratamento; avaliação e monitoramento do usuário quanto à resposta terapêutica ou para qualquer problema relacionado aos medicamentos. Existem vários atores no processo de promoção do uso racional de medicamentos que acabam influenciando direta ou indiretamente, como por exemplo o estado, indústria farmacêutica, prescritores, usuários, que, muitas vezes, estão em posições conflituosas, principalmente nas medidas que os interesses são diferentes. Apesar de termos ferramentas e evidências científicas suficientes para promoção do uso racional de medicamentos, muitas vezes o processo saúde-doença é levado apenas em consideração como um caráter orgânico, desconsiderando as questões sociais e comportamentais, e a indústria farmacêutica nesse sentido se torna importante devido ao seu marketing, levando uma automedicação, o uso inapropriado de medicamentos, a polifarmácia, gastos desnecessários para o sistema, para os usuários, e a realização de prescrições baseadas não em evidências científicas em diretrizes e protocolos, promovendo assim a medicalização (CRISPIM *et. al*, 2016).

A partir do momento em que comportamentos, experiências, processos naturais da vida são transformados em doenças isso pode passar a ser medicado, sofrer procedimentos, levando ao termo “medicalização da vida”, reduzindo a capacidade das pessoas de lidar com dores e doenças de forma autônoma, uma vez que esse processo de medicalização acaba trazendo toda a solução em forma de medicamento, que além de ser um indicativo de que o biopsicossocial não está sendo levado em conta leva ao uso irracional de medicamentos (FERREIRA, 1994).

Sendo assim, a troca de saberes e a reciprocidade das relações devem ir além entre as diferentes profissões, mas também contemplar os usuários que não devem ser “meramente consumidores de serviços” (QUEIROZ *et. al.*, 2021). A ambivalência dessa mutualidade de troca deve trafegar entre aproximações afetivas, mas com distanciamentos necessários para que seja dado espaço da construção do cuidado.

Levando em consideração os problemas acima, a seleção de medicamentos deve ser feita com base em evidências científicas, avaliando eficácia, a segurança, a conveniência, a qualidade e o custo. Esse processo de selecionar os medicamentos essenciais para compor uma lista de medicamentos a serem disponibilizados à população deve acontecer de modo multi e interdisciplinar, sendo muitas vezes realizados por comissões de farmácia e

terapêutica existentes nas instituições. No Brasil, a Política Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica recomenda a elaboração de listas estaduais e municipais, com base na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) (CRISPIM *et. al*, 2016). Os farmacêuticos possuem um papel imprescindível visto que é esse profissional que vai realizar a leitura da receita, retirar duvidas quando houver, apresentar a forma correta de uso de esse medicamento, avaliar se há alguma interação medicamentosa.

A interprofissionalidade é o caminho para se adotar uma visão holística para que haja indivíduos saudáveis, pois assegura práticas de saúde integrais por meio do trabalho colaborativo com maior capacidade de respostas aos problemas e às necessidades de saúde. As condições crônicas são multifatoriais, o que requer que se trabalhe em equipe efetiva que realmente possa trazer os melhores resultados para a saúde da população. A estratégia de saúde da família tem sido reconhecida pela OMS como uma estratégia pioneira em trabalho de equipe. Para auxiliar a interprofissionalidade diante do exposto, a literatura aponta a Educação Interprofissional em Saúde como uma abordagem que procura propiciar a articulação entre os diferentes profissionais de saúde com base na colaboração, e isso se dá quando esses diferentes profissionais operam em conjunto porque concordam que essa prática é capaz de fornecer melhores resultados na atenção à saúde dos pacientes, famílias e comunidade. A amplificação da discussão sobre Educação Interprofissional em Saúde no Brasil vem junto com o movimento global de evidenciação da interprofissionalidade na formação como sugestão de contornar a histórica fragmentação do trabalho em saúde juntamente com uma formação uniprofissional (OGATA *et al.*, 2021).

Dessa forma, a Organização Mundial da Saúde entende que a "educação interprofissional ocorre quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a colaboração eficaz e melhorar os resultados na Saúde". Por outro lado, para a Organização Mundial da Saúde “a prática colaborativa acontece quando vários profissionais de saúde de diferentes experiências profissionais trabalham com pacientes, famílias, cuidadores e comunidades para prestar assistência da mais alta qualidade” (OMS, 2010). De acordo com o Ministério da Saúde, a educação em saúde pode ser considerada a tecnologia mais leve e mais efetiva que se tem disponível atualmente no campo dos serviços farmacêuticos. Trata-se de estratégias educativas que integram saberes populares e científicos de modo a contribuir para aumentar o conhecimento e desenvolver habilidades e atitudes sobre os problemas de saúde e seus tratamentos. O objetivo principal em educação em saúde é dar autonomia ao paciente e que todos os envolvidos no tratamento

estejam comprometidos como pacientes, profissionais, gestores e cuidadores, com a promoção da saúde, prevenção e controle de doenças, e melhoria da qualidade de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). A educação em saúde é a orientação, seja na comunidade ou com o paciente, pautado em uma entrevista clínica, por exemplo, em um paciente com diabetes se realiza a educação em saúde de modo que ele conheça a sua doença, tenha a ciência de qual é o seu tratamento, e que ele seja o principal responsável pelo tratamento de sua doença. Isso não quer dizer que não há o envolvimento e interferência de outros profissionais de saúde, mas acontece o empoderamento do paciente como uma forma de ele se sentir responsável pelos resultados positivos que ele alcançará.

Como exemplos de se realizar a educação em saúde foram exemplificados por Barreto (2017), a orientação, que envolve a lista de medicamentos padronizados; demonstração do uso de dispositivos para administração de medicamentos como, por exemplo, dispositivos inalatórios utilizados em asma, canetas de insulina; tabelas que orientem quanto ao horário adequado para administração de medicamento (calendários posológico); dispositivos organizadores de medicamentos que auxiliem na adesão e etiquetas com informações escritas e visuais (BARRETO, 2017). A necessidade da Educação Interprofissional em Saúde acontece de forma direta da complexidade e origem multifacetada da saúde e a necessidade também é fruto de pesquisas, indicando que a colaboração eficiente entre os diferentes níveis de atenção à saúde é primordial para a promoção de atenção efetiva e integral (REEVES, 2016).

De acordo com “O Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa” pela iniciativa da Organização Mundial de Saúde, alguns desafios da interprofisisonalidade são a necessidade de romper com a divisão técnica do trabalho, pensar em maneiras de que como se desvencilhar as divisões regulamentadas que é previsto para cada profissão e como romper alguns limites e até mesmo o ego de organização de trabalho junto com o outro, do que é atribuição de cada um, e o que se pode fazer “entre” profissões, que não seria uma terceira via, mas uma negociação entre dois ou mais profissionais para o cuidado. Outro desafio seria a resistência em compartilhar os saberes, pois hoje ainda se visualiza uma dificuldade em explicar e compartilhar com o outro as tarefas de sua profissão. A necessidade de construção de novas relações de trabalho dentro de cada equipe também é um desafio. Cada equipe de trabalho possui a sua dinâmica, possui seus conflitos internos, sua forma de dialogar e se comunicar, e assim para cada equipe seria necessário a construção de novas relações e estratégias para fortalecer a educação interprofissional.

Em uma formação uniprofissional não há a interação entre estudantes de outras profissões, levando a um desconhecimento sobre os papéis e as responsabilidades dos demais profissionais da saúde e assim pode-se iniciar a formação de estereótipos (PEDUZZI, *et al.*, 2013). A educação interprofissional permite que os constituintes de duas ou mais profissões de saúde melhorem as suas contribuições e os desfechos em saúde. A colaboração em saúde não consiste apenas em interação entre as pessoas e o compartilhamento de objetivos, é necessário que esteja claro qual o papel de cada profissional e que exista uma interdependência das relações, ou seja, na prática interprofissional, os profissionais reconhecem que precisam trabalhar de forma integrada para produzir melhores resultados em saúde. Para isso é preciso horizontalizar as relações, assim se trabalha as relações de poder, se questiona a histórica hierarquia entre os profissionais e entre os usuários no propósito de localizar os usuários e as suas carências na centralidade do processo.

As três dimensões que, segundo Ellery (2014), são os desafios que as universidades lidam para produzir a interprofissionalidade na prática são organização, coletividade e subjetividade. No âmbito organizacional requer o estruturamento de uma rede de saúde escola, na coletividade a disposição dos profissionais envolvidos como um grupo de trabalho e por fim no âmbito subjetivo deve haver a identificação das pessoas envolvidas com o modelo proposto, além da necessidade de uma inteligência emocional para lidar com possíveis frustrações e desenvolver afeto no trabalho em ato (ELLERY, 2014).

Por fim, há uma divisão técnica e social do trabalho que faz com que algumas categorias tenham maiores salários e prestígio profissional constituindo uma hierarquia que dificulta o cuidado. Ademais, há uma crescente escassez de profissionais e abandono das profissões relacionadas às condições de trabalho, estresse, longas jornadas de trabalho e baixos salários (MACHADO, 1997). Machado (2017) traz que, devido a construção histórica das profissões, o profissional médico ainda é uma profissão de muito prestígio social, ou seja, é muito respeitada perante a sociedade como um todo. Essa visão pode corroborar para a construção de que a saúde está atrelada somente ao médico, colocando em segundo plano os demais profissionais, como o farmacêutico.

6 CONCLUSÃO

Com uma abordagem interprofissional deve se esperar a melhoria dos resultados na saúde, o cuidado integrado em saúde com novas configurações dos serviços, reduzindo internações hospitalares, prevenindo doenças, reduzindo erros profissionais e atos profissionais duplicados, com o objetivo de melhorar a qualidade da saúde das pessoas, da atenção prestada, e por fim, a melhora da qualidade da comunicação. Esses objetivos serão alcançados devido a maior comunicação e a satisfação no trabalho que o trabalho em equipe proporciona.

O farmacêutico possui um papel imprescindível dentro da equipe de saúde, pois junto com os demais profissionais da área da saúde visa à segurança do paciente através da efetividade do tratamento proposto bem como o uso racional de medicamentos. É esse profissional que garante uma terapia efetiva e segura, envolvendo mecanismos que favoreçam a continuidade da assistência. No entanto ao analisar os artigos na base de dados utilizada, foi possível perceber que muitas vezes o profissional farmacêutico não possui o devido reconhecimento dentro de uma equipe de saúde, pois muitas vezes o mesmo não é citado, nem lembrado nos diferentes níveis de atenção à saúde. Esse fato pode ser observado na atenção primária à saúde, onde o grau de complexidade de doenças é menor e há maior preocupação com a prevenção de doenças, o farmacêutico muitas vezes é deixado de lado, não sendo colocado em evidência como componente importante para promoção da saúde, sendo tratado como “apenas” provedor de medicamentos.

Esse cenário pode ter como causas diversas razões, como a formação dos profissionais de saúde que ainda é muito baseada em um modelo uniprofissional de saúde, que implica em uma hierarquização das relações de trabalho. A diferença salarial entre os profissionais de saúde, que colabora e acentua essa hierarquização do trabalho. Ainda, pode se dar por um processo cultural em que há uma valorização do médico em detrimento aos demais profissionais da área da saúde, vislumbra essa que pode dificultar o entendimento da importância interprofissional pelos usuários de forma geral. Portanto cabe aos novos profissionais de saúde romper os limites entre as profissões, desfazer o ego, compartilhar conhecimentos e trabalhar em equipe com o objetivo comum de levar o cuidado em saúde para o usuário do serviço, melhorando sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ANGELOVA, I. K. (2018). Evolução da Farmácia até a Atualidade. **Dissertação Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. Faculdade do Algarve.**

ARAÚJO, H. P. A; DOS SANTOS, L. C; DA SILVA, D. T.; ALENCAR, R. A. (2021). Multiprofessional family health residency as a setting for education and interprofessional practices. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 29.

BARRETO, PHEANDRO. **Webpalestra - Atuação do farmacêutico na Atenção Primária à Saúde – parte I.** 2017. Disponível em:<<https://www.youtube.com/watch?v=97c6n6eicuQ>>. Acesso em: 15 abril. 2022.

BARROS, JOSÉ AUGUSTO (n.d.). Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. **Brasília: Ministério da Saúde**, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas Farmacêuticas no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf AB). **Brasília: Ministério da Saúde**, 2017.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde. **Brasília: Ministério da Saúde**, 2014.

CECCIM, R. B. (2018). Connections and boundaries of interprofessionality: Form and formation. **Interface: Communication, Health, Education**, 22, 1739–1749.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (2016). Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade. Contextualização e Arcabouço Conceitual.

ProFar: Programa de Suporte ao Cuidado Farmacêutico na Atenção à Saúde.

DA COSTA, M. V.; PATRÍCIO, K. P., CÂMARA, A. M. C. S., *et. al*, (2015). Pro-health and pet-health as interprofessional education spaces. **Interface: Communication, Health, Education**, 19, 709–720.

DA SILVA, J. A. M.; PEDUZZI, M.; OERCHARD, C.; LEONELLO, V. M. (2015). Interprofessional education and collaborative practice in primary health care. **Revista Da Escola de Enfermagem**, 15–23.

DE CARVALHO, M. A. P; GUTIÉRREZ, A. C. (2021). Fifteen years of multiprofessional residency in family health at primary health care: Contributions from fiocruz. **Ciência e Saúde Coletiva**, 26, 2013–2022.

DE LIMA, A. W. S.; ALVES, F. A. P.; LINHARES, F. M. P. *et. al*, (2020). Perception and manifestation of collaborative competencies among undergraduate health students. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 28.

FARIAS, D. N. DE; RIBEIRO, K. S. Q. S.; ANJOS, U. U. DOS; BRITO, G. E. G. DE. (2017). Interdisciplinaridade e Interprofisisonalidade na Estratégia Saúde da Família. **Trabalho, Educação e Saúde**, 141–162.

FERREIRA, Jaqueline. O corpo sýgnico. **Saúde e doença: um olhar antropológico [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. 174 p. Disponível em SciELO Books <<http://books.scielo.org>>

FEUERWERKER, L. C. M; CECÍLIO, L. C. DE. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Instituto de Saúde da Comunidade, Departamento de Planejamento em Saúde, Universidade Federal Fluminense.**

GONÇALVES, MÁRCIO AUGUSTO. (2014). Organização e Funcionamento do SUS. **Departamento de Ciências da Administração. Especialização em Gestão da Saúde, UFSC.**

HARZHEIM, E.; D'AVILA, O. P.; PEDEBOS, L. A., et al, (2022). Primary health care for 21st century: First results of the new financing model. **Ciência e Saúde Coletiva**, 609–617.

MAGNO CORDEIRO, A. DE OLIVEIRA, G. M; RENTERÍA, J. M; *et. al*, (2007). Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Grupo de Estudo de Revisão Sistemática do Rio de Janeiro (GERS-Rio)**. Vol 34.

MACHADO, M. H., coord. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. [online]. Rio de Janeiro: **Editora FIOCRUZ**, 1997. 244 p.

MENDES, EUGÊNIO VILAÇA. (2011). As redes de atenção à saúde. **Organização Pan-Americana da Saúde**.

NAKAMURA, C. A.; LEITE, S. N. (2016). A construção do processo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: A experiência dos farmacêuticos em um município do sul do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, 1565–1572.

OGATA, M. N; DA SILVA, J. A. M; PEDUZZI, M, *et al*, (2021). Interfaces between permanent education and interprofessional education in health. **Revista Da Escola de Enfermagem**, 55, 1–9

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa Redes de Profissões de Saúde Enfermagem e Obstetrícia Recursos Humanos para a Saúde. **Organização Mundial da Saúde, Departamento de Recursos Humanos para a Saúde**.

PEDUZZI, M; NORMAN, I. J; GERMANI, A. C. C. G., *et. al*, (2013). Interprofessional education: Training for healthcare professionals for teamwork focusing on users. **Revista Da Escola de Enfermagem**, 47(4), 973–979.

PINTO, G. S. E; MENEZES, DE. P. M. R; VILLA, S. C. T. (2010). Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Revista Escola Enfermagem USP** (Vol. 44).

PINTO, L. V. I; CASTRO, DOS S. M; REIS, M. M. A. (2013). Descrição da atuação do farmacêutico em equipe multiprofissional com ênfase no cuidado ao idoso hospitalizado. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro**, 747-758

QUEIROZ, D. M. DE; OLIVEIRA, L. C. DE; ARAÚJO FILHO, P. A. DE; SILVA, M. R. F. DA. (2021). Challenges and potentials of the production of comprehensive care in Primary Health Care in Brazil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 74

REEVES, S. (2016). Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. **Interface: Communication, Health, Education**, 185–196.

REUTER, C. L. O., SANTOS, V. C. F. DOS; RAMOS, A. R. (2018). The exercise of interprofessionality and intersectorality as an art of caring: innovations and challenges. **Escola Anna Nery**.

RIBEIRO, A. A; GIVIZIEZ, C. R.; COIMBRA, E. A. R. *et. al*, (2022). Interprofissionalidade na atenção primária: intencionalidades das equipes versus realidade do processo de trabalho. **Escola Anna Nery**, 26.

STUCHI, BRUNO PEREIRA. (2016). Polifarmácia em idosos na atenção primária. Especialização em Saúde da Família Polifarmácia em idosos na atenção primária. **Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Universidade Aberta do SUS**.

TESSER, CHARLES DALCANALE. (2012). Prevenção Quaternária para a humanização da Atenção Primária à Saúde. **Mundo Da Saúde, São Paulo** (Vol. 36).

WOLLMANN, Lucas. **SAIBA + | Atenção Primária à Saúde**. 2020. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=CZLE7zFifnw>>. Acesso em: 27 abril. 2022.