



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Ariele Brandão Barbosa

**A CONSTRUÇÃO DO CUIDADO FARMACÊUTICO: AUTOETNOGRAFIA DE UMA
FARMACÊUTICA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA DA UFSC EM SÃO JOSÉ/SC**

Florianópolis

2026

Ariele Brandão Barbosa

**A CONSTRUÇÃO DO CUIDADO FARMACÊUTICO: AUTOETNOGRAFIA DE UMA
FARMACÊUTICA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA DA UFSC EM SÃO JOSÉ/SC**

Trabalho de Conclusão de Residência do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial à obtenção do grau de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Luciano Soares, Dr.
Coorientadora: Aline Aparecida Foppa, Dra.

Florianópolis

2026

Ficha catalográfica gerada por meio de sistema automatizado gerenciado pela BU/UFSC.
Dados inseridos pelo próprio autor.

Barbosa, Ariele Brandão

A CONSTRUÇÃO DO CUIDADO FARMACÊUTICO: AUTOETNOGRAFIA DE
UMA FARMACÊUTICA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
DA FAMÍLIA DA UFSC EM SÃO JOSÉ/SC / Ariele Brandão Barbosa
; orientador, Luciano Soares, coorientadora, Aline
Aparecida Foppa, 2026.

97 p.

Monografia (especialização) - Universidade Federal de
Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Curso de
Residência Multiprofissional em Saúde da Família,
Florianópolis, 2026.

Inclui referências.

1. Farmácia. 2. Atenção Primária à Saúde. 3.
Assistência Farmacêutica. 4. Autoetnografia. 5. Sistema
Único de Saúde. I. Soares, Luciano. II. Foppa, Aline
Aparecida. III. Universidade Federal de Santa Catarina.
Residência Multiprofissional em Saúde da Família. IV.
Título.

Ariele Brandão Barbosa

A CONSTRUÇÃO DO CUIDADO FARMACÊUTICO: AUTOETNOGRAFIA DE UMA FARMACÊUTICA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA DA UFSC EM SÃO JOSÉ/SC

Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de Especialista e aprovado em sua forma final pelo Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família

Florianópolis, 28 de fevereiro de 2026



Documento assinado digitalmente
Roger Flores Ceccon
Data: 01/03/2026 08:14:37-0300
CPF: ***.132.260-**
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Prof. Roger Flores Ceccon, Dr.
Coordenação do Curso

Banca examinadora



Documento assinado digitalmente
Luciano Soares
Data: 27/02/2026 10:43:50-0300
CPF: ***.485.599-**
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Prof. Luciano Soares, Dr.
Orientador



Documento assinado digitalmente
Aline Aparecida Foppa
Data: 27/02/2026 12:54:33-0300
CPF: ***.578.139-**
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Farm. Aline Aparecida Foppa, Dra.
Coorientadora



Documento assinado digitalmente
Norberto Rech Bonetti
Data: 27/02/2026 13:45:43-0300
CPF: ***.532.509-**
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Prof. Norberto Rech, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina



Documento assinado digitalmente
LEANDRO RIBEIRO MOLINA
Data: 27/02/2026 11:38:42-0300
CPF: ***.006.698-**
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Leandro Ribeiro Molina
Farmacêutico da Rede de Saúde Pública de Florianópolis
Florianópolis, 2026

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho representa a conclusão de um ciclo profundamente significativo da minha vida e o início de uma nova etapa. É a materialização de um sonho construído com dedicação, entrega e aprendizado, possível graças ao apoio de muitas pessoas que caminharam comigo ao longo desse percurso. A todas elas, expresso minha sincera gratidão.

Em primeiro lugar, agradeço ao Pai Celestial, que é Deus para mim. Fonte de força, sustento e direção, foi Ele quem guiou meus passos, fortaleceu minha fé nos momentos difíceis e me ajudou a compreender meu propósito. Sou grata por cada oportunidade, por cada encontro e por ter sido sustentada até aqui.

Agradeço, de forma muito especial, aos meus orientadores, Luciano Soares e Aline Aparecida Foppa. Sou imensamente grata por todo o aprendizado construído ao longo deste processo, pelas escutas atentas, pelos diálogos enriquecedores e pela disponibilidade em caminhar comigo na construção deste trabalho. Ouvir, refletir e atender às orientações de ambos foi um processo extremamente formativo, que ampliou meu olhar sobre a pesquisa, sobre o cuidado e sobre minha própria trajetória profissional. A liberdade concedida, aliada ao rigor e ao compromisso, tornou esse percurso rico, potente e transformador, permitindo que este trabalho fosse construído com sentido, profundidade e verdade.

Ao meu esposo, Joseph, deixo meu agradecimento mais cheio de amor e admiração. Desde o início, ele acreditou nesse sonho e viveu comigo, apoiando cada decisão, inclusive a mudança para Santa Catarina para que eu pudesse realizar a residência. Obrigada por todo incentivo, paciência, compreensão e parceria, por caminhar ao meu lado com amor e por transformar essa conquista em algo que é nosso.

Aos meus pais, Sirlene e Manoel, minha eterna gratidão. Obrigada por todo o amor, apoio e pelos inúmeros sacrifícios feitos ao longo da minha trajetória. Por sempre priorizarem a educação, acreditarem nos meus sonhos e estarem presentes em cada etapa. Mãe, obrigada por ser esse exemplo de força, cuidado e apoio incondicional. Pai, obrigada pelos valores, princípios e ensinamentos que moldaram quem eu sou como pessoa e profissional.

Aos meus irmãos, Adriele, Adriel e Ariel, aos meus cunhados, agradeço pelo carinho, incentivo e apoio constantes. Aos meus sobrinhos, Esther e Mathias, deixo um agradecimento especial: cada encontro com vocês sempre renovou minhas forças, encheu meu coração de amor e me lembrou do sentido de seguir em frente.

Aos meus colegas de residência, especialmente aos residentes de São José, agradeço por compartilharem comigo dois anos intensos de aprendizado, desafios e crescimento. Sou especialmente grata aos residentes R1, que chegaram cheios de curiosidades e disposição para aprender, e às minhas colegas R2, que ingressaram comigo e estão concluindo esta etapa ao meu lado. Caminhar juntas, dividir angústias, conquistas e alegrias diárias tornou esse percurso mais leve, mais humano e profundamente significativo.

À UBS Serraria, que me acolheu ao longo desses dois anos, expresso minha profunda gratidão. A todos os profissionais que conheci neste espaço, obrigada por cada ensinamento, troca e experiência compartilhada. Agradeço também à coordenação da UBS, pelo apoio e abertura ao longo desse período.

À minha preceptora da UBS, Cibelle Ramos Fiuza, deixo um agradecimento muito especial. Sou profundamente grata por todo apoio, confiança e incentivo ao longo dessa caminhada, por nunca limitar meus movimentos e por sempre acreditar no meu potencial. Sua postura ética, sensível e comprometida com o cuidado foi uma referência constante durante a residência. A forma como me apoiou, me encorajou a ocupar espaços e a seguir com segurança em cada desafio marcou profundamente minha trajetória. Os momentos compartilhados foram significativos e contribuíram de maneira decisiva para minha formação profissional e para a construção deste trabalho.

À Farmácia Escola da UFSC, agradeço pela oportunidade de vivenciar a residência também nesse espaço tão potente de cuidado, ensino e formação. Foi ali que conheci profissionais extremamente qualificados, generosos e humanos, sempre dispostos a compartilhar seus conhecimentos e experiências. Nesse ambiente, tive o privilégio de conhecer minha coorientadora, Aline Aparecida Foppa, e de ser acompanhada pela preceptora Mariane Rotta, que teve um papel fundamental na minha formação. Com ela, aprendi a não ter medo de enfrentar desafios, a sustentar minhas escolhas e a compreender que o cuidado farmacêutico

vai muito além da técnica, exigindo presença, sensibilidade, escuta e compromisso com as pessoas.

Agradeço ao município de São José, por possibilitar minha formação nesse território tão rico em experiências e aprendizados, contribuindo de forma significativa para minha trajetória profissional.

Por fim, agradeço à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) pela oportunidade de realizar esta pós-graduação, pelo ensino público e de qualidade e pelos docentes que compartilharam seus conhecimentos com tanto compromisso. Foi a Residência Multiprofissional em Saúde da Família que transformou minha percepção sobre o cuidado, fortaleceu meu amor pelo SUS e reafirmou meu compromisso em defendê-lo, permitindo que eu vivesse, aprendesse e acreditasse ainda mais na potência do cuidado em saúde.

A todos que, de perto ou de longe, fizeram parte dessa caminhada, muito obrigada.

“Quando o farmacêutico entra na clínica, o medicamento deixa de ser apenas produto e torna-se instrumento de cuidado.” (Silvana Nair Leite - atribuição informal)

RESUMO

No Brasil, a atuação do farmacêutico na Atenção Primária à Saúde (APS) frequentemente se desenvolve em práticas técnico-gerenciais, que constituem componente essencial do cuidado. Contudo, determinadas restrições institucionais podem limitar a ampliação do seu papel em processos interprofissionais. Nesse cenário, a inserção do farmacêutico em espaços colaborativos do processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família apresenta-se como uma possibilidade de qualificação do cuidado e de ampliação do uso racional e seguro de medicamentos. Este estudo teve como objetivo analisar a inserção do farmacêutico em espaços interprofissionais consolidados da APS, com foco em visitas domiciliares, consultas compartilhadas e reuniões de equipe. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, fundamentada na autoetnografia analítica, permitindo a reflexão crítica sobre a experiência profissional da pesquisadora farmacêutica em uma Unidade Básica de Saúde vinculada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). A coleta de dados ocorreu entre setembro e dezembro de 2025, por meio de observação participante, análise documental e entrevistas semiestruturadas com profissionais da equipe, com posterior triangulação de dados. Os resultados indicaram que a participação do farmacêutico em práticas interprofissionais contribuiu para a qualificação do uso dos medicamentos, o fortalecimento da segurança do paciente, a ampliação da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, bem como a corresponsabilização entre os profissionais da equipe. As reuniões de equipe, visitas domiciliares e consultas compartilhadas favoreceram a integração de saberes, intervenções oportunas, bem como decisões terapêuticas mais contextualizadas às necessidades dos usuários. Entretanto, também foram identificados desafios relacionados ao reconhecimento do papel clínico do farmacêutico, à organização do processo de trabalho e às limitações institucionais que dificultam a consolidação de uma atuação contínua e integrada. Observou-se que a experiência analisada foi viabilizada principalmente pela presença da residência multiprofissional, não se configurando como uma política institucional consolidada, o que evidencia seu caráter pontual e excepcional. Conclui-se que a atuação farmacêutica em espaços interprofissionais potencializa o cuidado compartilhado na APS, desde que sustentada por condições institucionais, organizacionais e culturais, que favoreçam sua inserção estruturante no trabalho coletivo, contribuindo para uma Atenção Primária mais integral, resolutiva e orientada às necessidades do território.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Assistência Farmacêutica; Autoetnografia; Farmacêuticos; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

In Brazil, the role of the pharmacist in Primary Health Care (PHC) often develops within technical-managerial practices, which constitute an essential component of care. However, certain institutional constraints may limit the expansion of their role in interprofessional processes. In this context, the inclusion of the pharmacist in collaborative spaces within the Family Health Strategy workflow represents an opportunity to enhance care quality and promote the rational and safe use of medications. This study aimed to analyze the insertion of the pharmacist in consolidated interprofessional spaces in PHC, focusing on home visits, shared consultations, and team meetings. It is a qualitative research study, based on analytical autoethnography, allowing a critical reflection on the professional experience of the researcher-pharmacist in a Primary Health Care Unit linked to the Multiprofessional Residency Program in Family Health at the Federal University of Santa Catarina (UFSC). Data were collected between September and December 2025 through participant observation, document analysis, and semi-structured interviews with team professionals, followed by data triangulation. The results indicated that the pharmacist's participation in interprofessional practices contributed to the rational use of medications, strengthened patient safety, expanded the comprehensiveness and longitudinality of care, and fostered shared responsibility among team members. Team meetings, home visits, and shared consultations facilitated knowledge integration, timely interventions, and therapeutic decisions more closely aligned with users' needs. Nonetheless, challenges were identified regarding the recognition of the pharmacist's clinical role, work process organization, and institutional limitations that hinder the consolidation of continuous and integrated practice. The analyzed experience was primarily enabled by the presence of the multiprofessional residency, rather than a consolidated institutional policy, highlighting its punctual and exceptional nature. It is concluded that the pharmacist's role in interprofessional spaces enhances shared care in PHC, provided it is supported by institutional, organizational, and cultural conditions that favor its structured integration into collective work, contributing to more comprehensive, resolute, and territory-oriented Primary Health Care.

Keywords: Primary Health Care; Pharmaceutical Services; Autoethnography; Pharmacist; Unified Health System.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF	Assistência Farmacêutica
APS	Atenção Primária à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CEPSH	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
DM2	Diabetes mellitus tipo 2
eMULTI	Equipes Multiprofissionais
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
MFC	Medicina de Família e Comunidade
NEPS	Núcleo de Educação Permanente em Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PRMs	Problemas Relacionados a Medicamentos
RAS	Redes de Atenção à Saúde
REMULTISF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
RH	Recursos humanos
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCR	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	14
1.1 MOTIVAÇÕES PARA O TRABALHO.....	14
1.2 INTRODUÇÃO.....	17
2. JUSTIFICATIVA.....	19
3. OBJETIVO.....	21
3.1 OBJETIVO GERAL.....	21
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
4. REFERENCIAL TEÓRICO.....	22
4.1 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO COORDENADORA DO CUIDADO.....	22
4.2 CUIDADO EM SAÚDE E PRÁTICAS INTERPROFISSIONAIS NA APS.....	24
4.3 INSERÇÃO DO FARMACÊUTICO NA APS: CAMINHOS PARA A PRÁTICA CLÍNICA INTERPROFISSIONAL.....	26
5. METODOLOGIA.....	28
5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	28
5.2 LOCAL DO ESTUDO.....	30
5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	31
5.4 COLETA DE DADOS.....	32
5.4.1 Observação Participante.....	32
5.4.2 Entrevistas Semiestruturadas com os profissionais.....	33
5.4.3 Análise documental.....	34
5.5 ANÁLISE DE DADOS.....	35
5.5.1 Armazenamento e Proteção de Dados.....	36
5.6 O RIGOR DA PESQUISA.....	36
6. ASPECTOS ÉTICOS.....	37
7. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	39
7.1 O CUIDADO QUE SE CONSTRÓI NO ENCONTRO: INTERPROFISSIONALIDADE VIVIDA NA APS.....	40
7.1.1 Construção do cuidado compartilhado: a atuação do farmacêutico em práticas interprofissionais na APS.....	40
7.1.2 O cuidado coletivo como prática relacional e situada nos espaços interprofissionais..	43
7.1.4 Construção do cuidado compartilhado diante de limites e desafios.....	51
7.2 QUANDO O CUIDADO ENCONTRA LIMITES: INVISIBILIDADES E CAPTURAS DO TRABALHO FARMACÊUTICO NA APS.....	55
7.2.1 A captura do trabalho farmacêutico pela lógica da dispensação.....	55
7.2.2 A farmácia como território paradoxal do cuidado.....	59
7.2.3 Reconhecimento condicionado e invisibilidade do farmacêutico na APS.....	61
7.2.4 Limites institucionais e a dependência da formação para a sustentação do cuidado farmacêutico na APS.....	63
7.3 FAZER CLÍNICA APESAR DE TUDO: CONTRIBUIÇÕES DA ATUAÇÃO FARMACÊUTICA E REINVENÇÕES DO CUIDADO NA APS.....	67
7.3.1 A clínica farmacêutica como espaço de segurança, vínculo e cuidado ampliado.....	68

7.3.2 Integração de saberes e ampliação do olhar da equipe no cuidado compartilhado.....	71
7.3.3 Produção de cuidado em contextos de restrição: a clínica possível.....	73
7.3.4 Potencialidades do cuidado farmacêutico: vínculo, autonomia e qualificação da farmacoterapia.....	76
8. CONCLUSÃO.....	80
REFERÊNCIAS.....	83
APÊNDICE A - TÓPICOS-GUIAS DE ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS.....	90
APÊNDICE B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEPESH.....	92
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	93
APÊNDICE D - DOCUMENTO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO.....	96
APÊNDICE E - DECLARAÇÃO PARA INSERÇÃO NO CAMPO DE PESQUISA.....	97

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA PESQUISA

1.1 MOTIVAÇÕES PARA O TRABALHO

Sinto um profundo desejo de relatar de onde parti para chegar a este trabalho e como minha trajetória pessoal e profissional me conduziu ao tema da inserção do farmacêutico em práticas interprofissionais na Atenção Primária à Saúde (APS). Sou farmacêutica, formada pela Universidade Federal do Pampa, na Fronteira do Rio Grande do Sul, onde iniciei minha graduação em 2016.

Durante a graduação, participei de diferentes atividades curriculares e estágios, mas antes mesmo de concluir o curso, vivi uma experiência que marcou meu percurso. Em 2019, precisei interromper temporariamente a graduação por aproximadamente 18 meses para atuar como voluntária no Rio Grande do Norte, em um trabalho de caráter religioso desenvolvido diretamente junto à comunidade. Essa atuação envolveu a presença cotidiana no território, a realização de visitas em suas casas, convivência com famílias e a participação em atividades comunitárias, o que me possibilitou criar vínculos, a escuta atenta e o diálogo sobre os diferentes aspectos da vida, com atenção ao bem-estar e ao cuidado espiritual.

Embora essa experiência não estivesse formalmente vinculada à área da saúde, o contato próximo com as pessoas fez com, em algumas situações, eu fosse procurada para orientações básicas relacionadas à saúde, dentro dos limites da minha formação naquele momento. Essa vivência despertou em mim algo até então desconhecido: o desejo de cuidar de pessoas, de estar presente de forma humana e comprometida, de ouvir, aprender com as histórias de vida e compreender as necessidades que emergem do cotidiano. Ali comecei a perceber que o cuidado ia além do biológico e se expressa de forma integrada aos aspectos coisas, emocionais e espirituais.

Retomei a graduação em 2020 e, em 2021, já no final do curso, tive meu primeiro contato direto com o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de um estágio na Farmácia Básica. Naquele período, a farmácia ainda era centralizada e iniciava o processo de descentralização para as unidades de saúde. Fiquei encantada ao observar a quantidade de medicamentos disponibilizados gratuitamente à população e ao perceber a importância do farmacêutico nesse

processo. Eu amava dispensar, mas sentia uma inquietação: queria ir além do balcão, queria compreender como as pessoas realmente utilizavam os medicamentos no cotidiano. Ali, começou a se fortalecer em mim o desejo profundo de cuidar de forma mais próxima, relacional e contextualizada.

Até então, minha intenção inicial era seguir uma residência com foco hospitalar. No entanto, a vivência na atenção primária, somadas às experiências prévias de cuidado comunitário, despertou uma afinidade crescente com o território e com o cuidado longitudinal. Após a formatura, em 2022, morei por um período na Bahia, onde novamente atuei em trabalhos voluntários, também de caráter religioso, dessa vez com atuação mais voltada para o espiritual e ao acompanhamento de pessoas e grupos, especialmente jovens. Esses momentos reforçaram minha paixão por servir à comunidade e minha percepção de que o cuidado faz parte do meu ser, de quem sou, antes mesmo da Farmacêutica Ariele existir.

Nesse mesmo período, iniciei minha primeira pós-graduação em Farmácia Clínica e Hospitalar, consolidando a decisão de buscar uma residência profissional que integrasse minha vocação de cuidado e atuação clínica.

Foi nesse processo que conheci a Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Inicialmente, realizei a inscrição apenas em Porto Alegre, mas algo me impulsionou a perguntar: “por que não Santa Catarina?”. Fiz então a segunda inscrição, e em fevereiro de 2024 fui aprovada na residência da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Naquele dia, senti uma mistura de surpresa, emoção e certeza: eu não sabia o porquê naquele momento, mas sabia que aquele era o lugar onde precisava estar.

A residência transformou profundamente minha prática e minha visão e compreensão sobre o cuidado. Pela primeira vez, pude vivenciar sendo uma farmacêutica diretamente na comunidade, dentro de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), participando de reuniões de equipe, visitas domiciliares e, posteriormente, consultas compartilhadas. Cada experiência foi intensa e significativa. Participar das reuniões de equipe foi um aprendizado diário: profissionais cheios de conhecimento, humanidade e dedicação me inspiraram profundamente.

Minha preceptora da UBS, Cibelle Ramos Fiuza, é uma dessas pessoas que marcaram minha trajetória: ela nunca fechou as portas para mim, sempre me apoiou infinitamente, me deixou voar e acreditou no meu potencial. E mais do que isso, eu desejava que Cibelle também pudesse vivenciar aquilo que eu vivia: participar do

cuidado diretamente, estar nos espaços de atenção, exercer a assistência farmacêutica (AF) da forma integral que sempre sonhou. Ela sempre me incentivou a estar nesses espaços, e isso se tornou uma motivação extra para mim, pois queria que nossa realidade como farmacêuticas fosse de fato ampliada. Posso dizer com certeza que ela é uma das razões de eu ter decidido desenvolver este trabalho, pois me mostrou, na prática, a importância de ousar, participar e contribuir com a equipe.

Nas visitas domiciliares, a construção de vínculos com as pessoas me emocionava: caminhar pelas ruas, entrar em suas casas, ouvi-las, orientá-las e oferecer cuidado com meu conhecimento profissional me trouxe uma felicidade genuína. No segundo ano da residência, as consultas compartilhadas representaram outro momento transformador: dividir meu conhecimento e receber o conhecimento dos colegas foi uma troca rica, fortalecedora e única. Mais do que ensinar, aprendi. Mais do que orientar, fui orientada. E a maior recompensa foi ver os usuários sentirem-se cuidados por toda a equipe, confiantes e acolhidos.

Paralelamente, durante a residência, também atuei na Farmácia Escola da UFSC no judicial, sob a preceptoría da Mariane Rotta, ela que sempre acreditou em mim e compartilhou generosamente seus conhecimentos, materiais e experiências pessoais. Cada momento com ela também foi fundamental para fortalecer minha prática clínica e minha capacidade de atuar com segurança na UBS.

Foi nesse contexto de experiências intensas que senti a necessidade de transformar minhas reflexões em um trabalho formal. Procurei inicialmente meu tutor, Luciano Soares, para compartilhar minhas inquietações e desejos. Conversamos sobre minhas experiências, aprendizados e sobre a vontade de investigar a inserção do farmacêutico nos espaços interprofissionais da APS. Luciano acolheu minhas ideias, ajudou a estruturar a proposta inicial e indicou o coorientador que seria fundamental para a construção do trabalho.

Minha coorientadora, Aline Aparecida Foppa, foi essencial para que este estudo se concretizasse. Com paciência, generosidade e profundo conhecimento, guiou-me pelo caminho da autoetnografia, totalmente desconhecido para mim, e me proporcionou segurança para transformar minhas experiências e reflexões em uma pesquisa consistente e capaz de provocar reflexão crítica. A realização deste trabalho só foi possível graças à orientação e confiança do Luciano e da Aline: eles me mostraram caminhos, ampliaram minhas perspectivas e me inspiraram a

transformar minhas experiências em conhecimento que possa provocar reflexão e mudança.

Desde o início da residência, minhas inquietações guiaram a escolha do tema: por que o farmacêutico efetivo da UBS não podia participar das reuniões de equipe, das visitas domiciliares ou das consultas compartilhadas? Por que permanecia restrito à farmácia, enquanto cuidar é rotina para outros profissionais de saúde? Este trabalho nasce dessas reflexões, com o objetivo de demonstrar que o espaço do farmacêutico deve ser conquistado, ampliado e valorizado, contribuindo para o cuidado integral e compartilhado.

Finalizo esta apresentação reafirmando meu compromisso com o SUS e com a prática do cuidado compartilhado. O farmacêutico não foi feito apenas para estar na farmácia: ele pode e deve ocupar espaços que transformam vidas, contribuindo para a integralidade do cuidado. E é isso que este trabalho busca evidenciar, inspirando profissionais, gestores e instituições a refletirem sobre o papel do farmacêutico na APS.

1.2 INTRODUÇÃO

A APS constitui a principal porta de entrada do SUS, sendo responsável pela coordenação do cuidado e pela organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2015). Nesse contexto, os serviços farmacêuticos clínicos vêm se consolidando como estratégias importantes para qualificar o cuidado, promovendo o uso racional de medicamentos, ampliando o acesso e fortalecendo a integralidade da atenção (Barros; Silva; Leite, 2020).

Apesar dos avanços normativos e das políticas públicas que reconhecem o papel clínico do farmacêutico na APS (BRASIL, 2004; BRASIL, 2017a), ainda existem desafios relacionados à consolidação e à ampliação de sua atuação nos espaços de cuidado ao usuário e nas práticas interprofissionais. Em muitas realidades, a inserção do farmacêutico nas equipes da APS se deu prioritariamente a partir da estruturação da AF, com ênfase nas ações relacionadas ao ciclo do medicamento e à garantia do acesso e do uso racional de medicamentos, dimensões centrais da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), conquistas fundamentais para o funcionamento das RAS (BRASIL, 2004; BRASIL, 2017a; Nakamura; Leite, 2016).

Diversas experiências apontam que a presença do farmacêutico em espaços consolidados de cuidados compartilhados em saúde favorece a promoção da adesão terapêutica, a educação em saúde e a ampliação da integralidade do cuidado (Barros; Spadacio; Costa, 2018; Medeiros; Forte; Toassi, 2024). Essas práticas indicam que ampliar a atuação do farmacêutico no cuidado em saúde pode contribuir para a qualificação da APS, especialmente em territórios com vulnerabilidades sociais.

A residência multiprofissional tem se mostrado uma oportunidade valiosa para ampliar e aprofundar a atuação clínica e colaborativa do farmacêutico no contexto da APS, especialmente no âmbito da ESF. A vivência direta do farmacêutico residente em atividades de cuidado, como visitas domiciliares, consultas compartilhadas e reuniões de equipe, tem suscitado reflexões acerca das possibilidades de contribuição desse profissional na produção do cuidado, bem como sobre os limites e desafios para o seu reconhecimento como membro da equipe de saúde. Experiências como essa não negam a centralidade histórica da AF na organização do cuidado, mas evidenciam a possibilidade de ampliação do escopo de atuação do farmacêutico, articulando as dimensões técnico-gerenciais, clínicas e interprofissionais. Nesse sentido, esse dispositivo formativo se configura como um espaço potente para o fortalecimento de práticas colaborativas mais integradas e resolutivas na APS (BRASIL, 2009; Peduzzi; Agreli, 2018)

Este trabalho propõe uma reflexão crítica, com base em vivências situadas, de como se dá a inserção do farmacêutico em espaços de cuidado consolidados por outras categorias profissionais na APS, buscando compreender os sentidos, as práticas e os efeitos que emergem quando esse profissional atua como agente de cuidado junto à equipe e aos usuários.

2. JUSTIFICATIVA

A APS, como ordenadora do cuidado no SUS, demanda práticas interprofissionais que sejam capazes de responder às necessidades complexas dos territórios, com foco na integralidade e na resolutividade da atenção. Nesse cenário, a atuação do farmacêutico tem se ampliado nos últimos anos, mas ainda enfrenta inúmeros desafios para se consolidar como parte efetiva das estratégias de cuidado em saúde (Chemello et al., 2021).

Embora a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017b) e diversos estudos reconheçam a importância da inserção do farmacêutico nas ações clínicas e no cuidado compartilhado (Barros; Silva; Leite, 2020), na prática cotidiana de muitos municípios brasileiros, a atuação desse profissional tem se concentrado nas atividades técnico-gerenciais desenvolvidas no espaço da farmácia, relacionadas à logística, à gestão da AF e à dispensação de medicamentos (Nakamura; Leite, 2016). Essas atividades constituem base fundamental para a produção do cuidado na APS, uma vez que garantem o acesso, a continuidade do tratamento e o uso racional dos medicamentos (BRASIL, 2004; BRASIL, 2017a). No entanto, em contextos marcados por elevada demanda assistencial, limitações estruturais e de recursos humanos (RH), a organização do processo de trabalho dessas atribuições pode dificultar a participação do farmacêutico em outros espaços de cuidado compartilhado (Peduzzi; Agreli, 2018; BRASIL, 2017b).

No município onde será realizado este estudo, visualiza-se essa mesma realidade. Os farmacêuticos da rede municipal de saúde não estão formalmente vinculados às equipes de ESF e, por consequência, não participam dos espaços interprofissionais de cuidado como reuniões de equipe, visitas domiciliares e consultas compartilhadas. Com a chegada da residência multiprofissional, que inclui a formação de farmacêuticos, tornou-se possível ampliar essa atuação do farmacêutico, na figura do residente, permitindo a participação, vivência e colaboração nesses espaços estratégicos de cuidado.

A partir dessa inserção, surgiram questionamentos que fundamentam este trabalho: quais são as contribuições da atuação do farmacêutico nos espaços interprofissionais da APS? Como esse profissional se insere nessas práticas de cuidado que são consolidadas? Que tipo de transformações na atenção, no uso de

medicamentos e nas relações de cuidado podem emergir quando o farmacêutico participa de maneira integrada com a equipe? Como o cuidado pode ser ampliado quando a atuação do farmacêutico se articula a outros espaços de cuidado compartilhados na APS?

Com base em uma metodologia que valoriza a experiência vivida, a Autoetnografia Analítica (Anderson, 2006; Chang, 2008), este estudo se justifica pela necessidade de refletir criticamente sobre a prática cotidiana do farmacêutico na APS, especialmente nos espaços onde o cuidado já se estrutura de forma coletiva.

3. OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar como se caracteriza o cuidado em saúde quando o farmacêutico se insere em ações interprofissionais no cotidiano da APS.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compreender como o cuidado em saúde é construído coletivamente nos espaços interprofissionais da APS, com a participação do farmacêutico em visitas domiciliares, reuniões de equipe e consultas compartilhadas;
- Identificar os desafios e barreiras para inserção efetiva do cuidado farmacêutico no processo colaborativo de atenção à saúde nas equipes multiprofissionais;
- Analisar as contribuições e potencialidades da atuação clínica do farmacêutico para a qualificação do cuidado no âmbito das equipes de ESF.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO COORDENADORA DO CUIDADO

A RAS foram estabelecidas para superar a fragmentação histórica do sistema de saúde público brasileiro, unindo diversos serviços e níveis de atenção para proporcionar um atendimento mais contínuo e eficiente (BRASIL, 2017c). Sua estruturação se fundamenta na articulação entre os diversos pontos de atenção como a atenção primária, atenção especializada, atenção hospitalar, urgência e reabilitação, de modo a garantir a integralidade por meio de ações intersetoriais e de fluxos assistenciais bem definidos e a continuidade do cuidado aos usuários (BRASIL, 2010).

No centro da organização das RAS está a APS, reconhecida como ordenadora do cuidado e coordenadora das ações e serviços dentro das redes. Para exercer esse papel de articulação, a APS deve assegurar ações que sejam contínuas, acessíveis e capazes de responder às demandas do território, sustentadas pela construção de vínculos e pelo acompanhamento longitudinal dos usuários. Essas características requerem equipes capacitadas e articuladas, capazes de dialogar entre si e com os demais pontos da rede, promovendo o cuidado como um processo coletivo e corresponsável (Starfield, 2002; Mendes, 2011).

Conforme apontado por Barros et al. (2020), a APS desempenha papel estratégico ao identificar as necessidades de saúde da população, orientar o acesso a níveis especializados e articular respostas interdisciplinares às demandas sociais e sanitárias, fortalecendo a integração dos serviços e o vínculo entre profissionais e usuários. Nesse sentido, a proposta das RAS apresentada por Mendes (2011) reforça a importância de uma mudança paradigmática na organização do cuidado, ao defender a construção de relações horizontais entre os pontos da rede, rompendo com o modelo tradicional hospitalocêntrico e centrado na especialização técnica, ainda presente em muitos serviços de saúde.

Contudo, a efetivação das RAS enfrenta obstáculos estruturais relevantes, como a insuficiência de recursos financeiros e humanos, a elevada rotatividade de profissionais, as dificuldades na comunicação e coordenação entre os serviços, além da persistência de uma organização hierarquizada e fragmentada da atenção à saúde, fatores que comprometem a integralidade e a continuidade do cuidado (Gomes, 2014). A ausência de processos integrados de planejamento e gestão, somada à desarticulação entre os serviços e os próprios profissionais, fragiliza o papel coordenador da APS dentro das redes Mota; Bousquat, 2023).

Neste cenário, a atuação interprofissional tem se mostrado condição essencial para a efetivação das RAS. A construção de planos terapêuticos compartilhados, a gestão clínica integrada e a escuta qualificada entre diferentes categorias profissionais são elementos que fortalecem o cuidado como prática ampliada e dialógica, essencial para a resolutividade das ações em rede (Peduzzi; Agreli, 2018). O trabalho em equipe interprofissional, nesse contexto, contribui não apenas para o enfrentamento dos determinantes sociais do processo saúde-doença, mas também para o reconhecimento dos sujeitos em sua integralidade.

É diante desses desafios que emerge a necessidade de repensar os papéis tradicionais das profissões de saúde. A superação da fragmentação não depende apenas da reorganização estrutural dos serviços, mas também de mudanças nas práticas profissionais e nas formas de produção do cuidado. Nessa perspectiva, a atuação do farmacêutico, tradicionalmente vinculado a atividades técnico-gerenciais, passa a incorporar dimensões clínicas e colaborativas, contribuindo tanto para a consolidação das RAS quanto para o fortalecimento da APS como espaço privilegiado de cuidado em saúde.

Nesse movimento de ampliação das práticas profissionais, a AF, conforme definida pela PNAF, constitui um conjunto articulado de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo o medicamento como insumo essencial e o usuário como centro do cuidado. Organiza-se em um ciclo que envolve seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação, incorporando também dimensões clínicas, educativas e de acompanhamento da farmacoterapia. Ao integrar as RAS, a AF contribui tanto para a garantia do acesso oportuno e equânime aos medicamentos quanto para a qualificação do seu uso, fortalecendo a continuidade do cuidado nos diferentes pontos da rede ((BRASIL, 2004; BRASIL, 2017a).

Nesse contexto, a dispensação passa a incorporar caráter clínico e relacional, configurando-se como espaço de escuta, orientação e identificação de necessidades relacionadas ao uso de medicamentos. A partir dessa ampliação, desdobram-se práticas como o acompanhamento farmacoterapêutico e a educação em saúde, orientadas à promoção do uso racional e à corresponsabilização no cuidado (BRASIL, 2004). Ao percorrer toda a cadeia da AF, do planejamento da oferta ao cuidado farmacêutico propriamente dito, consolida-se uma atuação integrada às RAS, articulando gestão e clínica na produção da integralidade do cuidado (BRASIL, 2017a).

4.2 CUIDADO EM SAÚDE E PRÁTICAS INTERPROFISSIONAIS NA APS

O cuidado em saúde, especialmente no âmbito da APS, não se restringe à aplicação de protocolos ou à execução de procedimentos técnicos. Trata-se de uma prática relacional, construída no encontro entre profissionais e usuários, sustentada pela escuta qualificada, pela responsabilização compartilhada e pela construção de vínculos no cotidiano do trabalho em saúde (BRASIL, 2009; BRASIL, 2017b). Nessa perspectiva, o cuidado ultrapassa as fronteiras entre profissões e se configura como um processo coletivo, dinâmico e situado, que emerge das necessidades singulares dos sujeitos e se transforma a partir das experiências vividas nos territórios.

Por estar diretamente inserida no cotidiano da vida das pessoas, a APS constitui um espaço privilegiado para o desenvolvimento de práticas de cuidado integradas, contínuas e centradas nas necessidades reais dos usuários. Para que esse cuidado se efetive de forma ampliada e resolutiva, a atuação interprofissional mostra-se essencial, compreendida como a articulação entre diferentes saberes e práticas em torno de um mesmo projeto terapêutico. Esse processo envolve diálogo permanente, reconhecimento das competências específicas de cada profissional, corresponsabilização e tomada de decisões compartilhadas na produção do cuidado (Peduzzi; Agreli, 2018; Barros et al., 2020).

As práticas interprofissionais diferenciam-se das práticas multiprofissionais ao pressuporem integração efetiva entre os campos de saber e fazer dos profissionais envolvidos. Enquanto a multiprofissionalidade se caracteriza pela justaposição de ações realizadas de forma paralela por diferentes categorias, a interprofissionalidade implica cooperação, planejamento conjunto e construção

coletiva das decisões, resultando em abordagens mais abrangentes e potentes para o enfrentamento dos problemas de saúde. Nessa lógica, o cuidado deixa de ser fragmentado e passa a ser produzido de forma compartilhada, como um processo relacional construído no encontro entre sujeitos, saberes e práticas (Peduzzi; Agreli, 2018).

Apesar dos avanços observados nas políticas e nas experiências locais, a consolidação de práticas interprofissionais no cotidiano da APS ainda enfrenta desafios importantes. A formação acadêmica centrada em disciplinas isoladas, a hierarquia tradicional entre as profissões, a ausência de espaços institucionais para o planejamento coletivo, a sobrecarga de trabalho e uma cultura organizacional centrada no modelo médico-hegemônico dificultam a construção de práticas colaborativas nos serviços de saúde (Chemello et al., 2021; Souza et al., 2023; Loch et al., 2025). Essas barreiras comprometem tanto a cooperação entre os profissionais quanto a capacidade das equipes de ofertar um cuidado integral e sensível às necessidades dos usuários.

Nesse contexto, os conflitos que emergem no trabalho interprofissional não devem ser compreendidos apenas como entraves a serem evitados, mas como expressões das tensões inerentes a um processo que envolve diferentes saberes, responsabilidades e posições no interior das equipes. A sobreposição de funções, a disputa por espaços de atuação e a ausência de pactuações claras sobre os papéis profissionais podem gerar conflitos no cotidiano do trabalho que, quando reconhecidos e mediados de forma ética e dialógica, constituem oportunidades de aprendizagem coletiva e de fortalecimento das práticas colaborativas (Loch et al., 2025).

A proposta do cuidado compartilhado, amplamente discutida no campo da saúde coletiva, apresenta-se como uma estratégia para reorganizar o trabalho em saúde a partir de uma lógica mais horizontal, democrática e corresponsável. Parte-se do reconhecimento de que nenhum profissional detém, de forma isolada, todo o conhecimento necessário para responder à complexidade dos problemas de saúde, sendo imprescindível a construção coletiva das decisões terapêuticas. Essa perspectiva valoriza o diálogo, a escuta ativa e a coautoria no cuidado, deslocando o foco da especialização isolada para a produção compartilhada do cuidado em saúde (Ceccim, 2018).

A interprofissionalidade, portanto, ultrapassa a condição de uma metodologia de trabalho ou de uma estratégia organizacional, configurando-se como uma dimensão ética e política da produção do cuidado em saúde. Ao promover o encontro entre diferentes saberes, experiências e visões de mundo, possibilita a construção de respostas mais sensíveis às singularidades dos sujeitos e alinhadas aos princípios da integralidade, da equidade e da universalidade que orientam o SUS. Nesse sentido, o fortalecimento das práticas interprofissionais na APS constitui elemento central para a consolidação do cuidado compartilhado e para a qualificação das ações desenvolvidas nos territórios (Ceccim, 2018; Souza et al., 2023).

4.3 INSERÇÃO DO FARMACÊUTICO NA APS: CAMINHOS PARA A PRÁTICA CLÍNICA INTERPROFISSIONAL

Partindo de uma atuação historicamente ancorada em atribuições técnico-gerenciais, a AF na APS mantém essas funções como base estruturante da organização do cuidado, ao mesmo tempo em que passa a incorporar outras dimensões do trabalho em saúde (BRASIL, 2004; BRASIL, 2017a; Nakamura; Leite, 2016). No entanto, com o fortalecimento da APS como eixo estruturante das RAS, passam a emergir novas demandas que tensionam e ampliam o escopo de práticas tradicionalmente atribuídas ao farmacêutico, incorporando dimensões clínicas e relacionais ao seu fazer profissional (CFF, 2013). Esse movimento tem sido respaldado por diretrizes e normativas nacionais, como a PNAF, que reconhece a importância da atuação clínica do farmacêutico para o cuidado integral em saúde, especialmente no acompanhamento terapêutico e na promoção do uso racional de medicamentos (BRASIL, 2017a).

Essa ampliação foi reafirmada pela Resolução CFF nº 586/2013, que regulamenta a atuação clínica do farmacêutico, incluindo a prescrição no âmbito de suas competências e sua participação ativa no processo de cuidado em saúde (CFF, 2013). Mais recentemente, a Portaria GM/MS nº 4.379/2024 consolidou as Diretrizes Nacionais do Cuidado Farmacêutico no SUS, reforçando a inserção do farmacêutico em ações interprofissionais e centradas no usuário (BRASIL, 2024).

Esse movimento de ampliação do escopo de atuação do farmacêutico é também sustentado por diretrizes internacionais. A Organização Mundial da Saúde

(OMS) destaca que o farmacêutico do século XXI deve atuar como agente do cuidado, colaborando de forma integrada com outros profissionais da saúde, com responsabilidade clínica e ética sobre os tratamentos medicamentosos, contribuindo para a prevenção de agravos, o acompanhamento de doenças crônicas e a promoção do uso seguro e racional de medicamentos (WHO, 2006). Ao reconhecer a complexidade das necessidades dos usuários, reforça-se que o cuidado farmacêutico, sem prescindir de sua base técnica, exige presença ativa, escuta qualificada e corresponsabilização nos diferentes pontos da rede.

Nesse contexto, os serviços farmacêuticos na APS configuram práticas clínicas sistematizadas, desenvolvidas de forma articulada à equipe e ao território, conforme a organização dos serviços e o perfil epidemiológico local (CFF, 2016). Destacam-se ações como educação em saúde, dispensação qualificada, conciliação de medicamentos, revisão da farmacoterapia, gestão da condição de saúde e acompanhamento farmacoterapêutico, inseridas no cuidado longitudinal e na coordenação do cuidado, contribuindo para a integralidade das ações em saúde (CFF, 2016).

Esses serviços compartilham atividades clínicas transversais, como a coleta sistemática de dados, a identificação de problemas relacionados ao uso de medicamentos, a avaliação da farmacoterapia, a definição compartilhada de metas terapêuticas, a orientação para o uso adequado dos medicamentos e o acompanhamento contínuo das condições de saúde. A partir dessas práticas, a atuação clínica do farmacêutico na APS consolida uma abordagem centrada na pessoa e contribui para a qualificação e a resolutividade do cuidado em saúde (Soares et al., 2016; CFF, 2020; BRASIL, 2024).

Estudos indicam que a atuação clínica do farmacêutico na APS produz benefícios relevantes aos usuários, ao possibilitar a identificação, a prevenção e o manejo de problemas relacionados aos medicamentos, com impactos positivos na adesão ao tratamento, no acompanhamento de condições crônicas e nos resultados clínico-terapêuticos (Santos et al., 2021; Barros et al., 2020). Apesar desses avanços, a literatura aponta a persistência de barreiras institucionais e culturais que dificultam a ampliação e o reconhecimento dessas práticas no cotidiano dos serviços, como a visão restrita do farmacêutico enquanto técnico do medicamento, a sobrecarga de funções administrativas e limites na formação voltada às práticas clínicas e interprofissionais (Chemello et al., 2021; Nakamura; Leite, 2016).

A ampliação da inserção do farmacêutico nos espaços interprofissionais da APS é compreendida como um movimento associado à perspectiva da integralidade do cuidado. Nesse campo, o farmacêutico aporta uma contribuição técnico-clínica voltada à avaliação do manejo da farmacoterapia, especialmente a partir da análise da indicação, da efetividade, da segurança e do uso dos medicamentos, elementos centrais na identificação de problemas relacionados aos medicamentos (Santos et al., 2021). Sua participação em espaços de escuta, discussão de casos e tomada de decisão compartilhada articula-se à concepção do cuidado como prática coletiva, fortalecendo vínculos, a corresponsabilização e a capacidade das equipes de lidar com as complexidades do cuidado nos territórios da APS Soares et al., 2016; Barros et al., 2020; BRASIL, 2024).

Nesse sentido, a literatura aponta que a consolidação da atuação clínica do farmacêutico nos territórios da APS se insere no debate mais amplo sobre o fortalecimento de práticas colaborativas e integradas na produção do cuidado. A participação qualificada do farmacêutico em espaços interprofissionais é descrita como potencializadora da escuta, da construção de vínculos com os usuários e da capacidade das equipes de lidar com as complexidades do cuidado, em consonância com os princípios estruturantes do SUS e com a lógica do cuidado compartilhado nas RAS (Soares et al., 2016; Barros et al., 2020; BRASIL, 2024).

5. METODOLOGIA

5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Este é um estudo de natureza qualitativa, na qual foi utilizado a metodologia da autoetnografia analítica, uma vez que a pesquisadora parte de sua vivência prática para refletir criticamente sobre como o farmacêutico atua no cuidado interprofissional na APS. A autoetnografia analítica constitui uma abordagem qualitativa que articula a experiência vivida do pesquisador com uma análise crítica fundamentada teoricamente. Diferente da vertente evocativa, centrada na expressão emocional e introspectiva, a proposta analítica parte da imersão do pesquisador em seu campo profissional, mobilizando o vivido como via de acesso à compreensão de fenômenos sociais mais amplos (Anderson, 2006).

A abordagem escolhida segue as cinco características principais da autoetnografia analítica conforme descritas por Anderson (2006): (1) o pesquisador é um membro completo do ambiente investigado; (2) sua presença é reconhecida no texto publicado; (3) há forte compromisso com o desenvolvimento de análise teórica; (4) a narrativa é baseada em autorreflexão disciplinada; e (5) há um esforço para descrever e interpretar os contextos sociais e culturais de forma significativa.

Essa estratégia metodológica é adequada para investigar práticas pouco documentadas, como a inserção do farmacêutico em espaços interprofissionais da APS, e reflete o compromisso da pesquisa com a produção de conhecimento crítico sobre o trabalho em saúde.

No campo da saúde, e especialmente na APS, essa abordagem tem se mostrado potente para analisar os modos de produção do cuidado em contextos coletivos. Ao articular o singular e o institucional, ela permite compreender como se constroem as práticas interprofissionais, os vínculos e as estratégias de cuidado que atravessam o cotidiano dos serviços. Como destaca Chang (2008), trata-se de uma metodologia que reconhece a experiência individual como expressão de processos culturais mais amplos, e que valoriza o cotidiano como campo legítimo de investigação.

Ramalho-de-Oliveira (2020) reforça que, ao recuperar experiências que muitas vezes permanecem ocultas ou silenciadas, a autoetnografia amplia o acesso a dimensões subjetivas e relacionais do trabalho em saúde. A comparação entre o vivido e o já publicado na literatura permite ao pesquisador tensionar o próprio percurso e produzir análises que dialogam com experiências de outros profissionais em contextos semelhantes. Nesse sentido, a escrita torna-se também um exercício de escuta e de reconstrução crítica. Sendo assim, essa metodologia permite articular a experiência pessoal com a análise acadêmica, utilizando a própria trajetória como fonte legítima de dados, análise e produção de conhecimento (Ellis; Adams; Bochner, 2011).

Outro aspecto fundamental é que a autoetnografia não se limita ao “eu”. A experiência do pesquisador é indissociável das relações estabelecidas com outros sujeitos que compõem o cenário institucional. Ellis, Adams e Bochner (2011) descrevem essa perspectiva como uma “escrita que expressa múltiplas camadas de consciência, conectando o pessoal ao cultural”. Isso permite compreender

fenômenos como a interprofissionalidade a partir de sua dimensão relacional e situada, revelando tensões, aprendizados e sentidos produzidos coletivamente.

Com esse enfoque, a autoetnografia analítica oferece ferramentas para acessar de forma densa os sentidos atribuídos às práticas de cuidado nos espaços compartilhados da APS, como visitas domiciliares, reuniões interprofissionais e consultas compartilhadas. Mais do que relatar uma experiência individual, trata-se de produzir conhecimento ancorado na prática, capaz de iluminar os atravessamentos éticos, políticos e institucionais que conformam o cuidado em saúde no SUS.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em uma UBS vinculada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (REMULTISF) da UFSC. A UBS tem seu atendimento de segunda a sexta-feira, das 07:00 às 19:00. Possui um território com cerca de 10.500 usuários cadastrados, a qual é atendida por quatro equipes de saúde da família (eSF). As eSF são compostas por: enfermeiros, médico de Família e Comunidade, técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS). Ademais, a UBS possui outros profissionais de saúde fixos, que atendem as demandas espontâneas da UBS e encaminhadas pelas eSF, são eles: três cirurgiões-dentista, técnicos e auxiliares de saúde bucal, dois ginecologista e dois pediatra, além de médicos clínicos-gerais.

Para apoiar as eSF o município possui equipe multiprofissional (eMULTI), às quais são formadas por profissionais de diferentes áreas como assistente social, nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo, psiquiatra e profissional de educação física. As eMULTI atuam de forma integrada às eSF e aos demais profissionais de saúde da UBS, com base no apoio matricial. Essa atuação busca ampliar o escopo de práticas no território, apoiar o manejo de questões clínicas e sanitárias e fortalecer a resolutividade das ações em saúde, por meio da articulação interprofissional e da troca de saberes (BRASIL, 2023). O acesso aos profissionais da eMULTI ocorre mediante encaminhamento pelo sistema CELK feito pelo médico da eSF. Após receber a solicitação, o profissional da eMULTI avalia a demanda e realiza atendimento conforme a necessidade identificada, podendo desenvolver ações individuais, em grupo ou coletivas, sempre alinhadas às estratégias da APS. Na

UBS onde será realizado o estudo atua uma eMULTI, a qual é composta por nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e profissional de educação física.

Com relação ao serviço de farmácia, essa UBS é referência na dispensação de medicamentos de controle especial e conta com dois farmacêuticos. Na UBS, a organização do serviço farmacêutico está voltada prioritariamente à dispensação de medicamentos, com foco na garantia do acesso. A partir dessa base organizacional, a ampliação do escopo dos serviços ofertados pela farmácia, orientados ao apoio terapêutico na RAS, parte-se das oportunidades formativas e assistenciais produzidas no âmbito da residência.

Além dos profissionais de saúde fixos, a UBS conta com residentes das áreas de Farmácia, Educação Física, Enfermagem, Nutrição, Odontologia, vinculados à REMULTISF da UFSC. Bem como uma residente de Medicina de Família e Comunidade (MFC), vinculada ao programa da Secretaria de Estado da Saúde (SES). Esses residentes atuam diretamente nas ações desenvolvidas pelas eSF, pela eMULTI e nos demais espaços coletivos da unidade, integrando-se às práticas assistenciais e educativas do território e contribuindo com a construção do cuidado interprofissional.

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Em pesquisas qualitativas, o interesse não está na representatividade estatística, mas na profundidade e na diversidade das informações produzidas, visando à compreensão ampliada dos fenômenos estudados (Minayo, 2014; Flick, 2009). Neste estudo com abordagem autoetnográfica, os participantes foram selecionados por amostragem intencional, com base em sua inserção nas práticas interprofissionais realizadas no cotidiano da APS.

Para fornecer uma compreensão mais ampla e aprofundada do fenômeno estudado, participaram do estudo e receberam a seguinte codificação:

Agente Comunitária da Saúde	ACS1, ACS2
Farmacêuticos	F1, F2
Enfermeiros	E1, E2, E3

Médicos de Família	MF1, MF2
Profissionais da Saúde (Nutrição, Odontologia, Técnico de Enfermagem)	PS1, PS2, PS3

Sendo esses profissionais das quatro eSF que a pesquisadora principal atua, profissionais da eMULTI, farmacêuticos e residentes das áreas de odontologia, enfermagem, nutrição, educação física e medicina, considerando sua atuação nas ações interprofissionais desenvolvidas na UBS. Ademais, a pesquisadora principal, farmacêutica residente, também compõe a pesquisa e faz parte do processo investigativo. A partir da autoetnografia analítica, suas vivências, percepções e reflexões construídas ao longo da atuação na unidade serão incorporadas à análise, reconhecendo-se o lugar do pesquisador como sujeito implicado no campo e nos processos de cuidado observados (Chang, 2008).

Os profissionais que estiveram afastados da unidade durante o período da coleta de dados ou que não participaram das atividades analisadas foram excluídos da amostra. Este estudo não conta com a participação de usuários nem de menores de idade.

5.4 COLETA DE DADOS

Para compreender como se dá a inserção do farmacêutico no cuidado interprofissional na APS, foram adotadas múltiplas fontes e estratégias, conforme indicado por Flick (2009) e Minayo (2014), que ressaltam a importância da triangulação para garantir validade e riqueza analítica em pesquisas qualitativas. Assim, foram utilizados os seguintes métodos de coleta de dados: observação participante, diário de campo e reflexões, entrevista semiestruturada e análise documental.

A coleta de dados da observação participante, entrevista semiestruturada e análise documental ocorreu de setembro a dezembro de 2025, contudo o processo reflexivo iniciou com a entrada da farmacêutica na residência em março de 2024.

5.4.1 Observação Participante

A observação participante é uma estratégia amplamente utilizada na pesquisa qualitativa por permitir a aproximação do pesquisador com o contexto investigado, favorecendo a compreensão das práticas, interações e significados produzidos no cotidiano dos sujeitos e grupos sociais. Ao se inserir no campo, o pesquisador acompanha as situações em seu ambiente natural, possibilitando a produção de dados que articulam descrição, interpretação e reflexividade, elementos centrais nas abordagens qualitativas em saúde (Minayo, 2014; Flick, 2009).

A pesquisadora principal, residente, integrava as eSF da UBS na qual estava alocada, participando das atividades desenvolvidas por diferentes equipes, conforme demanda do serviço. Essa inserção no campo possibilitou o registro em primeira pessoa, das interações, dinâmicas e sentidos produzidos no cotidiano das reuniões de equipe, visitas domiciliares e consultas compartilhadas. Nesse contexto, passou a se reconhecer e se posicionar como pesquisadora em seu próprio campo de atuação, adotando uma postura analítica voltada à observação das práticas, atitudes e valores culturais relacionados ao objeto de estudo.

A observação participante foi sistematizada por meio de diários de campo, nos quais se articularam descrições das situações observadas e reflexões analíticas sobre as experiências no serviço e o processo de inserção do farmacêutico nas ações interprofissionais. Esses materiais contemplaram não apenas os acontecimentos, mas também percepções, sentimentos e interpretações produzidos no contexto das práticas de cuidado, em consonância com a perspectiva da autoetnografia analítica (Chang, 2008; Ramalho-de-Oliveira, 2020).

Ao longo do período de campo, os diários possibilitaram a apreensão da dimensão subjetiva da experiência profissional e sua articulação com as dinâmicas coletivas do trabalho em saúde, incluindo desafios profissionais, conflitos de papéis e transformações subjetivas vivenciadas na atuação farmacêutica, conforme as abordagens qualitativas em saúde (Flick, 2009; Minayo, 2014).

5.4.2 Entrevistas Semiestruturadas com os profissionais

Para complementar os dados autorreferenciais e incorporar a perspectiva de outros sujeitos, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde que realizam as atividades interprofissionais junto a pesquisadora tanto da ESF como da eMULTI, bem como os farmacêuticos que atuam na UBS. As

entrevistas buscaram explorar percepções sobre o trabalho interprofissional, as contribuições do farmacêutico no cuidado e os desafios enfrentados para sua inserção nas ações da APS.

Para essas entrevistas, a pesquisadora utilizou tópicos-guias (APÊNDICE A) elaborado com base no conhecimento prévio acerca do referencial teórico e dos pressupostos que orientaram a investigação (Minayo, 2014). Após cada entrevista, foram realizados registros em diário de campo e reflexões da pesquisadora.

As entrevistas foram realizadas nas próprias dependências da UBS, com agendamento prévio dos profissionais. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio, com o consentimento do participante e, posteriormente, foram transcritas integralmente. Todos os participantes tiveram suas identidades mantidas em sigilo.

O número de entrevistas foi definido com base no critério de saturação, entendido como o ponto em que a incorporação de novos dados não gera conhecimentos relevantes além dos já existentes acerca do fenômeno em análise, significando que os dados reunidos permitem responder adequadamente à questão investigativa e desenvolver uma teoria consistente (Minayo, 2014). Esse conceito é também respaldado por Guest, Bunce e Johnson (2006), que apontam, a partir de análise empírica, que a saturação pode ser alcançada com um número relativamente reduzido de entrevistas, dependendo da homogeneidade da amostra e do foco da investigação. Assim, a definição do número de entrevistas foi flexível, respeitando a complexidade do fenômeno e buscando garantir a profundidade e a qualidade dos dados coletados.

5.4.3 Análise documental

Nessa etapa, foram analisados registros profissionais do sistema CELK, os quais contribuíram para a compreensão das práticas interprofissionais na unidade e da inserção do farmacêutico nas ações desenvolvidas no contexto da APS.

O sistema CELK é utilizado no município como principal ferramenta de registro das ações em saúde na APS. Trata-se de um prontuário eletrônico multiprofissional que possibilita o acompanhamento longitudinal dos usuários pelas eSF, dispondo de recursos para o registro de atendimentos individuais e coletivos, visitas domiciliares, procedimentos, grupos, agendamentos e organização territorial do cuidado. Sua estrutura favorece a visualização integrada dos registros entre

diferentes categorias profissionais, contribuindo para a coordenação do cuidado e para o fortalecimento das práticas interprofissionais.

Foram analisados prontuários de usuários acompanhados em ações interprofissionais, como reuniões de equipe, visitas domiciliares e consultas compartilhadas, com o objetivo de examinar as evoluções registradas pelos diferentes profissionais envolvidos, incluindo as evoluções farmacêuticas. A análise considerou orientações prestadas, intervenções clínicas realizadas, ações educativas e resultados observados no período de 2024 a 2025, buscando conferir maior profundidade e consistência analítica ao presente estudo.

5.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram organizados e analisados por meio da análise temática, conforme a proposta de Braun e Clarke (2006). Inicialmente, realizou-se a etapa de familiarização com o material empírico, por meio da transcrição integral das entrevistas e de leituras sucessivas dos diários de campo, das observações participantes e dos documentos institucionais. Esse processo possibilitou uma imersão progressiva no conteúdo, favorecendo a apreensão dos sentidos expressos nos registros e a aproximação com os níveis mais profundos do material analisado.

Na sequência, procedeu-se à exploração do material, com a identificação e codificação reflexiva das unidades de sentido, orientadas pelos objetivos do estudo. A codificação ocorreu de forma progressiva e interpretativa, permitindo o reconhecimento de regularidades, contrastes e tensões presentes nos dados. A partir desse movimento, foram construídos os temas analíticos, compreendidos como núcleos de significação que expressam aspectos centrais da experiência investigada.

A etapa de revisão, definição e nomeação dos temas envolveu um processo contínuo de comparação e refinamento, articulando os diferentes conjuntos de dados por meio da triangulação entre entrevistas, diários de campo, observações participantes e documentos institucionais, em diálogo com o referencial teórico adotado. As categorias analíticas foram compreendidas como formas de organizar e agrupar os elementos do material empírico, reunindo unidades de registro que compartilham sentidos semelhantes (Minayo, 2014).

Por fim, realizou-se uma síntese interpretativa, por meio de uma redação analítica que articulou os temas construídos às questões e aos pressupostos da pesquisa, às inferências produzidas e à perspectiva teórica que fundamenta o estudo. Esse processo possibilitou uma interpretação crítica da experiência vivenciada, privilegiando a proximidade da pesquisadora com o campo e a reflexão sobre sua inserção nos espaços de cuidado, em consonância com a abordagem da autoetnografia analítica.

5.5.1 Armazenamento e Proteção de Dados

Os dados coletados foram armazenados de maneira anônima e protegida, em um computador pessoal de acesso restrito aos pesquisadores do estudo. Para garantir o sigilo, nenhum nome real ou informação que possa identificar as pessoas foi usado. Os participantes médicos, enfermeiros, ACS e farmacêuticos foram codificados com uso da primeira letra em cada profissão com numeração sequencial. Os demais profissionais de nutrição, técnicos de enfermagem e odontologia foram codificados com as iniciais de Profissionais da Saúde (PS), seguida de número, buscando evitar qualquer identificação direta ou indireta.

Todo esse cuidado segue o que determina a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Nº 13.709/2018) e os dados serão usados apenas para fins de pesquisa científica.

Os dados coletados serão arquivados pelo período de cinco anos após o término da pesquisa, conforme as diretrizes éticas vigentes, garantindo a possibilidade de auditorias ou revisões futuras, e posteriormente descartados de forma segura para proteger a privacidade dos participantes.

5.6 O RIGOR DA PESQUISA

A triangulação é uma estratégia amplamente utilizada em pesquisas qualitativas por permitir uma análise mais robusta do fenômeno estudado. Ela possibilita olhar para a mesma realidade a partir de diferentes fontes, métodos e perspectivas, contribuindo para a validação e a profundidade dos resultados (Santos et al., 2020). Neste estudo, a triangulação foi realizada por meio da combinação entre observação participante, registros reflexivos, entrevistas semiestruturadas com

profissionais de saúde e análise de documentos institucionais. Essa diversidade de fontes permite construir um olhar mais completo sobre a inserção do farmacêutico nas práticas interprofissionais da APS.

Além da triangulação, o estudo foi orientado pelos padrões de qualidade para autoetnografias propostos por Chang (2008), conforme apresentados por Ramalho-de-Oliveira (2020). Esses critérios ajudam a qualificar o trabalho e garantir que a reflexão produzida vá além da experiência pessoal. São eles:

1. Substância científica: o estudo parte de uma experiência situada, mas busca gerar conhecimento relevante para o campo do cuidado farmacêutico e do cuidado interprofissional;
2. Autenticidade: as descrições, análises e reflexões serão construídas com base em registros sistemáticos e honestos do cotidiano da prática;
3. Credibilidade: a presença contínua da pesquisadora no campo, enquanto residente, e o uso de múltiplas fontes de dados reforçam a legitimidade da narrativa construída;
4. Contribuição analítica: os dados serão interpretados à luz dos referenciais teóricos que sustentam o estudo, permitindo compreender o fenômeno para além do relato individual;
5. Impacto cultural: ao dar visibilidade à atuação clínica do farmacêutico dentro da equipe de saúde, o estudo busca provocar reflexões sobre práticas, culturas institucionais e possibilidades de transformação na forma como se organiza o cuidado em saúde na presença desse profissional inserido na equipe da ESF.

Esse conjunto de estratégias metodológicas fortalece o rigor do estudo, garantindo que a autoetnografia, além de sensível à experiência vivida, esteja comprometida com a produção de conhecimento crítico, situado e relevante para o SUS.

6. ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC (APÊNDICE B), em conformidade com a Resolução

CNS nº 466/2012, a Resolução CNS nº 510/2016 e a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018).

A participação dos profissionais foi voluntária, realizada mediante convite pessoal da pesquisadora, com esclarecimentos sobre os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios do estudo, formalizada por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C). Foi garantido aos participantes o direito de desistência a qualquer momento, sem prejuízo pessoal ou profissional.

A coleta de dados teve início somente após a aprovação ética e a liberação institucional pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), mediante apresentação da carta de anuência da instituição (APÊNDICE D) e do envio do parecer consubstanciado ao NEPS (APÊNDICE E).

Foram assegurados o sigilo, a confidencialidade e a privacidade das informações, com codificação dos participantes para evitar qualquer identificação direta ou indireta. Os registros em diário de campo tiveram como foco as práticas interprofissionais e o processo de cuidado, sem identificação individual. Todos os dados foram armazenados em ambiente protegido por senha e utilizados exclusivamente para fins científicos e acadêmicos.

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção, os resultados são apresentados e discutidos de forma integrada, a partir das reflexões autoetnográficas da pesquisadora e das experiências e percepções de outros profissionais que compõem a equipe da APS. O foco analítico do estudo recai sobre a inserção do farmacêutico nas práticas interprofissionais de cuidado, compreendidas como processos construídos no cotidiano do trabalho em saúde, nas relações estabelecidas entre profissionais, usuários e território.

Os achados organizam-se em três categorias analíticas centrais: (1) A construção do cuidado compartilhado na APS, que evidencia como o cuidado se produz nos encontros interprofissionais e na centralidade do usuário; (2) Limites institucionais e desafios para a inserção clínica do farmacêutico, que mostra as tensões, barreiras organizacionais e fragilidades institucionais que atravessam essa atuação; e (3) Contribuições e potencialidades da atuação clínica do farmacêutico, que destaca os efeitos da inserção clínica para a qualificação do cuidado, a ampliação do olhar da equipe e o fortalecimento das práticas na APS.

Cada categoria é aprofundada por subcategorias analíticas que permitem compreender, de forma mais detalhada, os processos, negociações, desafios e estratégias mobilizadas no cotidiano da APS. A análise articula diferentes fontes de dados, incluindo observação participante, diários de campo reflexivos, entrevistas semiestruturadas e análise documental, possibilitando evidenciar tanto a experiência vivida da pesquisadora quanto às práticas e percepções dos demais profissionais da equipe.

Os resultados são discutidos com base em referenciais teóricos que compreendem o cuidado como prática relacional e coletiva, o trabalho interprofissional como eixo estruturante da APS e a atuação clínica do farmacêutico como componente estratégico para a qualificação do cuidado (Barros et al., 2018; Peduzzi; Agreli, 2018; Chemello et al., 2021). Na sequência, cada categoria é apresentada e discutida a partir dos subtemas que aprofundam os fenômenos observados no contexto estudado.

7.1 O CUIDADO QUE SE CONSTRÓI NO ENCONTRO: INTERPROFISSIONALIDADE VIVIDA NA APS

Na APS, o cuidado não se realiza de forma pré-determinada ou linear, mas se constrói no cotidiano do trabalho, nas interações entre profissionais, usuários e território. Na experiência analisada, esse cuidado emerge nos espaços interprofissionais como uma prática viva, relacional e situada, marcada pela articulação de diferentes saberes e pela construção compartilhada das ações de saúde. Trata-se de um processo que exige corresponsabilização entre os sujeitos envolvidos, produzido de maneira dinâmica, negociada e, muitas vezes, parcial, sendo atravessado por limites institucionais e organizacionais que tensionam a consolidação do cuidado compartilhada (Peduzzi; Agreli, 2018).

Sob a perspectiva da autoetnografia analítica, esta categoria busca compreender como o cuidado se concretiza na prática, a partir da atuação do farmacêutico em diferentes espaços da APS, como consultas compartilhadas, visitas domiciliares e reuniões de equipe. A análise considera tanto os movimentos que favorecem a produção do cuidado coletivo quanto aqueles que a dificultam, permitindo captar não apenas as ações realizadas, mas também as experiências, percepções e sentidos produzidos nas interações com a equipe multiprofissional e com os usuários ao longo do cotidiano do serviço.

7.1.1 Construção do cuidado compartilhado: a atuação do farmacêutico em práticas interprofissionais na APS

Antes mesmo de iniciar a participação efetiva nas equipes da UBS, observou-se que as preocupações e expectativas da farmacêutica residente foram atravessadas por receios e percepções limitantes. Embora já possuísse experiência em algumas equipes, questionava-se sobre a receptividade dos profissionais nas outras equipes que ainda não tinha atuado e sobre sua capacidade de contribuir de forma significativa nas ações multiprofissionais:

“Eu lembro de ter alguns questionamentos e inclusive compartilhar com algumas pessoas, como por exemplo: Será que serei bem-vinda? Será que conseguirei acompanhar as atividades e contribuir? Será que vou conseguir dar conta das equipes e ainda desenvolver esse trabalho?” (trecho do diário de campo).

Essa antecipação de dificuldades revelou-se um elemento importante da inserção clínica: a insegurança do desconhecido. Uma resistência que não vinha da equipe, mas na percepção da própria farmacêutica residente acerca dos limites e desafios da atuação farmacêutica. O medo de não atender às demandas, de não possuir conhecimento técnico suficiente ou de não ser convidada a participar das atividades pode restringir a inserção profissional antes mesmo do contato com os colegas. Esse fenômeno, registrado no diário de campo no decorrer do itinerário etnográfico pode ser recorrente entre farmacêuticos, contribuindo para o isolamento na farmácia e limitar o potencial clínico em contextos interprofissionais (Ramalho-de-Oliveira, 2020).

A literatura aponta que a insegurança profissional do farmacêutico na atuação clínica está fortemente relacionada às limitações da formação acadêmica tradicional, especialmente à escassez de experiências interprofissionais ao longo da graduação (Ascione, 2019). Currículos centrados em disciplinas isoladas e em práticas individualizadas tendem a preparar profissionais para o exercício fragmentado do cuidado, dificultando a participação em decisões coletivas, a discussão compartilhada de casos e para o trabalho em equipe. Nesse sentido, Ascione (2019) destaca que a incorporação longitudinal da educação interprofissional e o desenvolvimento de competências comunicativas, colaborativas e éticas são fundamentais para fortalecer a confiança e a atuação do farmacêutico em contextos colaborativos.

A inserção do farmacêutico em espaços interprofissionais, portanto, demanda o desenvolvimento de competências que, muitas vezes, são construídas apenas no cotidiano dos serviços de saúde, como o diálogo com diferentes núcleos profissionais, a compreensão de racionalidades clínicas distintas e a sustentação de posicionamentos técnicos em processos decisórios coletivos. Assim, os limites observados não se referem estritamente à capacidade técnica, mas às lacunas formativas e institucionais que impactam sobre como o farmacêutico se posiciona na oportunidade de desenvolver cuidado compartilhado. Estudos recentes reforçam essa perspectiva ao demonstrar que programas estruturados de educação interprofissional promovem melhorias nas competências colaborativas, na clareza de papéis profissionais e na confiança para a prática clínica compartilhada entre estudantes de farmácia e outras áreas da saúde (Ni et al., 2024; Mertens et al., 2025).

A pesquisadora percebeu que vivenciou inicialmente essa insegurança decorrente de lacunas formativas e da ausência de experiências interprofissionais durante a graduação, especialmente na falta de oportunidades de dialogar com outros profissionais, participar de decisões clínicas coletivas e desenvolver competências interprofissionais (Ascione, 2019; Ni et al., 2024; Mertens et al., 2025).

“Quando iniciei a atuação, percebi que minhas preocupações e expectativas iniciais eram diferentes da realidade encontrada. Fui recebida de forma muito acolhedora, e o entusiasmo da equipe tornou-se evidente desde o primeiro momento. Aos poucos, a participação em reuniões, visitas domiciliares e consultas compartilhadas permitiu que a minha insegurança inicial fosse superada, possibilitando o desenvolvimento de competências comunicativas, colaborativas e de trabalho interprofissional, enquanto o reconhecimento do meu valor clínico pela equipe crescia progressivamente.” (trecho do diário de campo)

À medida que essas competências começaram a se desenvolver, os espaços interprofissionais foram sendo construídos e fortalecidos, sendo espaços ativos de discussão sobre o uso correto de medicamentos:

“Em uma das reuniões de equipe, uma enfermeira trouxe dúvidas sobre a troca das canetas de insulinas para reutilizáveis, no decorrer da discussão surgiram outras dúvidas, sobre aplicação, armazenamento e rodízio dos locais de aplicação. Essa discussão me mostrou o interesse da equipe em aprender e compartilhar saberes para aprimorar o cuidado, vi principalmente as ACS muito interessadas. Elas compartilharam que as demandas discutidas estavam diretamente relacionadas com questionamentos que recebem dos usuários sobre o uso da insulina quando estão no território.” (trecho de diário de campo)

Diante desse fato, foi possível perceber que a presença da farmacêutica residente fortaleceu as discussões das demandas que os usuários daquela equipe necessitavam, promovendo orientações mais consistentes, possibilitando uma maior confiança para a equipe. Durante as entrevistas os profissionais relataram sobre a inserção do farmacêutico nas eSF.

“Eu lembro de uma situação de um grupo que aconteceu sobre a caneta de insulina, como que fazia a aplicação, então eu não sabia que tinha que homogeneizar, eu não sabia que não precisava ser armazenado refrigerado, eu não sabia que tinha que fazer o rodízio no paciente, eram ações que eu não sabia” [...] “Pra mim é bem importante o papel do farmacêutico na equipe. Além dos pacientes terem dificuldades, profissionais também têm dúvidas sobre prescrição, como aplicar, como tomar, e o profissional atuando junto, esclarece isso, permitindo que também possamos apoiar o paciente de forma mais adequada.” (ACS2)

“Eu acho muito importante quando um profissional novo se junta à equipe, porque isso traz mais segurança. Para mim, como ACS, dá mais tranquilidade quando vou até um paciente que precisa de uma orientação mais profunda, principalmente sobre medicamentos, que é algo que eu não domino. O farmacêutico consegue explicar melhor, orientar sobre horários, dias e sobre a importância de seguir o tratamento até o fim, principalmente

nos casos de uso contínuo. Muitas vezes a gente orienta, mas quando o farmacêutico vai junto, os pacientes levam mais a sério. Eles ficam até encantados: 'o farmacêutico veio na minha casa para me orientar'. Aí passam a seguir o tratamento direitinho." (ACS1)

A partir dos relatos, observa-se que a inserção do farmacêutico possibilitou o fortalecimento das discussões clínicas no cotidiano da equipe, ao oferecer suporte tanto às demandas dos usuários quanto às dúvidas dos próprios profissionais. Sua presença ampliou a confiança da equipe para orientar os pacientes, especialmente em relação ao uso adequado dos medicamentos, favorecendo abordagens mais consistentes e qualificadas. Além disso, os depoimentos indicam que a atuação conjunta do farmacêutico conferiu maior legitimidade às orientações realizadas no território, aumentando a adesão dos usuários ao tratamento e reforçando vínculos de confiança entre equipe e comunidade. Dessa forma, a prática farmacêutica passou a ser reconhecida para além da dispensação, integrando-se ao cuidado interprofissional de maneira concreta e compartilhada.

O engajamento tanto do farmacêutico como das eSF nas atividades multiprofissionais reforça que o cuidado em saúde se constrói no cotidiano das equipes, a partir da interação entre diferentes saberes, profissionais e usuários, e não apenas da aplicação isolada de protocolos. Conforme evidenciado nos relatos, é no encontro entre a equipe, o território e as necessidades concretas dos usuários que o cuidado ganha sentido, assumindo um caráter relacional, situado e compartilhado. Essa compreensão sustenta a análise do cuidado como prática interprofissional na APS, na qual a atuação integrada dos profissionais amplia a qualidade das orientações, fortalece vínculos e qualifica os processos de cuidado (Chemello et al., 2021; Nakamura; Leite 2016).

7.1.2 O cuidado coletivo como prática relacional e situada nos espaços interprofissionais

O cuidado em saúde se constrói nas interações entre profissionais e usuários, sendo influenciado pelas particularidades do território e pelas condições concretas de vida. Não se trata de um cuidado previamente definido ou conduzido por um único profissional, mas de um processo coletivo, produzido a partir do diálogo entre diferentes saberes e experiências, que vai além da aplicação estrita de protocolos e normas técnicas (Peduzzi; Agreli, 2018). Nesse contexto, as práticas

interprofissionais ganham centralidade, pois favorecem a construção de decisões terapêuticas mais situadas e coerentes com a realidade dos usuários, ampliando a integralidade do cuidado ao incorporar, de forma articulada, dimensões clínicas, sociais e relacionais.

Nessa perspectiva, os registros em diário de campo trouxeram que, no cotidiano das equipes, eram recorrentes dificuldades relacionadas ao uso de medicamentos, como problemas de adesão, modo de uso e acesso. Entretanto, mesmo quando essas questões eram discutidas coletivamente, os atendimentos realizados exclusivamente na unidade nem sempre permitiam compreender de forma clara os motivos envolvidos. Frequentemente, os fatores que atravessavam o tratamento permaneciam pouco visíveis à equipe, tornando-se perceptíveis apenas quando o cuidado se deslocava para espaços como o domicílio, o que possibilitava maior aproximação da realidade dos usuários e a construção compartilhada de compreensões sobre o cuidado.

“Somente ao entrar no domicílio era possível compreender, de forma mais completa, como os medicamentos eram armazenados, se o paciente tinha acesso a medicamentos não fornecidos na APS, se a forma de uso era adequada e prática, se havia adesão na rotina diária, efetividade e se o tratamento estava sendo seguro. Observações que na UBS apareciam como superficiais ou incompletas se mostravam de fato presentes e compreensíveis, permitindo uma percepção mais profunda e situado do cuidado compartilhado em saúde.” (trecho do diário de campo)

Esse reconhecimento reforça a compreensão de que o cuidado na APS é necessariamente situado, exigindo a consideração das dimensões sociais, familiares e materiais que atravessam o uso dos medicamentos no cotidiano dos usuários. A experiência no domicílio evidencia que aspectos como organização da casa, rede de apoio familiar, condições de acesso e rotinas de vida influenciam diretamente a forma como os medicamentos são utilizados, limitando ou potencializando os efeitos das intervenções propostas na unidade. Nesse sentido, conforme discutem Barros et al. (2020), a efetividade das intervenções farmacêuticas para o cuidado está diretamente relacionada à capacidade de compreender o contexto no qual o cuidado se realiza, deslocando o foco do medicamento enquanto produto isolado para o uso que dele se faz cotidiano das pessoas.

Também foi identificado que nos encontros entre equipe e usuários o cuidado se produz sobretudo a partir da escuta qualificada, do reconhecimento das estratégias que as famílias já haviam construído para lidar com o tratamento e da negociação conjunta de possibilidades reais para o manejo da farmacoterapia. Esse

movimento, sustentado pelas práticas interprofissionais, favorece decisões mais compartilhadas e coerentes com a realidade dos usuários, reafirmando o cuidado como um processo relacional e coletivo (Peduzzi e Agreli, 2018).

“Durante uma discussão em reunião de equipe, foi abordado um caso no qual ainda não estava claro se as dificuldades relacionadas ao uso dos medicamentos estavam associadas à efetividade do tratamento ou à adesão. Tratava-se de uma família em que ambos os cuidadores eram pessoas com deficiência visual, o que gerava dúvidas na equipe sobre como se organizava, no cotidiano, a administração dos medicamentos ao filho, então com aproximadamente quatro anos de idade. Diante da limitação das informações obtidas nos atendimentos realizados na unidade, e da necessidade de compreender melhor o contexto em que o cuidado se produzia, optou-se pela realização de uma visita domiciliar em equipe. A visita permitiu acompanhar de forma próxima todo o processo de cuidado, desde o armazenamento dos medicamentos até o momento da administração, evidenciando aspectos que não eram perceptíveis no espaço da UBS. Ficou claro para mim que as estratégias já usadas conferiam maior confiança ao manejo da farmacoterapia e favoreciam a adesão ao tratamento. A preocupação da equipe em não saber como eram administrados os medicamentos, foi suprida ao ver que ela descrevia os horários, as doses e até os ajustes com muita confiança, usando estratégias próprias que davam conta da limitação visual, nosso papel ali foi apenas reforçar o uso correto dos medicamentos.” (trecho do diário de campo)

Esse acompanhamento permitiu à equipe ajustar o olhar da suspeita de falhas no tratamento para o reconhecimento das potências presentes no contexto familiar. Esse movimento dialoga com a compreensão do cuidado como um processo relacional, construído na interação e atravessado pelas condições concretas de vida, e não reduzido à aplicação de condutas técnicas (Ayres, 2004). Nessa perspectiva, o cuidado passa a se ancorar nas estratégias que os próprios usuários desenvolvem no cotidiano e nas redes de apoio que mobilizam, aspecto fundamental para a integralidade e a longitudinalidade da APS, que, segundo Starfield (2002), dependem da compreensão das necessidades individuais em seu contexto social.

Nas experiências analisadas, os espaços interprofissionais, como reuniões de equipe, visitas domiciliares e consultas compartilhadas, mostraram-se fundamentais para a construção do cuidado compartilhado. Nesses encontros, diferentes saberes profissionais se articulavam, permitindo a análise conjunta das necessidades dos usuários e a definição de estratégias de cuidado ajustadas à realidade do território (Peduzzi; Agreli, 2018).

7.1.3 Construção coletiva do cuidado: a inserção do farmacêutico nos espaços interprofissionais

No setor de farmácia da UBS, o cuidado em saúde se organiza de maneira distinta entre a farmacêutica residente, a qual está inserida nas eSF, e os farmacêuticos da unidade, cujas atribuições institucionais restringem suas atividades ao local da Farmácia. Essa configuração permite que a farmacêutica residente participe de forma mais direta dos espaços interprofissionais (visitas domiciliares, reuniões de equipe e consultas compartilhadas) nos quais o cuidado se constrói de forma coletiva, a partir do diálogo entre diferentes saberes e da corresponsabilização entre os profissionais. Em contraste, os farmacêuticos da unidade relatam não possuir vinculação formal as equipes, o que limita sua inserção nos processos cotidianos de cuidado. Essa condição aparece de forma recorrente nos relatos, evidenciando uma participação marcada por ações pontuais e pela dificuldade de exercer um papel definido no interior das equipes:

“Aqui não estamos inseridos em nenhuma equipe específica; estamos vinculados à unidade como um todo. Assim, não há um papel definido do farmacêutico dentro de uma equipe. Eventualmente, um ou outro profissional procura nossa opinião sobre alguma questão, mas, na minha realidade, isso acontece com pouca frequência. Mesmo quando outros profissionais demonstram interesse em dialogar ou em envolver o farmacêutico, a forma como o trabalho está organizado na unidade não permite disponibilidade de tempo para aprofundar essas demandas.” (F1)

Essa percepção é reforçada por outro entrevistado, ao ser questionado sobre o papel do farmacêutico na equipe de saúde da família, apontando que, embora exista abertura para o diálogo, a inserção no cuidado permanece limitada:

“[...] a gente não tem equipe, mas dentro das nossas possibilidades [...] a gente consegue ter esse diálogo com os profissionais quando possível, mas todo mundo é muito aberto pra gente ter trocas, tanto eu para tirar dúvidas enquanto farmacêutica, quanto eles para trazer, ainda não são muitas, mas eles trazem, mas infelizmente na equipe em si, não.” (F2)

A participação do farmacêutico no cuidado ocorre de maneira fragmentada e condicionada à organização institucional do trabalho, o que dificulta a construção de vínculos mais consistentes com as equipes e com os usuários. Ao mesmo tempo, não se observa uma negação do potencial do farmacêutico para o cuidado, mas sim a explicitação de limites concretos para o exercício dessa atuação no cotidiano da APS (Ayres, 2004; Merhy, 2002; Peduzzi; Agreli, 2018). Apesar dessas restrições, os farmacêuticos expressam o desejo de uma inserção mais efetiva nos espaços

interprofissionais, associando essa possibilidade à ampliação da construção coletiva do cuidado e ao fortalecimento do trabalho em equipe:

“Se eu tivesse poder de mudar alguma coisa, seria ter um farmacêutico em cada equipe. [...] A gente estaria inserido de verdade, conseguiria entender melhor as potencialidades [...] quais pacientes precisam mais de acompanhamento [...] e poderia conversar mais com os outros profissionais para pensar soluções junto com a equipe. Estar mesmo na Saúde da Família, como já acontece em outros municípios.” (F2)

Entretanto, essa inserção ampliada é compreendida pelos participantes como condicionada às atuais limitações estruturais do SUS, especialmente à insuficiência de RH e à sobrecarga de trabalho. Mais do que uma ausência prévia de reconhecimento institucional, os relatos apontam que a dificuldade de consolidação da prática clínica do farmacêutico está relacionada às condições objetivas de trabalho, que restringem a possibilidade de atuação contínua, sistemática e visível no cuidado:

“Eu penso que a nossa atuação deveria ser dentro da Estratégia, mas não tem como fazer isso do jeito que está. A gente não tem reconhecimento do nosso serviço e nem número suficiente de profissionais. A gente é capaz de fazer muita coisa, desde que tivesse tempo disponível para essas ações, mas, na prática, isso não acontece.” (F1)

O relato expressa uma percepção recorrente de ausência de reconhecimento institucional da atuação farmacêutica no âmbito da ESF, frequentemente associada à escassez de profissionais e à falta de tempo protegido para o desenvolvimento de ações clínicas e de cuidado compartilhado. No entanto, essa ausência de reconhecimento não pode ser compreendida apenas como uma negação ou desvalorização do trabalho farmacêutico, mas também reflete a dificuldade de consolidação de um serviço que não consegue se realizar de forma contínua, com volume significativo de atendimentos, estabilidade ao longo do tempo e condições adequadas para preparo técnico e desenvolvimento de práticas clínicas. Nesse sentido, para que um serviço seja reconhecido, ele precisa, antes, existir de maneira consistente no cotidiano do trabalho (Merhy, 2002; Ayres, 2004; Peduzzi; Agreli, 2018).

Além disso, a insuficiência de profissionais e a precariedade da infraestrutura apontadas na fala se inserem em um contexto mais amplo de fragilização das condições de funcionamento do SUS enquanto política pública, marcado por restrições orçamentárias, sobrecarga de trabalho e dificuldades de planejamento. Assim, a ausência de reconhecimento da atuação farmacêutica não

se explica apenas no plano relacional ou simbólico, mas está diretamente vinculada às condições materiais e organizacionais que limitam a institucionalização e a sustentabilidade dessas práticas no interior dos serviços (Peduzzi, Agreli, 2018; Ayres, 2004; BRASIL, 2017c).

A partir das observações e reflexões desenvolvidas ao longo do processo, percebe-se que o farmacêutico do local não integra as equipes de forma formalizada, mas participa do cuidado de maneira indireta, por meio de ações pontuais e episódicas. Uma das formas pelas quais esse cuidado é construído ocorre quando o farmacêutico é acionado diante de situações específicas, nas quais seu conhecimento técnico se torna necessário, favorecendo a criação de vínculos e o início de práticas multiprofissionais baseadas na confiança. Cabe refletir, contudo, se esse cuidado multiprofissional já consolidado por outras categorias na APS não se apresenta, ele próprio, de forma fragmentada, tecnicista e pouco ancorada nos princípios socioculturais que a APS pressupõe incorporar no processo de atenção à saúde. Essa reflexão permite compreender que a fragmentação do cuidado não é exclusiva da atuação farmacêutica, mas atravessa o conjunto das práticas em saúde, produzidas em um contexto de trabalho marcado por limitações estruturais (BRASIL, 2015; Peduzzi, Agreli, 2018; Merhy, 2002). Esse movimento torna-se evidente no relato a seguir:

“Teve aquela situação do metotrexato. Tudo começou porque eu avisei que aquele medicamento não poderia ser aplicado ali na unidade. Mas tem um detalhe: ninguém tinha me procurado antes, foi totalmente por acaso. Eles vieram perguntar porque o paciente já estava ali para fazer a aplicação e, por coincidência, eu sabia sobre aquele medicamento e sabia que ele não podia ser aplicado em unidade de saúde. Depois dessa situação do metotrexato, sempre que aparece um medicamento que eles não conhecem, eles vêm falar comigo. Principalmente os técnicos de enfermagem. Eu sinto que, a partir dali, consegui ganhar essa confiança, e eles passaram a me usar como uma fonte de conhecimento em relação aos medicamentos. No fim, é isso que a gente faz de verdade, que é ser farmacêutico.” (F1)

Mesmo em uma unidade que conta com farmacêutico, as práticas relacionadas ao uso de medicamentos podem ocorrer de forma fragmentada, sem que esse profissional seja inicialmente reconhecido como referência técnica. O reconhecimento do saber farmacêutico precisou ser construído no cotidiano, a partir da demonstração concreta de sua contribuição para a segurança do cuidado. Esse processo é contínuo e relacional: conhece-se, reconhece-se e reconhece-se novamente, à medida que novas competências e possibilidades de atuação vão

sendo apresentadas. Esse movimento pode gerar estranhamento frente ao que é novo e inesperado, especialmente quando o reconhecimento do farmacêutico se concentrava no medicamento, sendo necessário ampliar a percepção para incluir seu fazer profissional mais amplo no cuidado em saúde (Merhy, 2002; Ayres, 2004; Peduzzi, Agreli, 2018; CFF, 2020).

Após a criação desses vínculos, as ações passam a ocorrer com maior frequência, ainda que predominantemente por meio do esclarecimento de dúvidas específicas. Essa compreensão é corroborada pelos relatos dos demais profissionais, que reconhecem o farmacêutico como referência para questões relacionadas à segurança no uso de medicamentos: *“Sempre que eu tenho alguma dúvida em relação à posologia ou a algum componente químico, eu vou direto no farmacêutico. [...] Essa informação traz segurança, não só para o paciente, mas para a equipe.” (E1)*

Essas situações reforçam o papel consultivo do farmacêutico, que se configura como expressão do reconhecimento de seu núcleo específico de saber. É nesse espaço que se manifesta o caráter clínico da atuação farmacêutica na UBS. Dessa forma, mesmo na ausência de uma institucionalização formal do farmacêutico nas equipes, observa-se a existência de trocas de saberes entre diferentes profissionais em prol do cuidado do usuário, como descrito em outro caso vivenciado:

“Estava na farmácia quando a nutricionista me procurou pedindo ajuda. Relatou brevemente o caso de uma usuária que estava sendo atendida em consulta compartilhada com a enfermagem e que não estava aplicando a insulina. Perguntou o que poderíamos fazer nessa situação. Expliquei que, antes de qualquer conduta, seria necessário compreender os motivos da não aplicação, que poderiam ser diversos. A partir disso, ela perguntou se eu poderia acompanhar a consulta. Ao chegar, as profissionais relataram que a usuária estava sem aplicar a insulina e referia muita dor. Busquei compreender quem era essa paciente, qual tratamento realizava, qual insulina utilizava e como era seu manejo no cotidiano. Ao explorar a queixa de dor, perguntei sobre o rodízio dos locais de aplicação, e a usuária relatou que não realizava, pois desconhecia essa orientação. Ao examinar o local de aplicação, observei presença de lipohipertrofia. Expliquei a importância do rodízio, orientando a divisão do abdômen em quadrantes, a alternância com coxas e braços e a evitação do mesmo local por pelo menos 14 dias. Orientei também sobre a realização da prega cutânea, visando reduzir a dor e melhorar a absorção da insulina, além da recomendação de retirar a insulina da geladeira entre 15 e 30 minutos antes da aplicação para diminuir o desconforto. Por fim, busquei compreender sua condição socioeconômica, uma vez que não se enquadrava nos critérios municipais para uso de caneta de insulina. Expliquei a possibilidade de aquisição inicial da caneta, com posterior retirada gratuita dos refis pela Farmácia Popular.” (trecho de diário de campo)

A atuação do farmacêutico residente nesse caso possibilitou identificar fatores relacionados ao uso inadequado da insulina, como a ausência de rodízio dos locais de aplicação, a presença de lipohipertrofia, o manejo inadequado da insulina refrigerada e as limitações socioeconômicas da usuária. Esses elementos demonstram que o cuidado em saúde se constrói a partir do encontro entre profissionais e usuários, considerando as condições concretas de vida e o cotidiano do tratamento, conforme discutido por Ayres (2004), ao compreender o cuidado como uma prática relacional e situada.

Além disso, essa experiência expressa o trabalho vivo em ato (Merhy, 2002), no qual o conhecimento técnico do farmacêutico se articula à escuta, ao vínculo e à corresponsabilização entre os profissionais, produzindo cuidado no próprio processo de trabalho. A inserção do farmacêutico residente nos espaços interprofissionais favorece a transição de uma atuação predominantemente consultiva para práticas de cuidado compartilhado, contribuindo para a construção coletiva do cuidado.

Tal dinâmica reforça a compreensão de que a interprofissionalidade vivida na APS se constrói de maneira processual, marcada por avanços, recuos e negociações constantes (Peduzzi; Agreli, 2018). A construção do cuidado demanda que o farmacêutico transite por diferentes espaços, seja na farmácia, exercendo um papel consultivo, seja nas ações com a eSF, contribuindo diretamente para a corresponsabilização do cuidado.

Quando há trabalho em equipe, seja de forma direta ou indireta, institucionalizada ou não, a atuação farmacêutica amplia o olhar da equipe e fortalece a corresponsabilização pelo cuidado. Ainda que essas experiências não se configurem como práticas sistemáticas nos serviços, demonstram que o cuidado em saúde é produzido cotidianamente, inclusive no espaço da farmácia, onde o farmacêutico exerce sua clínica. Nesse sentido, a presença da farmacêutica residente nas equipes fortalece esse cuidado coletivo, ampliando as possibilidades de construção interprofissional na APS (Ayres, 2004; Merhy, 2002; Peduzzi, Agreli, 2018).

A situação descrita no diário de campo, na qual a nutricionista residente procura o farmacêutico residente para discutir o manejo de uma usuária que não estava aplicando insulina, ilustra esse movimento. A demanda inicial, de caráter consultivo, evoluiu para uma consulta compartilhada, envolvendo enfermagem, nutrição e farmácia, permitindo uma abordagem ampliada do cuidado. Conforme

apontam Campos e Domitti (2007), o apoio matricial se caracteriza justamente por esse tipo de articulação, na qual o saber especializado não substitui o cuidado da equipe, mas o qualifica, ampliando a capacidade de resposta às necessidades dos usuários.

Para além da prática clínica, torna-se fundamental refletir sobre a necessidade de potencializar essa atuação por meio de sua inserção estratégica na gestão da AF. A articulação entre clínica e gestão permite que o farmacêutico participe do planejamento dos serviços e do sistema de saúde, identificando aliados, construindo apoios institucionais e definindo estratégias que ampliem a possibilidade de aumento do número de profissionais, melhoria da infraestrutura e institucionalização de papéis de cuidado. Inicialmente, essa inserção pode se dar de forma matricial, de modo a alcançar um maior número de equipes e usuários, fortalecendo, de maneira sustentada, a atuação farmacêutica no cuidado compartilhado na APS (BRASIL, 2017b; CFF, 2020; Ayres, 2004; Merhy, 2002).

7.1.4 Construção do cuidado compartilhado diante de limites e desafios

Apesar das potências identificadas ao longo da inserção do farmacêutico residente nos espaços interprofissionais, a construção do cuidado compartilhado mostrou-se atravessada por limites de ordem estrutural, organizacional e simbólica, que dificultam sua consolidação como prática contínua na APS. Esses limites se expressam, sobretudo, na centralidade da adesão como principal eixo de atuação, na formação insuficiente do farmacêutico para atuar no cuidado farmacêutico, na preferência pessoal do farmacêutico por atividades técnico-gerenciais, na sobrecarga de trabalho associada às atividades logísticas e na fragilidade da institucionalização das práticas interprofissionais.

À medida que a residente passou a se inserir nas eSF, foi possível observar que grande parte das demandas direcionadas à farmácia estava relacionada à adesão ao tratamento medicamentoso. Essa percepção aparece tanto nas falas dos profissionais quanto na compreensão do próprio farmacêutico acerca de sua atuação clínica. Um dos entrevistados destaca:

“Às vezes, a farmácia tem um olhar mais específico para o manejo das medicações, consegue fazer ajustes que a gente acaba não percebendo. Eu vejo esse papel assim: muitas vezes o farmacêutico tem mais paciência, jeito, consegue organizar detalhes, pensar em estratégias para que o paciente consiga, de forma mais autônoma, gerir o seu tratamento”. (E1)

Na mesma direção, a fala do farmacêutico reforça a centralidade da adesão como campo privilegiado de intervenção clínica:

“Sim, a gente contribui muito, principalmente na questão da adesão ao tratamento. Nosso papel é tentar entender o porquê de o paciente não estar usando o medicamento da forma correta. A partir disso, a gente pensa junto em estratégias que ajudem a melhorar essa adesão. Muitas vezes o paciente nem vem com uma queixa específica, diz que está tomando certinho, mas os resultados não aparecem. No caso da insulina, por exemplo, já nos deparamos várias vezes com situações em que o uso não estava sendo feito de forma adequada. E isso faz toda a diferença no tratamento, nos resultados e no manejo da doença. Então, eu vejo a nossa atuação como algo muito significativo.” (F2)

Outro profissional da equipe também reconhece essa contribuição a partir do manejo cotidiano dos medicamentos, especialmente no que se refere à organização, ao armazenamento e à compreensão do tratamento pelos usuários:

“Principalmente no manejo da medicação, na organização, no armazenamento das medicações, porque são inúmeros pacientes saem daqui com várias receitas e a gente acha que no consultório está tudo bem, que tá tomando e aí a gente vê que tá sobrando inúmeros medicamentos e o paciente não tá entendendo muito o processo da administração, da adesão do tratamento, e aí a gente se depara quando o farmacêutico sinaliza isso para a gente.” (E3)

A centralidade da adesão como elemento central da atuação clínica farmacêutica não ocorre de forma aleatória. A literatura aponta que, historicamente, a inserção do farmacêutico nos serviços de APS se deu, em grande parte, a partir da identificação de problemas vinculados à adesão ao tratamento, ao uso incorreto e à baixa efetividade terapêutica (Nakamura; Leite, 2016; CFF, 2020). Nesse sentido, a adesão aparece como um campo “legitimado” tanto para a equipe quanto para o próprio farmacêutico.

Ao mesmo tempo, o próprio farmacêutico reconhece que essa centralidade na adesão também pode funcionar como um limite autoimposto à ampliação de sua atuação clínica:

“Quando escutei isso, que nós direcionamos, eu fiquei refletindo, e isso também é uma verdade, visto que nesse âmbito clínico é um local conhecido de maior conforto que traz mais segurança na atuação, então a gente mesmo nos limita muitas vezes. Pensei também que a gente deseja muito trabalhar com a equipe, então se eles nos reconhecem assim e nós temos mais segurança que seja assim, a medida que vai melhorando a interprofissionalidade outras frentes da atuação clínica poderão ser trabalhadas além da adesão.” (trecho de diário de campo)

A literatura sobre trabalho interprofissional aponta que a ampliação dos núcleos de atuação profissional exige não apenas reconhecimento externo, mas

também segurança técnica, apoio institucional e espaços coletivos de reflexão sobre o processo de trabalho (Peduzzi; Agreli, 2018; Barros et al., 2018). Quando esses elementos não estão consolidados, é comum que os profissionais se mantenham em áreas de maior conforto e legitimidade, o que pode limitar o avanço do cuidado compartilhado.

Outro limite relevante diz respeito à própria concepção de atuação do farmacêutico. Estudos indicam que, mesmo em contextos multiprofissionais, parte dos farmacêuticos tende a priorizar atividades técnico-gerenciais, mantendo uma atuação mais isolada das discussões clínicas. Essa escolha pode estar relacionada a preferências pessoais, mas também à inseguranças decorrentes de lacunas na formação interprofissional durante a graduação, aliadas à falta de oportunidades de capacitações continuadas voltadas para o cuidado farmacêutico e a organização do serviço cotidiano da farmácia (Nakamura; Leite, 2016; Ascione, 2019; Chemello et al., 2021). Durante uma entrevista, ao ser solicitado relatar experiências de atuação conjunta com a equipe, evidenciou-se esse limite:

“O município não abre muito leque, pra gente participar dessas coisas [...] a questão da falta de RH impacta em várias coisas, impacta inclusive na educação continuada, porque por mais que o município ofereça algum curso que a gente poderia, se atualizar com doenças específicas, obesidade, hipertensão, tratamento dessas coisas, a gente não consegue tá presente nesses cursos, não sei se é uma realidade do município ou da nossa unidade, aqui na nossa unidade a gente realmente fica dedicado só à dispensação.” (F1)

Tais fragilidades no conhecimento técnico e na prática geram insegurança, que pode ser ainda potencializada pela organização do trabalho nos serviços, a qual nem sempre permite o aprofundamento da atuação clínica, mesmo quando há interesse do profissional. Essa postura limita o desenvolvimento de competências clínicas, reforça inseguranças e dificulta a construção de vínculos com a equipe, comprometendo a inserção em práticas colaborativas, em especial nas discussões relacionadas ao cuidado farmacêutico, contribuindo para a fragmentação do cuidado. Essas limitações estruturais, organizacionais e institucionais podem limitar a ampliação da atuação clínica e interprofissional do farmacêutico para o cuidado.

Ademais, os obstáculos estruturais se manifestam de forma significativa, especialmente no que se refere à limitação de tempo e à sobrecarga de trabalho: *“Os farmacêuticos têm muita dificuldade com a questão de tempo e horário. Estão sempre atendendo entrega, supervisão, recebimento de medicamentos. [...] Até para*

fazer uma reunião fica difícil.” (MF1). A fala mostra uma percepção recorrente da farmácia como espaço predominantemente operacional. Essa compreensão também foi problematizada: “Refleti sobre o termo ‘atendendo entrega’ e me questionei, mas o farmacêutico não é dispensador? Por que muitos profissionais nos veem como o entregador de medicamentos?” (trecho de diário de campo).

A dispensação é reconhecida como um serviço farmacêutico clínico, que envolve não apenas a entrega do medicamento, mas a orientação qualificada, a escuta do usuário, a identificação de problemas relacionados ao uso do medicamento e a articulação com a equipe de saúde (CFF, 2016). No entanto, as condições concretas de trabalho nem sempre permitem que essa prática se realize em sua integralidade, aproximando-se, muitas vezes, de uma lógica de entrega de medicamentos. Realidade contundente no cotidiano da unidade:

“A farmácia conta com 2 farmacêuticos na unidade, além das residentes que variam as atividades e nem sempre estão em específico na farmácia, além de que os horários são praticamente separados, na maioria das vezes só fica um farmacêutico na farmácia, e isso o sobrecarrega, pois além da dispensação tem todas as atividades de gestão do medicamentos que precisa ser ali realizada, a demanda da UBS é muito grande, muitas pessoas, as filas são imensas indo além da porta e é nesses momentos que não conseguimos realizar a dispensação, nesses momentos realizamos a entrega de medicamentos.” (trecho de diário de campo)

Nessas condições, torna-se difícil sustentar práticas clínicas e interprofissionais contínuas. A ausência de tempo para a dispensação qualificada compromete o olhar clínico farmacêutico, limita o diálogo com a equipe, elementos fundamentais para a construção do cuidado compartilhado.

E por fim, apesar das fragilidades institucionais, das limitações estruturais e da dependência de iniciativas individuais, o cuidado compartilhado se manifesta de forma processual e contingente na APS. A atuação do farmacêutico é reconhecida e valorizada nos momentos em que seu saber técnico e clínico é acionado, seja em situações pontuais ou na presença da farmacêutica residente na reuniões de equipe e visitas domiciliares, demonstrando que a construção do cuidado coletivo ocorre mesmo quando atravessada por obstáculos organizacionais, limitações de tempo e inseguranças profissionais. A interprofissionalidade na prática não depende apenas de diretrizes formalizadas, mas se realiza no encontro entre profissionais, no estabelecimento de vínculos de confiança e na corresponsabilização pelas decisões de cuidado, apontando caminhos para a ampliação e consolidação da atuação

clínica e colaborativa do farmacêutico na APS (Nakamura; Leite, 2016; Rawlinson et al., 2021).

7.2 QUANDO O CUIDADO ENCONTRA LIMITES: INVISIBILIDADES E CAPTURAS DO TRABALHO FARMACÊUTICO NA APS

Apesar dos avanços observados na construção do cuidado interprofissional na APS, os registros do campo evidenciam que a atuação clínica do farmacêutico é atravessada por limites que perpassam dimensões estruturais, organizacionais e profissionais. Esses limites não se apresentam de forma isolada ou pontual, mas se expressam no cotidiano do serviço, influenciando o reconhecimento do papel do farmacêutico, a continuidade das ações clínicas e a possibilidade de ampliação de sua inserção nas práticas de cuidado no âmbito da ESF.

Tais desafios manifestam-se tanto nas condições concretas de trabalho quanto nas relações estabelecidas entre os profissionais e nas percepções socialmente construídas sobre a atuação farmacêutica. Observa-se um cenário marcado por sobrecarga, fragilidades institucionais e processos de invisibilização do trabalho clínico, que tendem a capturar a atuação do farmacêutico em uma lógica predominantemente operacional, centrada na dispensação de medicamentos. A partir da perspectiva autoetnográfica, esta categoria analisa como esses limites são produzidos, negociados e, por vezes, naturalizados no cotidiano da APS, tensionando a consolidação de práticas interprofissionais e a efetividade do cuidado compartilhado (Peduzzi; Agreli, 2018; Barros et al., 2018).

7.2.1 A captura do trabalho farmacêutico pela lógica da dispensação

Um dos limites centrais identificados na inserção do farmacêutico na APS refere-se à captura do trabalho farmacêutico pela lógica da dispensação. A centralidade das atividades relacionadas ao gerenciamento de estoque e dispensação organiza o cotidiano da farmácia e ocupa grande parte da carga de trabalho, restringindo a ampliação do espaço clínico e a inserção do farmacêutico em ações interprofissionais. Mesmo quando existe interesse em atuar colaborativamente, essa inserção depende de constante negociação com a rotina da farmácia. Um dos entrevistados ilustra essa realidade:

“Vocês não conseguem sair da farmácia, o atendimento na farmácia suga muito, não é uma simples dispensação, é um controle de estoque, de materiais, é estar sempre verificando lista de medicamentos em falta, comunicar com outros setores da rede. É uma gama muito grande de atividades. Por isso, muitas vezes vocês não conseguem sair da farmácia para atuar em outros espaços. Eu não sei exatamente como mudar isso, mas penso que seria necessário ter mais de um farmacêutico, para dividir as tarefas, e também mais espaço de agenda para atendimentos clínicos, para estar presente nas equipes, nas reuniões e nas visitas domiciliares. (E1)

Essa centralidade nas atividades técnico-gerenciais reflete um modelo que, em condições atuais, privilegia a disponibilização do produto em relação a algumas possibilidades de cuidado clínico, centrando o trabalho na dispensação de medicamentos. Esse cenário legitima, muitas vezes, a percepção do farmacêutico predominantemente como técnico-gerente (Barros et al., 2018), condicionando sua atuação pela organização do serviço. Contudo, quando adequadamente articuladas, às atividades técnico-gerenciais podem apoiar a clínica, permitindo que o farmacêutico dedique tempo e recursos ao cuidado compartilhado:

“Provavelmente a maior dificuldade, é baseado na lógica de que o farmacêutico está inserido, por mais que tenha as interferências pontuais, mas a lógica maior do farmacêutico, acaba sendo ali na questão da dispensação de medicamentos.” (MF2)

A sobreposição de funções técnico-gerenciais e clínicas, quando não coordenada, pode dificultar a inserção do farmacêutico em práticas colaborativas e contribuir para a fragmentação do cuidado (Rawlinson et al., 2021). Essa percepção também foi reforçada por um dos entrevistados, que observa os limites impostos pela organização do serviço:

“Como é organizada a escala de trabalho do farmacêutico, eu tenho a impressão que ele é colocado pra farmácia, e só tipo para dentro da farmácia na dispensação de medicamentos, essa é a impressão que eu tenho. Então acho que sem sair da farmácia, sem colocar em contato com os outros profissionais, não se dá, ou com os pacientes em outros contextos, não se dá nem abertura pro farmacêutico fazer tudo, cumprir com toda a potencialidade que ele tem. (PS2)

Ao refletir sobre esses limites, é importante reconhecer que a fragmentação do cuidado não é exclusiva da farmácia. Outras profissões também enfrentam sobreposição de tarefas e limitações estruturais, reforçando a necessidade de coordenação interprofissional para que clínica e gestão possam caminhar de forma integrada (Peduzzi; Agreli, 2018; Barros et al., 2018; Rawlinson et al., 2021).

Na APS, outro desafio encontrado é a sobrecarga do farmacêutico que decorre principalmente de fatores estruturais e organizacionais, como distribuição

inadequada da carga horária, escassez de recursos humanos, demandas regulatórias e ausência de apoio interprofissional, que dificultam a participação contínua em práticas clínicas e colaborativas, conforme será discutido (Méndez et al., 2013; Barros et al., 2018).

Entre os elementos que mais contribuem para essa sobrecarga, destacam-se a organização dos horários e escalas de trabalho, que muitas vezes impedem o acompanhamento contínuo das equipes e a participação consistente em práticas clínicas e interprofissionais:

“O horário não supre as equipes: [...] falta um profissional, pois se ele estiver na minha equipe, alguém vai precisar estar cobrindo ele [...] Então, talvez fosse interessante ter um farmacêutico de 40 horas, em que 20 horas fossem dedicadas à dispensação e gestão e outras 20 horas estariam com a equipe, em visitas e etc.” (E3)

Mesmo com engajamento individual e conhecimento técnico, a organização da farmácia e do serviço direciona grande parte da atuação do farmacêutico à dispensação, mantendo seu papel essencial, ao mesmo tempo em que há oportunidades para ampliar a participação em cuidados compartilhados. A atual distribuição de horários e a escassez de profissionais dificultam sua presença contínua nas equipes, evidenciando a necessidade de dividir o tempo de forma equilibrada entre atividades na farmácia e participação direta com as equipes.

A escassez de RH também influencia diretamente na sobrecarga e restringe a participação efetiva do farmacêutico nas atividades interprofissionais e compromete o acompanhamento longitudinal dos usuários:

“Ao longo das atividades, ficou evidente que não era possível estar presente em todas as equipes simultaneamente. A aproximação com uma equipe frequentemente implicava o afastamento de outra, gerando frustração e uma constante sensação de insuficiência. Mesmo diante de bons resultados alcançados em determinada equipe, a dedicação a outras permanecia limitada, pois a atuação se dava praticamente de forma solitária.” (trecho de diário de campo)

“[...] é ter poucos profissionais, então a gente tem uma unidade imensa com 4 equipes e tem 2 farmacêuticos, praticamente um por turno, a gente não tem técnicos de farmácia para nos auxiliar, também é outra barreira, então uma demanda muito grande, temos poucos profissionais, então a gente não consegue sair muito também da farmácia para a gente se inserir na equipe, mesmo de forma mais voluntária.” (F2)

Em concomitância, a falta de organização do tempo impactam a participação sistemática em ações interprofissionais:

“Eu percebo que a dificuldade do farmacêutico pra gente estar junto é a disponibilidade de tempo, pois geralmente são dois farmacêuticos, aqui na nossa unidade são 2 e em períodos diferentes de horários, então se

precisamos do farmacêutico em um horário que ele está sozinho, não tem a menor possibilidade de fechar a farmácia e ele ir nos acompanhar nessa visita. Eu acho isso super negativo, pois ele não consegue ter vínculo com as equipes, é muito esporádico as ocasiões em que ele possa estar, então eu acho que isso impacta negativamente.” (ACS1)

Além disso, a ausência de colaboração de outros profissionais intensifica a sobrecarga, mantendo o farmacêutico restrito ao local da farmácia. Adicionalmente, a necessidade de controle de medicamentos sujeitos a vigilância especial, conforme previsto na Portaria MS/ANVISA nº 344/1998, exige a permanência do profissional no serviço para garantir a segurança, a legalidade e o correto manejo desses insumos:

“Falta de RH, própria equipe de enfermagem que é designada para auxiliar não quer estar lá. A segunda coisa, a própria equipe da enfermagem que tinha uma escala, às vezes se nega a ir até lá, nem dá bola para o seu nomezinho na escala. Mas a demanda é muito grande, principalmente das medicações psicotrópicas, então há necessidade de o farmacêutico estar também nesse momento na farmácia.” (E2)

Assim, não se trata apenas de sobrecarga ou falta de farmacêuticos, mas do apoio insuficiente de outras equipes, que intensifica a necessidade de permanência na farmácia. Mesmo quando não seria estritamente necessário para a dispensação ou cuidado direto, o farmacêutico acaba “substituindo” funções que poderiam ser compartilhadas, principalmente devido à falta de colaboração ou disponibilidade de outros profissionais. Para que ocorra a inserção clínica efetiva, é necessária coordenação interprofissional e apoio mútuo, essenciais para que o farmacêutico se dedique a atividades clínicas e de cuidado compartilhado, enquanto a ausência desse apoio reforça a centralidade da dispensação como tarefa dominante (Peduzzi; Agreli, 2018; Barros et al., 2018).

A ausência de pertencimento formal às equipes também dificulta a inserção sistemática do farmacêutico:

“A primeira barreira que nós temos é não pertencer a nenhuma equipe, então a gente não é apresentado para equipe alguma e não tem nenhum farmacêutico em equipe, tem todos os outros profissionais, mas não um farmacêutico, essa já é uma barreira importante.” (F2)

A ausência de pertencimento formal às equipes evidencia uma barreira importante à inserção do farmacêutico na APS. Não estar oficialmente vinculado a nenhuma equipe significa que o profissional não é apresentado aos colegas, não possui funções claramente definidas nos espaços interprofissionais e, muitas vezes, não é chamado a participar das decisões coletivas. As limitações institucionais não

apenas restringem o farmacêutico, mas também comprometem a consolidação de vínculos com as equipes e a efetivação do cuidado compartilhado. A insuficiência de profissionais, a ausência de horários protegidos e a sobreposição de atividades técnico-gerenciais impactam negativamente a integração do farmacêutico e a continuidade das práticas clínicas (Peduzzi; Agreli, 2018; Ascione, 2019).

Dessa forma, a inserção clínica do farmacêutico na APS enfrenta múltiplos limites estruturais e organizacionais: sobrecarga de trabalho, escassez de profissionais, distribuição inadequada da carga horária e falta de apoio de outras equipes contribuem para a centralidade da dispensação e isso dificulta a participação sistemática em atividades interprofissionais. Essa realidade contribui para a fragmentação do cuidado e compromete o acompanhamento longitudinal dos usuários, mostrando que a ampliação da atuação clínica não depende apenas do engajamento individual, mas de condições institucionais que garantam tempo protegido, RH adequados e organização compatível com o cuidado compartilhado, que permita articular clínica e gestão de forma integrada (Peduzzi; Agreli, 2018; Barros et al., 2018).

7.2.2 A farmácia como território paradoxal do cuidado

A farmácia emerge como um território paradoxal: é reconhecida socialmente como espaço de cuidado, mas simultaneamente limitada por sua organização física e operacional. A ausência de ambientes adequados para atendimentos individuais compromete a escuta qualificada, a avaliação sistemática da farmacoterapia e a construção de intervenções voltadas à segurança, efetividade e racionalidade do uso de medicamentos (BRASIL, 2004; BRASIL, 2017a, BRASIL, 2020). Essa falta de privacidade na farmácia dificulta intervenções mais aprofundadas, pois não há um local adequado para que os usuários possam se sentar, ser escutados e receber orientação de forma segura e acolhedora:

“A farmácia, embora socialmente reconhecida como um espaço de cuidado, opera também como um local de limitação do próprio potencial do farmacêutico. O ambiente físico é reduzido, não há espaço reservado para conversas e, em muitos momentos, a escuta do usuário é dificultada pelo ruído, pela circulação de pessoas e pelo fluxo contínuo da dispensação. A ausência de um local onde o usuário possa sentar, falar com tranquilidade, revisar sua farmacoterapia ou esclarecer dúvidas sobre o uso dos medicamentos compromete a qualificação do cuidado. Observo que o cuidado acontece, porém de forma fragmentada, apressada e fortemente condicionada pela lógica operacional da dispensação. Ainda que a farmácia

se apresente como um espaço com potencial para práticas ampliadas de cuidado, a estrutura física e a organização do trabalho limitam a concretização desse potencial.” (trecho de diário de campo)

“Muitas orientações precisavam ser feitas no balcão, com circulação constante de pessoas, o que limitava a abordagem de questões mais sensíveis ou de uma atenção centrada na pessoa.” (trecho diário de campo)

A farmácia apresenta características que podem limitar significativamente a prática clínica do farmacêutico. O ambiente físico restrito, a ausência de local reservado para conversas privadas e o fluxo constante de pessoas dificultam a escuta qualificada do usuário e a orientação adequada sobre o uso de medicamentos. Como registrado em diário de campo, *“a farmácia é um espaço de cuidado, mas a estrutura que existe ali impede que o cuidado aconteça do jeito que precisaria acontecer, de forma ampliada”* (trecho de diário de campo). Dessa forma, mesmo com interesse e capacidade técnica, o farmacêutico realiza seu trabalho de forma fragmentada e apressada, fortemente condicionada pela lógica operacional da dispensação.

Essa situação revela um paradoxo: o território da farmácia, que poderia ser um espaço de práticas ampliadas de cuidado, ao mesmo tempo impõe barreiras à concretização desse potencial. A literatura corrobora tais achados ao citar que limitações estruturais e organizacionais, como espaços físicos inadequados e alta demanda operacional, constituem obstáculos à inserção clínica e interprofissional do farmacêutico, dificultando o cuidado centrado no usuário e reforçando o caráter fragmentado da assistência (Barros et al., 2018; Peduzzi; Agreli, 2018; Ascione, 2019). Assim, a farmácia atua simultaneamente como espaço de cuidado e como barreira ao cuidado ampliado, demonstrando que a efetivação da prática clínica depende não apenas das competências individuais, mas também das condições estruturais e organizacionais que sustentam o trabalho interprofissional.

O cuidado farmacêutico pode ser produzido tanto dentro quanto fora da farmácia, desde que haja infraestrutura adequada e reconhecimento institucional para tal. A ausência de espaços apropriados não apenas limita a atuação clínica, mas também reforça a compreensão de que o cuidado acontece prioritariamente em consultórios médicos ou de enfermagem, subestimando o papel estratégico do farmacêutico na gestão do cuidado compartilhado (Peduzzi; Agreli, 2018). Assim, o espaço físico da farmácia deixa de ser apenas um elemento arquitetônico e passa a operar como um dispositivo que regula práticas, delimita possibilidades de

intervenção e produz invisibilidades no trabalho farmacêutico. Dessa forma, o potencial clínico do farmacêutico não é negado, mas constantemente tensionado pelas condições estruturais que delimitam o que pode ou não ser realizado naquele espaço (Barros et al., 2020; Nakamura; Leite, 2016). Os próprios profissionais também reconhecem os limites estruturais:

“[...] essa é uma dificuldade bem grande que a gente tem hoje, ter um espaço específico para ele [farmacêutico] atuar, para ele poder falar de uma forma clara, onde ele [paciente] seja acolhido, porque às vezes o paciente é orientado, mas na própria farmácia, onde é aberta para todo mundo. Então ele não é acolhido ali, ele não tem uma acolhida, porque acolhimento já fala que é em um local seguro, e ali não é um local seguro, então isso eu acho que já é uma barreira bem grande.” (PS3)

Não se trata apenas da limitação física ou do fluxo de pessoas, mas da percepção de segurança e acolhimento dentro do espaço da farmácia. Esse espaço físico da farmácia atua como um elemento regulador das práticas farmacêuticas, condicionando a forma como o cuidado é oferecido e percebido. A ausência de locais reservados, somada à centralidade do balcão de dispensação e ao fluxo constante de pessoas, compromete a construção do cuidado (Dhital et al., 2022).

Dessa forma, a integração entre a gestão do espaço e do fluxo de trabalho com a prática clínica é essencial para que o potencial de cuidado farmacêutico seja plenamente desenvolvido, permitindo que clínica e gestão atuem de forma complementar e não excludente. A inserção efetiva do farmacêutico no cuidado compartilhado depende da combinação de uma estrutura adequada, reconhecimento institucional e trabalho interprofissional, permitindo que seu potencial clínico seja plenamente desenvolvido e integrado à APS (Peduzzi; Agreli, 2018; Barros et al., 2020; Dhital et al., 2022).

7.2.3 Reconhecimento condicionado e invisibilidade do farmacêutico na APS

Nas atividades que extrapolam a dispensação, observou-se que o farmacêutico nem sempre é reconhecido enquanto tal, sendo frequentemente confundido com outros profissionais ou percebido apenas como apoio técnico. Esse fenômeno não decorre da ausência de atuação, mas da construção histórica do papel do farmacêutico nos serviços de saúde, ainda fortemente associada às

funções de dispensação e gestão de medicamentos, que constituem componente essencial do cuidado (Ayres, 2004; Barros et al., 2020).

Essa questão emergiu de forma expressiva em momentos de reflexão coletiva, nos quais os próprios farmacêuticos problematizaram o reconhecimento social da profissão e os sentidos atribuídos ao seu trabalho na APS:

“Durante o dia de apresentação da pesquisa, os farmacêuticos compartilharam percepções sobre o reconhecimento social da profissão, relatando sentimentos de desvalorização e confusão por parte dos usuários. Surgiu a pergunta: quem são os farmacêuticos e o que fazem no contexto dos serviços de saúde?” (trecho do diário de campo)

Em visitas domiciliares, observou-se que o reconhecimento do farmacêutico depende, em grande parte, do conhecimento prévio sobre seu papel. Ao ser apresentada como farmacêutica, algumas ações foram atribuídas a outras categorias profissionais, evidenciando que a visibilidade clínica no território pode estar condicionada à familiaridade do usuário e da equipe com essa atuação:

“Hoje realizei uma visita domiciliar e, ao chegar à casa do usuário, fui apresentada pela equipe: “agora a gente tem uma Farmacêutica na equipe” e então me apresentei. Durante a visita identifiquei que ele estava sem a insulina. Ele havia retornado recentemente de uma cirurgia e, durante a internação, a aplicação estava sendo realizada no hospital. Ao procurar a farmácia para retomar o tratamento em casa, foi informado de que seria necessária a substituição para a caneta reutilizável, porém o insumo estava em falta naquele momento. Ao chegar à residência, informei que a insulina já havia chegado à farmácia, expliquei como a caneta reutilizável funciona, destaquei que a forma de aplicação seria a mesma. Avisei a equipe da farmácia sobre a situação, e o medicamento foi deixado separado para entrega e orientação quanto ao uso. Realizei todas as orientações necessárias e reforcei a importância de que buscassem o quanto antes, para evitar a interrupção das aplicações. A família foi até a farmácia, mas eu não estava presente no momento da retirada. Posteriormente, relataram que, ao chegar ao local, informaram que a “assistente social” havia ido à casa deles e orientado a ida até a farmácia. Esse episódio me provocou uma reflexão profunda sobre o reconhecimento do meu papel profissional. Questionei-me sobre o que ainda falta para que minha atuação seja reconhecida como farmacêutica, mesmo quando me apresento dessa forma e desempenho ações no território. Essa experiência me mostrou como a presença do farmacêutico nas visitas domiciliares ainda é pouco naturalizada, contribuindo para invisibilidades e confusões em relação ao seu papel no cuidado.” (trecho de diário de campo)

Esse episódio reforça que a inserção em atividades clínicas no território ainda não é plenamente naturalizada, não por falta de atuação, mas por limitações no reconhecimento histórico e social do papel clínico do farmacêutico. O conhecimento e familiaridade prévios sobre a atuação do profissional constituem pré-requisitos para que seu trabalho em espaços interprofissionais seja visível e valorizado (Ceccim, 2018; Barros et al., 2020).

Nesse sentido, a invisibilidade profissional deve ser compreendida como uma condição que reflete o reconhecimento condicionado ao histórico das práticas institucionais e à familiaridade com a atuação clínica. Essa dinâmica não se limita às ações no território, mas também se manifesta dentro da própria instituição: o farmacêutico precisa primeiro ser conhecido enquanto profissional do cuidado para que seu papel clínico seja efetivamente reconhecido. A ampliação do cuidado e a presença em espaços interprofissionais dependem não apenas da competência técnica do farmacêutico, mas também de estratégias que fortaleçam sua identidade profissional e sua integração às rotinas coletivas de cuidado, promovendo maior compreensão e visibilidade do seu papel nos fluxos de trabalho da APS (Peduzzi; Agreli, 2018; Araújo et al., 2021; Ramalho-de-Oliveira, 2020).

7.2.4 Limites institucionais e a dependência da formação para a sustentação do cuidado farmacêutico na APS

Ao longo da experiência analisada, observou-se que a inserção clínica ampliada do farmacêutico esteve fortemente condicionada à presença da residência multiprofissional. Essa condição tornou-se objeto de reflexão recorrente nos registros em diário de campo, nos quais se expressa a inquietação diante da possibilidade de descontinuidade dessas práticas após o término da residência:

“Um dos motivos que me levou a desenvolver este estudo foi o desejo de que os farmacêuticos da UBS também pudessem vivenciar as diferentes experiências que tive junto às equipes. A residência me proporcionou essa inserção por meio dos espaços multiprofissionais, mas eu não queria que isso fosse uma realidade restrita apenas ao residente. Afinal, chegará o momento em que não estarei mais na residência, e a formação que estou construindo para me tornar farmacêutica especialista em Saúde da Família é voltada para atuar na ESF, junto às equipes, para além da dispensação de medicamentos. Sempre desejei que essa experiência pudesse extrapolar os limites da residência. Ao longo do processo, passei a me questionar sobre como, em um município que oferece essa formação, ainda há pouca inserção do farmacêutico nas equipes e escasso incentivo para esse tipo de atuação. Essa ausência me causava estranhamento. Perguntava-me como não há mais estímulo para que o farmacêutico ocupe esses espaços de cuidado, especialmente quando a própria residência demonstra a potência dessa inserção. Pensei neste trabalho também a partir desse incômodo. Quero atuar em um lugar que me permita ir além do que tradicionalmente se espera do farmacêutico, que possibilite meu desenvolvimento profissional e minha inserção efetiva no cuidado. Espero que este estudo possa provocar reflexões e contribuir para que o cuidado compartilhado em saúde, com a participação do farmacêutico, não dependa exclusivamente da existência da residência, mas possa se sustentar como prática no cotidiano dos serviços.” (trecho do diário de campo)

O incômodo expresso no relato não se restringe à vivência individual da residente, mas evidencia uma tensão estrutural entre a potência formativa da residência multiprofissional e a fragilidade da institucionalização da atuação clínica do farmacêutico no cotidiano dos serviços. A experiência formativa possibilitou a inserção em espaços de cuidado compartilhado e revelou o potencial da atuação farmacêutica junto às equipes; no entanto, essa inserção mostrou-se dependente da existência da residência, não se sustentando como prática regular do serviço (Araújo et al., 2021). Tal situação evidencia barreiras institucionais à inserção efetiva e colaborativa do farmacêutico, relacionadas à ausência de políticas locais, fluxos assistenciais definidos, tempo protegido e estímulos organizacionais que possam legitimar sua participação nos processos de cuidado. Assim, o relato aponta que a permanência do farmacêutico em um papel restrito à dispensação não decorre apenas de limitações formativas, mas de condições estruturais que dificultam sua integração como profissional do cuidado nas eSF (Chemello et al., 2021). Essa compreensão se materializa de forma concreta no cotidiano da unidade, especialmente na relação entre a residência multiprofissional e a organização do serviço:

“Observei que a residência muitas vezes assumiu o papel formativo que deveria ser promovido pela própria UBS. A minha inserção nas equipes não ocorreu por iniciativa da UBS, mas em função da exigência do programa da residência, que demandava a participação em momentos multiprofissionais. Caso dependesse exclusivamente da unidade, a atuação se restringiria à farmácia, seguindo o modelo da farmacêutica preceptora local, que permanece centrada nas atividades técnicas e administrativas. Esse cenário problematiza a concepção de cuidado em saúde, questionando se ele deve ser circunscrito apenas aos profissionais tradicionalmente alocados na ESF, ou se exige a participação efetiva de todos os profissionais de saúde, incluindo farmacêuticos e outros profissionais que não fazem parte formalmente das eSF.” (trecho de diário de campo)

A inserção do farmacêutico nas práticas interprofissionais não se constitui como uma diretriz institucional do município e conseqüentemente da UBS, mas ocorre de forma induzida e dependente do dispositivo formativo da residência multiprofissional. Conforme discutem Araújo et al. (2021), as residências exercem papel central na ampliação do escopo de práticas e na produção de deslocamentos nos processos de trabalho, ao favorecerem experiências interprofissionais e tensionarem modelos tradicionais de atuação. No entanto, tais deslocamentos tendem a permanecer circunscritos ao caráter transitório da formação em serviço,

não se convertendo, necessariamente, em mudanças estruturais no cotidiano dos serviços.

No campo do cuidado farmacêutico, Peduzzi e Agreli (2018) destacam que a consolidação da clínica na APS depende de condições institucionais que favoreçam a continuidade, o reconhecimento e a integração do farmacêutico às equipes, complementando suas funções técnico-gerenciais. Na ausência desses suportes, a atuação clínica tende a se desenvolver de forma pontual, apoiada em iniciativas individuais ou dispositivos externos, com menor incorporação aos projetos terapêuticos das equipes.

Assim, a partir da observação, foi possível perceber que um dos desafios para a inserção efetiva e colaborativa do farmacêutico na APS está na fragilidade da institucionalização de sua atuação clínica. A residência multiprofissional surge como um potente dispositivo de ampliação do cuidado e de visibilização do papel clínico do farmacêutico, mas sua força formativa, isoladamente, não garante a sustentação dessas práticas no cotidiano dos serviços. Mesmo reconhecendo a dispensação como função central do farmacêutico, a ausência de políticas e decisões organizacionais que assegurem sua inserção como sujeito do cuidado e condições estruturais adequadas tende a concentrar parte do trabalho nas atividades técnico-administrativas, restringindo, contudo, o potencial de ampliação do cuidado compartilhado e interprofissional (Nakamura; Leite, 2016; Peduzzi; Agreli, 2018; Barros et al., 2020; Chemello et al., 2021).

Como dito, um desafio para a inserção efetiva do farmacêutico nas práticas colaborativas de cuidado reside na ausência de institucionalização dessa atuação no âmbito da gestão municipal. Um relato desse desafio mostra que o reconhecimento da clínica farmacêutica ainda se encontra em um plano discursivo, não se traduzindo plenamente em decisões organizacionais e operacionais que sustentem essa prática no cotidiano dos serviços:

“Olhando um pouco de fora, acredito que a própria gestão do município, compreender que o farmacêutico, não é apenas atuando na farmácia, mas a possibilidade de sair dali e expandir muito mais, então compreender sim, que vocês têm as suas atuações que podem fazer as consultas compartilhadas, os atendimentos individualizados, e depois realmente colocar em prática essa atuação” (E2)

Esse relato aponta para uma barreira central: embora haja, em alguma medida, reconhecimento do potencial clínico do farmacêutico, esse reconhecimento não se materializa em arranjos institucionais concretos, como definição de

atribuições, reorganização do processo de trabalho ou criação de dispositivos que viabilizem a atuação clínica. Como resultado, a clínica farmacêutica não se consolida como prática regular do serviço, permanecendo dependente de iniciativas individuais ou de dispositivos formativos, como a residência multiprofissional (Araújo et al., 2018; Peduzzi; Agreli, 2018).

Com isso surge outro elemento que refere-se à estrutura e organização do trabalho, em especial à ausência de uma agenda institucionalizada para atividades clínicas. Essa falta de previsibilidade inviabiliza a realização de ações interprofissionais, limitando o cuidado ao campo das intenções. Como observa um dos participantes:

Então acho que a maior dificuldade, acredito que não apenas a sobrecarga e da alta demanda do trabalho, mas também uma escala de trabalho, uma escala de trabalho que seja favorável e que tenha já uma previsibilidade de estar fazendo uma reunião pelo menos uma vez por mês, um momento que possa ter a facilidade para se deslocar pra poder fazer uma visita e um momento também que possa ter um consultório para chamar alguns pacientes. [...] o farmacêutico deve trazer a sua visão sobre a escala de trabalho, porque se você não consegue operacionalizar, se não conseguem transformar em aquele horário, dia, local, nada acontece, fica apenas nas ideias. (MF1)

Mesmo diante da intenção de realizar atividades clínicas e de cuidado compartilhado, a ausência de tempo protegido e de planejamento institucional compromete a operacionalização dessas ações. A definição de horários específicos e previamente estabelecidos para atividades de natureza clínica é condição essencial para que o cuidado farmacêutico avance, garantindo efetiva integração às práticas interprofissionais. Sem essa reserva temporal, as demandas gerenciais e operacionais inerentes à rotina da farmácia tendem a absorver o tempo disponível, reduzindo as oportunidades de planejamento, realização de visitas domiciliares e consultas clínicas (Peduzzi; Agreli, 2018; Barros et al., 2018; CFF, 2020).

A dificuldade de inserção também se expressa na posição organizacional ocupada pela farmácia dentro da UBS, frequentemente configurada como um serviço à parte, desvinculado das eSF e das eMulti. O relato mostra essa condição estrutural e seus efeitos sobre a visibilidade e a atuação do farmacêutico:

“Vocês não estão na equipe MULTI, e vocês não estão também nas equipes de saúde da família, acaba ficando ali, esse contato de balcão, o próprio espaço é limitador, como é que faria para estar presente nas reuniões de equipe ou talvez no matriciamento, então o desafio é saber, qual que é o local desse farmacêutico? é só estar na dispensação?” (PS1)

A não inserção formal do farmacêutico nas equipes produz uma limitação concreta à sua participação nos espaços do cuidado, como reuniões de equipe, ações matriciais e construção de projetos terapêuticos. Ao permanecer institucionalmente vinculado à farmácia, o farmacêutico mantém sua atuação essencial na dispensação, mas essa configuração restringe a ampliação do seu escopo de serviços clínicos (Peduzzi; Agreli, 2018; Barros et al., 2020)..

Embora a PNAF reconheça o farmacêutico como profissional do cuidado e atribua à AF um papel estratégico na integralidade da atenção à saúde, tais diretrizes ainda encontram dificuldades para se materializar no cotidiano dos serviços. Assim, a clínica farmacêutica permanece fortemente dependente de dispositivos formativos transitórios, como a residência multiprofissional, e de iniciativas individuais, sem se consolidar como prática sustentada na APS (BRASIL, 2004; Peduzzi; Agreli, 2018; Barros et al., 2020; Chemello et al., 2021; Araújo et al., 2018).

7.3 FAZER CLÍNICA APESAR DE TUDO: CONTRIBUIÇÕES DA ATUAÇÃO FARMACÊUTICA E REINVENÇÕES DO CUIDADO NA APS

Se, por um lado, os achados anteriores evidenciam os limites que atravessam a inserção do farmacêutico na APS, por outro, as experiências vividas no cotidiano do serviço revelam movimentos de abertura, reconhecimento e produção compartilhada do cuidado. É nesse cenário tensionado entre restrições e possibilidades que a atuação farmacêutica passa a se afirmar como uma prática relacional, construída no encontro com outros núcleos profissionais e com os usuários, a partir de negociações, pactuações e corresponsabilizações possíveis no trabalho em equipe (Peduzzi; Agreli, 2018).

A vivência em diferentes espaços da APS reforça que o cuidado compartilhado não se configura como um modelo previamente definido, mas como um processo em permanente construção, que se atualiza nas interações cotidianas, nas trocas entre saberes profissionais e nas respostas coletivamente produzidas frente às demandas concretas do território. Nesse percurso, a presença do farmacêutico vai gradualmente se constituindo como parte das práticas de cuidado, contribuindo para a qualificação da farmacoterapia, a redução de riscos relacionados ao uso de medicamentos, o fortalecimento do vínculo com os usuários e a ampliação

do olhar da equipe sobre os fatores que interferem nos resultados terapêuticos, em consonância com uma clínica situada e sensível às condições de vida das pessoas (Peduzzi; Agreli, 2018; Chemello et al., 2021).

As situações apresentadas a seguir evidenciam uma atuação que atravessa diferentes espaços e tempos da APS, mostrando como o cuidado se produz de forma transversal, mesmo em contextos marcados por barreiras estruturais e fragilidades institucionais. Reconhecem-se, assim, as potências que emergem do trabalho interprofissional e as formas pelas quais a clínica farmacêutica se reinventa no cotidiano do cuidado, sustentada pelo diálogo, pela construção coletiva e pela atenção às singularidades do território.

7.3.1 A clínica farmacêutica como espaço de segurança, vínculo e cuidado ampliado

As experiências analisadas evidenciam que a atuação interprofissional, com a participação do farmacêutico, contribuiu de forma significativa para a redução de riscos relacionados ao uso de medicamentos, para o manejo da polifarmácia e para o fortalecimento de processos educativos em saúde.

Uma das experiências vivenciadas e fortalecidas pela análise documental e registros em diários de campo ocorreu durante uma consulta compartilhada em que o médico de MFC encaminhou o caso para a nutrição, que achou importante a presença da farmácia. O caso foi de uma usuária, mulher em torno de 50 anos, com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) em descompensação metabólica, apresentando hemoglobina glicada e glicemias capilares fora das metas recomendadas para adultos (SBD, 2023) com histórico de retinopatia diabética. Desde o início da consulta, a construção de vínculo e o acolhimento favoreceram que a usuária compartilhasse aspectos de sua rotina pouco visibilizados em atendimentos centrados apenas em parâmetros clínico-laboratoriais. Embora referisse adesão ao tratamento, a escuta qualificada revelou desalinhamentos entre o relato e os valores glicêmicos, especialmente no período pós-prandial:

“Quando a usuária chegou para a consulta, percebi que, aos poucos, buscava se sentir mais confortável no espaço. Fomos construindo vínculo gradualmente, criando um ambiente que lhe permitisse falar com mais tranquilidade. Durante a conversa, enquanto era questionada sobre sua rotina, com o objetivo de compreender melhor seu cotidiano e contexto de vida, a usuária relatava realizar o tratamento conforme orientado. No

entanto, um dado chamou minha atenção: o valor da glicemia pós-prandial encontrava-se acima do esperado”. (trecho do diário de campo)

A partir disso, a intervenção farmacêutica não se restringiu à revisão técnica da prescrição, mas concentrou-se na investigação do uso real do medicamento no cotidiano da usuária. Questões direcionadas sobre o ambiente de trabalho, o armazenamento da insulina e a exposição do diagnóstico permitiram identificar barreiras concretas à adesão, que não estavam relacionadas à falta de conhecimento, mas a constrangimentos sociais e limitações estruturais:

“Direcionei algumas perguntas, como: “como você faz para aplicar a insulina no trabalho?”, “tem conseguido armazená-la adequadamente?” e “seus colegas sabem do seu diagnóstico?”. A partir dessas questões, foi possível identificar um dos fatores que contribuíam para a baixa efetividade do tratamento, uma vez que a usuária relatou não realizar a aplicação da insulina durante o horário de trabalho.” (trecho do diário de campo)

No decorrer da consulta compartilhada, essas barreiras foram sistematizadas a partir da análise conjunta do caso, evidenciando que a descompensação glicêmica estava diretamente relacionada a aspectos do cotidiano e da organização da vida da usuária:

“Foi observado que a paciente apresentava dificuldades para aplicar a insulina no trabalho, constrangimento em expor sua condição aos colegas, dificuldades no armazenamento do frasco-ampola e omissão de doses durante o horário do almoço.” (trecho do diário de campo)

A identificação desses fatores foi fundamental para a construção de um plano de cuidado compartilhado, no qual cada núcleo profissional contribuiu de forma complementar. O farmacêutico atuou de maneira central ao qualificar o uso do medicamento, realizando orientações sobre técnica correta de aplicação, relação entre administração da insulina e refeições, e manejo adequado da temperatura do medicamento. Além disso, a análise clínica do caso sustentou a recomendação de substituição da insulina regular em frasco-ampola pela apresentação em caneta, considerando critérios de praticidade, segurança e potencial aumento da adesão ao tratamento.

Essa intervenção não se configurou como uma decisão isolada, mas como parte de um processo interprofissional articulado, no qual a enfermagem abordou aspectos clínicos e de autocuidado, e a nutrição trabalhou orientações alimentares alinhadas à realidade da usuária. Nesse sentido, a atuação clínica do farmacêutico contribuiu para deslocar o foco do cuidado de uma lógica centrada exclusivamente

na prescrição para uma abordagem que considera o uso real dos medicamentos no contexto de vida do usuário.

O caso evidencia, portanto, que a inserção do farmacêutico nas práticas clínicas da ESF amplia a capacidade da equipe de identificar Problemas Relacionados a Medicamentos (PRMs), os quais não seriam acessados em atendimentos fragmentados ou uniprofissionais. Segundo Cipolle et al., PRMs é definido como “qualquer evento indesejável apresentado pelo paciente que envolve ou suspeita-se que tenha sido causado pelo medicamento e que realmente ou possivelmente interfere em uma evolução desejada do paciente” (BRASIL, 2020). Ao articular conhecimento técnico, escuta qualificada e análise do cotidiano, o farmacêutico fortalece o cuidado centrado na pessoa, contribui para a corresponsabilização da equipe e potencializa a efetividade das intervenções clínicas, reafirmando seu papel como profissional do cuidado no âmbito da APS (Peduzzi; Agreli, 2018; Barros et al., 2020; Chemello et al., 2021; BRASIL, 2020).

A potência dessa atuação compartilhada foi reconhecida pelos profissionais envolvidos, conforme relato:

“Foi muito enriquecedor, atendemos os diabéticos juntos e vi coisas sobre insulina que eu não sabia. Conseguimos colocar a alimentação junto com a questão farmacêutica, os cuidados com a medicação. O retorno foi positivo, eles relataram que estavam se sentindo melhor.” (PS1)

O reconhecimento expresso pelo profissional indica que a presença do farmacêutico nas ações interprofissionais não apenas amplia o escopo do cuidado, mas também promove trocas de saberes entre os núcleos profissionais, qualificando a tomada de decisão clínica. Nessas experiências, a atuação farmacêutica contribuiu de maneira decisiva para a revisão da farmacoterapia e para a identificação de PRMs que interferem diretamente nos resultados do tratamento.

Essa experiência dialoga com o que apontam Barros et al. (2020), ao destacarem que a inserção clínica do farmacêutico na APS favorece a identificação precoce de riscos associados ao uso de medicamentos e qualifica o cuidado longitudinal, particularmente em situações de uso contínuo e polifarmácia. De forma complementar, Chemello et al. (2021) ressaltam que o manejo da farmacoterapia em contextos reais de cuidado demanda escuta qualificada, articulação interprofissional e construção compartilhada das decisões terapêuticas, elementos que se materializam nas práticas observadas ao longo da experiência analisada.

Assim, a atuação clínica do farmacêutico, quando integrada às equipes, revela-se uma estratégia potente para qualificar o cuidado, ampliar a resolutividade das ações e fortalecer práticas alinhadas aos princípios da integralidade e do cuidado centrado no usuário na APS.

7.3.2 Integração de saberes e ampliação do olhar da equipe no cuidado compartilhado

Durante uma consulta compartilhada, emergiu um caso que evidenciou de forma significativa as contribuições da atuação clínica do farmacêutico para a qualificação do cuidado. Em um segundo caso, acompanhou-se um usuário adulto, homem, em torno de 50 anos, com diagnóstico de DM2 com complicações, pé diabético, inicialmente vinculado ao acompanhamento nutricional. A partir do convite para a atuação conjunta, o farmacêutico passou a integrar o cuidado, contribuindo para a avaliação da farmacoterapia e para a identificação de aspectos que interferiam nos resultados clínicos no seu cotidiano.

Durante uma consulta compartilhada, o usuário apresentava importante sofrimento emocional após a realização de uma amputação. Ao explorar sua rotina e seu dia a dia, tornou-se possível identificar os PRMs, caracterizado pelo esquecimento frequente das doses de insulina, ele relatou que deixava de realizar a aplicação da insulina com frequência, o que comprometia o controle glicêmico e contribuía para a manutenção da descompensação metabólica (BRASIL, 2020).

“Na consulta compartilhada de hoje, o usuário demonstrou grande tristeza após a amputação. Ao buscar compreender sua rotina, foi possível perceber que ele não realizava a aplicação da insulina com a frequência indicada.”
(trecho de diário de campo)

Ao aprofundar a compreensão sobre os motivos dos esquecimentos de doses, o usuário relatou que aplicava a insulina apenas em algumas situações específicas, como quando percebia valores glicêmicos mais elevados ou em determinadas refeições. Ao analisar em conjunto, foi possível ver que ele apresentava dificuldades em compreender a necessidade do uso contínuo da insulina, além de considerar o tratamento complexo e desafiador, especialmente diante das necessidades da aplicação constante, dos ajustes alimentar e no autocuidado diário. Esses elementos revelaram que a omissão das doses não se relacionava à simples recusa ao tratamento, mas à dificuldade de compreensão

sobre o uso contínuo da insulina e à complexidade do autocuidado no cotidiano, evidenciando a importância de abordagens educativas centradas na pessoa e sensíveis ao contexto de vida do usuário (BRASIL, 2013; Ayres, 2004).

A partir disso, direcionamos a consulta em ações de educação em saúde voltada à construção de sentido e autonomia no manejo da farmacoterapia. A insulina passou a ser discutida não apenas como um medicamento prescrito, mas como um componente central do cuidado, fundamental para o controle glicêmico, para a cicatrização adequada e para a prevenção de novas complicações, especialmente em um contexto já marcado por agravos como o pé diabético. Essa abordagem dialoga com a perspectiva do cuidado centrado na pessoa, que reconhece os saberes, os limites e as possibilidades dos usuários na gestão do próprio tratamento (Ayres, 2004; Barros et al., 2020; BRASIL, 2017b).

O acompanhamento interprofissional permitiu que essas intervenções fossem sustentadas ao longo do tempo. A partir da análise documental, observou-se melhora progressiva dos parâmetros clínicos relacionados ao diabetes, bem como evolução favorável do processo de cicatrização, conforme registrado nas evoluções de diferentes profissionais da equipe. Essas mudanças também foram reconhecidas pelos profissionais durante as entrevistas: *“Além da conscientização do paciente, ele percebeu que, se não seguisse as orientações, não melhoraria. Começou a melhorar significativamente a saúde.”* (ACS2)

Estudos indicam que a prática colaborativa interprofissional na APS envolve um processo de articulação entre profissionais de diferentes áreas, pautado pelo diálogo, reconhecimento mútuo de papéis e foco nas necessidades dos usuários, o que favorece a construção compartilhada de decisões terapêuticas e a integralidade do cuidado. Nesse sentido, a educação e a prática interprofissional são elementos essenciais para transformar práticas clínicas fragmentadas em processos colaborativos centrados no usuário, integrando saberes e experiências em torno das necessidades de saúde e do contexto de vida das pessoas atendidas (Silva et al., 2015).

Essa experiência foi reconhecida pelos profissionais como promotora de um cuidado mais completo: *“Foi como se não sobrasse lacunas e vazios, como se aquele atendimento fosse completo.”* (M1)

A atuação clínica do farmacêutico, quando integrada às práticas interprofissionais da ESF, amplia a capacidade da equipe de compreender os

determinantes do uso inadequado de medicamentos e construir estratégias terapêuticas mais ajustadas à realidade dos usuários. Ao contribuir para a educação em saúde, para a autonomia no manejo da farmacoterapia e para a corresponsabilização do cuidado (Peduzzi; Agreli, 2018; Barros et al., 2020; BRASIL, 2017b). Confirmado pela equipe: *“Quando o farmacêutico participa, ajuda muito a equipe a pensar no cuidado de um jeito mais completo, integrando tudo que o paciente precisa.”* (ACS2)

7.3.3 Produção de cuidado em contextos de restrição: a clínica possível

A produção do cuidado analisada neste estudo se dá em um cenário já marcado por restrições institucionais, anteriormente discutidas, especialmente relacionadas à ausência de espaços físicos adequados para a realização de atendimentos clínicos farmacêuticos. Essas condições tensionam a formalização da clínica na unidade, mas não a inviabilizam por completo, deslocando sua produção para outros momentos e espaços do cotidiano do serviço.

Mesmo em um contexto com limitações estruturais e ausências de espaço adequado, a atuação do farmacêutico demonstrou potencial para identificar PRMs e, sobretudo, para articular processos de cuidado interprofissional. Ao realizar a dispensação, surgem situações que permitem uma avaliação da farmacoterapia, funcionando como ponto inicial para a construção de intervenções compartilhadas em equipe.

Um exemplo registrado em diário de campo envolveu uma usuária com prescrição de insulina, que durante a dispensação, relatou que fazia a aplicação diariamente, embora não houvesse registro de dispensação há aproximadamente dois meses. Ao solicitar que a usuária trouxesse a insulina para acompanhamento, foi possível observar que, embora realizasse corretamente todas as etapas preparatórias da aplicação, não pressionava o botão da caneta, o que resultava na não administração do medicamento. Conforme relato:

“Mesmo acreditando que estava usando corretamente a insulina, a paciente não aplicava o medicamento. A partir disso, o caso passou a ser discutido com a equipe, e novas estratégias de cuidado foram pactuadas.” (trecho do diário de campo)

A identificação desse PRMs não se esgotou no atendimento farmacêutico, mas operou como um disparador para a reorganização do cuidado no interior da equipe. O caso passou a ser acompanhado de forma compartilhada, envolvendo atendimento farmacêutico, avaliação médica e discussão sistemática nas reuniões de equipe. Esse movimento possibilitou compreender que a dificuldade não estava relacionada à decisão do usuário de não seguir o tratamento proposto, mas à forma como as orientações eram compreendidas e operacionalizadas no cotidiano da usuária, ampliando o olhar da equipe sobre o problema e qualificando as intervenções propostas.

Nesse processo, uma das principais potencialidades da atuação clínica do farmacêutico: a capacidade de transformar situações identificadas na dispensação em demandas coletivas de cuidado. A dispensação qualificada, ao permitir a identificação precoce de falhas na técnica de administração, dificuldades de compreensão e outros riscos relacionados ao uso de medicamentos, configura-se como um ponto estratégico de rastreamento em saúde. Embora o rastreamento, conforme definido pelo CFF, constitua um serviço específico voltado à identificação de condições ou riscos à saúde, com posterior orientação e encaminhamento (CFF, 2016), a experiência analisada indica que a prática clínica na dispensação pode operar como um dispositivo articulador dessas ações, especialmente quando integrada ao trabalho da equipe.

Ao reconhecer essas situações e levá-las para o espaço coletivo de discussão, o farmacêutico amplia o olhar clínico e de vigilância em saúde no território, contribuindo para que problemas inicialmente invisibilizados sejam compartilhados, analisados e enfrentados de forma interprofissional. Dessa forma, sua atuação ultrapassa a resolução pontual de problemas individuais e passa a fortalecer processos de corresponsabilização e planejamento coletivo do cuidado, favorecendo a emergência de novas ações interprofissionais e qualificando as decisões terapêuticas no âmbito da ESF (Peduzzi; Agreli, 2018; Barros et al., 2020).

A ampliação do olhar terapêutico foi reconhecida pelos próprios profissionais da equipe, como expresso no relato: *“Nas discussões de caso, muitas vezes só os farmacêuticos conseguem ajudar a pensar o tratamento para além da receita, entendendo onde está a dificuldade real do paciente.”* (M2).

Essa experiência dialoga com Nakamura e Leite (2016): O trabalho do farmacêutico na APS se constrói no cotidiano dos serviços, a partir de arranjos

possíveis e da articulação com a equipe, mesmo na ausência de condições ideais. Em consonância, Starfield (2002) destaca que a integralidade do cuidado se sustenta na capacidade dos serviços de reconhecer e intervir sobre problemas que emergem ao longo do percurso do usuário, não se restringindo a espaços formalizados de atenção.

Nesse sentido, a clínica farmacêutica produzida nesse contexto não se organiza como uma prática isolada ou circunscrita a um local específico, mas como uma ação transversal, que atravessa a dispensação, as discussões de caso e os encontros interprofissionais. Trata-se de uma clínica possível, construída no limite das condições institucionais (BRASIL, 2015; CFF, 2020).

Mesmo em um contexto marcado por restrições estruturais, especialmente aquelas relacionadas à disponibilidade de espaço físico, a atuação clínica do farmacêutico foi atravessada por limites que incidiram diretamente sobre a organização do trabalho e a continuidade das ações. A própria equipe reconheceu essa dificuldade:

“Outra dificuldade é a falta de espaço físico. Apesar de ser uma unidade grande, ainda assim não supre a necessidade. Não temos espaço adequado para reuniões, nem consultórios suficientes. Isso é um problema que afeta todas as categorias.” (E1)

Mesmo com acesso tardio e intermitente a consultórios, o farmacêutico conseguiu identificar PRMs, articular casos no cuidado em saúde. A existência de encaminhamentos que não puderam ser acompanhados indica que, com condições estruturais mais favoráveis, essas práticas poderiam ser ampliadas e consolidadas no cotidiano do serviço e gerar avanços ainda maiores se houvesse infraestrutura adequada e tempo protegido. Assim, os limites estruturais não anulam as contribuições da clínica farmacêutica, mas destaca seu potencial.

A ampliação do cuidado e a efetividade das práticas interprofissionais dependem não apenas da competência dos profissionais isoladamente, mas de condições materiais, organizacionais e de articulação do processo de trabalho que sustentem essas práticas no cotidiano dos serviços (Ayres, 2004; Araújo et al., 2021). A clínica farmacêutica contribuiu para a segurança e racionalidade do uso de medicamentos e apontou caminhos para reorganização do serviço, reafirmando que é possível avançar no seu potencial estratégico para a qualificação do cuidado no âmbito das equipes de ESF.

7.3.4 Potencialidades do cuidado farmacêutico: vínculo, autonomia e qualificação da farmacoterapia

O estabelecimento de vínculos de confiança entre profissionais e usuários é central para fortalecer a adesão e o empoderamento na APS, especialmente em situações complexas, como polifarmácia e conflitos familiares. A atuação do farmacêutico em ações interprofissionais permite intervenções contextualizadas, considerando o cotidiano, as capacidades e estratégias dos usuários, favorecendo decisões compartilhadas e responsabilização no cuidado (Starfield, 2002; Chemello et al., 2021; BRASIL, 2017b). O diário de campo e a análise documental ilustram um caso em que estratégias centradas exclusivamente na UBS não eram suficientes para compreender ou intervir nos obstáculos ao cuidado. A visita domiciliar ampliou o olhar sobre essas complexidades, revelando fragilidades na continuidade do tratamento:

“Apesar de estar tudo separado por horários, quando fomos olhar com mais atenção, a maior parte das cartelas estavam vazias e alguns medicamentos simplesmente não estavam sendo usados.” (trecho de diário de campo)

Essa constatação mostra que a adesão não pode ser compreendida apenas como comportamento individual, mas como um fenômeno multifatorial e relacional, dependente da rotina, das interações familiares e do suporte da equipe (BRASIL, 2020). A atuação do farmacêutico em ações interprofissionais foi essencial para qualificar o cuidado, articulando-se à equipe, ao usuário e ao cuidador familiar, valorizando práticas existentes, propondo ajustes realistas e utilizando ferramentas como caixas organizadoras e planilhas de horários para apoiar a adesão e a gestão do tratamento: *“Não adiantava só orientar a paciente. Era fundamental envolver quem cuidava dela no dia a dia.”* (trecho de diário de campo).

Além disso, a participação em encontros interprofissionais e visitas domiciliares possibilitou identificar falhas invisíveis, riscos no uso de medicamentos e dificuldades de compreensão das orientações, enquanto ferramentas como caixas organizadoras e planilhas de horários apoiaram a adesão e a gestão do tratamento (BRASIL, 2017b; Starfield, 2002).

A presença do farmacêutico permitiu transformar informações isoladas, como falha na adesão em demandas compartilhadas, integrando o cuidado e fortalecendo a confiança do usuário: *“Quando ele (farmacêutico) consegue estar*

junto, os pacientes entendem melhor o tratamento e se sentem mais seguros usando os remédios.” (E2).

Assim, uma das contribuições centrais da clínica farmacêutica observada no estudo está relacionada à promoção da adesão, consolidação do vínculo com o usuário e fortalecimento do cuidado compartilhado, evidenciando potencialidades para avançar ainda mais em intervenções integradas e interprofissionais.

Essa experiência foi registrada em diário, e fortalecida pela análise documental. Trata-se de uma paciente idosa, aproximadamente 80 anos, com dificuldade no manejo da hipertensão, múltiplas comorbidades e polifarmácia, que retornava frequentemente à UBS com a pressão arterial fora da meta terapêutica (SBC, 2025). Esse cenário apontava, inicialmente, para uma possível falha de efetividade do tratamento. A equipe convidou a farmácia para discutir o caso e iniciou o cuidado compartilhado. Durante a revisão da farmacoterapia, identificou-se uma situação de risco relacionada à segurança do uso concomitante de medicamentos, a partir do relato da usuária de dor e fraqueza muscular. A análise clínica mostrou uma interação medicamentosa entre sinvastatina e dolutegravir, associação reconhecida por aumentar o risco de reações adversas musculares como miopatia e rabdomiólise, devido à inibição do metabolismo hepático da sinvastatina, elevando seus níveis séricos (Torres et al., 2015). A situação foi levada à equipe para a intervenção:

“Quando a equipe trouxe o relato da paciente, durante a revisão da farmacoterapia identifiquei que ela tomava sinvastatina junto com dolutegravir. Essa combinação pode aumentar os níveis séricos da sinvastatina, elevando o risco de miopatia, caracterizada por redução de tônus muscular e fraqueza, que pode evoluir para rabdomiólise, se houvesse degradação significativa do tecido muscular com liberação de mioglobina prejudicial aos rins, sendo assim, após discussão em equipe precisou haver a substituição da sinvastatina para atorvastatina, iniciando com doses menores, com menor risco de interação e que também está presente no SUS pela farmácia especializada” (trecho de diário de campo)

A atuação do farmacêutico na APS colabora para melhorar a farmacoterapia ao identificar reações adversas e suas causas, subsidiando decisões clínicas compartilhadas e favorecendo um tratamento mais seguro e compatível com as condições clínicas da usuária, incluindo sua capacidade funcional e presença de sintomas musculares (BRASIL, 2020).

Continuando o cuidado da usuária, diante dos relatos de esquecimentos e trocas de medicamentos durante as consultas, realizamos visitas domiciliares para

compreender como a paciente organizava seu esquema terapêutico. Esse acompanhamento possibilitou retomar a dimensão da efetividade do tratamento, agora articulada à segurança, à adesão e à organização da farmacoterapia no contexto de vida da usuária. Durante a avaliação, observou-se que a paciente apresentava dificuldade em reconhecer e manejar corretamente os medicamentos prescritos, identificando alguns apenas por características visuais, como cor e formato, sem domínio dos nomes, indicações, horários ou doses, o que favorecia confusões, trocas e esquecimentos. Além disso, constatou-se a ausência de uma rede de apoio familiar estruturada que pudesse auxiliar de forma sistemática no cumprimento dos horários, na organização do esquema terapêutico e no acompanhamento do uso correto dos medicamentos, comprometendo a execução conforme a prescrição recomendada no cotidiano. Trabalhando em conjunto com a família, foi implementada uma caixa organizadora adaptada às necessidades da paciente, separando os medicamentos por horários e dias, permitindo que tanto a família quanto a própria usuária compreendessem melhor o tratamento e passassem a gerenciá-lo de forma mais eficiente.

“Após algumas semanas, a família passou a organizar a caixa diariamente, e a paciente compreendeu melhor como e quando tomar cada medicamento, fortalecendo seu vínculo com a farmácia e adquirindo mais autonomia e confiança.” (trecho de diário de campo)

Quando o farmacêutico alia raciocínio clínico, conhecimento farmacológico e análise do contexto de vida do usuário, é possível avançar além da adesão, articulando de forma integrada as dimensões da indicação/necessidade dos medicamentos, da efetividade, da segurança e da adesão à farmacoterapia. Nesse processo, o raciocínio clínico permite identificar múltiplos problemas simultâneos, avaliar riscos e propor estratégias individualizadas, fortalecendo o planejamento coletivo e as decisões compartilhadas (BRASIL, 2020). Essa experiência foi relatada durante as entrevistas por ter gerado um trabalho interprofissional com resultados visíveis aproximando a eSF com a farmácia:

“Tenho uma experiência exitosa com uma idosa, de visita domiciliar, que a farmacêutica e a residente de farmácia se prontificaram [...] Fizemos a revisão das medicações, a residente fez uma visita domiciliar, mais de uma visita, reorganizou todo o esquema medicamentoso de uma forma didática, fácil de observação e resolução [...] isso mudou o tratamento daquela família, porque a família se comprometeu a cuidar melhor da idosa teve uma vigilância de saúde porque não só foi a equipe médica, de enfermagem, mas a equipe de farmácia estava junto e como foi feita várias intervenções com certa frequência, próxima, a gente conseguiu mudar ali, tirar medicações, reajustar, desprezar muitas medicações que estavam ali

acumuladas a anos com a validade vencida e a gente conseguiu fazer o manejo de dor crônica da paciente que já estava causando um prejuízo muito grande, conseguimos ajustar com uma resolução muito boa, a paciente usava, 10, 12, chegando a usar 13 medicações. Foi bem interessante, a gente conseguiu enxugar bem, precisava, sem comprometer com o cuidado, sendo uma baita experiência de cuidado, com um paciente domiciliado, que ainda é mais difícil de cuidar, porque tem que ir lá, se deslocar, ter um tempo para isso, e aí eu vejo o potencial enorme que a gente tem se a gente fizer essa intervenção com mais pacientes. (MF1)

A atuação clínica do farmacêutico na APS vai além da simples orientação sobre medicamentos. Embora a promoção da adesão também tenha sido uma contribuição central, o caso demonstra que a atuação farmacêutica pode avançar para uma avaliação mais ampla da farmacoterapia, incorporando a segurança e a efetividade como dimensões interdependentes do cuidado, além da racionalidade terapêutica e do planejamento coletivo. A reorganização da farmacoterapia, a desprescrição de medicamentos não indicados e o manejo de interações medicamentosas, como a potencial miopatia decorrente da associação da sinvastatina com o dolutegravir, reforçam a capacidade do farmacêutico de transformar situações complexas em estratégias de cuidado concretas, integrando saberes do usuário, da família e da equipe (Torres et al., 2015; BRASIL, 2020; CFF, 2020).

O sucesso dessas intervenções depende tanto do engajamento da equipe quanto da capacitação do farmacêutico, que precisa dominar o raciocínio clínico, o conhecimento farmacológico e a prática reflexiva. Essa competência possibilita aprofundar as discussões durante os casos clínicos, ampliar oportunidades de qualificação do cuidado e consolidar a clínica farmacêutica como instrumento estratégico no território, em consonância com os princípios do cuidado compartilhado e da interprofissionalidade (Chemello et al., 2021; Starfield, 2002).

Em síntese, este caso ilustra como a atuação clínica do farmacêutico fortalece a qualidade do cuidado nas equipes de ESF, evidenciando potencialidades que vão além da adesão: segurança do uso de medicamentos, gestão terapêutica, simplificação da farmacoterapia e planejamento coletivo. A experiência reforça a importância do trabalho interprofissional e a necessidade de investimento contínuo na formação clínica do farmacêutico, consolidando-o como profissional do cuidado, capaz de qualificar de forma abrangente o acompanhamento da população na APS (BRASIL, 2020; CFF, 2020).

8. CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou que o cuidado em saúde na APS se constrói no cotidiano do trabalho, nas interações entre profissionais, usuários e território, assumindo um caráter relacional, processual e contingente. A atuação do farmacêutico em espaços interprofissionais, especialmente em consultas compartilhadas, visitas domiciliares e reuniões de equipe, revelou-se central para ampliar a compreensão das necessidades de saúde, deslocando o foco exclusivamente técnico do medicamento para uma abordagem que considera o contexto de vida, os determinantes sociais e as estratégias já construídas pelos usuários em seu território.

A construção coletiva do cuidado mostrou-se intimamente relacionada ao desenvolvimento de competências interprofissionais, comunicativas, éticas e colaborativas, que se fortalecem à medida que a insegurança inicial do profissional é enfrentada e transformada em confiança mútua. O diálogo entre os diferentes saberes da equipe, aliado à escuta qualificada e ao reconhecimento das experiências dos usuários, favoreceu a corresponsabilização pelo cuidado e a produção de decisões terapêuticas mais integradas. Nesse processo, o farmacêutico, ao transitar por diferentes espaços de cuidado, contribuiu para ampliar o olhar da equipe, tornando visíveis informações antes dispersas ou invisibilizadas na rotina da unidade.

Ao mesmo tempo, a pesquisa mostra que essa atuação é atravessada por desafios estruturais e institucionais significativos. A sobrecarga de trabalho, a escassez de RH, a ausência de tempo protegido, a limitação dos espaços físicos da farmácia e a falta de pertencimento formal do farmacêutico às equipes configuram barreiras importantes para a consolidação de uma prática clínica ampliada. Soma-se a isso a fragilidade do reconhecimento profissional em espaços para além da dispensação e a dependência de iniciativas formativas, como a residência multiprofissional, para viabilizar ações interprofissionais. Embora a residência se configure como um potente dispositivo de inovação e produção de cuidado, sua natureza transitória evidencia a necessidade de institucionalização dessas práticas, sob risco de descontinuidade e de não conversão em mudanças estruturais nos serviços.

Apesar desses limites, a atuação clínica do farmacêutico apresentou contribuições expressivas para a qualificação do cuidado. Destacaram-se a redução de riscos relacionados ao uso de medicamentos, o manejo da polifarmácia, a qualificação da farmacoterapia, o fortalecimento de processos educativos e a construção de vínculos que favoreceram maior abertura dos usuários. Observou-se, contudo, que tanto a equipe quanto o próprio farmacêutico tendem a acionar e reconhecer essa atuação, inicialmente, a partir de demandas relacionadas à adesão ao tratamento, o que revela uma centralidade desse eixo no cotidiano da APS. Longe de configurar uma limitação isolada, essa centralidade mostrou-se um importante potencializador para a inserção do olhar farmacêutico na avaliação integral da farmacoterapia, uma vez que a escuta qualificada possibilitou identificar problemas relacionados aos medicamentos, compreender fatores que interferem nos resultados terapêuticos e apoiar a autonomia dos usuários no manejo de seus tratamentos. Além disso, a prática farmacêutica contribuiu para ampliar a capacidade da equipe em reconhecer esses problemas e integrar o cuidado medicamentoso às metas terapêuticas e às necessidades singulares das pessoas.

Ressalta-se também a potência da dispensação como espaço estratégico de cuidado. Quando articulada a um raciocínio clínico e a uma lógica interprofissional, a dispensação tornou-se ponto de rastreamento, vigilância em saúde e disparador de discussões coletivas, permitindo que demandas individuais fossem transformadas em ações compartilhadas. Essa atuação reforçou a segurança, a racionalidade no uso dos medicamentos e a confiança dos usuários no cuidado ofertado pela equipe.

Em síntese, os achados indicam que os espaços interprofissionais da APS constituem territórios privilegiados para a produção do cuidado compartilhado. A inserção clínica do farmacêutico nesses espaços mostrou-se capaz de qualificar práticas, fortalecer vínculos, promover a adesão e contribuir para decisões mais seguras, contextualizadas e centradas na pessoa, reafirmando o papel da APS como coordenadora do cuidado no âmbito das RAS. A partir do percurso analisado e das reflexões construídas ao longo deste estudo, compreende-se que o fortalecimento da inserção clínica do farmacêutico na APS depende da criação de condições mais favoráveis ao desenvolvimento do cuidado. Entre os principais desafios identificados, destacou-se a sobrecarga de trabalho e a dificuldade de conciliar as atribuições gerenciais da AF com o acompanhamento clínico dos usuários, cenário frequentemente relacionado à insuficiência de recursos humanos.

Nesse sentido, propõe-se que a ampliação e qualificação da força de trabalho farmacêutica sejam consideradas estratégias importantes para possibilitar maior equilíbrio entre gestão e cuidado, favorecendo agendas mais organizadas, continuidade do acompanhamento e inserção mais consistente nas eSF.

Também se mostra relevante a organização institucional de agendas que contemplem tempos destinados às atividades interprofissionais e ao acompanhamento farmacoterapêutico, reduzindo a dependência de iniciativas individuais para que o cuidado clínico aconteça. Da mesma forma, a qualificação dos espaços físicos e a reorganização dos fluxos da dispensação podem contribuir para reconhecê-la como momento estratégico de escuta, orientação e identificação precoce de problemas relacionados aos medicamentos.

Por fim, entende-se que a aproximação entre gestão e clínica precisa ser fortalecida no cotidiano dos serviços, de modo que as experiências vividas no cuidado possam subsidiar o planejamento das ações e a organização do trabalho. Assim, as proposições aqui apresentadas não se configuram como determinações normativas, mas como caminhos possíveis a partir da realidade analisada, indicando que a consolidação do cuidado farmacêutico na APS requer reconhecimento institucional, organização do processo de trabalho e compromisso com a construção compartilhada do cuidado.

Desse modo, reafirma-se que a consolidação do farmacêutico como profissional do cuidado na APS exige não apenas reconhecimento normativo, mas investimento concreto na reorganização do processo de trabalho, na ampliação da força de trabalho e na institucionalização de espaços interprofissionais, para que o cuidado compartilhado deixe de depender de esforços individuais e se torne prática estruturante do serviço.

REFERÊNCIAS

- ANDERSON, Leon. **Analytic autoethnography**. *Journal of Contemporary Ethnography*, v. 35, n. 4, p. 373–395, 2006. Disponível em: <https://commons.princeton.edu/wp-content/uploads/sites/52/2018/04/Anderson-Analytic-Autoethnography.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2025.
- ARAÚJO, H. P. A.; SANTOS, L. C. dos; DOMINGOS, T. da S.; ALENCAR, R. A. **A residência multiprofissional em saúde da família como cenário para educação e práticas interprofissionais**. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 29, e3450, 2021. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rlae/article/view/188049/173620>. Acesso em: 20 jun. 2025.
- ASCIONE, F. J. **Preparing pharmacists for collaborative/integrated health settings**. *Pharmacy*, v. 7, n. 2, p. 47, 2019. DOI: 10.3390/pharmacy7020047. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2226-4787/7/2/47>. Acesso em: 26 jan. 2026.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS-UERJ; ABRASCO, 2004. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/cuidado-trabalho-e-interacao-nas-praticas-de-saude/4711>. Acesso em: 27 jan. 2026.
- BARROS, Débora Santos Lula; SILVA, Dayde Lane Mendonça; LEITE, Silvana Nair. **Serviços farmacêuticos clínicos na atenção primária à saúde do Brasil**. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, e0024071, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/Z8nY8RZDgvtDZNS3RTPHMCM/>. Acesso em: 01 abr. 2025.
- BARROS, Nelson Filice de; SPADACIO, Cristiane; COSTA, Marcelo Viana da. **Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios**. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 163–173, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/163-173/>. Acesso em: 01 abr. 2025.
- BRAUN, V.; CLARKE, V. **Using thematic analysis in psychology**. *Qualitative Research in Psychology*, v. 3, n. 2, p. 77–101, 2006. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/235356393_Using_thematic_analysis_in_psychology. Acesso em: 01 jun. 2025.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004: institui a Política Nacional de Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS**. *Diário Oficial da União*, Brasília, 17 set. 2004. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/atos-normativos/resolucoes/2004/resolucao-no-338.pdf/view>. Acesso em: 08 jun. 2025.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2012. Disponível em:

<https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>. Acesso em: 04 maio 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em Ciências Humanas e Sociais.** *Diário Oficial da União*, Brasília, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 04 maio 2025.

BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais.** *Diário Oficial da União*, Brasília, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13709.htm. Acesso em: 04 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.** *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 12 maio 1998. Disponível em: https://antigo.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/PRT_SVS_344_1998_COMP.pdf/a3ee82d3-315c-43b1-87cf-c812ba856144?version=1.0. Acesso em: 28 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cuidado farmacêutico na atenção básica: serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015. (Série Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica; Caderno 1). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_saude_1ed.pdf. Acesso em: 22 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anexo XXVIII – Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF).** In: BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os Sistemas e Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017_comp.html#ANEXOXXVIII. Acesso em: 20 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 12 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 08 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 4.379, de 14 de junho de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, para estabelecer as Diretrizes Nacionais do Cuidado Farmacêutico no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.** *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 14

jun. 2024. Disponível

em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt4379_17_06_2024.html.

Acesso em: 20 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde.

Departamento de Promoção da Saúde. Cuidado farmacêutico na Atenção

Básica: aplicação do método clínico: avaliação e identificação dos problemas relacionados à farmacoterapia. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_avaliacao_identificacao_problemas_farmacoterapia_v4.pdf. Acesso em: 20 jan. 2026

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de

Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:**

Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. *Cadernos de Atenção*

Básica, n. 36. ISBN 978-85-334-2059-5. Disponível em:

https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/pdf/caderno_atencaobasica36.pdf. Acesso em: 28 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. O HumanizaSUS na atenção**

básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf.

Acesso em: 19 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Equipes**

Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti). Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/acoes-interprofissionais/emulti>.

Acesso em: 12 jun. 2025.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009.

Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde.

Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 nov. 2009. Disponível em:

https://www3.semesp.org.br/portal/pdfs/juridico2009/Portarias/17.11.09/Portaria_n1.077_12_11_09.pdf. Acesso em: 30 jan. 2026.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde.**

Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399–407, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VkBG59Yh4g3t6n8yjdjMRCQj/>.

Acesso em: 27 jan. 2026.

CECCIM, Ricardo Burg. **Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação.**

Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1739-1749, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/XRJVNnRHcqsRXLZ7RMxCks/?lang=pt>. Acesso em:

20 jun. 2025.

CHANG, Heewon. **Autoethnography as method**. Walnut Creek: Left Coast Press, 2008.

CHEMELLO, Clarice et al. **Desafios para o cuidado farmacêutico na Atenção Primária à Saúde**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, e310323, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/zWgBGMHpCRSnKzpY9pRDwfj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 abr. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). **Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Atualizada em 2020**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2020. Disponível em: <https://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2026

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). **Resolução CFF nº 586, de 29 de novembro de 2013. Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências**. Brasília, 2013. Disponível em: <https://cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/586.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2025.

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. Disponível em: https://www.cff.org.br/userfiles/Profar_Arcabouco_TELA_FINAL.pdf. Acesso em: 23 jan. 2026.

DHITAL, R.; SAKULWACH, S.; ROBERT, G.; VASILIKOU, C.; SIN, J. **Systematic review on the effects of the physical and social aspects of community pharmacy spaces on service users and staff**. *Perspectives in Public Health*, v. 142, n. 2, p. 77–93, 2022. DOI: 10.1177/17579139221080608. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8918882/pdf/10.1177_17579139221080608.pdf. Acesso em: 27 jan. 2026.

ELLIS, Carolyn; ADAMS, Tony E.; BOCHNER, Arthur P. **Autoethnography: an overview**. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, v. 12, n. 1, art. 10, 2011. Disponível em: <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1589/3096>. Acesso em: 01 jun. 2025.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. Disponível em: <https://idoc.pub/documents/flick-u-introducao-a-pesquisa-qualitativa-3ed-6nge39xm06lv>. Acesso em: 01 jun. 2025.

GOMES, Ronaldo Marques. **Redes de Atenção à Saúde do SUS: 25 anos de uma contradição fundamental entre a organização necessária e a organização atual**. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 938–952, out./dez. 2014. DOI: 10.5935/0103-1104.20140081. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2014.v38n103/938-952/>. Acesso em: 19 jun. 2025.

GUEST, G.; BUNCE, A.; JOHNSON, L. **How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability.** *Field Methods*, v. 18, n. 1, p. 59–82, 2006. DOI: 10.1177/1525822X05279903. Disponível em: <https://www.sfu.ca/~palys/GuestEtAl-2006-HowManyInterviewsAreEnough.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2025.

LOCH, Mathias Roberto et al. **Validação de um instrumento para avaliar barreiras e facilitadores para a prática interprofissional colaborativa na Atenção Primária à Saúde (BFPIC-APS).** *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 49, n. 145, e9602, abr./jun. 2025. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2025.v49n145/e9602/pt>. Acesso em: 20 jun. 2025.

MEDEIROS, Aline Vieira; FORTE, Franklin Delano Soares; TOASSI, Ramona Fernanda Ceriotti. **Educação Interprofissional na Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde: análise fenomenológica.** *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 48, n. 143, e9167, out./dez. 2024. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2024.v48n143/e9167/pt>. Acesso em: 01 abr. 2025.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 12 maio 2025.

MERTENS, J. F.; HESSEL, M. H. M.; KEMPEN, T. G. H. et al. **Evaluation of an interprofessional education program involving medical and pharmacy students: a mixed-method study.** *BMC Medical Education*, v. 25, art. 48, 2025. DOI: 10.1186/s12909-024-06574-w. Disponível em: <https://bmcomededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-024-06574-w>. Acesso em: 26 jan. 2026.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. Disponível em: https://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Trabalho_em_Saude_ts.pdf. Acesso em: 27 jan. 2026.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/33023325_O_desafio_do_conhecimento_Pesquisa_qualitativa_em_saude. Acesso em: 01 jun. 2025.

MOTA, Paulo Henrique dos Santos; BOUSQUAT, Ana Elisa Medeiros. **Desafios para a implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma região de saúde: um olhar a partir das dimensões política, organização e estrutura.** *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 32, n. 2, art. e220608pt, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220608pt>. Acesso em: 19 jun. 2025.

NAKAMURA, Carina Akemi; LEITE, Silvana Nair. **A construção do processo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: a experiência dos farmacêuticos em um município do sul do Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1565–1574, 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/vzg87dp86cyqPpcCRBMSTJq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 abr. 2025.

NI, J.; LIU, Q.; LI, X.; CHEN, M. **Outcomes of interprofessional education for pharmacy students: a systematic review**. *BMC Medical Education*, v. 24, art. 1334, 2024. DOI: 10.1186/s12909-024-06313-1. Disponível em: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-024-06313-1>. Acesso em: 26 jan. 2026.

PEDUZZI, Marina; AGRELI, Heloise Fernandes. **Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde**. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1525–1534, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2018.v22suppl2/1525-1534/>. Acesso em: 01 abr. 2025.

RAMALHO-DE-OLIVEIRA, Djenane. **Autoethnography – Overview and its Prospect to Advance Pharmacy Education and Practice**. *American Journal of Pharmaceutical Education*, [S.l.], 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32292191/>. Acesso em: 09 jun. 2025.

REEVES, Scott; PERRIER, Laure; BAINBRIDGE, Lauren; SPENCER, Julie. **Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update)**. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 3, CD002213, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2016.v20n56/185-197/pt>. Acesso em: 11 jan. 2026.

RAWLINSON, C.; CARRON, T.; COHIDON, C.; ARDITI, C.; HONG, Q. N.; PLUYE, P.; PEYTREMANN-BRIDEVAUX, I.; GILLES, I. **An overview of reviews on interprofessional collaboration in primary care: barriers and facilitators**. *International Journal of Integrated Care*, v. 21, n. 2, p. 32, 22 jun. 2021. DOI: 10.5334/ijic.5589. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8231480/>. Acesso em: 27 jan. 2026.

SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino da; PEDUZZI, Marina; ORCHARD, Carole; LEONELLO, Valéria Marli. **Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde**. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 49, n. esp. 2, p. 16-24, dez. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/5nLgyRMxrJfjRMTNSvD98VK/?lang=pt> Acesso em: 28 jan. 2026.

SANTOS, Bruna Damázio; MEDINA MENDONÇA, Simone de Araújo; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, Djenane. **Performance of Pharmacy students in a comprehensive medication management service in a Primary Health Care Setting**. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 9, p. e58410918400, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i9.18400. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/18400>. Acesso em: 24 jan. 2026.


SANTOS, K. S. et al. **O uso de triangulação múltipla como estratégia de validação em um estudo qualitativo**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 2, p.

655-664, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/kvr3D7Q3vsYjrFGLNprpttS/>. Acesso em: 25 maio 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes: edição 2024**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2023. DOI: 10.29327/5238993. Disponível em:

<https://diretriz.diabetes.org.br/metas-no-tratamento-do-diabetes/>. Acesso em: 03 jan. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC); SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH); SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). **Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025** [Brazilian Guidelines of Hypertension – 2025]. *Arq. Bras. Cardiol.*, v. 122, n. 9, e20250624, 2025. Disponível em:  [Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025 PT.pdf](#) Acesso em: 28 jan. 2026.

SOARES, Luciano et al. **Atuação clínica do farmacêutico**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2016. 353 p.: il., graf., tabs. (Assistência Farmacêutica no Brasil: Política, Gestão e Clínica; v. 5).

SOUZA, Rachel Brinco de et al. **Barreiras à implementação da educação interprofissional: análise do PET-Saúde**. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 32, supl. 2, e230216pt, 2023. Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/sausoc/2023.v32suppl2/e230216pt/>. Acesso em: 19 jun. 2025.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:

<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000130805/PDF/130805por.pdf.multi>. Acesso em: 19 jun. 2025.

TORRES, Patrick A.; HELMSTETTER, John A.; KAYE, Adam M.; et al.

Rhabdomyolysis: Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment. *Ochsner Journal*, v. 15, n. 1, p. 58–69, 2015. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4365849/>. Acesso em: 29 jan. 2026.

WHO. **The role of the pharmacist in the health care system: preparing the future pharmacist: curricular development: report of a third WHO consultative group on the role of the pharmacist**. Geneva: WHO, 2006. Disponível em:

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/63817/WHO_PHARM_97_599.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 19 jun. 2025.

APÊNDICE A - TÓPICOS-GUIAS DE ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

Tópicos-guias de Entrevistas Semiestruturadas com Profissionais de Saúde

PROJETO: CUIDADO COMPARTILHADO EM SAÚDE: A INSERÇÃO DO FARMACÊUTICO EM PRÁTICAS INTERPROFISSIONAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Abertura

Apresentação da pesquisadora, objetivo da entrevista, reforço da confidencialidade, convite ao diálogo livre, solicitação de autorização para gravação.

Essa entrevista será composta por três grandes grupos de perguntas: contribuições do farmacêutico no cuidado em saúde; desafios e barreiras enfrentados pelo farmacêutico para realizar atividades assistenciais; potencialidade da atuação do farmacêutico em equipe.

Analisar as contribuições da atuação do farmacêutico para a qualificação do cuidado:

- Como você percebe o papel do farmacêutico junto à equipe de saúde da família?
- Você poderia relatar alguma experiência em que o farmacêutico participou de alguma ação de cuidado conjuntamente com a equipe?
- Quais são, na sua opinião, as principais contribuições do farmacêutico para o cuidado em saúde dos usuários?
- Como você acredita que a presença do farmacêutico pode impactar positivamente na saúde das pessoas atendidas?

Identificar os desafios e barreiras enfrentados pelo farmacêutico para uma inserção efetiva e colaborativa nas práticas de cuidado em equipe:

- Na sua opinião, quais dificuldades o farmacêutico encontra para participar das ações de cuidado junto com a equipe?
- Quais instâncias e/ou categorias profissionais apoiam a inserção do farmacêutico na equipe? Em que momentos percebeu isso?

Potencialidades da atuação clínica do farmacêutico como integrante das equipes da ESF:

- Que sugestões você daria que poderia contribuir para tornar a presença do farmacêutico, nas ações interprofissionais, mais efetiva? (Oportunidades você vê para ampliar e fortalecer a atuação do farmacêutico nos cuidados em saúde)

Encerramento

Você gostaria de acrescentar algo que não foi perguntado, mas que considera importante sobre esse tema?

Tópicos-guias de Entrevistas Semiestruturadas com Farmacêuticos

PROJETO: CUIDADO COMPARTILHADO EM SAÚDE: A INSERÇÃO DO FARMACÊUTICO EM PRÁTICAS INTERPROFISSIONAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Abertura

Apresentação da pesquisadora, objetivo da entrevista, reforço da confidencialidade, convite ao diálogo livre, solicitação de autorização para gravação.

Essa entrevista será composta por três grandes grupos de perguntas: contribuições do farmacêutico no cuidado em saúde; desafios e barreiras enfrentados pelo farmacêutico para realizar atividades assistenciais; potencialidade da atuação do farmacêutico em equipe.

Analisar as contribuições da atuação do farmacêutico para a qualificação do cuidado:

- Como você percebe o papel do farmacêutico na equipe de saúde da família?
- Você poderia relatar alguma experiência em que você participou de alguma ação de cuidado conjuntamente com a equipe?
- Quais são, na sua opinião, as principais contribuições do farmacêutico para o cuidado em saúde dos usuários?
- Como você acredita que a sua atuação como farmacêutico pode impactar positivamente na saúde das pessoas atendidas?

Identificar os desafios e barreiras enfrentados pelo farmacêutico para uma inserção efetiva e colaborativa nas práticas de cuidado em equipe:

- Na sua opinião, quais dificuldades você como farmacêutico encontra para participar das ações de cuidado junto com a equipe?
- Quais instâncias e/ou categorias profissionais apoiam a inserção do farmacêutico na equipe? Em que momentos percebeu isso?

Potencialidades da atuação clínica do farmacêutico como integrante das equipes da ESF:

- Quais oportunidades você vê para ampliar e fortalecer sua atuação nos cuidados em saúde? (Espaços interprofissionais que favorecem sua participação.)
- Que sugestões você daria para que sua presença nas ações interprofissionais fosse mais efetiva?

Encerramento

Você gostaria de acrescentar algo que não foi perguntado, mas que considera importante sobre esse tema?

APÊNDICE B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP SH

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O CUIDADO COMPARTILHADO EM SAÚDE: A INSERÇÃO DO FARMACÊUTICO EM PRÁTICAS INTERPROFISSIONAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pesquisador: ARIELE BRANDAO BARBOSA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 89871025.4.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.788.514

Apresentação do Projeto:

O CUIDADO COMPARTILHADO EM SAÚDE: A INSERÇÃO DO FARMACÊUTICO EM PRÁTICAS INTERPROFISSIONAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta pertinência, fundamentação bibliográfica e uma vez obtido os dados conclusivos proporcionará uma visão mais abrangente sobre o tema proposto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos de acordo com a legislação vigente.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP SH-UFSC dá ciência da carta resposta e das alterações realizadas no TCLE não havendo óbices a realização da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima,
Bairro Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município** FLORIANOPOLIS
Telefone (48)3721-6094 **E-** cep.propesq@contato.ufsc.br

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº do projeto CAAE: 89871025.4.0000.0121

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa como participante. O objetivo deste estudo é compreender como o(a) farmacêutico(a) pode contribuir para o cuidado em saúde quando atua junto com outros profissionais da equipe, especialmente em espaços como visitas domiciliares, atendimentos compartilhados e reuniões. A proposta é entender de que forma esse trabalho conjunto pode melhorar o cuidado oferecido às pessoas que utilizam o SUS. Esta pesquisa está sendo realizada pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade de Santa Catarina (UFSC), em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de São José (SC), coordenada pela farmacêutica residente Ariele Brandão Barbosa. Caso você tenha dúvidas sobre a pesquisa ou sobre este documento, todas elas poderão ser esclarecidas antes da decisão sobre sua participação. Após a leitura e o esclarecimento das informações a seguir, caso concorde em participar, rubriche todas as páginas e assine ao final deste documento, que será emitido em duas vias: uma ficará com você e a outra com a pesquisadora.

Desde logo fica garantido o sigilo das informações. Em caso de recusa, você não será penalizado(a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Título do Projeto: O cuidado compartilhado em saúde: A inserção do Farmacêutico em práticas interprofissionais na Atenção Primária à Saúde.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o Profº Drº. Luciano Soares coordenador deste estudo, na UFSC, na Rua Delfino Conti, s/ nº, Farmácia Escola, Florianópolis/SC e pelo telefone (47) 999719066, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH-UFSC), pelo telefone (48) 3721-6094, ou no 7º andar do Prédio Reitoria II, sala 701, de segunda à sexta, das 8h às 12h e das 14h às 18h.

Objetivo: Analisar como o cuidado em saúde é construído, quando o farmacêutico se insere em ações interprofissionais no cotidiano da APS, considerando suas contribuições, desafios e efeitos para a qualificação do cuidado prestado à comunidade.

Procedimentos: Ao aceitar participar desta pesquisa, você deve permitir ser observado(a), se necessário, e fornecer informações por meio de entrevista individual, relativos à experiência com o trabalho interprofissional no contexto da APS. A entrevista, com duração aproximada de 30 minutos, será realizada presencialmente na UBS ou por videoconferência, conforme sua

disponibilidade. Também poderão ser analisados documentos institucionais e, com sua autorização, realizados registros audiovisuais voltados às práticas profissionais, assegurando sempre a preservação do anonimato e da confidencialidade.

Benefícios: A participação nesta pesquisa poderá contribuir para o fortalecimento do cuidado em saúde na APS, por meio da atuação do farmacêutico em práticas interprofissionais na ESF. A observação de atividades como reuniões de equipe, visitas domiciliares e consultas compartilhadas permitirá refletir criticamente sobre o cuidado prestado, ampliando o olhar para além da dispensação e valorizando as necessidades reais dos usuários no uso dos medicamentos. Espera-se que o estudo favoreça o uso racional de medicamentos e contribua para a atuação do farmacêutico como parte integrante do cuidado multiprofissional.

Riscos: A coleta de dados pode gerar desconforto emocional ao relatar experiências profissionais, assim como constrangimentos durante a entrevista ou observação. Pode haver também apreensão quanto à privacidade, especialmente em caso de registros em áudio, vídeo ou imagem, ainda que sem identificação direta. Para minimizar esses riscos, todas as atividades serão previamente combinadas, respeitando sua disponibilidade e autonomia para recusar perguntas ou interromper a participação a qualquer momento, sem prejuízo. A confidencialidade será garantida por meio da codificação dos dados e do uso exclusivo para fins científicos, sendo vedada qualquer forma de identificação pessoal. Os registros serão armazenados em ambiente seguro e, ao final da pesquisa, devidamente descartados conforme normas éticas. Seus valores, direitos e privacidade serão respeitados integralmente durante todo o processo.

Custos e/ou ressarcimento de despesas e/ou indenização referentes à participação no projeto: a participação neste estudo é feita como participante da pesquisa, portanto, não haverá nenhum custo para você, bem como, também não receberá nenhuma remuneração para tal. Caso ocorram despesas relacionadas à sua participação, elas serão devidamente ressarcidas pela pesquisadora responsável. É garantida a recuperação de danos (indenização), caso seja comprovado algum prejuízo decorrente da pesquisa, conforme previsto na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Informação sobre resultados do estudo: Os resultados da pesquisa serão apresentados de forma coletiva e anônima, sempre respeitando o sigilo dos participantes. As informações poderão ser publicadas em trabalhos acadêmicos e apresentados na defesa do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), sem qualquer dado que identifique direta ou indiretamente os envolvidos. Será realizada uma devolutiva aos profissionais da UBS, em formato acessível, em reuniões de equipe ou oficinas, e poderá ser elaborado material informativo com os principais achados. Os participantes poderão solicitar, a qualquer momento, acesso aos resultados relacionados à pesquisa.

Confidencialidade: Todas as informações obtidas nesta pesquisa serão tratadas com confidencialidade e utilizadas exclusivamente para fins científicos. Os dados pessoais coletados serão protegidos e armazenados conforme as diretrizes da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os registros e documentos ficarão sob responsabilidade da pesquisadora, em


APÊNDICE D - DOCUMENTO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃOSECRETARIA DE
SAÚDE**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, Secretaria de Saúde de São José, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: "O CUIDADO COMPARTILHADO EM SAÚDE: A INSERÇÃO DO FARMACÊUTICO EM PRÁTICAS INTERPROFISSIONAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE", sob a responsabilidade da pesquisadora **ARIELE BRANDÃO BARBOSA**, e cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

São José, 30 de junho de 2025.

Prefeitura Municipal de São José
Secretaria da Saúde de São José
Núcleo de Educação Permanente
Av. Acioni Souza Filho 403
Centro - São José / SC CEP 88.103-90

Jaíne Rodrigues da Luz
Gerente NEPS/SMS/PMSJ


Sinara Regina Landt Simioni
Secretária de Saúde de São José
PMSJ

Prefeitura Municipal de São José
Av. Acioni Souza Filho, 403
São José - SC - CEP 88.103-790
(48) 3381-0000

www.saojose.sc.gov.br

APÊNDICE E - DECLARAÇÃO PARA INSERÇÃO NO CAMPO DE PESQUISA



DECLARAÇÃO PARA INSERÇÃO NO CAMPO DE PESQUISA

Declaro que, **ARIELE BRANDÃO BARBOSA** está liberada para desenvolver a pesquisa intitulada: “O CUIDADO COMPARTILHADO EM SAÚDE: A INSERÇÃO DO FARMACÊUTICO EM PRÁTICAS INTERPROFISSIONAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”, na UNIDADE DE SAÚDE SERRARIA no período de SETEMBRO A DEZEMBRO do ano de 2025 com o PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE que aceitarem participar da pesquisa.

A coleta de dados deve ser programada com a gestora local da UNIDADE DE SAÚDE SERRARIA.

São José, 26 de agosto de 2025.

Documento assinado digitalmente
JAINÉ RODRIGUES DA LUZ
Data: 26/08/2025 09:31:00-0300
verifique em <https://validar.it.gov.br>

Jaine Rodrigues da Luz

Gerente NEPS/SMS/PMSJ

Prefeitura Municipal de São José
Av. Acioni Souza Filho, 403
São José - SC - CEP 88.103-790
(48) 3381-0000

www.saojose.sc.gov.br