

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Farmácia
Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica

Pollyanne Lacerda Coelho

**CAPACITAÇÃO DE FARMACÊUTICOS PARA A PROVISÃO DE UM SERVIÇO DE
GERENCIAMENTO DA TERAPIA MEDICAMENTOSA A PACIENTES ONCOLÓGICOS EM
ÂMBITO HOSPITALAR**

Belo Horizonte

2023

Pollyanne Lacerda Coelho

**CAPACITAÇÃO DE FARMACÊUTICOS PARA A PROVISÃO DE UM SERVIÇO DE
GERENCIAMENTO DA TERAPIA MEDICAMENTOSA A PACIENTES ONCOLÓGICOS EM
ÂMBITO HOSPITALAR**

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

Orientadora: Dra. Djenane Ramalho de Oliveira
Coorientadora: Dra. Yone de Almeida Nascimento

Belo Horizonte

2023

C672c	<p>Coelho, Pollyanne Lacerda.</p> <p>Capacitação de farmacêuticos para a provisão de um serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa a pacientes oncológicos em âmbito hospitalar [recurso eletrônico] / Pollyanne Lacerda Coelho. – 2023.</p> <p>1 recurso eletrônico (124 f. : il.) : pdf</p> <p>Orientadora: Djenane Ramalho de Oliveira. Coorientadora: Yone de Almeida Nascimento.</p> <p>Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica.</p> <p>Exigências do sistema: Adobe Acrobat Reader.</p> <p>1. Assistência farmacêutica – Teses. 2. Pacientes – Teses. 3. Oncologia – Teses. 4. Pesquisa qualitativa – Teses. 5. Terapia medicamentosa – Gerenciamento. 6. Educação farmacêutica. I. Oliveira, Djenane Ramalho de. II. Nascimento, Yone de Almeida. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Farmácia. IV. Título.</p> <p>CDD: 362.11068</p>
-------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

FACULDADE DE FARMÁCIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

FOLHA DE APROVAÇÃO

CAPACITAÇÃO DE FARMACÊUTICOS PARA A PROVISÃO DE UM SERVIÇO DE GERENCIAMENTO DA TERAPIA MEDICAMENTOSA À PACIENTES ONCOLÓGICOS EM ÂMBITO HOSPITALAR

POLLYANNE LACERDA COELHO

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

Aprovada em 02 de AGOSTO de 2023, pela banca constituída pelos membros:

Djenane Ramalho de Oliveira - Orientadora (FAFAR-UFMG)
Yone de Almeida Nascimento - Coorientadora (FAFAR-UFMG)
Simone de Araújo Medina Mendonça (FAFAR-UFMG)
Maria Angela Ribeiro (Universidade de Uberlândia)
Cristiane de Paula Rezende (Prefeitura de Ouro Preto)



Documento assinado eletronicamente por **Djenane Ramalho de Oliveira, Chefe de departamento**, em 02/08/2023, às 15:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Simone de Araújo Medina Mendonça, Professora do Magistério Superior**, em 02/08/2023, às 15:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Cristiane de Paula Rezende, Usuário Externo**, em 02/08/2023, às 15:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Yone de Almeida Nascimento, Professora do Magistério Superior**, em 02/08/2023, às 16:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria Ângela Ribeiro, Usuário Externo**, em 15/09/2023, às 10:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2511108** e o código CRC **069A98CF**.

AGRADECIMENTO

Contei com muitas pessoas durante a elaboração e construção dessa dissertação. Antes de tudo, devo agradecer ao meu esposo, Luiz, que foi indispensável durante todo esse processo. Passou comigo pelos dias felizes e os mais difíceis ao longo dessa caminhada e aventura que se deu em um hospital oncológico meio à pandemia de covid-19. Ele desempenhou todos os papéis que uma pessoa pode desempenhar na escrita de uma dissertação: cônjuge, amigo, fã, crítico, revisor, pesquisador e terapeuta nas horas vagas. Não é um exagero dizer que essa dissertação não seria a mesma sem você, muito obrigada!

Em segundo lugar, agradeço aos meus pais e meu irmão, pelo apoio, encorajamento, força, amor e por toda a compreensão durante os momentos de ausência.

Agradeço às minhas orientadoras Djenane e Yone pela oportunidade do mestrado e de poder levar e disponibilizar o conhecimento sobre a Atenção Farmacêutica para mais farmacêuticos. Djenane, obrigada pela oportunidade de trilhar meu sonho de ser mestre em cuidar de pessoas! Yone, obrigada pela imensa compreensão, paciência, cuidado ao longo de nossas trocas e por ter inúmeras vezes transformado minhas ideias, pensamentos, rascunhos e esboços em um texto entendível, legível e compacto.

Em vários momentos dessa construção, desfrutei da companhia de excelentes amigos. Agradeço a Cris e à Jéssica, que me acompanharam desde os estágios iniciais e me deram belos chacoalhões quando realmente precisei. Agradeço às amigas e amigos que fiz durante meus dias como mestranda: Aline, Célio, Ursula, Cris, Marcela, Marianna, Ana e Barbara! À minha dupla preferida de natação e mestrado, Pam, e à nossa professora favorita Renata, só elas e a piscina sabem o quanto já desabafamos juntas, não é mesmo?

As amigas do colégio, e as amigas farmacêuticas lindas, Nídia e Pri, obrigada por serem as melhores! Aos meus muitos colegas e familiares que perguntavam “Como vai o mestrado?” e ofereciam palavras de força e encorajamento, quando eu respondia, “Caminhando”, muito obrigada pela compreensão e carinho.

Tenho um agradecimento em especial à equipe de farmacêuticos do Hospital Luxemburgo, sem vocês essa pesquisa não teria sido possível. Ao Anderson obrigada pelas trocas diárias, pensamentos fora da caixinha e por alimentar sempre a chama do cuidado. À Catarina, obrigada pela confiança depositada e pela oportunidade de plantar a sementinha da Atenção Farmacêutica na prática clínica dos meus pares farmacêuticos.

E aos meus muitos pacientes oncológicos, por me transformarem na profissional e pessoa que sou hoje, além de me ensinarem o valor da vida, muito obrigada!

Por fim, agradeço à Deus, por essa vida, pelos dias e todas as trocas abençoadas que vivi até hoje!

RESUMO

O tratamento de pacientes oncológicos está associado a uma farmacoterapia complexa e quando esses pacientes apresentam outros problemas de saúde aumenta-se os riscos envolvidos. Neste contexto, observa-se uma necessidade social do paciente oncológico ser cuidado de forma holística, padronizada e sistematizada com o intuito de garantir os melhores resultados com a farmacoterapia. No entanto, no ambiente hospitalar, muitas atividades clínicas farmacêuticas são desenvolvidas sem uma estrutura sistematizada, o que pode inviabilizar a otimização da farmacoterapia. Neste sentido, capacitar o profissional farmacêutico a ofertar o serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa (GTM) embasado no arcabouço teórico-metodológico da atenção farmacêutica é importante para que esse profissional assuma a responsabilidade de atender as necessidades farmacoterapêuticas dos pacientes assistidos de forma organizada e holística. Diante do exposto, o objetivo deste trabalho é descrever criticamente o processo de capacitação de farmacêuticos sobre o serviço de GTM embasado no arcabouço teórico-metodológico da atenção farmacêutica aplicado a pacientes oncológicos em um centro de Assistência em Alta Complexidade em Oncologia (CACON) em Belo Horizonte. Para isso, foi utilizada a pesquisa qualitativa como metodologia para descrever criticamente o processo de capacitação dos farmacêuticos. Foram capacitados 14 farmacêuticos, por meio de com 11 encontros híbridos, compostos por aulas teóricas, prática com caso clínico e grupo focal. Foram realizadas cinco entrevistas semiestruturadas individuais, entre novembro de 2021 e junho de 2022. A coleta de dados foi realizada por meio da gravação de áudio e transcrição dos encontros e entrevistas, observação participante, descrições e reflexões em diário de campo. Os dados foram organizados de forma codificada para a análise em temas e/ou categorias de forma manual. Após a análise sistemática dos dados foram construídos quatro grandes temas: 1) percepção inicial acerca do cuidado para esses profissionais, 2) reflexão de como o cuidado vem sendo ofertado na instituição, a relação com a formação profissional, 3) a responsabilidade, a resolutividade das ações e os limites para a atuação profissional e 4) aspectos para operacionalizar as atividades com o serviço de GTM. Foi possível compreender como os farmacêuticos após a incorporação dos conceitos do serviço de GTM puderam compreender a necessidade social do cuidado holístico, desde o ambulatório até o Centro de Terapia Intensiva. Sendo assim, foi compreendido pelos farmacêuticos que o cuidado deve ser continuado e para que isso aconteça, devem trabalhar com o mesmo raciocínio clínico, de forma padronizada e documentada, a fim de que a continuidade do cuidado seja estabelecida e efetiva. Essa pesquisa reforça a necessidade do ensino da atenção farmacêutica não apenas durante a graduação, mas também para profissionais atuantes no mercado de trabalho, para que essa prática seja estabelecida.

Palavras-chave: atenção farmacêutica; serviço de gerenciamento de terapia medicamentosa; educação farmacêutica; pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

The treatment of cancer patients is associated with complex drug therapy and when these patients have other health problems, the risks involved increase. In this context, there is a social need for cancer patients to be cared for in a holistic, standardized, and systematized way in order to guarantee the best results with pharmacotherapy. However, in the hospital environment, many pharmaceutical clinical activities are developed without a systematized structure, which can make the optimization of pharmacotherapy unfeasible. In this sense, training the pharmaceutical professional to offer Comprehensive Medication Management (CMM) services, based on the theoretical-methodological framework of pharmaceutical care, it is important for this professional to assume the responsibility of meeting the pharmacotherapeutic needs of the patients receiving care in a comprehensive manner. In view of the above, the objective of this work is to critically describe the process of training pharmacists on the CMM service based on the theoretical-methodological framework of pharmaceutical care practice applied to hospitalized oncology patients in a High Complexity Oncology Care center at Belo Horizonte. To achieve this, qualitative research was used as a methodology to critically describe the pharmaceutical training process. Fourteen pharmacists were trained through 11 hybrid meetings, consisting of theoretical classes, clinical case practice and focus groups. Five individual semi-structured interviews were carried out, between November 2021 and June 2022. Data collection was carried out through audio recording and transcription of meetings and interviews, participant observation, descriptions and reflections in a field diary. The data was organized in a coded manner for analysis into themes and/or categories manually. After the systematic analysis of the data four major themes were constructed: 1) initial perception of care for these professionals, 2) reflection on how care has been offered in the institution, the relationship with professional training, 3) responsibility, resolution of actions and limits for professional performance and 4) aspects to operationalize activities with the CMM service. It was possible to follow the pharmacists' perceptions after the presentation of the CMM concepts and how they were able to understand the social need for patient-centered care, in a holistic way and how they created strategies to provide continuous care for the patients they serve. The research reinforces the need to teach pharmaceutical care practice not only during undergraduate studies, but also for professionals working in the labor market, so that this practice becomes formally established.

Keywords: pharmaceutical care; comprehensive medication management services; pharmaceutical education; qualitative research.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BC	Bloco Cirúrgico
CACON	Centro de Assistência em Alta Complexidade em Oncologia
CCIH	Comissões de Controle de Infecção Hospitalar
CEAF	Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica
CFF	Conselho Federal de Farmácia
CMM	Comprehensive Medication Management
CTI	Centro de Terapia Intensiva
DCN	Diretriz Curricular Nacional
EMTA	Equipe Multiprofissional de Terapia Antineoplásica
FOFA	Forças, Oportunidades, Fragilidades e Ameaças
FUNED	Fundação Ezequiel Dias
GTM	Gerenciamento da Terapia Medicamentosa
ICB	Instituto de Ciências Biológicas
ICU	Intensive Care Unit
IMP	Instituto Mário Penna
INCA	Instituto Nacional de Câncer
IRAS	Infecções relacionadas à assistência à saúde
JCI	Joint Commission International
MHPM	Melhor História Possível de Medicamentos
OMS	Organização Mundial da Saúde
PRM	Problema Relacionado ao uso de medicamentos
PA	Pronto Atendimento
PW	Pharmacotherapy workup
RAM	Reação adversa a medicamentos
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico
SOBRAF	Sociedade Brasileira de Farmacêuticos em Oncologia
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats
TAE	Teoria da Aprendizagem Experiencial
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNI	Unidade de Internação
QT	Quimioterapia
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 MOTIVAÇÕES PARA O ESTUDO	9
2 INTRODUÇÃO	15
3 REVISÃO DA LITERATURA	18
3.1 A farmácia e a oncologia	18
3.2 O serviço clínico farmacêutico para o paciente oncológico no ambiente hospitalar.....	20
3.3 Atenção Farmacêutica e Gerenciamento da terapia medicamentosa	23
3.4 Capacitação acerca do serviço de GTM	27
3.5 Arcabouço legal e formação para a prática clínica.....	29
3.6 Ensino – Educação Continuada	31
4 OBJETIVOS.....	34
4.1 Objetivo geral	34
4.2 Objetivos específicos	34
5 PERCURSO METODOLÓGICO	35
5.1 Pesquisa qualitativa	35
5.2 Local da pesquisa	36
5.3 Seleção dos participantes do estudo	36
5.4 Coleta de dados	37
5.4.1 <i>Observação participante e diário de campo</i>	37
5.4.2 <i>Entrevistas semiestruturadas individuais</i>	39
5.4.3 <i>Grupo focal</i>	40
5.5 Análise de dados.....	40
5.6 Rigor metodológico	41
5.7 Estrutura da capacitação em Atenção Farmacêutica	42
5.8 Aspectos éticos	45
6 RESULTADOS	46

6.1 CAPÍTULO 1 - O que é cuidar para os farmacêuticos?	47
6.2 CAPÍTULO 2 – “É como se a impressora tivesse estragada, você vai lá e troca o tonner”	51
6.3 CAPÍTULO 3 – “Agora o farmacêutico está achando que é Deus?” - A responsabilidade, a resolutividade das ações e os limites para a atuação	58
6.4 CAPÍTULO 4 – “O que a gente fez foi plantar uma sementinha”	63
7 DISCUSSÃO.....	70
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
REFERÊNCIAS	83
ANEXOS.....	94

1 MOTIVAÇÕES PARA O ESTUDO

Sou graduada em farmácia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e ao longo de todo o curso fui uma aluna bastante interessada, curiosa, o novo sempre me despertou e chamou atenção. Desde o primeiro período, busquei conhecer mais sobre o mundo da pesquisa, e nada melhor do que estar dentro da UFMG para isso. Logo, no primeiro período, consegui minha primeira oportunidade de iniciação científica em bioquímica, no Instituto de Ciências Biológicas (ICB), trabalhava com proteínas e potenciais novos fármacos. Porém, o que mais me chamava a atenção eram os problemas de saúde complexos, fui então para a Fundação Ezequiel Dias (FUNED), trabalhar com oncologia desenvolvendo técnicas de biologia celular e molecular. Pouco tempo depois, consegui uma bolsa de intercâmbio para o Reino Unido, onde cursei bioquímica e desenvolvi pesquisa em um grande centro de oncologia. Quanta tecnologia e novidade para uma estudante, que estava iniciando a descoberta do curso de farmácia!

Ao retornar, comecei a escutar comentários sobre uma disciplina que tinha contato com pacientes, ensinava a cuidar! Fiquei extremamente curiosa e fui procurar saber mais sobre aquilo. Como assim o farmacêutico cuida de pacientes? Eu posso fazer isso? A disciplina tinha um processo seletivo e os colegas disseram que seria interessante já ter cursado farmacologia para tentar, pois além de ter contato com pacientes, seria importante já saber como os medicamentos funcionam. Nossa como essa oportunidade me deixou motivada!

Enquanto cursava farmacologia, surgiu a oportunidade de fazer um estágio em farmácia clínica para atender pacientes oncológicos, e é claro que fui, fui correndo! Precisava saber o que e como era esse serviço, ainda mais que eu já tinha estudado tanto as bases bioquímicas, moleculares e celulares do câncer! Não tinha como dar errado, eu que sempre busquei o novo, amei a oportunidade de conhecer tantos medicamentos diferentes, processos de manipulação, e claro, o contato com pacientes que foi fenomenal!

Mas não demorou muito para que eu pudesse perceber que eu não estava pronta para toda aquela responsabilidade que envolvia o ato de cuidar. Achava que sabia muito sobre as bases bioquímicas do câncer, mas sabia pouco ou quase nada

sobre cuidado, escuta ativa, empatia, dor, morte e o próprio paciente. Me peguei chorando e sofrendo a cada novo paciente e história de vida que me eram contadas, a cada paciente que sumia, não retornava para o próximo ciclo de quimioterapia e quando a secretária entrava em contato, descobríamos que havia falecido. Não foi fácil, mas tenho certeza de que essa experiência de estágio me despertou para o cuidado.

Aquela disciplina ainda estava no meu radar, e por fim, passei no processo seletivo e cursei a tão esperada Atenção Farmacêutica, nos meus últimos períodos da graduação. Foi transformador, conheci, compreendi e incorporei a filosofia e prática profissional proposta pela atenção farmacêutica. A partir daquele momento, já não me via fazendo algo diferente daquilo. Os ensinamentos e discussões da disciplina, somados a tudo que eu havia vivido naquele estágio em oncologia, foram essenciais para me tornar a farmacêutica que sou hoje e me fazer buscar melhorar e aprimorar, sempre.

Há pouco tempo finalizei uma pós-graduação em oncologia e venho trabalhando diariamente e diretamente com pacientes oncológicos, cuidando, orientando, e os escutando. A oncologia me ensinou que há um mundo novo de medicamentos e tratamentos, preparos e cuidados com os medicamentos que são diretamente relacionados ao cuidado com os pacientes. A oncologia é extremamente dinâmica, há uma alta frequência de lançamento de novos medicamentos e associações de tratamentos. Os profissionais que escolhem essa área devem buscar capacitações para se manterem atualizados, a fim de transformar esse conhecimento em cuidado para os pacientes.

O contato com a oncologia e a oportunidade de cuidar dos pacientes oncológicos me fez e continua me fazendo uma pessoa melhor. Aprendi a escutar, desenvolver a empatia, estabelecer uma relação terapêutica, sempre me colocando do lado de lá das histórias. Aprendi que não estamos aqui apenas para evidenciar problemas na terapia medicamentosa dos pacientes, mas sim resolvê-los e até preveni-los. Mas esse caminho todo tem sido extremamente desafiador, não é uma atividade de apenas um dia, mas uma construção diária!

No hospital oncológico onde trabalho, somos uma equipe de 12 farmacêuticos, dos quais cinco são farmacêuticos que realizam atividades clínicas. Realizamos

diversas atividades e serviços clínicos, que são mensurados por indicadores de efetividade e eficiência. Essas atividades são: anamnese, conciliação medicamentosa, acompanhamento farmacoterapêutico, orientação sobre os medicamentos e vias de administração, acompanhamento de reação adversa, alta hospitalar, entre outras. São realizadas de forma pontual e distinta, dependendo do setor onde o paciente se encontra, como centro de tratamento intensivo (CTI), unidade de internação ou ambulatório. Na maioria das vezes, os farmacêuticos acabam avaliando o mesmo paciente, por mais de uma vez, em busca de parâmetros distintos, não havendo uma comunicação e uma avaliação do paciente de forma integral. Ou seja, o paciente é avaliado “em fatias”, somente é avaliado para aquela atividade clínica que o farmacêutico está desenvolvendo. Logo, o profissional farmacêutico não assume a corresponsabilidade pelo cuidado e não avalia se todas as necessidades farmacoterapêuticas foram atendidas.

A idealização deste projeto surgiu com a empolgação e vontade de fazer diferente, daquela mesma aluna que iniciou o curso de farmácia. Utilizando as ferramentas que foram apresentadas pela disciplina de Atenção Farmacêutica e conhecimentos adquiridos sobre os pacientes oncológicos e suas demandas. Dessa forma, surgiu a vontade e desejo de capacitar meus pares, farmacêuticos que estão diariamente em busca de cuidar dos pacientes oncológicos, sobre a prática da atenção farmacêutica materializada por meio do serviço de GTM. Esse serviço permitirá a avaliação do nosso paciente como um todo de forma integral e holística!

Entretanto, para que seja possível no futuro implementar o serviço de GTM no ambiente hospitalar, esses farmacêuticos devem conhecer sobre o serviço e falar a mesma língua. Portanto, devem ser apresentados a filosofia da prática e ao processo de cuidado embasado no arcabouço teórico-metodológico da atenção farmacêutica. Por esse motivo, o projeto foi estruturado para a oferta de uma capacitação aos farmacêuticos, que possa futuramente subsidiar a implementação e oferecimento dos serviços de GTM.

Fazendo uma breve referência ao texto de Platão - O Mito da Caverna - ao propor a capacitação e ao criar e ministrar os encontros, me percebi como aquele ser que havia passado por diversas dificuldades, mas movido pela vontade do novo, pelo desejo de fazer diferente, venceu as dificuldades, percalços e se aventurou para fora da caverna. Chegando lá, viu a luz que foi tão forte, que fez com que enxergasse a

vida de forma diferente. Teve acesso à abundância e sentiu o calor do sol. Mas algo ainda fazia com que não se sentisse completo, era movido pela vontade de fazer diferente. Por esse motivo, não tinha como se esquecer daqueles que um dia estavam com ele dentro da caverna, passando pelas dificuldades do dia a dia, o frio, a umidade e escassez.

Esse ser então voltou para dentro da caverna, precisava anunciar aos seus pares que havia um caminho para ver a vida de forma diferente, com calor e abundância. Mas que, para chegarem lá, deveriam enfrentar alguns desafios, porque afinal de contas, sair da caverna é complicado. Deve se abandonar o que já é conhecido e habitual, é necessário estar aberto ao novo, disposto a mudanças e a novos desafios. Para esse ser, essa tarefa de convencimento não foi uma tarefa simples. Percebeu-se que alguns foram convencidos por ele e possivelmente o acompanhariam para fora da caverna em busca do novo, outros decidiram ficar, no “conforto” daquilo que já era conhecido.

Por vezes me sinto assim, me enxergo como esse ser, que por inúmeras vezes usa da persuasão para falar sobre atenção farmacêutica e o serviço de GTM para os farmacêuticos que não são conhecedores do assunto. São pessoas que estão dentro de suas cavernas, nesse caso, as farmácias, e que, por vezes, se escondem atrás das caixinhas dos medicamentos. São profissionais que ainda não conheceram a luz do cuidado e de um serviço clínico estruturado e embasado na filosofia da prática da atenção farmacêutica. Digo mais, ainda não descobriram o brilho que o farmacêutico pode alcançar quando decide se responsabilizar pelo cuidado. E como esse brilho pode afetar positivamente a vida daqueles que possuem problemas de saúde como o câncer e fazem uso de diversos medicamentos.

2 INTRODUÇÃO

O câncer, também chamado de tumor ou neoplasia, é caracterizado pelo crescimento incontrolado de células em órgãos ou tecidos. Esse crescimento rápido e descontrolado das células faz com que elas se espalhem, podendo invadir assim outros órgãos ou tecidos, caracterizando a metástase (SANTOS, 2023). De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2020 foram documentados 10 milhões de óbitos causados por câncer, tornando-o a segunda principal causa de morte no mundo (SANTOS, 2023). Recentemente, o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), apresentou as estimativas para o triênio 2023-2025, calculando-se cerca de 704 mil casos novos de câncer no Brasil (SANTOS, 2023).

O paciente oncológico pode ter indicação de diversos tipos de tratamentos, dependendo do tipo de câncer e da conduta a seguir, tais como: quimioterapia, hormonioterapia, radioterapia e braquiterapia. Esses tratamentos, na maioria das vezes, estão associados a uma terapia medicamentosa complexa e extensa, com enorme potencial de causar reações adversas como: alopecia, diarreia, náusea, vômito, anemia, leucopenia, neutropenia, trombocitopenia, reações de hipersensibilidade, entre outras (BRASIL, 2014).

Ademais, esses pacientes podem apresentar outros problemas de saúde que requerem o uso de medicamentos, dada a alta prevalência de doenças crônicas como hipertensão, diabetes mellitus e dislipidemia na população adulta. Dessa maneira, quando adicionado o tratamento oncológico aumenta-se a complexidade terapêutica e a possibilidade de riscos envolvendo o uso de medicamentos (NOBREGA; MELO; KARNIKOWSKI, 2005; WIEDENMAYER *et al.*, 2006; NIGHTINGALE *et al.*, 2015; KIM; PARISH, 2017).

Comumente em instituições hospitalares são desenvolvidas atividades clínicas desempenhadas por farmacêuticos, como avaliação de parâmetros distintos com o intuito de garantir resultados positivos com a utilização das diversas terapias medicamentosas, inclusive aquelas vinculadas ao tratamento oncológico. Essas atividades são: anamnese e conciliação medicamentosa, acompanhamento farmacoterapêutico, acompanhamento do uso de antimicrobianos, acompanhamento e manejo das possíveis reações adversas a medicamentos, educação em saúde com

orientações gerais sobre o uso de medicamentos e suas possíveis reações adversas, além da validação técnica das prescrições médicas (CFF, 2016).

Tendo em vista essa diversidade de atividades clínicas, que, na prática, são desempenhadas sem uma estrutura padronizada e sistematizada, observa-se uma dificuldade em viabilizar que todas as necessidades farmacoterapêuticas dos pacientes assistidos sejam atendidas (DE BARRA *et al.*, 2018). Diante deste contexto, ofertar serviços clínicos fundamentados na prática da atenção farmacêutica é uma abordagem interessante. Isso porque, por meio da prática da atenção farmacêutica, o farmacêutico oferta um cuidado holístico e centrado no paciente, no qual ele avalia todos os problemas de saúde e todos os medicamentos em uso pelo paciente de forma padronizada e sistematizada. Além disso, o praticante da atenção farmacêutica documenta e propõe intervenções, junto ao paciente e a equipe multiprofissional, para resolver os problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM) identificados (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012; ROSS, 2019).

A Atenção Farmacêutica é uma prática profissional generalista, capaz de propiciar o cuidado centrado no paciente, com o objetivo garantir o uso efetivo e seguro de medicamentos e é ofertada como um serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa (GTM); no qual o farmacêutico estabelece uma relação terapêutica com o paciente e o envolve nas tomadas de decisão em farmacoterapia, além de estar integrado à equipe de saúde. Cabe salientar que o farmacêutico se destaca como um profissional que deve assumir a corresponsabilidade pelas necessidades farmacoterapêuticas do paciente, atuando na prevenção, identificação e resolução de PRM (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012; OPAS, 2002; WIEDENMAYER *et al.*, 2006; RAMALHO DE OLIVEIRA *et al.*, 2011; MENDONÇA; DE FREITAS; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2017).

Entretanto, para que o farmacêutico possa assumir a corresponsabilidade em relação às necessidades farmacoterapêuticas dos pacientes e desenvolver o serviço de GTM, ele precisa conhecer esse serviço. Alguns trabalhos na literatura descrevem a capacitação sobre o processo de cuidado embasado no arcabouço teórico-metodológico da atenção farmacêutica como indispensável para que o profissional farmacêutico desenvolva o serviço de GTM (KRISTIANSEN; BLOCH-POULSEN, 2013; DETONI *et al.*, 2017; RIBEIRO, 2017; LUETSCH, 2017; VALENTIN, 2020).

A capacitação dos farmacêuticos deve permitir que este compreenda e incorpore a filosofia da prática da atenção farmacêutica. Os valores atrelados a essa filosofia devem ser enraizados a suas condutas e pensamentos. É importante salientar que esta filosofia é específica para uma prática de cuidado, que é prescritiva e define de maneira clara como deve ser conduzido o cuidado a qualquer paciente e em qualquer cenário clínico. Assim, ao ofertar o serviço de GTM, o profissional o fará de forma sistemática e por meio de um processo de cuidado estruturado, embasado no arcabouço teórico-metodológico da atenção farmacêutica, com o objetivo de auxiliar as pessoas que utilizam medicamentos a atingir os objetivos de seus tratamentos (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012; DETONI *et al.*, 2017).

Levando em consideração a importância de se descrever o processo de capacitação dos farmacêuticos, o uso de metodologias qualitativas se faz necessário, uma vez que a pesquisa qualitativa permite compreender, aprofundar e explorar a complexidade dos fenômenos e fatos específicos em grupos delimitados, além de conhecer e explorar as experiências subjetivas dos participantes envolvidos (MINAYO, 2012; TURATO, 2005; RYAN; COUGHLAN; CRONIN, 2007). De acordo com Turato (2005), o interesse do pesquisador na pesquisa qualitativa é a busca de significados e por ter um caráter dialógico e reflexivo, permite ao pesquisador, assim como os indivíduos que serão envolvidos na pesquisa, participem ativamente da sua construção (THIOLLENT, 2011; DUSTMAN; KOHAN; STRINGER, 2014). No contexto do ensino de profissionais de saúde, permite compreender as ideias, comportamentos e até sentimentos.

Sendo assim, o objetivo deste trabalho é descrever criticamente o processo de capacitação de farmacêuticos sobre o serviço de GTM embasado no arcabouço teórico-metodológico da atenção farmacêutica aplicado a pacientes oncológicos no âmbito hospitalar. Ainda, desvelar as percepções dos farmacêuticos acerca do serviço de GTM, da responsabilidade que eles assumem com o cuidado dos pacientes oncológicos e, por fim, desvelar a percepção dos farmacêuticos acerca da possibilidade de acomodação e sistematização das diversas atividades clínicas farmacêuticas já desenvolvidas em um centro de Assistência em Alta Complexidade em Oncologia (CACON) em Belo Horizonte em um serviço de GTM.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 A farmácia e a oncologia

A Portaria Nº 874, de 16 de maio de 2013, instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e reconheceu o câncer como uma doença crônica prevenível e que necessita de cuidado integral pela equipe de saúde (BRASIL, 2013).

Os principais fatores relacionados à incidência de novos casos de câncer estão associados à exposição a carcinogênicos adquiridos ao longo da vida sejam eles químicos, físicos ou biológicos, por exemplo: o tabagismo, a ingestão de bebidas alcoólicas e uma alimentação não saudável. Além da exposição a carcinogênicos, a predisposição genética também tem papel importante no desenvolvimento do câncer (WARD, 2002).

De acordo com dados apresentados por Santos (2023), em 2020, ocorreram 19,3 milhões de casos novos de câncer no mundo. Sendo, o câncer de mama feminino o mais incidente com 2,3 milhões de novos casos, seguido pelo câncer de pulmão com 2,2 milhões, cólon e reto com 1,9 milhão, próstata com 1,4 milhão e pele não melanoma com 1,2 milhão. No Brasil, estima-se que para cada ano do triênio 2023-2025 ocorram 704 mil novos casos de câncer. Sendo o mais incidente o câncer de pele não melanoma, seguido pelos cânceres de mama, próstata, cólon e reto, pulmão e estômago (SANTOS, 2023).

Nesse período de 2023-2025 no Brasil, para os homens, estima-se que o câncer de pele não melanoma representará 102 mil casos novos de câncer, seguido de próstata (72 mil), cólon e reto (22 mil), pulmão (18 mil), estômago (13 mil) e cavidade oral (11 mil). Já para as mulheres, estima-se que os principais serão câncer de pele não melanoma representando 118 mil casos novos, seguido de mama (74 mil), cólon e reto (17 mil), pulmão (15 mil) e tireoide (14 mil) (SANTOS, 2023). De acordo Sullivan, Pramesh e Booth (2017), espera-se que no ano de 2030, devido a uma população crescente e envelhecida, além das mudanças de estilo de vida, 21,7 milhões de pessoas apresentarão o diagnóstico dessa condição clínica.

As estratégias terapêuticas para pacientes com câncer são diversas e individualizadas, os tratamentos mais comuns são: quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia. Os tratamentos possuem diferentes mecanismos de ação e alvos moleculares distintos. As terapias se classificam em: neoadjuvante, quando a finalidade é a redução do tamanho do tumor antes de cirurgia; adjuvante, quando é realizado após a cirurgia para destruir as células tumorais residuais; e, tratamento paliativo que é focado no aumento do tempo de sobrevivência do paciente e na melhora de sua qualidade de vida (BRASIL, 2014; BONASSA; GATO, 2012).

A alta prevalência de doenças crônicas não degenerativas em pacientes adultos e idosos configura na necessidade do uso de múltiplos medicamentos, o que faz com que esses pacientes sejam polimedicados. Neste contexto, quando associa-se o tratamento do câncer, há um aumento da complexidade terapêutica desses pacientes, traduzida pela possibilidade de ocorrência de reações adversas, de interações medicamentosas, de inefetividade da terapia medicamentosa, e, conseqüentemente, na não adesão do paciente a farmacoterapia (KIM; PARISH, 2017; NIGHTINGALE *et al.*, 2015). Desse modo, os pacientes polimedicados estão mais propensos ao risco de apresentarem erros associados às prescrições (FERRACINI *et al.*, 2018).

Apesar de esse cenário clínico da oncologia demandar a atuação do farmacêutico na avaliação das necessidades farmacoterapêuticas do paciente, observa-se que as atividades desempenhadas por este profissional, ainda, estão focadas no medicamento. Isso porque apesar do farmacêutico estar inserido na Equipe Multiprofissional de Terapia Antineoplásica (EMTA), este profissional tem várias atribuições, dentre elas, assegurar as condições adequadas de indicação, prescrição, preparação, conservação, transporte, administração e descarte da terapia antineoplásica (BRASIL, 2004). Portanto, mesmo sendo tão importante e resolutivo nessas ações, o farmacêutico, ainda, é frequentemente subutilizado no cenário clínico da oncologia (SESSIONS *et al.*, 2010; COLOMBO *et al.*, 2017).

3.2 O serviço clínico farmacêutico para o paciente oncológico no ambiente hospitalar

Os farmacêuticos desenvolvem inúmeros serviços e atividades clínicas no ambiente hospitalar a fim de garantir o acompanhamento, a orientação e a utilização das terapias medicamentosas de forma coerente com a necessidade de cada paciente. Essas atividades incluem: anamnese inicial, conciliação medicamentosa, acompanhamento farmacoterapêutico, orientação sobre o uso de medicamentos pelas diversas vias de administração, acompanhamento de uso de antimicrobianos, orientações de alta hospitalar, acompanhamento de possíveis reações adversas a medicamentos, educação em saúde, além da validação técnica das prescrições médicas (CFF, 2016).

Conforme o Conselho Federal de Farmácia (CFF), a conciliação medicamentosa é um dos serviços clínicos farmacêuticos no qual o farmacêutico atua diretamente na prevenção de erros de medicação resultantes de discrepâncias da prescrição. Essas discrepâncias podem ser duplicidades, sobredoses, subdoses ou omissões inadvertidas de medicamentos, principalmente quando o paciente transita entre diferentes níveis de atenção, no momento de sua admissão, transferências internas e alta do serviço de saúde (CFF, 2016). Neste contexto, é recomendável que o farmacêutico avalie todos os medicamentos em uso pelo paciente, a fim de determinar se a terapia medicamentosa deve ser mantida, suspensa ou até modificada (AGARWAL, 2013; KITTS; REEVE; TSUL, 2014; GUPTA; AGARWAL, 2013; MAGALHÃES G. T. *et al.*, 2014; LEHNBOM *et al.*, 2014). Somando-se a isso, a OMS considera que a conciliação medicamentosa seja registrada em prontuário, dando origem à Melhor História Possível de Medicamentos (MHPM), auxiliando, assim, no histórico medicamentoso e nas decisões relacionadas a farmacoterapia (WHO, 2019).

Como já relatado, a conciliação medicamentosa se faz muito importante também no momento da alta hospitalar, pois podem ser encontradas discrepâncias medicamentosas, que incluem orientações incompletas, ilegíveis, ausência de medicamentos e até orientações incorretas na prescrição de medicamentos. De acordo com Murphy *et al.* (2009) os erros mais comuns são omissão do medicamento de uso prévio pelo paciente, não indicação da via de administração, dose e duração

do tratamento. O planejamento de alta bem realizado, eficaz e até o acompanhamento do paciente após a hospitalização, via telefone, pode fazer com que muitas readmissões dos pacientes sejam evitáveis (NGUYEN *et al.*, 2018; PATEL *et al.*, 2017).

Entretanto, no estudo de Aires-Moreno (2020) foi evidenciado que os profissionais já inseridos nas equipes multidisciplinares no ambiente hospitalar apresentavam muitas dúvidas sobre qual categoria profissional realizaria o serviço de conciliação medicamentosa, sendo esta atividade, muitas vezes, realizada de diferentes formas pelos médicos, enfermeiros e farmacêuticos.

No acompanhamento farmacoterapêutico, o farmacêutico analisa a farmacoterapia do paciente e realiza possíveis intervenções, a fim de resolver e prevenir problemas da farmacoterapia, além de trabalhar com a educação em saúde. Trata-se de um serviço que se caracteriza pela continuidade do atendimento farmacêutico ao longo de vários encontros com o paciente (UNITED KINGDOM, 2005; OPAS, 2002; CFF 2016).

Embora o acompanhamento farmacoterapêutico e o serviço de GTM apresentem semelhanças, eles se diferem no fato de que o GTM é um modelo da prática clínica que se baseia no arcabouço teórico-metodológico da Atenção Farmacêutica. Neste, a filosofia da prática se dá como um componente prescritivo que determina as responsabilidades, missão, valores e ética profissional do farmacêutico. Sendo assim, o profissional farmacêutico assume a corresponsabilidade no cuidado e atendimento a todas as necessidades farmacoterapêuticas dos pacientes. E para avaliar essas necessidades farmacoterapêuticas, utiliza de um processo lógico, racional e sistemático de tomada de decisão em farmacoterapia, além de compartilhar essa decisão com outros profissionais de saúde envolvidos no cuidado e com o próprio paciente (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2010, 2011; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012; OLIVEIRA; NASCIMENTO; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2020).

Já a atividade clínica de gerenciamento do uso de antimicrobianos tem como objetivo a otimização da indicação e uso, garantindo a escolha do medicamento correto, dose, via de administração e frequências adequadas, além de escalonamento, descalonamento e duração apropriada da terapia. Contribui para melhores resultados clínicos e financeiros, além de minimizar a multirresistência microbiana e as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), complicações mais comuns entre os

pacientes hospitalizados (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2017b; BRASIL, 2019). Trata-se de uma atividade realizada pelo farmacêutico, que de acordo com a Portaria GM/MS nº 2616, de 12/05/1998 dispõe sobre a obrigatoriedade de elaboração e implementação de um programa para uso racional de antimicrobianos nos serviços de saúde pelas Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Portanto, o profissional tem como foco de sua atuação uma classe específica de medicamentos, e não o paciente com suas diversas necessidades farmacoterapêuticas.

Com relação as reações adversas aos medicamentos (RAM), o farmacêutico tem como atividade clínica buscar, analisar, acompanhar, notificar e realizar intervenções na terapia medicamentosa em caso de possíveis RAM no ambiente hospitalar. As RAM são reações indesejáveis obtidas após a administração da dose indicada do medicamento com a finalidade de tratamento, profilaxia e até diagnóstico de doenças (BERTOLAZZI *et al.*, 2015, VIGIMED, 2018).

A atividade clínica de acompanhamento e desfecho das RAM pode ser feita de forma passiva (com notificação espontânea realizada pela equipe multidisciplinar) ou por forma ativa (busca ativa dos medicamentos marcadores que são comumente usados em caso de RAM). A notificação das RAM deve ser realizada, sendo essa descrita ou não em literatura. Em especial, quando se trata de reações graves, que aumenta o risco de morte, prolongamento da hospitalização, incapacidade persistente ou permanente e reações esperadas, indesejadas. Além disso, o paciente deve ser orientado quanto a prevenção ou melhoria da toxicidade induzida pelos medicamentos (LIEKWEG; WESTFELD; MICHAEL, 2012).

Cabe ressaltar que as reações adversas relativas à terapia antineoplásica estão relacionadas ao mecanismo de ação desses medicamentos, que atuam no processo de proliferação e renovação das células tumorais. Sendo assim, locais que possuem maior replicação celular são os mais comprometidos, por exemplo trato gastrointestinal, medula óssea e folículo piloso. Além disso, as reações adversas são tempo de exposição e concentração dependentes do antineoplásico utilizado, podem ser agudas ou crônicas, e com gravidade variável (BONASSA; GATO, 2012; BERTOLAZZI *et al.*, 2015). As principais reações adversas relacionadas aos antineoplásicos são: alopecia, diarreia, náusea, vômito, anemia, leucopenia,

neutropenia, trombocitopenia, reações de hipersensibilidade, entre outros (BRASIL, 2014).

Esses serviços e atividades clínicas exercidas pelos farmacêuticos são inúmeros e de extrema importância para o ambiente hospitalar. Além disso, são atividades exigidas pelas creditações hospitalares, que avaliam a qualidade da assistência à saúde (JCI, 2010). Contudo, conforme os achados de uma revisão sistemática que reuniu 116 estudos, os serviços e atividades clínicas farmacêuticos realizados de diferentes maneiras em cada serviço de saúde, sem uma estrutura padronizada e sistematizada geram uma heterogeneidade considerável de dados, o que inviabiliza a avaliação dos resultados dos serviços e atividades clínicas em saúde por meio de realização de meta-análises (DE BARRA *et al.*, 2018).

Sendo assim, se faz necessário uma prática clínica que avalie as necessidades farmacoterapêuticas dos pacientes, garantindo que a farmacoterapia seja a mais indicada, efetiva, segura e conveniente para o paciente, que trace um plano de cuidados para atender às necessidades evidenciadas e realize um acompanhamento para determinar e avaliar o impacto das decisões da farmacoterapia implementadas. Ainda, que essa prática clínica seja padronizada, sistematizada e documentada, melhorando o processo de trabalho dos farmacêuticos e fazendo com que seja possível realizar a avaliação dos resultados obtidos com sua implementação. Por fim, que essa prática clínica farmacêutica faça conexões e seja complementar aos serviços de uma equipe multiprofissional, contribuindo para o alcance dos objetivos terapêuticos (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012; ROSS, 2019).

3.3 Atenção Farmacêutica e Gerenciamento da terapia medicamentosa

A profissão farmacêutica passou por inúmeras mudanças, desde o boticário que manipulava suas formulações para os pacientes orientando-os sobre o modo de uso, passando pelo profissional técnico responsável por produzir medicamentos no âmbito industrial, até o profissional que se aproxima novamente do paciente e se responsabiliza por prover cuidado a este (HEPLER; STRAND, 1990). Essas mudanças ao longo do tempo na profissão farmacêutica fizeram com que o

farmacêutico criasse uma abordagem técnica-industrial, vocabulário diferenciado, levando a um afastamento dos demais profissionais de saúde (SILVA; DELIZOICOV, 2009). No momento em que o profissional farmacêutico busca prover novamente o cuidado, aparecem novos questionamentos sobre sua atuação e prática profissional junto aos demais profissionais da saúde e ao paciente (FEGADOLLI *et al.*, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2005; SOLER *et al.*, 2010).

Em 1990, Hepler e Strand discutiram sobre a novo posicionamento social do profissional farmacêutico junto à sociedade, correlacionado esse papel ao problema do aumento expressivo da morbimortalidade associada ao uso de medicamentos. Surge um modelo de prática com o intuito de redirecionar a profissão farmacêutica, chamado de “Pharmaceutical care”, traduzido para o português como Atenção Farmacêutica (HEPLER; STRAND, 1990).

O conceito de Atenção Farmacêutica foi sendo difundido e em 1993, a OMS o discutiu, ampliando seu escopo para a prevenção da saúde e prevenção de doenças, com a publicação do documento “*El papel del Farmacéutico en el sistema de atención de salud*”, documento conhecido como Declaração de Tóquio (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993).

A Atenção Farmacêutica é um modelo de prática centrado no paciente no qual o profissional farmacêutico se responsabiliza por todas as necessidades farmacoterapêuticas deste. Para tanto, o profissional farmacêutico deve respeitar o entendimento e conhecimento do paciente sobre seus problemas de saúde, suas experiências subjetivas com o uso dos medicamentos, além dos seus medos, anseios e desejos (DE OLIVEIRA; SHOEMACKER, 2006; RAMALHO DE OLIVEIRA *et al.*, 2011).

No serviço de saúde, a Atenção Farmacêutica é materializada pelo serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa (GTM), termo em inglês, “*Comprehensive Medication Management (CMM) services*”, ou seja, um modelo de prática clínica pautado no arcabouço teórico-metodológico da Atenção Farmacêutica (MCINNIS; WEBB; STRAND, 2012). Esse serviço contribui para a integração do profissional farmacêutico à equipe de cuidado ao paciente, compartilhando linguagem e método de trabalho (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2010). Isso porque no serviço de GTM, o farmacêutico utiliza de um

processo lógico, racional e sistemático de tomada de decisão em farmacoterapia, no qual são avaliadas as necessidades farmacoterapêuticas do paciente, ou seja, se os medicamentos em uso são os mais indicados, efetivos, seguros e convenientes para o paciente (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

A Atenção Farmacêutica foi estruturada tendo por base três componentes: a filosofia profissional, o processo de cuidado ao paciente e o processo de gestão da prática (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011). A filosofia da prática é o componente prescritivo, ou seja, determina as responsabilidades, missão, valores e ética profissional no atendimento a uma necessidade social específica, ou seja, a redução da morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos. Define como corresponsabilidade do profissional farmacêutico garantir o atendimento a todas as necessidades farmacoterapêuticas dos pacientes, por meio de uma abordagem holística e centrada no paciente, sem fragmentá-lo além de estabelecer o cuidado por meio de uma relação terapêutica e do envolvimento do paciente nas tomadas de decisão em farmacoterapia (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

O processo de cuidado é o método de trabalho, que organiza as etapas e detalha o método clínico de tomada de decisão utilizado pelos profissionais de saúde nos atendimentos aos pacientes. Esse processo possui três etapas complementares: avaliação inicial; elaboração e implementação do plano de cuidado e avaliação de resultados. Dessa maneira, o profissional farmacêutico conhece o paciente, seus problemas de saúde e medicamentos em uso, se responsabiliza por prevenir, identificar e resolver os PRM, envolvendo o paciente nas tomadas de decisão da farmacoterapia, além de avaliar os resultados das intervenções propostas e realizadas. O processo de cuidado se configura como um processo cíclico, pois ao decorrer dos acompanhamentos com o profissional farmacêutico, novos PRM podem ser identificados (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

O processo de gestão descreve todos os recursos necessários para o oferecimento e operacionalização do serviço de GTM, que são recursos humanos, educacionais, financeiros, físicos e até recursos documentais que devem ser utilizados. Além disso, são definidos parâmetros para avaliação da qualidade, impacto

e efetividade do serviço de GTM ofertado, além de acompanhamento do desempenho dos profissionais (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

O farmacêutico responsável por prover o serviço GTM tem como objetivo principal a prevenção, identificação e resolução de PRM (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011). Os PRM são eventos indesejados nos quais o paciente experimenta ou corre o risco de experimentar, que envolve a farmacoterapia e podem comprometer os objetivos terapêuticos desejáveis e esperados (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1998).

São descritos sete (7) tipos de PRM que se relacionam com a indicação, efetividade, segurança e conveniência da farmacoterapia (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012), conforme descrito no Quadro 1.

Para que um PRM seja prevenido, identificado ou resolvido, é crucial a monitorização dos parâmetros de efetividade, segurança e conveniência da farmacoterapia. Para tanto, o farmacêutico deve avaliar dados objetivos do paciente, como resultados de exames e dados subjetivos sobre o conhecimento pelo paciente dos seus problemas de saúde e sua relação com a uso de medicamentos (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2010, 2011; CIPOLLE *et al.*, 2004).

Deve ser levado em consideração que o serviço de GTM é único, entretanto pode ser implementado em diferentes serviços de saúde, considerando as características e particularidades desses serviços. Dessa maneira, a oferta de um serviço de GTM requer avaliação, diferentes estratégias e ajustes que são avaliadas no processo de gestão da prática (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

Quadro 1 – Descrição dos problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM) de acordo com a necessidade farmacoterapêutica.

Necessidade Farmacoterapêutica	Problema relacionado ao uso de medicamentos	Causas
Indicação	1 - Medicamento desnecessário	Ausência de indicação clínica ou duplicidade Uso recreacional Terapia não farmacológica mais apropriada

		Tratamento de reação adversa evitável
	2 - Necessidade de medicamento adicional	Condição não tratada Terapia sinérgica ou preventiva
Efetividade	3 - Medicamento não é efetivo para a condição	Medicamento não indicado para a condição Presença de contraindicação Medicamento mais efetivo disponível Condição refratária ao medicamento
	4 - Dose baixa	Dose inefetiva Frequência ou duração inapropriada Administração ou armazenamento incorreto Interação medicamentosa
Segurança	5 - Reação adversa ao medicamento	Reação alérgica ou efeito colateral Administração incorreta Interação medicamentosa
	6 - Dose alta	Dose alta Frequência curta Duração muito longa Interação medicamentosa
Conveniência	7 - Não adesão à farmacoterapia	Falta de acesso Impossibilidade de administração Não compreensão das instruções Paciente prefere não tomar Paciente esquece de tomar

Fonte: adaptado de RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012.

3.4 Capacitação acerca do serviço de GTM

Atualmente a avaliação do desfecho do cuidado prestado aos pacientes é um dos indicadores da qualidade do serviço clínico, critério avaliado pelas creditações hospitalares (JCI, 2010; BRASIL, 2002a). Para que o serviço de GTM supra essa cobrança acerca da obtenção de melhores desfechos, é necessário que os farmacêuticos tenham clareza de sua missão profissional e qual o papel do GTM para o paciente, para a equipe e para as instituições de saúde. Portanto, para a oferta do

serviço de GTM, se faz necessária uma capacitação embasada no arcabouço teórico-metodológico da Atenção Farmacêutica.

Detoni (2016) reforça que para ofertar um serviço de GTM é necessário que os profissionais atuantes tenham perfil para realizar o cuidado de pessoas e sejam devidamente capacitados para ofertarem o serviço de GTM. Em seu trabalho, descreve uma capacitação que ocorreu em parceria com a Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), na qual os farmacêuticos envolvidos realizaram a disciplina de Atenção Farmacêutica ofertada para o curso de graduação de Farmácia.

Ribeiro (2017), por sua vez, realizou o treinamento e capacitação de uma equipe de farmacêuticos para oferecerem o serviço de GTM para pacientes oncológicos. Essa autora pontuou alguns aspectos importantes que emergiram ao longo do processo, tais como: a insegurança dos farmacêuticos em trabalhar com aspectos clínicos; a ocorrência de resistência e conflitos em relação à mudança nas atividades tradicionalmente executadas; o papel crucial do apoio da gestão para que a mudança acontecesse; o papel da atenção farmacêutica como fomento da autoeficácia dos profissionais; a documentação das atividades como um fio condutor da prática; as vantagens da prática sistematizada, dentre elas o acompanhamento do paciente por meio de um processo lógico, desde a avaliação inicial, identificação de problema, implementação de intervenções e a avaliação dos resultados, o que só é possível por meio da continuidade do cuidado.

Blanchard e colaboradores (2017) e Livet e colaboradores (2018) também descrevem que antes da oferta do serviço de GTM nas práticas de atenção primária, foi necessário garantir que os farmacêuticos compreendessem o que é de fato o serviço de GTM. Para tanto, Blanchard e colaboradores (2017) ofertaram uma preparação por meio de aulas e webinars para construir conhecimento em torno de todos os aspectos compreendidos no serviço de GTM. Livet e colaboradores (2018) criaram um suporte de acesso de aprendizagem com treinamentos sobre o serviço de GTM, com vídeos, documentos, webinars e outros.

Esses estudos evidenciam que a capacitação da equipe na qual desenvolverá o serviço clínico é crítica para a oferta deste serviço. Essa etapa tem como finalidade facilitar a compreensão do serviço a ser ofertado contribuindo para a padronização da

prática clínica pelos farmacêuticos (DETONI, 2016; BLANCHARD *et al.*, 2017; RIBEIRO, 2017; LIVET *et al.*, 2018b).

3.5 Arcabouço legal e formação para a prática clínica

No Brasil, em 1990, o CFF regulamentou o exercício em Farmácia de Unidade Hospitalar, Clínicas e Casas de Saúde de natureza pública ou privada, por meio da Resolução nº 208 de 19 de junho de 1990 (BRASIL, 1990). O foco dessa resolução foi definir as principais funções da farmácia hospitalar na garantia do uso seguro e racional dos medicamentos e correlatos, definir as atividades da assistência farmacêutica (aquisição, manipulação, fracionamento, dispensação) e as atividades do farmacêutico diretor-técnico. Ainda, no parágrafo IX do Art 3º uma das atribuições da Farmácia Hospitalar é: “estimular a implantação e o desenvolvimento da Farmácia Clínica”. Entretanto, não apresenta outras deliberações que possam auxiliar a compreensão do que seja Farmácia Clínica nesse período histórico.

A Resolução nº 208 de 1990 foi sendo reformulada ao longo do tempo, descrevendo as atividades de responsabilidade farmacêutica até a atual, Resolução nº 568 de 2012, que regulamenta o exercício profissional nos serviços de atendimento pré-hospitalar, na farmácia hospitalar e em outros serviços de saúde, de natureza pública ou privada. Essa legislação traz a definição da farmácia hospitalar como: “unidade clínico-assistencial, técnica e administrativa, onde se processam as atividades relacionadas à assistência farmacêutica, dirigida exclusivamente por Farmacêutico, compondo a estrutura organizacional do hospital e integrada funcionalmente com as demais unidades administrativas e de assistência ao paciente” (CFF, 2012). Essa resolução avança no sentido da descrição das atividades do ciclo da assistência farmacêutica (seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação), na definição das atividades farmacotécnicas, e gerenciamento de tecnologias e risco. Ademais, há apenas uma citação sobre cuidado de paciente integrado a equipes interdisciplinas, sem citar qualquer atividade clínicas, dessa maneira, ainda não as regulamentando.

Em 2013, a resolução do CFF de nº 585 regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico. De acordo com o Art. 2º, parágrafo único: “as atribuições clínicas do

farmacêutico visam proporcionar cuidado ao paciente, família e comunidade, de forma a promover o uso racional de medicamentos e otimizar a farmacoterapia, com o propósito de alcançar resultados definidos que melhorem a qualidade de vida do paciente”. Ainda, devem ser exercidas em conformidade com as políticas de saúde, com as normas sanitárias e da instituição à qual esteja vinculada. Essa resolução configura um marco histórico, pois elenca em seu Capítulo I, Art. 7º, 8º e 9º, de forma clara, quais são as atribuições clínicas do farmacêutico.

Apesar da evolução do arcabouço legal que fornece subsídio para a prática clínica, a formação profissional não acompanhou as novas demandas relacionadas ao cuidado e o profissional farmacêutico continuou apresentando uma formação tecnicista, com foco no medicamento (MENDONÇA; DE FREITAS; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2017).

Frente essa perspectiva, considerando o arcabouço legal e as demandas sociais para as atribuições clínicas do farmacêutico, em 2017, houve uma alteração nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de farmácia. As novas DCNs definem o perfil do formando egresso como um farmacêutico de formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, além de todas suas competências e habilidades. A alteração da nova DCN de 2017 incluiu o eixo cuidado em saúde, equivalente a 50% da carga horária total do curso, fazendo com que seja necessário desenvolver no aluno, além das competências relacionadas aos medicamentos, competências relacionadas ao cuidado ao paciente, família e comunidade (BRASIL, 2017c).

Embora a nova DCN do curso de farmácia busque reforçar a formação clínica do profissional, ela é direcionada a formação dos novos/futuros farmacêuticos. Dessa forma, os profissionais que já estão no mercado, foram formados por uma outra lógica, não tendo desenvolvido essas competências sobre cuidado. Baseado na DCN de 2002, anterior a atual, o farmacêutico devia atender a 31 competências necessárias para todas as possíveis áreas de atuação, ou seja, era formado um farmacêutico generalista, mas sem as competências sobre cuidado (BRASIL, 2002b).

Isso faz com que o farmacêutico que já se encontra no mercado se sinta desafiado e inseguro para assumir a corresponsabilidade de cuidado dos pacientes e para se relacionar com os outros profissionais da saúde (FEGADOLLI *et al.*, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2005; SOLER *et al.*, 2010; RIBEIRO, 2017). Dessa maneira, o

histórico do arcabouço legal e alterações da DCN do curso de farmácia reforçam a necessidade da oferta de capacitação sobre atuação clínica para os farmacêuticos que desejam desenvolver essa habilidade e atuar no cuidado de pacientes.

3.6 Ensino – Educação Continuada

As novas DCNs implicam em uma mudança conceitual e estrutural importante demandando tempo para que os cursos de farmácia possam se adequar, e nesse intervalo, o ensino ainda não é direcionado para graduar profissionais provedores de cuidado a pacientes impactando no perfil dos egressos e dos profissionais no mercado de trabalho. Além disso, por não terem essa formação durante a graduação, muitos profissionais não desejam exercer o cuidado e se corresponsabilizar por ele, ou então são colocados numa posição no mercado de trabalho que terão que exercer o cuidado, mas não sabem por onde começar (FEGADOLLI *et al.*, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2005; SOLER *et al.*, 2010; RIBEIRO, 2017).

Entretanto, a formação em saúde e cuidado não deve ter como referência apenas os conhecimentos acerca do tratamento, cuidado, diagnóstico, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Mas deve propiciar as condições para que o profissional atenda às reais necessidades de saúde, para que possam contribuir para o desenvolvimento de autonomia nas pessoas em relação às suas decisões em saúde, além de atender outros aspectos relacionados ao controle social e até contribuir nas decisões de políticas acerca do cuidado (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Dessa maneira, com relação aos profissionais que já estão no mercado, e realizam a prática de cuidado sem a adequada formação para essa prática, se faz necessário inserir os conceitos de educação permanente e educação continuada, que se diferem em seus processos.

A educação permanente está relacionada a aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) e sugere a transformação das práticas profissionais, por meio de uma reflexão crítica das práticas e serviços realizados pelos profissionais atuantes. Por sua vez a educação continuada, parte do suposto da continuidade da formação inicial, visando o aperfeiçoamento profissional (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994).

A educação permanente em saúde (EPS), surge na década de 1980, e o seu pressuposto é a educação “no” e “para o” trabalho. Unindo o privilégio do ambiente de cuidado em saúde à educação e aprendizagem. Este tipo de educação busca então o ensino profissional do cuidado em sua integralidade (MEDEIROS *et al.*, 2010). Em uma metassíntese realizada por Miccas e Batista (2014), 25 estudos foram analisados, indicando as EPS como ações de aprendizagem no local de trabalho movidas por questões problematizadoras, das quais foram fundamentais no entendimento do processo de sua prática clínica diária.

Logo, para a oferta do serviço de GTM, embasado no arcabouço teórico-metodológico da Atenção Farmacêutica, é necessária a educação permanente dos profissionais, com a introdução e aprendizagem de novos conceitos. Essa tem como finalidade transformar a prática profissional do farmacêutico, organizar a sua forma de trabalho por meio da incorporação de um processo de cuidado e de um raciocínio clínico, tomando como referência as necessidades de cuidado em saúde das pessoas e o sistema de gestão da prática, adaptado ao cenário de prática.

A Teoria da Aprendizagem Experiencial (TAE), de David Kolb, descreve que o aprendizado de forma geral pode ser potencializado, na presença de uma conexão entre prática e teoria. Logo, para que isso aconteça a experiência vivida é crucial e essencial para a construção do conhecimento (KOLB, 2015). Com relação à Atenção Farmacêutica, Pereira e colaboradores (2009), descrevem que o entendimento acerca dos princípios da Atenção Farmacêutica pode acontecer logo ao iniciar a prática, entretanto a mudança de fato é profunda e depende das experiências, e do tempo para a incorporação dos valores e visão da nova prática profissional.

Nesse sentido, Mendonça e colaboradores (2017), encontraram em sua revisão sistemática da literatura, resultados importantes que reforçam a necessidade do ensino conectando a prática e a teoria. Identificaram 31 estudos que trabalham modelos de ensino-aprendizagem sobre práticas clínicas do farmacêutico. Dentre esses estudos, 13 foram desenvolvidos no ambiente hospitalar, entretanto, os artigos não especificam as bases teórico-metodológicas das práticas clínicas farmacêuticas. Logo, não há uma padronização desses serviços descritos na revisão. Encontraram também cinco estudos que utilizaram da TAE para construção de conhecimento em competências de cuidado em cursos de graduação em Farmácia. A aprendizagem

experencial apresentada nos estudos apontou a promoção do desenvolvimento profissional de forma contínua e sustentada. E por fim, ainda descreveram que o apoio de universidades na implementação e/ou oferta de serviços clínicos gera benefícios para os farmacêuticos e para o serviço de saúde, pois promove processos de educação permanente no cotidiano de prática clínica dos profissionais (MENDONÇA *et al.*, 2017).

Esses achados na literatura reforçam a necessidade de capacitar os farmacêuticos que já se encontram no mercado de trabalho e não tiveram contato com os novos currículos de farmácia voltados para o eixo do cuidado durante a graduação, mas são respaldados em sua prática profissional pela resolução nº 585 do CFF, que regulamentou as atribuições clínicas do farmacêutico em 2013.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Descrever criticamente o processo de capacitação de farmacêuticos para a provisão do serviço de GTM a pacientes oncológicos do centro de Assistência em Alta Complexidade em Oncologia (CACON) em Belo Horizonte.

4.2 Objetivos específicos

- Desvelar as percepções dos farmacêuticos acerca do serviço de GTM apresentado durante a capacitação;
- Desvelar as percepções dos farmacêuticos acerca da responsabilidade que os farmacêuticos assumem com o cuidado dos pacientes oncológicos;
- Desvelar a percepção dos farmacêuticos acerca da possibilidade de acomodação e sistematização das diversas atividades clínicas farmacêuticas já desenvolvidas no centro de Assistência em Alta Complexidade em Oncologia (CACON) em um serviço de GTM.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Pesquisa qualitativa

Para atender aos objetivos deste trabalho foi necessário a utilização da abordagem de pesquisa qualitativa, pois essa permite compreender, aprofundar e explorar a complexidade dos fenômenos e fatos específicos em grupos delimitados e conhecer e explorar as experiências subjetivas dos participantes envolvidos que as vivenciam (MINAYO, 2012; TURATO, 2005; RYAN; COUGHLAN; CRONIN, 2007). E, neste sentido, a educação permanente será o instrumento para iniciar nos participantes da pesquisa uma mudança de mentalidade profissional, podendo gerar transformações nas práticas profissionais. Trata-se de um fenômeno complexo, envolvendo desafios em níveis cognitivos, emocionais e comportamentais, que requerem uma reflexão crítica de um novo modo de pensar e agir, pelos profissionais atuantes (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994).

De acordo com Turato (2005), a primeira propriedade do método de pesquisa qualitativa se volta para significar as coisas que moldam a vida e atividades das pessoas. Ou seja, dar significado ao que elas representam, qual é o fenômeno, assunto, ou então quais são essas vivências, sentimentos e ideias. Para tanto, é importante e necessário que a realização dessa pesquisa se dê no ambiente natural dos sujeitos de pesquisa (TURATO, 2005).

Turato ainda reforça a importância do papel do pesquisador como o próprio instrumento da pesquisa, no qual usará seus sentidos para compreender e aprender sobre os objetos em estudo, ficando bem próximo da essência da questão em estudo. Entretanto, para que exista rigor que garanta a validade da pesquisa, a coleta de dados deverá ser acurada por diferentes métodos, por exemplo, observação participante, diário de campo, entrevistas semiestruturadas e grupos focais (TURATO, 2005).

5.2 Local da pesquisa

A presente pesquisa foi realizada em um centro de Assistência em Alta Complexidade em Oncologia (CACON), localizado no município de Belo Horizonte, Minas Gerais. Este é o local onde a pesquisadora atua como farmacêutica clínica, e teve oportunidade de realizar a capacitação dos farmacêuticos sobre o serviço de GTM embasado no arcabouço teórico-metodológico da Atenção Farmacêutica aplicado a pacientes oncológico.

O período de imersão nos encontros da capacitação foi do mês de novembro de 2021 até junho de 2022, totalizando em oito meses.

5.3 Seleção dos participantes do estudo

Na pesquisa qualitativa a seleção dos participantes do estudo se dá de forma intencional, ou seja, são selecionados indivíduos que possuam conhecimento acerca do tópico da pesquisa podendo fornecer informações com maior detalhamento e profundidade. Na pesquisa qualitativa, é importante frisar que o objetivo não é a generalização dos dados, mas selecionar aqueles participantes que tragam maiores níveis de robustez e profundidade ampliando a compreensão dos dados (THOMPSON, 1999; MARTÍNEZ-SALGADO, 2012). Dessa forma, os participantes da pesquisa atenderam aos critérios a seguir:

- Ser docente, profissional farmacêutico ou gestor envolvidos na capacitação para o oferecimento dos serviços de GTM;
- Ter participado de no mínimo 75% dos encontros;
- Estar disposto a participar voluntariamente do estudo, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (ANEXO 2).

Os participantes foram:

- Sete farmacêuticas responsáveis pelas atividades de gestão;

- Seis farmacêuticos que atuam no cuidado dos pacientes oncológicos da Unidade de Internação (UNI), Centro de Terapia Intensiva (CTI), Transplante de Medula Óssea (TMO) e no ambulatório de quimioterapia (QT);
- Uma farmacêutica que também atuou como docente e é a pesquisadora imersa no campo de prática clínica; e,
- Dois docentes convidados para ministrarem encontros durante a capacitação.

Não houve nenhuma recusa dos participantes para a realização das entrevistas e todos aceitaram participar voluntariamente. Entretanto, de acordo com os critérios de exclusão dos participantes, duas farmacêuticas foram excluídas da pesquisa, pois uma se desligou da instituição e a outra não compareceu nos encontros da capacitação sobre o serviço de GTM. Dessa forma, a pesquisa foi realizada com 14 farmacêuticos da instituição e os dois docentes envolvidos na capacitação, a fim de atingir o critério de saturação, nas diversas formas de coletas de dados que serão apresentadas a seguir (TURATO, 2005).

5.4 Coleta de dados

Como pesquisadora e farmacêutica imersa no campo de prática clínica, fui participante ativa do processo de capacitação dos farmacêuticos, promovi e ministrei os encontros de formação teórica e teórico-prática junto com os docentes convidados.

A coleta de dados foi realizada por meio de observação participante, descrições e reflexões em diário de campo, entrevistas semiestruturadas individuais e grupo focal com docentes e profissionais farmacêuticos e gestores envolvidos no processo de capacitação dos farmacêuticos.

5.4.1 Observação participante e diário de campo

A observação participante é uma técnica bastante comum na pesquisa qualitativa e se propõe a fazer com que o pesquisador esteja inserido no grupo que será pesquisado, logo se torne parte desse grupo (QUEIROZ; VALL; SOUZA, 2007). É uma técnica que permite um olhar crítico para o exame e a interpretação do

fenômeno. Dessa maneira é possível analisar a realidade social presente, observando os problemas, conflitos, a sensibilidade e a motivação para mudanças e as forças de retenção que dificultam a implementação de mudanças (QUEIROZ; VALL; SOUZA, 2007).

Ou seja, o pesquisador consegue obter uma visão crítica do grupo de participantes, pode observar pontos principais do grupo, relações interpessoais, e evidenciar quais pessoas são referência para direcionamento das entrevistas a fim de trazer maiores níveis de compreensão, robustez e profundidade (THOMPSON, 1999).

Como pesquisadora e farmacêutica imersa no campo de prática clínica, utilizei a técnica de observação participante durante todo o período da pesquisa. Todos os encontros ministrados foram gravados e transcritos e também geraram registros no diário de campo, realizados após cada encontro (QUEIROZ; VALL; SOUZA, 2007).

O diário de campo e as reflexões são ferramentas essenciais para descrever em profundidade e detalhamento sobre ações, emoções, sentimentos, intenções dos participantes e até sobre o espaço físico, tudo na ordem cronológica dos fatos (REEVES; KUPER; HODGES, 2008). Minayo (2001) descreve o diário de campo como um “amigo silencioso” do pesquisador, pois além de escrever sobre as percepções dos participantes, ele também usa como ferramenta para registrar seus próprios sentimentos durante a pesquisa. As anotações realizadas devem possuir riqueza e densidade no detalhamento, para que no momento da análise do objeto de estudo seja possível estar presente em toda a caminhada.

Nos encontros, observei o envolvimento e o interesse dos farmacêuticos, o que eles já relatavam conhecer sobre o cuidado e o seu interesse e receptividade para os novos conceitos e conhecimentos acerca da atenção farmacêutica e o serviço de GTM. Observei quais pessoas possuíam maior inclinação para o cuidado, suas percepções, e conclusões do que poderia ser factível de ser aprimorado no cuidado já prestado aos pacientes oncológicos atendidos no hospital.

Nesta pesquisa, realizei anotações no diário de campo em vários momentos, a fim de evitar a perda de informação por viés de memória, tais como, depois dos encontros de capacitação, após as entrevistas com os participantes e após as reuniões com os orientadores para discussão sobre o andamento da pesquisa.

5.4.2 *Entrevistas semiestruturadas individuais*

A entrevista semiestruturada foi usada como outra estratégia de coleta de dados. Ela possui uma abordagem sistemática, na qual o entrevistador deve seguir um tópico guia, ou seja, uma sequência de perguntas abertas relacionadas ao conhecimento prévio que possui sobre as hipóteses relacionadas ao objetivo da pesquisa (MINAYO, 2010). As perguntas do tópico-guia permitem ao pesquisador orientar o processo de construção dos dados com os sujeitos da pesquisa e podem ser ajustadas ao longo das entrevistas, para que os pontos vistos como essenciais para construção da pesquisa sejam sendo aprofundados (ANEXO 1). Entretanto, o pesquisador, caso sinta necessidade ao longo da entrevista, pode acrescentar novas perguntas e fazer diferentes abordagens, a fim de entender e compreender detalhes sobre o que o entrevistado tem como opinião sobre o tema (MINAYO, 2010; DALY, 2007). Ainda, de acordo com Daly (2007), “o pesquisador vai aprendendo a ver”, ou seja, com o que se olha, se ouve, com suas vivências e experiências.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com cinco farmacêuticos da equipe ao final da capacitação, entre julho e setembro de 2022. Teve como finalidade desvelar o processo compreensão e incorporação da filosofia da prática da atenção farmacêutica, além das percepções e conclusões sobre o serviço de GTM para pacientes oncológicos e como poderia se dar o processo de proposição da organização, sistematização e otimização das atividades clínicas farmacêuticas já desenvolvidas no Instituto Mário Penna. A seleção dos farmacêuticos se deu durante a análise temática dos dados coletados, pela contribuição e participação ativa de cada um ao longo de toda a capacitação, assim como, suas posições estratégicas como líderes de áreas distintas da coordenação, gestão de estoques e farmácia clínica. Dessa maneira, a amostragem abrangeu farmacêuticos envolvidos em diferentes áreas do hospital, favorecendo a ampliação das percepções acerca do que poderia ser factível de ser aprimorado, mudado ou não no cuidado já exercido por eles para os pacientes oncológicos, mesmo para aqueles que não se encontram ativamente em contato com os pacientes.

Todas as entrevistas foram conduzidas no próprio hospital, com agendamento prévio individual em uma sala separada para maior conforto e afastamento do local de trabalho para que fossem evitadas interrupções relacionadas ao trabalho. As

entrevistas foram gravadas, mediante assinatura e anuência do TCLE (ANEXO 2) e posteriormente transcritas.

5.4.3 *Grupo focal*

As discussões em grupo focal é uma forma de reunir pessoas que compartilham certas características para discutir um tema de interesse específico. Os participantes do grupo focal interagem entre si e com o pesquisador, essa interação gera dados acerca do tema de interesse. O grau de profundidade da discussão dependerá da capacidade de comunicação e de estimulação do grupo no compartilhamento de informações, experiências, opiniões, pontos de vistas e sentimentos (MOSER; KORSTJENS, 2018).

É interessante que os participantes tenham pontos de vista diferentes que estimulem a discussão, entretanto, o pesquisador deve estar preparado para o manejo da discussão e dificuldades que podem surgir ao longo do tempo, como participantes que interagem muito pouco pois têm alguma insegurança ou dificuldade de se expressar, ou por participantes que se destacam de forma demasiada e não dão espaço para fala dos outros (MOSER; KORSTJENS, 2018).

Foi realizado um grupo focal abordando as “experiências e aprendizados adquiridos durante o processo de capacitação” com os farmacêuticos, conforme descrito no ANEXO 3.

5.5 Análise de dados

As informações adquiridas com os múltiplos métodos e técnicas (observação participante, descrições e reflexões em diário de campo, entrevistas semiestruturadas individuais e grupo focal) foram gravadas, transcritas e utilizadas nas análises que aconteceram concomitantemente à coleta desses dados qualitativos de acordo com o progresso da pesquisa. De acordo com Vallenga (2009), a evolução da pesquisa é interativa e cíclica, e as fases de coleta e análise de dados alternam entre si, influenciando-se continuamente.

O diário de campo e as transcrições foram lidas e relidas ao longo de todo o período da pesquisa, levando-se em consideração as reflexões possíveis a fim de entender o processo da capacitação e as percepções e conclusões dos farmacêuticos acerca do serviço de GTM. Além disso, antes de cada encontro os dados eram revisitados, a fim de melhor conduzir os encontros e trazer o detalhamento necessário de alguns assuntos, associados à prática de cuidado diária dos farmacêuticos.

Em seguida, o material transcrito foi organizado de forma codificada e em análise temática manualmente em documento de Word, identificando temas e/ou categorias (RYAN; COUGHLAN; CRONIN, 2007). A análise temática direcionou a confecção das perguntas e a escolha dos farmacêuticos para as entrevistas semiestruturadas. Para a decisão do número amostral de participantes para as entrevistas semiestruturadas, foi utilizada a técnica de saturação teórica, que confere maior rigor. Na pesquisa qualitativa, é importante frisar que o objetivo não é a generalização dos dados, mas selecionar os que tragam maiores níveis de compreensão, robustez e profundidade (THOMPSON, 1999).

Ainda, após cada entrevista, foram realizadas anotações no diário de campo e transcrição do material gravado. Cada entrevista foi analisada antes da realização da próxima. Isso garantiu uma melhor condução das entrevistas e um melhor detalhamento de algumas perguntas e assuntos que deveriam ser abordados nas próximas entrevistas.

Os dados transcritos das entrevistas também foram codificados a partir da análise temática, manualmente, em documento de Word. E, à medida que mais dados foram obtidos, pode-se definir as categorias com maior exatidão. Por fim, todo o material transcrito, proveniente das diferentes formas de coleta, foram novamente lidos e relidos, garantindo a proximidade entre as estruturas e assuntos (MINAYO, 2010). Foram evidenciados/marcados trechos e frases que são considerados significativos ou que se repetem ao longo do documento.

5.6 Rigor metodológico

Para garantir o rigor da pesquisa em desenvolvimento, foi utilizado o recurso da triangulação de métodos de coleta de dados, que significa que os dados foram

coletados em diferentes fontes e períodos para obtenção de descrição do fenômeno estudado com detalhamento (AZEVEDO *et al.*, 2013), conforme descrito anteriormente.

Além disso, a qualidade de uma pesquisa qualitativa envolve uma descrição em detalhes da metodologia no que tange aos acontecimentos, descrição do processo da capacitação, bem como das percepções dos participantes da pesquisa, cenário de prática e com relação ao nível de envolvimento do pesquisador com a pesquisa.

5.7 Estrutura da capacitação em Atenção Farmacêutica

A capacitação foi uma estratégia discutida inicialmente com a coordenação da farmácia da instituição, com o intuito de melhorar o cuidado ofertado aos pacientes oncológicos atendidos na instituição. Ademais, a capacitação foi discutida inicialmente como uma oportunidade para melhorar a comunicação entre a equipe de farmacêuticos e para criar um ambiente de reflexão sobre os serviços e atividades clínicas já realizados na instituição, propiciando uma oportunidade de melhoria futura nos aspectos referentes à organização e à sistematização desses serviços e atividades clínicas, no contexto de um serviço de GTM.

Para os farmacêuticos, a capacitação foi apresentada como um curso interno, composto por 11 encontros, associado aos recursos humanos e à educação continuada da instituição, sendo de caráter obrigatório a todos os farmacêuticos. Somado a isso, para garantir adesão da equipe de farmacêuticos e maior interesse, ao final da capacitação foi emitido certificado para aqueles que participaram, no mínimo, de 75% dos encontros (oito encontros). Os encontros foram realizados de acordo com a agenda e disponibilidade da equipe de farmacêuticos, conforme detalhado no cronograma descrito no Anexo 3.

Os encontros da capacitação aconteceram de forma híbrida (presencial e transmissão ao vivo de forma online, por meio da plataforma do google meet) na própria instituição, durante o horário de serviço dos farmacêuticos, sempre após o almoço. A grande maioria dos encontros, nove, aconteceram de forma presencial com a pesquisadora e/ou docente convidado, apenas dois encontros ocorreram no formato síncrono online com o docente convidado. Os farmacêuticos que não estavam

presentes na instituição no momento dos encontros, por trabalharem em escalas de plantão ou durante à noite, tiveram acesso a todos os encontros de forma online síncrona. Os encontros presenciais facilitaram as discussões sobre os temas dos encontros, além de fazer com que eles pudessem contribuir com situações já vivenciadas em suas práticas clínicas. Nos encontros, foram abordados os seguintes assuntos:

Encontro 1: reflexão sobre o quanto já foi caminhado com relação as atividades clínicas farmacêuticas no IMP-HL; quais e como são realizadas essas atividades; avaliação do serviço clínico com o modelo de análise FOFA/SWOT, acrônimo para Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças, em inglês SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats). Esse modelo é uma técnica de gestão estratégica que permite detectar pontos fortes e fragilidades de um ambiente, com o objetivo de torná-lo mais eficiente, e corrigir assim suas possíveis deficiências (CHIAVENATO; SAPIRO, 2014).

Encontro 2: apresentação sobre os diversos serviços e atividades clínicas farmacêuticas desenvolvidas no ambiente hospitalar, a força e a cobrança das creditações no ambiente hospitalar. Introdução sobre a atenção farmacêutica e o serviço da do gerenciamento da terapia medicamentosa que é um modelo de prática clínica pautado no arcabouço teórico-metodológico da atenção farmacêutica. Por fim, foi realizado um *brainstorming* sobre o que é cuidar de um paciente, o que o farmacêutico deve saber, como garantir que o paciente faz uso dos melhores medicamentos para sua condição clínica e quais conhecimentos, habilidades e atitudes o profissional farmacêutico precisa desenvolver para atuar no cuidado.

Encontro 3: reflexão sobre a atenção farmacêutica como profissão, quais são as oportunidades, responsabilidades e padrões de comportamento do profissional farmacêutico com relação ao cuidado de pacientes. Foram apresentados os componentes da atenção farmacêutica: filosofia da prática, processo de cuidado e o sistema de gestão de prática, com a abordagem centrada no paciente.

Encontro 4: Apresentação do processo de adoecimento e as fases de Kubler-Ross: raiva, negação, depressão e aceitação. Introdução sobre a experiência subjetiva dos pacientes com uso de medicamentos, baseado no trabalho de Nascimento e colaboradores (2019), como: resolutividade, irrelevância, ambiguidade, adversidade. Como realizar avaliação dos dados subjetivos do paciente com relação

ao seu entendimento sobre os problemas de saúde e seus medicamentos em uso.

Encontro 5: condução do Grupo focal guiado, com tópicos que já foram apresentados nos encontros anteriores. Tópicos retomados: Filosofia da prática da atenção farmacêutica; Cuidado holístico e contínuo; Perfil do farmacêutico clínico; Processo de cuidado; e a possibilidade de organizar, padronizar e operacionalizar o serviço de GTM.

Encontro 6: abordados aspectos sobre a avaliação inicial do paciente. Orientação com relação às atividades e responsabilidades do profissional farmacêutico ao conhecer esse paciente, quais as informações relevantes para coleta, além de orientações sobre a comunicação, apresentação profissional e adaptação de linguagem, a fim de se estabelecer uma relação terapêutica. Foi também, introduzido o método clínico do Pharmacotherapy Workup (PW), que avalia a terapia medicamentosa do paciente para que esta seja a mais indicada, efetiva, segura e conveniente para aquele paciente. E, por fim, discutido a necessidade, importância e obrigatoriedade da documentação.

Encontro 7: abordados aspectos sobre o processo de cuidado do paciente, após a avaliação inicial. Foi apresentado o raciocínio clínico para avaliação dos medicamentos em uso pelos pacientes, levando em consideração se o uso desse medicamento é indicado, efetivo, seguro, e conveniente para este paciente. Além disso, foram apresentados e exemplificados todos os possíveis PRM.

Encontro 8: continuação do cuidado, ou seja, acompanhamento do paciente oncológico, que se dá pela avaliação dos resultados após as intervenções e condutas farmacêuticas realizadas com o próprio paciente e outros profissionais que cuidam do paciente, além de traçar planos de cuidados para o paciente no ambiente hospitalar. O assunto foi contextualizado com a prática clínica já desenvolvida pelos farmacêuticos, que são as intervenções frequentemente realizadas com os prescritores. Foi exposto a oportunidade de apresentação desses dados por meio da situação clínica e farmacoterapêutica (SCF), que é que um desfecho clínico do problema de saúde, levando em consideração a farmacoterapia e efetividade do plano de cuidado que foi implementado.

Encontro 9: práticas clínicas baseadas em evidências e as formas de buscas de informações na literatura. O que é saúde baseada em evidência, e o motivo de se trabalhar com as melhores evidências disponíveis, com conhecimento epidemiológico

alinhado com as experiências clínicas dos profissionais de saúde, além de associar os valores culturais, condições socioeconômicas, preferência dos pacientes e a experiência subjetiva destes.

Encontro 10: estudo de um caso clínico sobre um paciente do sexo feminino, onco-hematológico, com diversas comorbidades, contendo algumas informações que são comuns no dia a dia dos farmacêuticos clínicos da instituição.

Encontro 11: discussão final do caso clínico, elucidando as dúvidas ao longo da atividade.

5.8 Aspectos éticos

A presente pesquisa faz parte do projeto guarda-chuva amplo intitulado “Resultados clínicos, econômicos, aspectos humanísticos, culturais e educacionais de serviços de gerenciamento da terapia medicamentosa no Sistema Único de Saúde”. Este obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP-UFMG) de número 1.702.717, datado de 30 de agosto de 2021 (CAAE-25780314.4.3018.5121 e número de parecer 5.014.089).

A emenda obteve aprovação pela COEP-UFMG e Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Mario Penna (CEP-IMP) em outubro de 2021, bem como pela aprovação do Diretor do Instituto Mário Penna, gerente e coordenador do setor de farmácia. A coleta de dados do presente trabalho se deu posterior à publicação da mesma e obedeceu às normas vigentes à época.

Todos os participantes da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (ANEXO 2), atestando compreender o estudo e a sua finalidade e estar disposto a participar voluntariamente do estudo. Seus nomes foram omitidos, sendo usados códigos para manter suas identidades preservadas.

Nesse sentido, ainda fazendo referência ao texto de Platão, O Mito da Caverna, resolvi nomear os farmacêuticos participantes dessa pesquisa, com nomes de pedras preciosas, com o objetivo de preservar suas identidades e fazer referência ao brilho que podem alcançar ao internalizarem a filosofia da prática da atenção farmacêutica, além de fazer referência ao que a pesquisa vem representando para mim enquanto pesquisadora.

6 RESULTADOS

Após a análise sistemática dos dados oriundos das diversas fontes de dados usadas neste trabalho foram construídos quatro grandes temas, que serão apresentados em quatro capítulos: o capítulo I apresenta resultados oriundos da percepção inicial acerca do cuidado para esses profissionais; o capítulo II apresenta uma reflexão dos farmacêuticos sobre como o cuidado vem sendo ofertado ao longo do tempo na instituição, bem como sua relação com a formação profissional, incluindo a necessidade de especialização para que esse profissional atue no cuidado dos pacientes oncológicos; o capítulo III - discute a responsabilidade, a resolutividade das ações e os limites para a atuação profissional e por fim no capítulo IV foram discutidos aspectos para otimizar, acomodar e operacionalizar as atividades com o serviço de GTM no ambiente hospitalar para atendimento dos pacientes oncológicos.

Para facilitar a compreensão da contribuição de cada participante para os dados encontrados, descrevemos a participação de cada um deles nas várias modalidades de coleta de dados realizada nesse trabalho (Quadro 2).

Quadro 2 - Participantes presentes nos encontros de capacitação, que foram entrevistados por meio de entrevistas semiestruturadas e que participaram do grupo focal. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2022.

Nº	Docentes convidados	Tema dos encontros	Participantes
1	Citrino	Onde e como estamos realizando o cuidado? Análise FOFA/SWOT	Água Marinha, Ametista, Alexandrita (online), Azurita, Esmeralda (online), Granada, Jade, Rubi, Safira
2	Ágata	Introdução sobre Atenção Farmacêutica <i>Brainstorm</i>	Água Marinha, Alexandrita (online), Ametista, Âmbar, Citrino, Esmeralda, Granada, Rubi, Safira, Selenita, Turquesa
3	Amazonita (Online) e Citrino	Reflexão sobre Atenção farmacêutica como profissão	Água Marinha, Ágata (online), Ametista, Âmbar, Alexandrita, Granada, Jade, Rubi, Safira
4	Ágata	O paciente e a atenção farmacêutica A experiência com o uso de	Água Marinha, Alexandrita, Âmbar, Citrino, Esmeralda, Granada, Rubi, Safira, Turquesa

		medicamentos	
5	Citrino	Grupo Focal – “Experiências e aprendizados adquiridos até agora”	Água Marinha, Alexandrita (online), Âmbar, Ametista, Esmeralda, Jade, Granada, Rubi, Turquesa
6	Citrino	Introdução ao processo de cuidado do paciente Avaliação Inicial	Água Marinha, Alexandrita (online), Ametista, Âmbar, Esmeralda, Granada, Jade, Rubi, Safira, Turquesa
7	Amazonita (Online) e Citrino	O processo de cuidado do paciente: Focado no raciocínio clínico (Indicado Efetivo Seguro Conveniente) e Problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM)	Água Marinha, Alexandrita (online), Ametista, Granada, Jade, Rubi, Safira
8	Citrino	O processo de cuidado do paciente: Avaliação de resultados e Situação clínica e farmacoterapêutica	Água Marinha, Alexandrita, Ametista, Esmeralda, Granada, Jade, Rubi, Safira
9	Citrino	Busca de informações para resolver casos clínicos	Alexandrita, Ametista, Âmbar, Granada, Jade, Rubi, Safira, Turquesa
10	Citrino	Caso Clínico	Água Marinha, Alexandrita, Ametista, Âmbar, Esmeralda (online), Granada, Jade, Rubi, Safira, Turquesa
11	Citrino	Caso Clínico e Fechamento	Água Marinha, Alexandrita (online), Ametista, Âmbar, Esmeralda, Granada, Jade, Rubi, Safira, Turquesa
	Citrino	Entrevistas	Ametista, Esmeralda, Jade, Rubi, Safira

Fonte: Autoria própria (2023).

6.1 CAPÍTULO 1 - O que é cuidar para os farmacêuticos?

A descrição do processo de capacitação da equipe de farmacêuticos sobre o serviço de GTM foi iniciada compreendendo o que esses profissionais entendiam sobre cuidar, e observando os movimentos de transformação desse entendimento ao

longo dos encontros da capacitação e entrevistas. Sendo assim, foram identificados seis temas principais, que se repetiram ao longo de toda a pesquisa: a importância de ouvir o paciente, a necessidade de adaptação da linguagem para a comunicação assertiva, a importância de construir uma relação terapêutica, a necessidade e a importância da decisão compartilhada, e a necessidade da continuidade do cuidado.

Os farmacêuticos participantes da pesquisa salientaram em vários momentos a necessidade de se obter informações adequadas para subsidiar a avaliação farmacêutica. No *brainstorm* realizado no segundo encontro da capacitação, cujo tema era “o que é cuidar” vários farmacêuticos trouxeram contribuições acerca dessa questão, nas palavras de Rubi: “é você saber também se o outro (paciente) vai estar nesse momento consciente para você coletar essas informações que são importantes para o cuidado” (Farmacêutico Rubi – encontro 2).

É interessante notar a concepção apresentada por Âmbor e Esmeralda, que correlacionam a necessidade de ouvir a fim de obter informações dos pacientes, mas também de fornecer orientações adequadas a cada paciente, demarcando uma concepção de cuidado alicerçada na orientação.

Acho que cuidar começa com ouvir, temos que ver tudo o que ele tem para falar. E quais são as dúvidas pertinentes dele, antes de qualquer coisa (Farmacêutico Âmbor – encontro 2).

Tanto Esmeralda quanto Rubi trazem à tona a necessidade de compreender as questões de ordem emocional, que irão guiar as intervenções profissionais.

Uma coisa que tenho em mente é que, quem guia o atendimento é o paciente. Então conforme o paciente vai falando, e a gente vai ouvindo, eu vou percebendo quais são os medos, anseios, e as expectativas desse paciente. Aí eu vou trabalhando em cima disso (Farmacêutico Esmeralda – encontro 2)

Outra questão relacionada à habilidade de comunicação diz respeito a adaptação da linguagem, a fim de ser um facilitador na obtenção de dados necessários para o cuidado. Durante a capacitação foi reforçado a importância do farmacêutico, que é um profissional de formação tecnicista, adequar a linguagem para termos de uso comum, a fim de atingir uma comunicação efetiva com o paciente. Ainda, Esmeralda e Ametista salientam a importância da linguagem corporal do profissional nesse momento de comunicação. Como sintetiza Esmeralda “um sorriso muda tudo” (Farmacêutico Esmeralda – encontro 6)!

E tem também a questão da linguagem corporal [...] então, às vezes a gente tem que trabalhar isso porque uma viradinha de cabeça que a gente dá pode fazer com que o paciente tenha uma leitura corporal (Farmacêutico Ametista – encontro 6).

Ainda acerca da comunicação efetiva e adaptação da linguagem, os farmacêuticos também relatam a importância do conhecimento e respeito de outras culturas, a fim de compreender o contexto que os pacientes estão inseridos.

O conhecimento de cultura no geral, como conhecimento prévio mesmo, um exemplo é quando você recebe o paciente você detecta que a religiosidade é muito forte, logo ter conhecimento do que essas pessoas acreditam, faz diferença (Farmacêutico Água Marinha – encontro 2).

Outro aspecto abordado por Rubi diz respeito às dificuldades vivenciadas pelo profissional para realizar a anamnese de forma adequada e obter os dados necessários para seu trabalho clínico. Ele ressalta que o paciente oncológico apresenta algumas especificidades em decorrência da gravidade da doença e podem não ser receptivos durante a anamnese, devendo ser levado em consideração que se trata de um paciente que pode estar impactado pelo diagnóstico, pelas alterações na farmacoterapia, que geram mudanças em sua vida e rotina. Por esse motivo, o farmacêutico deve ser um profissional capaz de ler as entrelinhas e trabalhar com resiliência a fim de estabelecer o vínculo com o paciente.

Pode ser porque o paciente não estava bem naquele dia. Está cheio de informações, cheio de tanta coisa que estava acontecendo naquele momento. Pode ser que, inicialmente, ele não confia em você, farmacêutico como profissional (do cuidado). Mas à medida que ele vai te conhecendo, ele já começa a confiar (Farmacêutico Rubi – encontro 6).

Dessa forma, outro tema que surge durante a pesquisa é a necessidade de desenvolvimento de confiança entre o paciente e o profissional.

Acho que o maior desafio desse cuidado centrado no paciente, para gente ter sucesso é que você tem que envolver o paciente de alguma forma, ele tem que te ajudar a conhecê-lo. E você consegue ter a confiança do paciente [...] Mas eu acho que a confiança também te ajuda, porque ao conversar com ele e descobrir por que ele não está confortável, a discutir e entender a expectativa dele com relação ao tratamento (Farmacêutico Rubi – encontro 2).

A decisão com relação ao uso da farmacoterapia, foi um assunto também abordado nos encontros. Esmeralda salienta que o farmacêutico é o profissional que pode fazer a ponte do paciente com a equipe, a fim de tomarem as melhores decisões. Essa farmacêutica aborda a questão da experiência do paciente com o uso do

medicamento, questão fundamental para a prática clínica do farmacêutico. Cabe salientar esse tópico ainda não havia sido abordado formalmente nos encontros da capacitação.

É uma decisão tomada em conjunto, por isso que na anamnese farmacêutica a gente tem que deixar o paciente tranquilo, ouvir, ouvir, ouvir, deixá-lo à vontade, para falar sobre a experiência dele com o medicamento, e para que a gente possa fazer essa ponte com a equipe da melhor maneira possível! (Farmacêutico Esmeralda – encontro 2).

Nesse sentido Ametista faz o seguinte comentário: “E as vezes, algo que ele não relata para o médico ou outro profissional, ele acaba relatando pra gente” (Farmacêutico Ametista – encontro 2).

Por sua vez, no sexto encontro, após apresentação de alguns conceitos da atenção farmacêutica e discussão sobre a condução da avaliação inicial com o paciente, Esmeralda se posiciona novamente e conta como vem aprimorando sua comunicação e apresentação como farmacêutica para o paciente, com o objetivo de melhorar o envolvimento deste nas decisões acerca de sua farmacoterapia, levando em consideração suas preferências.

E eu conduzo assim: Vou conversar com você para te conhecer, entender um pouco sobre a sua saúde, sobre os medicamentos que você usa. Verificar se está tudo certo e se tiver algo que podemos melhorar, vou discutir com você e com o seu médico. E nesse momento é importante porque a gente inclui o paciente nas tomadas de decisão. Ele se sente parte desse processo. E aí a gente já começa a estabelecer a relação terapêutica com esse paciente. Porque fica claro que eu não vou mudar nada sozinho e ele também está ali na tomada de decisão, junto com o médico. A gente tem que envolver o paciente nessas decisões para realmente ser uma decisão compartilhada (Farmacêutico Esmeralda – encontro 6).

Com relação a avaliação das necessidades farmacoterapêuticas do paciente, Ametista comenta da importância de ser avaliado o que realmente o paciente precisa, e na maioria das vezes pode não ser óbvio para outras profissões. Para tanto, cita um caso específico de necessidade de terapia medicamentosa, embora não use esse termo:

A intervenção que eu posso fazer é entrar em contato com o corpo clínico e orientar que a gente tem adesivo de nicotina e que provavelmente esse paciente está ansioso por esse motivo. Às vezes, ele está dando um super trabalho para enfermagem, justamente, por causa da ansiedade, que é a vontade de ir embora que ele tem para poder fumar (Farmacêutico Ametista – encontro 6).

A necessidade da continuidade do cuidado, também foi um tema que apareceu de forma a resolver os problemas identificados durante a anamnese, uma dificuldade vivenciada no serviço. Ametista relata certa frustração quando percebe que não consegue acompanhar o paciente, seja ele internado ou em ambulatório, para a resolução dos PRM encontrados.

Sobre a importância do acompanhamento. Isso é uma coisa que a gente tem uma dificuldade aqui no hospital. Na unidade de internação a gente não consegue fazer o acompanhamento. A gente atende, mas a gente não consegue muitas vezes retornar. E aí, quando você vai ver novamente esse paciente, ele já teve alta ou foi a óbito. Mas na quimioterapia, lá também é muito difícil fazer o acompanhamento dos pacientes presencial, mas lá a gente tem o acompanhamento onde as meninas fazem o atendimento por telefone. Mas por não conseguirmos, gera uma frustração mesmo.... A gente quer acompanhar, mas muitas vezes a gente não consegue. Então, essa etapa do acompanhamento seja uma das partes mais difíceis. Quando é identificado algum PRM? Ou qualquer outra necessidade de acompanhamento? (Farmacêutico Ametista – encontro 7).

6.2 CAPÍTULO 2 – “É como se a impressora tivesse estragada, você vai lá e troca o tonner ...”

No primeiro encontro foi utilizado o modelo de análise FOFA/SWOT para compreender como e para quais pacientes o cuidado vem sendo ofertado no hospital. A análise FOFA foi uma estratégia interessante para mapear a situação na qual encontrava-se o serviço clínico farmacêutico dentro da instituição e quais estratégias seriam necessárias para torná-lo mais eficiente e garantir a oferta de um melhor serviço clínico farmacêutico aliada às oportunidades e conhecimentos apresentados na capacitação. Os resultados encontrados estão descritos na Figura 1.

É interessante pontuar que os farmacêuticos sinalizam como força do cuidado já ofertado a existência de um mesmo propósito: o foco no paciente, como relatado por Jade. “Aqui nós temos muito da humanização, um serviço que se preocupa muito, e é voltado para o paciente” (Farmacêutico Jade – Encontro 1).

Entretanto, mesmo que exista um serviço focado no paciente, Rubi (encontro 1) descreve como uma das fraquezas a falta de comunicação efetiva entre as equipes. Rubi no quinto encontro reforça a necessidade da comunicação e alinhamento das atividades clínicas exercidas.

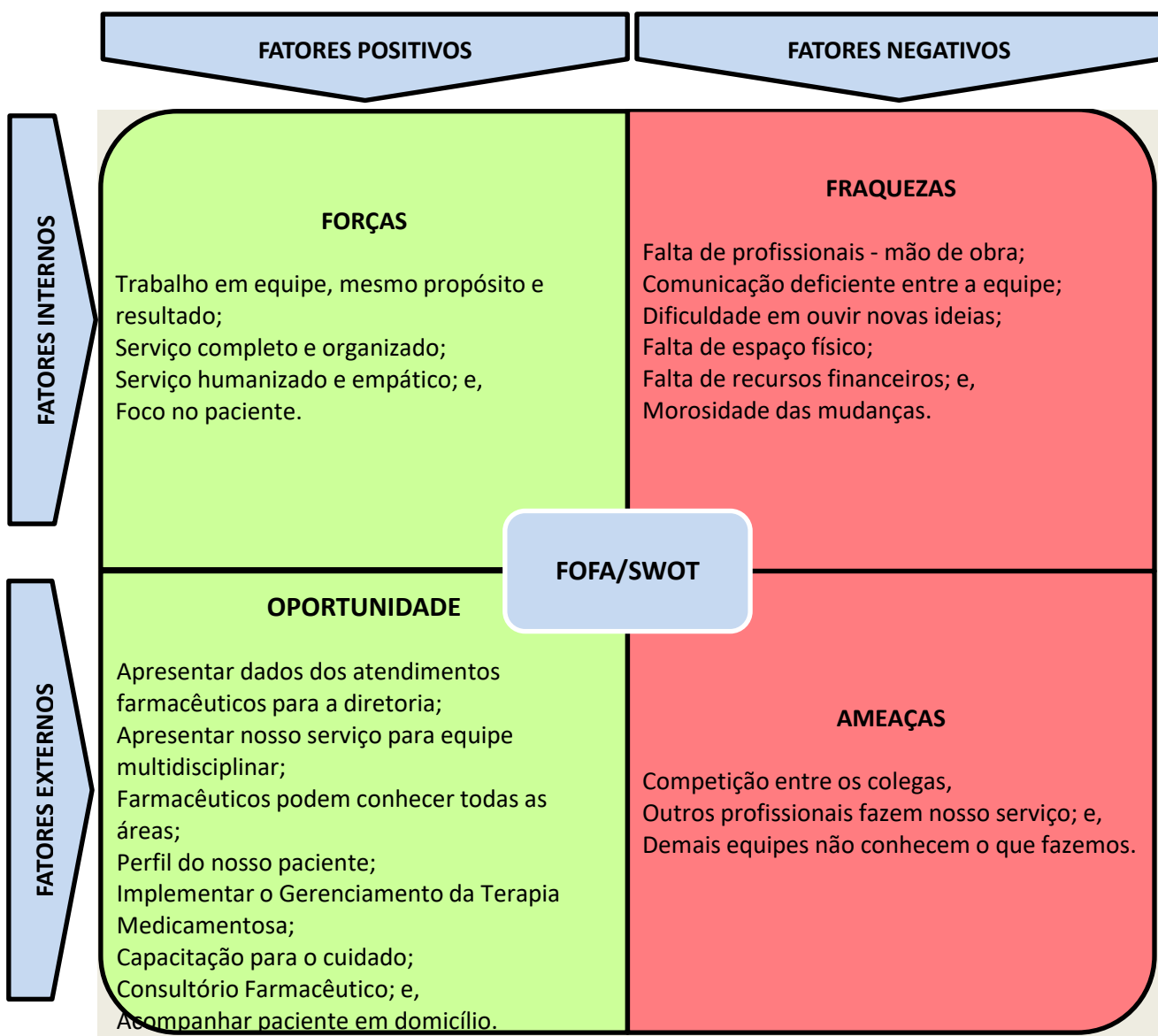
A gente tem que ter um padrão para orientação desse paciente, porque o mesmo paciente orientado na QT é também orientado na internação (Farmacêutico Safira – encontro 5).

Por outro lado, Azurita relata as oportunidades que essa capacitação ofertada representa que a equipe está aberta para novas abordagens e possibilidades.

O que eu acho muito diferente daqui, é que as pessoas propõem melhorias iguais a essa capacitação, se desafiam, eu sinto que a equipe quer mudar, não é uma equipe que se acomoda (Farmacêutico Azurita – Encontro 1).

4

Figura 1 - Resultados da análise FOFA desenvolvida com os participantes da pesquisa.



Fonte: Autoria própria (2023).

Rubi relata que uma das oportunidades é que o farmacêutico conheça várias áreas e isso vai além do cuidar, o profissional que ainda realiza outras tarefas, como as de gestão de estoque:

“Hoje o farmacêutico é um profissional que ele, não fica só no assistencial, que tem que ter uma visão muito ampla, isso é exigido de todos os profissionais [...] E todo mundo tem que atuar com gestão, não é só o cargo de coordenação...seja de pessoas, contato com o colega, com as atividades do trabalho, gestão de tempo, das atividades, e a gente sai muito despreparado da faculdade, para enfrentar o mercado nesse sentido, e a gente vai aprendendo é com a prática mesmo, com erros e acertos” (Farmacêutico Rubi – encontro 1).

Por sua vez, Azurita se posiciona, no sentido que essas são responsabilidades muito distintas para que o farmacêutico também seja o protagonista em todos esses cenários, logo é bastante desafiador para o profissional.

Mas eu acho que é muito difícil cuidar do paciente e cuidar de um estoque de medicamentos, é nesse sentido que eu penso, é desafiador! (Farmacêutico Azurita – encontro 1).

E nesse sentido é interessante notar como Rubi, durante a entrevista que ocorreu após a capacitação, muda o seu posicionamento acerca das diversas atividades realizadas pelo farmacêutico e percebe a necessidade de desvincular as atividades assistenciais das atividades de gestão para prover um cuidado de qualidade.

[...] eu acho que o futuro da farmácia vai ser, essa parte da supervisão gestão de estoque caminhando para ser cada vez mais robotizada, e ser substituída por tecnologia. [...] Então, eu acho que para a gente ter um serviço, dessa complexidade, voltado para o paciente (que é o GTM), será a partir do momento que todos os farmacêuticos tiverem com olhar voltado para os pacientes, e não para o estoque (Farmacêutico Rubi – entrevista).

Com relação a formação profissional, Azurita levanta uma outra discussão, acerca das inúmeras áreas de atuação do farmacêutico, o que pode contribuir para que o ele fique confuso com relação à sua identidade, e que chegue um momento no qual tenha que escolher um caminho dentre vários.

Durante a graduação a gente se sente até privilegiado por poder fazer várias coisas, é um curso que me oferece várias oportunidades, posso atuar em várias áreas, isso brilha os olhos. [...] Eu acho que ele perde um pouco a identidade. Quem que eu sou, né? O que eu ofereço para a população? Mas quando a gente precisa escolher uma área e tem que se especializar naquilo, sendo que você não é tão versátil assim, eu acho que é um outro problema. [...] Então, ao mesmo tempo que

you have 1000 possibilities, in one hour you need to choose (Pharmacist Azurita – encounter 1).

Besides this, Azurita reports that this confusion with relation to the lack of professional identity makes it difficult for this pharmacist to present himself to other professionals in the care, in his own words: “[...] But you need to show to the other who you are, what you do. And I think that people get lost in this, right?” (Pharmacist Azurita – encounter 1), which is corroborated by Rubi: “we haven't managed to leave it very clear for society what is the role of the pharmacist” (Pharmacist Rubi – encounter 1).

Aligned with this discussion, it was quite emphasized among the pharmacists the opportunity of the presentation of the clinical service for the multidisciplinary team. In the words of Azurita, corroborated by Safira:

We have to learn to show our service, to show the numbers, because that's what the directorate wants! (Pharmacist Safira – Encounter 1).

It is worth highlighting that what was an opportunity for Azurita, for Esmeralda was a threat: the lack of knowledge and understanding of other teams in the care about the pharmacist service, was seen as a threat to the class, since other professionals can come to occupy the pharmacist's space in the care.

In the case discussion of the multidisciplinary team, the psychologist of the palliative care organized the patient's medications, and said that she forgot that there was a pharmacist (Pharmacist Esmeralda – Encounter 1).

This theme, which was addressed already in the initial encounter, remained constant in the discussions throughout the encounters. The pharmacists reported how it is the visibility of their services by the other specialties that integrate the multidisciplinary team. They refer that the pharmacist is still seen as that professional who evidences errors related to medications: “They say that people call for the doctors to point out the error! (Pharmacist Jade – encounter 2)”, which is corroborated by Selenita.

After some discussions Rubi reaches the conclusion that in the outpatient chemotherapy service the pharmacist is recognized by the team by the routine associated with the evaluation of prescriptions and manipulations of chemotherapeutic drugs: “Over there the pharmacists have a name and the doctors know whom they should go to!” (Pharmacist Rubi – encounter 5). Already in other sectors of the institution he is not known, according to

pela alta rotatividade de profissionais, como os novos residentes que iniciam a cada ano.

Com relação à fraqueza do serviço, o ponto mais abordado foi a falta de pessoas, que gera deficiências nos resultados e números do serviço clínico farmacêutico: “Temos muita falta de mão de obra. Ah se tivesse mais gente [...] (Farmacêutico Jade – Encontro 1).

Entretanto, Esmeralda salienta ainda como uma força do serviço que o cuidado é feito nas condições que eles possuem no momento, levando também em consideração a motivação de cada profissional: “a inspiração e a motivação são da pessoa. [...] E é essa motivação que faz com que o profissional consiga exercer suas funções na clínica”. [...] criamos com o que temos” (Farmacêutico Esmeralda – Encontro 1).

A oportunidade de conhecer o que os farmacêuticos entendem sobre suas forças, oportunidades, fraquezas e ameaças abriu espaço para explorar e revisitar os serviços e atividades clínicas já realizadas pela equipe nos setores assistenciais do hospital, qual a qualidade e a visibilidade desses serviços, o que ocorreu a partir do segundo encontro.

Foram realizados questionamentos a fim de gerar reflexões acerca dos padrões de prática para o atendimento dos pacientes nos diferentes setores do hospital e a forma que esses serviços e atividades clínicas eram realizadas, desde o preparo do farmacêutico para o cuidado do paciente, condução do atendimento e até as informações coletadas para organização de um plano de cuidado. Os farmacêuticos foram então instigados com as seguintes perguntas: “Qual é o serviço que o farmacêutico faz? Qual é o farmacêutico que o paciente conhece? Qual é o serviço que o paciente conhece? E o que o serviço/a equipe conhece?” Após alguns questionamentos, Rubi se posiciona com a seguinte colocação:

Como é essa uniformidade, qual é o serviço do farmacêutico? O papel do farmacêutico? Porque hoje, ele é sim fragmentado, a gente atende o paciente, mas a gente age pontualmente, traz benefício para o paciente sim, mas é um benefício pontual. É como se a impressora tivesse estragada, você vai lá e troca o tonner... Mas todos os farmacêuticos evoluem, todos os farmacêuticos fazem esses serviços em outros hospitais? Então, isso não é uma coisa padronizada. Não tem essa padronização, que teria que ter, até mesmo a mesma linguagem (Farmacêutico Rubi – encontro 2).

A docente Ágata faz uma contextualização histórica do cuidado farmacêutico no Brasil, que se deu sob cobrança, sem padronização de atendimento e cuidado dos pacientes. Segundo ela, esse pode ser um dos motivos para que até os dias atuais seja vivenciado o reflexo de um cuidado farmacêutico fragmentado.

Esses serviços se deram de forma fragmentada, porque as acreditadoras começaram a cobrar isso no Brasil. E aí todo mundo teve que realizar, mas não havia um método, um raciocínio que organizasse a forma de realizar esse serviço (Farmacêutica Ágata docente – encontro 2).

Rubi compartilha a lembrança da primeira farmacêutica que realizou as atividades clínicas na instituição, cerca de 10 anos atrás, o que corrobora com o exemplificado pela docente Ágata, um serviço clínico fragmentado.

A pessoa chegou aqui sem saber o que acompanhava primeiro. E aí teve o pensamento de fazer tudo, mas fez muita coisa, o esforço foi muito grande [...] de avaliar antibióticos de todos os pacientes, de admitir todo mundo, e na hora que foi para a prática, viu que demandava muito mais (Farmacêutico Rubi – entrevista).

A docente Citrino, por sua vez, expõe para os farmacêuticos que um dos elementos responsáveis por essa falta de padronização nos serviços de cuidado é a própria falta de padronização no ensino do cuidado.

Hoje as universidades não têm essa padronização do ensino (do cuidado) para o farmacêutico, cada uma tem um foco, uma abordagem. E até mesmo dentro das mesmas instituições de saúde o farmacêutico possui diferentes focos (Farmacêutico Citrino docente – encontro 2).

Nesse sentido, com relação ao ensino Safira foi a única farmacêutica que relatou contato anterior com os conceitos de Atenção Farmacêutica e GTM: “Eu conhecia, mas não profundo, foi bem pincelado, coisa de faculdade mesmo.” (Farmacêutico Safira – entrevista).

Ainda sobre o ensino, foi iniciada uma discussão sobre as especializações, como auxílio para o farmacêutico atuante no âmbito do cuidado. Entretanto, Rubi expõe que possui um receio com relação às especializações, no qual o profissional não consegue de fato enxergar o todo, passa a ser tão focado na sua área que não enxerga outras demandas. Cabe ressaltar que essa preocupação de Rubi se mantém e é retomada durante a entrevista.

[...] Eu tenho muito medo. Não sei se está palavra é a certa, é medo, mas é. É o receio do farmacêutico oncológico, chegar a tal ponto “dele” saber tanto de oncologia, que ele só vai olhar para a parte oncológica do paciente, entendeu? E a gente vê muito isso com

medicina, fazendo isso, fatiando o paciente. [...] eu acho que aí passa do conhecimento, você começa a colocar viseira nas pessoas, sabe? (Farmacêutico Rubi – encontro 1).

[...] então a gente tem que ter cuidado na hora de ir se especializando para não se tornar aquele profissional que é até egoísta, que só sabe de um ponto e esquece dos outros, porque aí perde o nível da comunicação (Farmacêutico Rubi – entrevista).

Rubi, bastante incomodada com a fragmentação do cuidado, questiona se os farmacêuticos do serviço fragmentam o paciente, e qual o benefício o paciente pode obter de um cuidado prestado dessa forma.

Tem casos que o paciente estava fazendo quimioterapia e por algum motivo ele teve que internar, aí ele teve uma orientação no ambulatório de quimioterapia com relação a quimioterapia e aqui na unidade de internação ele teve outra. Mas será que realmente a gente “tá” fracionando o paciente? [...] Mas até que ponto esses dois tipos de cuidado que a gente faz, a gente realmente está focando no paciente? A gente está realmente trazendo um benefício para o paciente? (Farmacêutico Rubi – encontro 3).

Rubi compreende que mudar uma rotina de trabalho, não é uma tarefa simples, demanda na verdade uma mudança cultural do profissional. “Mas eu sei que para chegar lá vai ter que haver uma construção de cultura!” (Farmacêutico Rubi – encontro 3).

Rubi, salienta que “a gente consegue fazer muita coisa”, fazendo referência ao número de serviços e atividades que são desenvolvidas de forma desconectada um com o outro. Entretanto, a mesma farmacêutica reconhece que o serviço clínico desenvolvido pode ser melhorado:

“[...] mas em contrapartida se a gente for colocar todo aquele cuidado, focado no paciente onde a gente tem que realmente fazer um acompanhamento farmacoterapêutico eficiente, aí a gente deixa a desejar” (Farmacêutico Rubi – entrevista).

Outra discussão que surge durante a capacitação é a visibilidade dos serviços clínicos farmacêuticos pelos pacientes. Nas palavras de Safira (encontro 6): “Para muitos pacientes, o farmacêutico toma conta só de remédio” (Farmacêutico Safira – encontro 6), o que gerou a discussão acerca da necessidade da apresentação do serviço clínico para o paciente.

[...] é importante também apresentar o serviço ao paciente, por ser uma coisa recente, a farmácia clínica, muitos pacientes não sabem o que é isso. [...] e muitos pacientes acabam achando bastante interessante. Falam assim: Nossa isso existe? E a gente pode explicar

de forma que ele vai entender! [...] (Farmacêutico Ametista – encontro 2).

Ainda, segundo Safira, caso o atendimento do farmacêutico não seja explicado aos pacientes pode gerar preocupações, pois: “Se o farmacêutico saiu lá da farmácia para vir aqui, é porque tem algo errado no meu medicamento” (Farmacêutico Safira – encontro 2).

Rubi discute a necessidade de uma mudança cultural para que o farmacêutico possa ser visto como um profissional que pode contribuir no cuidado dos pacientes, com o objetivo de atingir suas metas terapêuticas.

Por exemplo, porque quando o nutricionista do serviço chega para conversar com ele (paciente), ele não fala, tem alguma coisa errada com a minha dieta? Pode até pensar, mas ele sabe que o profissional está ali para poder orientar e ajudar. Ou fisioterapeuta, ou qualquer outro profissional. (Farmacêutico Rubi – encontro 2).

A docente Ágata, por sua vez, faz uma reflexão com os farmacêuticos acerca da evolução da profissão farmacêutica nos anos recentes e sobre a identidade que o profissional deve assumir, como um facilitador para que o paciente tenha os melhores resultados com o medicamento.

Essa associação do farmacêutico com o medicamento, a gente já sabe que vem com uma construção histórica mesmo. Agora você já é vinculado com o produto, não é? Qual é a próxima etapa que a gente vai ser vinculado? É aquele farmacêutico, aquele que me ajuda a ter os melhores resultados com o medicamento? Mas é igual ao nutricionista, da sua fala, pois o que o nutricionista faz? Ele melhora a minha alimentação! Por que o farmacêutico não pode ser aquele que melhora meu tratamento farmacológico? [...] Aquele que junto com a equipe, busca garantir os melhores resultados para o paciente, em parceria (Farmacêutica Ágata docente – encontro 2).

6.3 CAPÍTULO 3 – “Agora o farmacêutico está achando que é Deus?” - A responsabilidade, a resolutividade das ações e os limites para a atuação

Nesse capítulo será abordado o nível de responsabilidade que os farmacêuticos clínicos e oncológicos relatam ter com o cuidado de seus pacientes no âmbito hospitalar, nos diversos cenários de atuação e a resolutividade do cuidado prestado.

É interessante notar que até o sétimo encontro os farmacêuticos ainda estavam focados na discussão do benefício de orientações pontuais sobre a quimioterapia e possíveis RAM's de acordo com cada tratamento, demarcando uma concepção de cuidado alicerçado na orientação.

Aqui a gente sempre faz orientação quando o paciente está iniciando o tratamento com quimioterapia. A gente então, já orienta sobre os possíveis efeitos que ele pode sentir. Eu acho que se a gente não falasse esses possíveis efeitos eles iam para casa muito seguros que ia ficar tudo bem. O médico já deixa prescritos os medicamentos para náuseas, diarreia, e a gente justamente reforça que esses medicamentos já estão prescritos. Para que eles saibam, tenham segurança que ali tem algum medicamento que vai ajudar. Então nesse quesito eu acredito que a gente está fazendo “certinho” (Farmacêutico Ametista – encontro 7).

Entretanto, durante a entrevista, foi perceptível um olhar diferenciado com relação à responsabilidade frente ao cuidado dos pacientes oncológicos desenvolvido por Ametista.

[...] então essa responsabilidade não é só na orientação, é para qualquer coisa que você for falar e como você vai falar. Então, quando você “tá” indo atender o paciente ou indo fazer qualquer coisa para algum paciente ou então, com qualquer profissional da área da saúde que “tá” envolvendo o paciente, você é totalmente responsável por tudo aquilo que você está passando por todas as informações. Você tem que ter muita firmeza e saber onde você “tá” atuando [...] e a gente é responsável, o médico prescreveu errado sim, mas a gente faz parte desse fluxo (Farmacêutico Ametista – entrevista).

Ademais, os farmacêuticos compreendem a responsabilidade do farmacêutico clínico e a comparam com a de outros profissionais, evidenciado por Jade.

Nosso nível de responsabilidade está pareando com o do médico, porque a gente trava os erros médicos, então a gente não foge do nível (de responsabilidade) do médico não! Eu acho que ainda é maior do que o do médico, porque se você for pensar o médico ele se divide nas especialidades, cada um faz a sua orientação, e aí o farmacêutico ele vai ter que pegar tudo, então eu acho que essa responsabilidade é maior do que a do médico, porque a gente vai precisar de trazer uma análise do paciente como um todo, de todas as comorbidades envolvidas (Farmacêutico Jade – entrevista).

Esmeralda por sua vez durante a entrevista relata que o farmacêutico é o profissional responsável e capaz por avaliar e realizar o gerenciamento da sua terapia medicamentosa de forma completa. Isso demonstra uma mudança no foco, do câncer e nas possíveis interações medicamentosas e reações do tratamento oncológico, para o cuidado holístico. O que representa também a incorporação da filosofia da prática

da atenção farmacêutica em suas rotinas e atividades diárias. Além disso, ela percebe a necessidade de compreender aquilo que gera maior desconforto para o paciente, ou seja, sua queixa principal, propondo uma prática centrada no paciente.

A gente tem que saber das doenças de base daquele paciente. Mas se o paciente tem várias comorbidades, a gente também tem que aprender a trabalhar e avaliar aquilo que mais atinge o paciente, o que é mais grave, qual que é a queixa principal dele. Se for o câncer, beleza vou orientar, mas se ele for hipertenso e diabético, se ele teve uma reação alérgica ao medicamento, a gente tem que avaliar tudo, iniciando pela queixa principal do paciente [...] porque tem casos que o paciente tem tanta dor e ele não consegue dormir à noite, então a solução é socar medicamentos para fazer ele dormir? Então a gente tem que tratar a causa raiz! A queixa principal é a dor? Então vamos resolver a dor! (Farmacêutico Esmeralda – entrevista).

Rubi, durante a entrevista discorre sobre a mudança disruptiva do paradigma de um profissional farmacêutico responsável pela dispensação para o profissional responsável pelo cuidado.

[...] antigamente era só você garantir que o medicamento vai chegar até aquele paciente, independentemente de qualquer coisa, acreditava-se que o que vai tratar o paciente seria ele tomar o medicamento, mais nada além disso. Mas hoje você não pode desconsiderar como é que esse paciente vive na casa dele, você não pode desconsiderar a situação financeira desse paciente, então é realmente você olhar esse paciente como um todo. É tudo! Qual é a comorbidade, o que ele “tá” fazendo aqui (no hospital), quanto às experiências dele com relação ao que ele vive, quanto as crenças dele, quanto ao meio social que esse paciente está inserido, por que tudo isso vai interferir no tratamento e nas escolhas dele. E na ajuda que nós, enquanto profissionais da saúde que fala sobre os medicamentos podemos dar (Farmacêutico Rubi – entrevista).

Já Esmeralda reflete sobre a resolutividade de suas ações frente aos problemas que identifica em relação à terapia medicamentosa dos pacientes: “Sou resolutivo nas condições que eu tenho” (Farmacêutico Esmeralda – entrevista). Ela se refere especificamente aos limites para a atuação do farmacêutico, que avalia a terapia medicamentosa e identifica problemas ou possíveis problemas, mas depende de outros profissionais para solucioná-los:

Por exemplo, no caso do antibiótico, quando o paciente está com a função renal alterada, a gente faz o cálculo da dose, evidencia e documenta a necessidade de ajuste, mas a gente não pode realmente ajustar essa dose. Porque eu não posso prescrever e aqui no hospital a gente também não pode fazer nenhuma alteração na prescrição (Farmacêutico Esmeralda – entrevista).

O mesmo tema foi abordado por Ametista, que afirma que a resolutividade das intervenções farmacêuticas pode ser comprometida pelo fato da não receptividade pela equipe médica.

A gente tem muita boa vontade de resolver aquilo que “tá” errado, só que na maioria das vezes não depende da gente para fazer esses ajustes, essas alterações, e na grande maioria das vezes a gente não tem uma boa receptividade com quem resolve (os médicos prescritores) (Farmacêutico Ametista – entrevista).

Safira por sua vez, traz à tona a dificuldade em se trabalhar de forma holística, avaliando todos os medicamentos usados pelo paciente, em um ambulatório de especialidades.

[...] em vários momentos, a gente faz as intervenções com os médicos e eles me respondem que aqui no ambulatório de quimioterapia não é a hora para a gente corrigir isso, que é melhor encaminhar esse paciente para o posto, ou então, que não vai alterar a prescrição do colega, que é melhor o paciente buscar o médico que é responsável por aquele problema. [...] Então, é igual o exemplo do uso da fluoxetina junto com o tamoxifeno. [...] Aí eu vou até o médico, falo do problema da fluoxetina, e sabe o que ele me responde? Que ele vai iniciar o tamoxifeno só depois que o paciente voltar no médico e trocar a fluoxetina. Porque ele não vai trocar a fluoxetina. E a gente sabe que existem outras drogas que dá para trocar com a fluoxetina. Então, a gente intervém, mas a intervenção não é aceita e o problema não é resolvido (Farmacêutico Safira – entrevista).

Percebe-se pelo relato de Safira que essa abordagem, quando a equipe médica não se responsabiliza pelas possíveis alterações necessárias, pode culminar no atraso do tratamento oncológico do paciente. E para evitar isso: “Então hoje nós pedimos para o paciente procurar o posto de saúde, procurar pelo farmacêutico do posto de saúde, ou então, voltar no médico que é responsável por aquele problema” (Farmacêutico Safira – entrevista).

A partir desse ponto discutido na entrevista com a Safira foi importante compreender nas entrevistas seguintes o que era entendido pelos farmacêuticos sobre a dinâmica de encaminhamento do paciente para outros profissionais e do cuidado continuado, num ambiente que o cobra conhecimentos tão específicos e especializados da oncologia.

Durante a entrevista, ao discutir o assunto, Ametista relata que é muito complicado assumir a responsabilidade de um cuidado holístico, mas reconhece que faz parte das responsabilidades do farmacêutico.

Olha é muito complicado isso, porque está dentro das nossas responsabilidades, mas não tem como fazer tudo, não tem como ter conhecimento de tudo, assumir aquilo ali 100%, não tem como, é muita coisa! (Farmacêutico Ametista – entrevista).

Por sua vez Jade questiona se a abordagem holística do tratamento medicamentoso usada pelos farmacêuticos clínicos é uma opção viável na prática e sugere o trabalho entre equipes de farmacêuticos especialistas.

Por que para o médico tem essas especialidades e para o farmacêutico não? Eu acho que é pedir demais! Com toda certeza, sem sombra de dúvidas! E ainda, é exigido que você tenha que saber resolver aquilo ali como se fosse mais fácil para gente do que para o médico, e não é! A gente faz muito, porque a gente sabe da nossa responsabilidade, e do que o paciente precisa. Mas talvez, o ideal também seria trabalharmos com especialidades. Trabalhar com uma equipe integrada cada um com a sua especialidade, interagindo o tempo todo para poder tratar o paciente como um todo. Seria muito mais viável! (Farmacêutico Jade – entrevista).

Esmeralda no mesmo sentido também afirma que o farmacêutico não precisa trabalhar sozinho, ele pode trabalhar numa rede de apoio e encaminhamento aos outros para a continuidade do cuidado ao paciente de forma holística.

Então, se esse farmacêutico percebe que ele não está conseguindo, ele tem que ter a sabedoria de chamar outro profissional. Isso acontece com os médicos, por que não com os farmacêuticos? Agora o farmacêutico está achando que é Deus? Ele não é! Quantas vezes eu peço a ajuda a você, de uma intervenção que a gente está fazendo? E a gente acaba discutindo, discussões a gente tem o tempo todo, para saber a melhor forma de intervir, de sugerir aquela intervenção ao médico, de sugerir uma modificação do plano terapêutico e isso aqui para nós acontece com frequência! (Farmacêutico Esmeralda – entrevista).

Entretanto, Ametista traz outra contribuição para essa discussão, refletindo na qualidade e resolutividade do cuidado ofertado por ele.

[...] eu tinha uma insegurança muito grande para poder atender os pacientes, quando eu não sabia nada sobre ele. Mas agora que eu já tenho um pouco mais de domínio sobre várias terapias medicamentosas, quando eu “pego” um paciente novo com o conhecimento que a gente tem, isso facilita muito no tempo que eu vou gastar com aquele paciente e na qualidade do atendimento. Porque você já sabe, você já foi treinada, você sabe como conduzir e o tudo o que você tem que passar para aquele paciente em caso de dúvidas e questionamentos daquele paciente. Então otimiza o tempo e aumenta a qualidade do atendimento desse paciente (Farmacêutico Ametista – entrevista).

Ao longo da capacitação e das entrevistas foi possível perceber a mudança no posicionamento dos farmacêuticos com relação à sua responsabilidade: antes entendiam que possuíam responsabilidade em realizar orientações pontuais aos pacientes relacionadas ao tratamento oncológico e após o conhecimento e apresentação do serviço de GTM perceberam que a responsabilidade do farmacêutico é garantir que toda a terapia medicamentosa do paciente seja indicada, efetiva, segura e conveniente. Entretanto ao compreenderem esse fato, se depararam com a responsabilidade de uma abordagem holística, esbarrando em um novo problema e na necessidade de criarem estratégias para resolvê-los.

6.4 CAPÍTULO 4 – “O que a gente fez foi plantar uma sementinha”

As discussões e posicionamentos levantados durante a capacitação e entrevistas evidenciam que os farmacêuticos compreenderam o que é necessário para a realizar a oferta do serviço de GTM, com o cuidado holístico. Esse capítulo discute como os farmacêuticos assimilaram como a prática clínica já existente pode ser otimizada, acomodada e operacionalizada com os conhecimentos do serviço de GTM. Nesse sentido, a percepção acerca da necessidade da continuidade do cuidado e a compreensão acerca do raciocínio clínico para tomada de decisão em farmacoterapia foram as molas propulsoras para se pensar uma nova prática profissional. Entretanto, esse foi um processo de grande ansiedade dos farmacêuticos, que perceberam o tamanho do desafio a ser enfrentado para transpor do conhecimento para a ação, ou seja, de fato operacionalizar os conhecimentos do serviço de GTM.:

Depois de toda a aula que a gente tem, eu pergunto. Como é que a gente vai trazer toda essa complexidade para a nossa prática? Para a complexidade da nossa realidade? Acredito que este seja realmente o nosso grande desafio. Porque é tudo muito complexo (Farmacêutico Rubi – encontro 4).

Durante os encontros os farmacêuticos ficavam ansiosos, apreensivos e receosos com a exposição dos conteúdos, que para a maioria era novidade, e como adaptar para de fato alterar as suas práticas clínicas. Durante o encontro do grupo focal foi importante conversar e expor novamente o objetivo da capacitação.

A capacitação não tem como objetivo mudar tudo que vocês fazem. Estamos aqui para adquirir conhecimento e outras habilidades, todos juntos! Para entender como melhor atender e cuidar dos pacientes. Para que a gente também possa absorver essas informações para levar para a nossa prática do dia a dia. Vamos aplicando aos poucos (diário de campo – preparação para o encontro 5).

Rubi durante a entrevista, se lembra da ansiedade pela mudança e faz menção à aula prática na qual um caso clínico real foi trabalhado, onde de fato eles conseguiram praticar e aplicar os conhecimentos adquiridos.

[...] quando a gente começou a capacitação, as aulas, estava todo mundo muito empolgado e aí quando veio o caso clínico, as fichas foram caindo, e as pessoas viram que o serviço é muito lindo maravilhoso, mas na hora que vai colocar na prática, dá trabalho!!! [...] (Farmacêutico Rubi – entrevista).

Esmeralda, por outro lado, meio de tanta ansiedade, descreveu como que para ela estava sendo esse processo de conhecimento sobre a atenção farmacêutica: “O cuidado, assim como o ensino, deve ser igual a um riacho, calmo, sereno e contínuo” (Farmacêutico Esmeralda – encontro 5).

Rubi, relata durante a entrevista que a capacitação causou certa mudança na visão das pessoas sobre o cuidado.

É muito difícil tirar as pessoas da zona de conforto e o que a gente fez foi plantar uma sementinha. Então cada semente irá germinar num tempo. Cada semente terá que ser aguada de um jeito [...] Mas eu acho que a visão das pessoas mudou sim, mas pra gente trazer esse conhecimento para a prática, vai ser outra energia que vai demandar (Farmacêutico Rubi – entrevista).

Durante a entrevista com Rubi, relata que entende que no serviço de GTM reside uma oportunidade, na sua concepção é um serviço complexo, mas é uma oportunidade para que o farmacêutico possa organizar e operacionalizar o serviço, a fim de cuidar dos pacientes efetivamente.

[...] sinceramente eu fiquei surpresa sobre o tanto que esse conceito e esse pensamento do farmacêutico com paciente aplicado dentro do hospital cresceram para mim [...]. Então, aí você pensa que isso vai dar certo, quando realmente tem um ambulatório, você pensa por exemplo assim num dentista, que ele tem um consultório que ele avalia o paciente ele vai dando a continuidade no acompanhamento até resolver com o paciente. Mas a profissão farmacêutica não tem essa cultura de ter um farmacêutico que tem um consultório e que atende [...] Mas a hora que você olha a complexidade do hospital, mas eu fiquei surpresa e muito feliz de ver essa evolução, essa possibilidade (Farmacêutico Rubi – entrevista).

Ainda no sentido de colocar em prática e organizar a fim operacionalizar o serviço, um aspecto que emergiu dos participantes foi a incorporação do raciocínio clínico para a tomada de decisão e como instrumento norteador da nova prática clínica.

Você perguntou se faz sentido a gente avaliar se inicialmente o medicamento é indicado para o paciente, faz total sentido! Isso que você falou que ia direto para as reações, é uma coisa que eu também fazia. Eu pensava: Será que esse medicamento pode causar uma reação? Porque no início, eu realmente não pensava: será que esse medicamento o paciente realmente tem que estar usando? E é verdade, a gente tem que começar por esse ponto de partida. Que vai chegar uma hora que você vai encontrar onde está o erro [...] Eu sou uma pessoa que sempre errava essas classificações [de PRM]. Só que agora depois que tivemos as aulas, fica mais visível para mim (Farmacêutico Ametista – encontro 7).

O docente Citrino por sua vez discute com os farmacêuticos que o raciocínio clínico pode ser aplicado em quaisquer atividades e serviços já realizadas, em suas palavras: “É aplicar o raciocínio clínico do GTM, durante a validação da prescrição, durante a conciliação medicamentosa, durante os processos de atendimento desse paciente” (Farmacêutico Citrino docente – encontro 7).

Independente da atividade clínica que eu estiver realizando, se eu tiver esse conhecimento do raciocínio clínico internalizado. Ele vai ser muito útil para fazer um atendimento completo desse paciente (Farmacêutico Citrino – encontro 7).

E a docente Amazonita expõe de uma maneira clara para os farmacêuticos, como realizar a aplicação na conciliação medicamentosa:

“E na conciliação medicamentosa, por exemplo, a gente não está fazendo só um “cara” crachá. Onde eu avalio aquele medicamento, se ele vai continuar no hospital? Sim ou não. Se ele trouxe sim ou não. Eu tenho que avaliar se faz sentido aquele medicamento na prescrição daquele paciente, por mais que ele já tome ele previamente. Então tem que avaliar se realmente tem aquela indicação. Se está sendo efetivo para ele” (Farmacêutico Amazonita docente – encontro 7).

Rubi reitera que podem ter o mesmo raciocínio, mas cada profissional também poderá trabalhar da sua forma individualizada.

E a gente não pode esquecer que cada profissional vai ter o seu jeito de olhar para aquele paciente, por mais que a parte teórica seja a mesma, cada profissional é formado com uma experiência diferente. Mas eles podem sim trabalhar com o mesmo raciocínio (Farmacêutico Rubi – entrevista).

A partir do momento em que houve a incorporação, consciência e apropriação da equipe acerca da padronização da prática clínica por meio do uso do raciocínio clínico, fica também compreendido por eles a necessidade da continuidade desse

serviço com o mesmo padrão de prática clínica. Isso para que exista uma comunicação com o cuidado já realizado anteriormente pela equipe de farmacêuticos, algo que até então não era realizado. Dessa maneira, é percebido a oportunidade da resolução do problema identificado no primeiro encontro, durante a análise FOFA, a fragilidade na comunicação da equipe de farmacêuticos.

[...] E se nós todos trabalharmos no mesmo padrão, ter esse ritmo, ter a mesma forma de trabalhar em todos os setores do hospital. A evolução que vocês fizerem lá embaixo a gente consegue dar continuidade aqui em cima e vice-versa, o paciente vai para casa e vai voltar daqui um mês, a gente consegue dar andamento, acompanhar esse paciente, consegue saber quais são os PRM's dele, e daí para a frente a gente avança em todos os níveis, e a gente vai ganhar muito. (Farmacêutico Esmeralda – encontro 5).

Mas agora acho que agora que aconteceu a virada de chave! É pensar mesmo nessa continuidade de tratamento, digo nessa continuidade de atendimento. Que aí quando a gente olha para trás e fala, nossa o que é isso que eu vim fazendo? Por que, que eu não dou sequência no que o outro faz? É importante para o nosso atendimento, para nós, farmacêuticos, e para o paciente (Farmacêutico Esmeralda – encontro 8).

Utilizando do raciocínio clínico, Safira, então deduz que os problemas são apenas identificados, e por não haver continuidade do atendimento, um retorno, o problema não é resolvido.

Porque aí acaba que você não está resolvendo os problemas. Você está até identificando, mas você “tá” só perguntando, fazendo perguntas (Farmacêutico Safira – encontro 8).

Os farmacêuticos relatam que esse assunto é até um dos pontos cobrados pelas auditorias externas do hospital. Nas palavras de Jade: “Eles (acreditações) sempre cobraram isso!!! Eles sempre cobraram no sentido de uma linha do acompanhamento do paciente” (Farmacêutico Jade – encontro 8).

[...] Mas acho que quando eles falam de transferência de cuidado, de continuidade de cuidado, eles querem avaliar um pouco disso mesmo, como é que está sendo esse cuidado que é feito pela equipe multidisciplinar. Mas vamos falar da farmácia, como que está sendo o cuidado desse paciente pela equipe de farmácia? (Farmacêutico Rubi – encontro 8).

Nas palavras da docente Citrino: “Então, nada mais é que uma transição de cuidado” (Farmacêutico Citrino docente – encontro 8).

E Safira, depois da capacitação percebe e assinala que o paciente deve receber o mesmo tipo de atendimento, independentemente do local que estiver.

A farmácia clínica abrange muita informação e eu acho que a gente tem que juntar isso [...] nosso paciente é o único, então da mesma forma que ele é tratado na quimioterapia, ele tem que ser tratado na internação (Farmacêutico Safira – entrevista).

Esmeralda então, menciona a possibilidade da construção de um plano de cuidado que seja coletivo entre os farmacêuticos, sugerindo o encaminhamento dos pacientes aos farmacêuticos com maior expertise de uma área específica.

[...] a gente pode montar um plano de cuidado, que é coletivo que é um plano de cuidado que envolve as responsabilidades, quando o profissional percebe que não “tá” dando conta daquele problema ele pode solicitar ajuda de um outro farmacêutico (Farmacêutico Esmeralda – entrevista).

Ao apresentar a ideia a Ametista, ela reconsidera e entende o encaminhamento como algo importante para um serviço de qualidade.

[...] então, por que não fazer um serviço de qualidade, se você pode fazer esse serviço! Então, esse fluxo de passar a demanda para aquele profissional que mais capacitado eu acho que vai ser muito importante (Farmacêutico Ametista – entrevista).

Jade ainda fortalece que essa será uma oportunidade de discussão entre eles, e um momento oportuno para melhorarem o conhecimento acerca de outros problemas de saúde, tratamentos e condutas.

Sim! E aí, a gente orientaria esse paciente sobre essa parte (quimioterapia), ou a gente conseguiria discutir. Eu conseguiria te passar algumas particularidades do atendimento na quimioterapia, conseguiria orientar esse paciente, e no final das contas esse paciente seria acompanhado por nós duas. Então, por exemplo, você fica por conta da parte do diabetes, eu fico por conta dessa parte da QT. E pensando na terapia do paciente a gente teria discussões, não a nível da equipe multiprofissional, mas discussões farmacêuticas, para gente falar sobre aquele paciente, e discutir a terapia daquele paciente. Seria lindo! [...], e aí vai chegar num ponto que questões básicas a gente não vai precisar consultar uma à outra, porque a gente já vai saber, você vai ter a segurança de orientar aquilo, de manejar aquilo, mas vai ter particularidades que não, e aí a gente vai levar aquilo pra ser discutido entre a nossa equipe (Farmacêutico Jade – entrevista).

Esmeralda, descreve mais uma vez que a equipe deve trabalhar de forma padronizada, organizada a fim de obterem resultados.

Ou seja, é aquela frase, uma Andorinha só não faz verão. É aquilo? Se cada um continuar no seu mundo, a gente não vai sair do lugar! E a gente não faz nada. Mas se todos nós pensarmos da mesma forma, e agirmos de uma forma que vai mostrar resultado, a gente consegue sim ficar gigante aqui dentro (Farmacêutico Esmeralda – encontro 8).

Além da incorporação do raciocínio clínico e da continuidade do cuidado, Rubi faz a seguinte colocação, com a finalidade de desenvolverem um serviço que olhe para o paciente, e não exerça funções e atividades fragmentadas, assim como dito por ela “em caixinhas”.

[...] Porque a gente não pode esquecer que o mesmo paciente que faz quimioterapia no ambulatorial, pode ser o mesmo paciente que vai passar por uma cirurgia, que tem uma recidiva que volta para a unidade de internação, é um paciente que cura e vem fazer controle, ou então é um paciente que vai para o cuidado paliativo, mas no final ele é o mesmo paciente! Então, o que, que a gente pode fazer? E não olhar “pra” ver se ele está tendo reação, apenas para ver se a gente está validando a prescrição dele, ou seja, a gente realmente está nas caixinhas. Isso é um desafio gigante! (Farmacêutico Rubi – encontro 5).

Esmeralda, ainda realiza o seguinte raciocínio, comparando a farmácia clínica e a atenção farmacêutica. Segundo ela, na farmácia clínica os serviços e atividades são desconectados e vão sendo encaixados nos pacientes, de acordo com as demandas. Já a atenção farmacêutica envolve conhecer o paciente e avaliá-lo para entender suas demandas e assim traçar um plano de cuidado.

[...] acho que aí é que está farmácia clínica, e a gente vai pegando essas caixinhas, e encaixando nos pacientes, o que a gente vai ter que fazer é um desfragmentar desse processo. Mas quando a gente fala de atenção farmacêutica, me corrija se eu tiver errado, a gente tem o paciente e aí vai abrindo essas caixinhas, a gente vê quais problemas de saúde estão relacionados com aquele paciente e a gente pega o paciente de dentro para fora, na sua totalidade, a gente consegue atendê-lo PLENO! (Farmacêutico Esmeralda – encontro 5).

E durante a entrevista Esmeralda descreve como para ele foi essa virada de chave do atendimento holístico, pois uma vez que o paciente é atendido, o farmacêutico se faz conhecedor dos seus problemas de saúde e medicamentos em uso, é possível “acomodar” as diversas atividades pontuais já realizadas pelo serviço de farmácia clínica.

Bom se eu faço a anamnese inicial dependendo da demanda, eu tenho que fazer esse acompanhamento da farmacoterapia. Se eu faço a anamnese inicial e esse paciente usa medicamento em casa eu tenho que fazer conciliação medicamentosa. Se ele me fala que tem uma alergia na anamnese inicial eu tenho que continuar avaliando para ver se isso não é na verdade uma reação ao medicamento. Se ele usa sonda, e eu identifiquei isso na anamnese inicial, então eu tenho que fazer uma orientação. Se durante anamnese inicial eu percebo que o paciente vai fazer uma quimioterapia, eu tenho que orientar. Com a anamnese inicial eu consigo iniciar o meu serviço. Aí eu avalio os problemas de saúde e a gente vai programando o segundo

atendimento de acordo com a demanda, que vai de encontro a capacitação que você fez. Então a anamnese inicial não pode ser deixada de ser feita de jeito nenhum. Não tem como eu fazer uma avaliação de RAM sem ter feito a anamnese. Então eu tenho que conhecer esse paciente, porque afinal de contas eu tô assumindo uma responsabilidade, porque eu não estou indo lá só conciliar os medicamentos, mas eu tenho que saber o que se passa com esse paciente (Farmacêutico Esmeralda – entrevista).

É perceptível que os farmacêuticos absorveram o que é ter um raciocínio clínico para realizar esse serviço, o que é uma prática generalista e holística. Que o farmacêutico não necessariamente saberá de tudo, mas saberá onde buscar a informação e ajuda para poder resolver aquele problema do paciente. E o serviço no âmbito hospitalar deve ser continuado, para tanto ele deve ser documentado, algo que já é realizado, entretanto, deve-se utilizar uma mesma linguagem e aplicado o mesmo raciocínio, para que haja continuidade do cuidado.

7 DISCUSSÃO

A capacitação teve como intuito apresentar os conceitos sobre o serviço de GTM embasado no arcabouço teórico-metodológico da Atenção Farmacêutica para a equipe de farmacêuticos abrindo a possibilidade de gerar uma mudança paradigmática acerca do olhar farmacêutico para o cuidado. Foi um momento que contribuiu para o nivelamento do conhecimento dos farmacêuticos sobre o cuidado, a fim de que pudessem “falar a mesma língua” melhorando a comunicação e criando um ambiente propício para que a equipe pudesse refletir sobre as atividades clínicas já realizadas na instituição, dessa forma contribuindo para a melhoria do cuidado que já é ofertado aos pacientes oncológicos.

A capacitação foi construída para ofertar um espaço de apresentação, consolidação e prática dos novos conhecimentos, para que pudessem incorporar os aspectos éticos, valores e responsabilidades da prática profissional da atenção farmacêutica (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012).

A capacitação mostrou que o processo de aprendizagem e entendimento se dá numa curva de crescimento não linear e que é distinta para cada um dos participantes, na qual cada um possuiu uma velocidade para compreender e absorver os conceitos sobre o serviço de GTM. Em concordância com o TAE, para que os profissionais pudessem ter um aprendizado generalizado, porém potencializado, os primeiros encontros teóricos foram importantes para solidificar conceitos sobre a atenção farmacêutica, processo de cuidado do paciente e o raciocínio clínico pois, como descrito por Martín-Calero e colaboradores (2004), para que o profissional possa modificar e efetivamente transformar sua prática clínica, é necessário que este incorpore a filosofia de prática da atenção farmacêutica.

Ao longo de todo o processo de pesquisa foi possível perceber, por meio dos dados obtidos, uma evolução no sentido da compreensão de conceitos fundamentais para a prática de um serviço de GTM. Ao longo dos capítulos apresentados nos resultados pode ser percebido uma mudança na percepção de alguns farmacêuticos, que inicialmente concentraram os relatos na função do farmacêutico orientador e nas habilidades de comunicação necessárias para essa atividade, evoluindo para a discussão de conceitos como a necessidade de construção de uma relação terapêutica e da incorporação do compartilhamento de decisões com o paciente, considerando a ex-

periência do paciente, como discutido no capítulo 1 por Rubi “Acho que o maior desafio desse cuidado centrado no paciente, para a gente ter sucesso é que você tem que envolver o paciente de alguma forma, ele tem que te ajudar a conhecê-lo [...]”.

Desde o primeiro encontro da capacitação os farmacêuticos relataram como um aspecto fundamental no processo de cuidado ouvir o paciente. Os farmacêuticos relacionam a importância de ouvir para realizarem inicialmente orientações necessárias para o paciente, mas ao longo dos encontros essa percepção foi ampliada, e ouvir passa a ser compreendido como a exploração de dados além dos objetivos, acesando dados que permitem compreender a experiência subjetiva dos pacientes com o uso dos medicamentos. Essas informações podem estar relacionadas a como esses pacientes se sentem com relação ao seu processo de saúde e doença, uso dos medicamentos e as emoções envolvidas nesse processo (DE OLIVEIRA; SHOEMACKER, 2006; NASCIMENTO *et al.*, 2020).

Eles ainda não conheciam os termos técnicos usados nesse campo do saber, mas descreveram a importância de um serviço pautado pela empatia, simpatia, honestidade e confiança, o que caracteriza o estabelecimento de vínculo com o paciente, a fim de construir a relação terapêutica (RAMALHO DE OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Aliado a isso, os farmacêuticos citaram que o conhecimento acerca da farmacoterapia em conjunto com a capacidade de ouvir as demandas dos pacientes pode auxiliar na identificação de problemas que possivelmente não seriam identificados por outros profissionais, podendo ser utilizados na tomada de decisão acerca da terapia medicamentosa, como preconizado (RAMALHO-DE-OLIVEIRA *et al.*, 2012; SHOEMAKER *et al.*, 2017; NASCIMENTO *et al.*, 2020; OLIVEIRA; NASCIMENTO; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2020). Assim como relatado por Ametista “E as vezes, algo que ele não relata para o médico ou outro profissional, ele acaba relatando pra gente”.

Ainda, conforme descrito por De Oliveira e Shoemaker em 2006, ouvir o paciente e colocá-lo como centro, ou seja, participante das decisões acerca de seu tratamento é uma das estratégias para o cuidado. Isso faz com que ele perceba que seus desejos, história e vivência são levados em consideração, o que contribui diretamente no fortalecimento da relação terapêutica entre profissional e paciente (DE OLIVEIRA; SHOEMACKER, 2006; RAMALHO DE OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Ademais, os farmacêuticos reforçaram nos encontros, a necessidade de adequação da linguagem a fim de atingir uma comunicação efetiva entre farmacêutico e paciente. Levar em consideração o letramento em saúde, é estabelecer a comunicação pelo nível de compreensão do paciente, que se relaciona diretamente com suas habilidades cognitivas e sociais, como essas habilidades podem influenciar em sua vida, em suas decisões e, conseqüentemente, impactando na efetividade terapêutica (LEVIN-ZAMIR *et al.*, 2016; CANGUSSU *et al.*, 2021).

Nesse sentido, estabelecer uma comunicação efetiva entre farmacêutico e paciente otimiza o cuidado, faz com que a relação terapêutica seja criada e posteriormente fortalecida. Ademais, possibilita o envolvimento do paciente no cuidado de forma que ele compreenda seu papel como tomador de decisão em saúde em conjunto com os outros profissionais responsáveis pelo seu cuidado (OLIVEIRA; NASCIMENTO; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2020).

Outros aspectos que merecem destaque nos resultados encontrados é a percepção gradativa dos farmacêuticos acerca da sua responsabilidade enquanto um profissional do cuidado, da necessidade de padronização da prática profissional e do benefício da utilização de um raciocínio clínico para a tomada de decisão em farmacoterapia.

Esse processo se iniciou com a discussão acerca da mudança de paradigma do farmacêutico responsável pela dispensação, para o farmacêutico responsável pelo cuidado do paciente, assim como os sistemas tradicionais de prescrição e dispensação existentes e que esses podem ser insuficientes para garantir a segurança e efetividade da terapia medicamentosa (MCINNIS; WEBB; STRAND, 2012).

Ao longo da capacitação os farmacêuticos compreenderam que ofertam um serviço clínico com foco em demandas pontuais, não havendo uma comunicação entre as diversas atividades executadas pelo farmacêutico, e que não permite a avaliação das demandas do paciente na sua totalidade, ou seja, um serviço fragmentado.

Na maioria das vezes, as atividades eram realizadas isoladamente com o foco nas orientações aos pacientes acerca da terapia medicamentosa e foi possível perceber que não ficava claro para aqueles profissionais qual a sua responsabilidade, qual sua função frente ao cuidado dos pacientes.

Nesse sentido, foi possível observar uma mudança no posicionamento dos farmacêuticos ao longo da capacitação, que perceberam a necessidade de se desvincular atribuições gerenciais daquelas relacionadas ao cuidado, uma vez que hoje o farmacêutico é chamado a participar do sistema de saúde como prestador de cuidado, já que existe uma demanda relacionada ao uso dos medicamentos (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2020). Alguns estudos que discutem a necessidade da presença de farmacêuticos com dedicação de tempo integral para as atividades do cuidado (SALGADO *et al.*, 2012; SORENSEN *et al.*, 2016; RIBEIRO, 2017; FISCHER *et al.*, 2017; DETONI *et al.*, 2017). Ainda, o contato com a filosofia da prática da atenção farmacêutica durante a capacitação permitiu que alguns farmacêuticos perceberem a sua responsabilidade frente às necessidades farmacoterapêuticas do paciente (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012).

Outro aspecto que foi percebido pelos farmacêuticos foi a necessidade de uso de um processo de raciocínio clínico lógico, racional e sistemático de tomada de decisão em farmacoterapia, que poderia auxiliá-los a focar no paciente e em suas necessidades farmacoterapêuticas. Após o entendimento do raciocínio clínico, ficou claro que não adiantava ter o foco nas possíveis reações adversas, que é um problema de segurança, uma vez que a indicação daquele medicamento não foi avaliada. Sendo assim, percebeu-se que o raciocínio clínico é a base para as tomadas de decisão em saúde, pois alinhado às suas experiências clínicas e conhecimentos prévios, o raciocínio clínico como base estrutural dos atendimentos permite que o farmacêutico tenha maior segurança em suas condutas, faz com que a comunicação com os outros farmacêuticos seja estabelecida, e até mesmo com que a prática seja reproduzível, uma vez que há um processo lógico, racional e sistemático, ou seja, um processo padronizado para as tomadas de decisão em saúde (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012; OLIVEIRA; NASCIMENTO; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2020).

Com relação à identificação e classificação dos PRMs, durante a capacitação, a equipe relatou que já fazia o uso da classificação, entretanto, apresentava dificuldades, pois realizava a classificação avaliando primeiramente a prescrição, sem conhecer os problemas de saúde dos pacientes. Essa análise de caminho inverso, também é corroborada pelos resultados encontrados por Oliveira (2016) em sua

dissertação, na qual os farmacêuticos entrevistados em sua pesquisa qualitativa identificavam um possível erro na terapia medicamentosa em uso pelo paciente, ou seja, na prescrição, para então classificarem os PRMs.

E Silva (2009) nos alerta para o risco de identificação de problemas inexistentes, quando não se adota um processo sistemático de avaliação da farmacoterapia. Os farmacêuticos relataram que, ao compreenderem o raciocínio clínico, a classificação dos PRM's se tornou algo mais fácil, favorecendo suas tomadas de decisões, assim como informado por Ametista “[...] no início, eu realmente não pensava: será que esse medicamento o paciente realmente tem que estar usando? E é verdade, a gente tem que começar por esse ponto de partida”.

Dessa maneira, foi ficando claro ao longo dos encontros a necessidade do uso do raciocínio clínico inserido a todas atividades e serviços clínicos realizados. Paralelamente, essa percepção foi se expandindo, o que os levou a identificarem a necessidade de organizar as atividades já realizadas em um serviço padronizado e continuado em qualquer nível da assistência hospitalar e principalmente realizado por qualquer profissional farmacêutico da equipe.

Cabe ressaltar que nos últimos encontros os farmacêuticos tiveram a oportunidade de colocar em prática o serviço de GTM por meio da discussão de um caso clínico, utilizando dados de um paciente real, conhecido previamente pela equipe. Com isso, os farmacêuticos percebem como os conceitos e processos discutidos ao longo da capacitação se conectavam às atividades que eles já realizavam em sua rotina, e em como essas atividades poderiam ser executadas de acordo com as demandas dos pacientes, ou seja, contribuindo para uma prática centrada no paciente, como preconiza a filosofia da Atenção Farmacêutica. Ou seja, ao realizarem a prática com um caso clínico real, puderam entender como a prática clínica já existente poderia ser otimizada, acomodada e operacionalizada com os conhecimentos do serviço de GTM.

A preocupação com a necessidade de continuidade do cuidado foi frequente ao longo de toda a capacitação e apareceu já nos primeiros encontros, como citados nos capítulos 1, 2 e 4. Acreditamos que essa percepção foi o elemento fundamental para os farmacêuticos compreenderem a necessidade de reorganização das atividades já realizadas por eles.

Os farmacêuticos compreenderam que o paciente oncológico na grande maioria das vezes apresenta outros problemas de saúde associados ao câncer, como, hipertensão, diabetes mellitus, dislipidemia, exige o uso de múltiplos medicamentos. Logo, o cuidado holístico pode contribuir de forma integral, não apenas com foco na terapia oncológica, sendo então esse o tipo de cuidado ideal para os pacientes (KIM; PARISH, 2017; NIGHTINGALE *et al.*, 2015).

Dessa maneira, foi discutido também que o sucesso da prática clínica dependerá diretamente do seu nível de conhecimento, habilidade e compromisso em relação ao cuidado do paciente (CIPOLLE, STRAND e MORLEY, 2012). Nesse sentido, os farmacêuticos discutiram como a formação voltada para inúmeras áreas de atuação impactava no serviço prestado, pois segundo eles muitas oportunidades de atuação fazem com que se sintam confusos com relação à sua identidade profissional consigo mesmo e para a sociedade em geral, dados que são apresentados no capítulo 2. E isso, pode refletir diretamente no serviço clínico que vem sendo ofertado muitas vezes para suprir demandas pontuais que acaba por fragmentar o paciente.

Foi discutido também que com essa formação abrangente seja necessário que esse profissional se especialize para que possa de fato compreender o cuidado, uma vez que o assunto não foi solidificado durante a graduação. Além disso, com relação a atuação do farmacêutico no âmbito oncológico é obrigatório que este possua alguns conhecimentos específicos. Em especial, para atuar como farmacêutico oncológico, o farmacêutico deve ser portador de título de especialista emitido pela Sociedade Brasileira de Farmacêuticos em Oncologia (SOBRAFO), tenha feito residência na área de oncologia, seja egresso de programa de pós-graduação *latu sensu* reconhecido pelo MEC relacionado à farmácia oncológica ou atuado por três anos ou mais na área de oncologia, de acordo com a resolução CFF nº 623 atualizada pela resolução nº 640 de abril de 2017.

Já para atuar como farmacêutico clínico, em 2017, ocorreu a alteração nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em farmácia que busca reforçar a formação clínica, evoluindo a formação profissional com competências sobre cuidado ao paciente, família e comunidade em geral (BRASIL, 2017c). Entretanto, desde 2013, existe uma resolução do CFF de nº 585, que regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico, e não há necessidade estabelecida por legislação de especialização para atuar na área.

A nova DCN de 2017 que incluiu o eixo do cuidado, vem sendo aplicada nos cursos de farmácia, para os futuros profissionais. Mas ainda sem uma padronização da prática clínica farmacêutica a ser ensinada e conseqüentemente exercida. Cada curso inseriu disciplinas que ensinam sobre o cuidado e atuação clínica para os farmacêuticos de maneiras diferentes, o que reflete algo que vemos hoje na prática, serviços clínicos farmacêuticos realizados de forma fragmentada, sem padronização e sem continuidade.

Dessa maneira, os farmacêuticos chegaram à conclusão que é importante a especialização acerca do cuidado, pois muitos ainda atuam na prática clínica, sem uma formação adequada para as habilidades e competências relativas ao cuidado, continuando com uma base de formação tecnicista, com foco no medicamento. Reflexo de uma grande problemática acerca da regulamentação das atribuições clínicas e, de fato, o ensino nas graduações de farmácia acerca do assunto.

Alguns autores discutem que esses farmacêuticos que se encontram exercendo o cuidado, sem uma base sólida acerca do assunto, se sentem desafiados e inseguros tanto para se relacionarem com a equipe multiprofissional que já realiza tal atividade, quanto para, de fato, assumirem a corresponsabilidade pelo cuidado dos pacientes (FEGADOLLI *et al.*, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2005; SOLER *et al.*, 2010; RIBEIRO, 2017).

E isso fica evidente ao longo da capacitação, quando, na maioria das vezes, o conteúdo apresentado era de grande novidade para a maioria dos farmacêuticos presentes. Isso foi confirmado ao longo das entrevistas, visto que apenas um dos entrevistados relatou já ter ouvido falar sobre a atenção farmacêutica.

Por outro lado, foi citado mais de uma vez uma preocupação com relação às especializações. Tal preocupação se referia ao farmacêutico se especializar a ponto de não conseguir avaliar o paciente de forma integral e focar apenas nos problemas relativos à oncologia. Isso poderia promover, ainda mais, a fragmentação do cuidado.

Entretanto, nesse sentido, surgiram novos questionamentos sobre o tipo de cuidado que o paciente realmente precisa e o tipo de cuidado que é possível de ser ofertado em um hospital especializado em oncologia, e ainda, na resolutividade dos problemas identificados pelos farmacêuticos clínicos, que foi discutido no capítulo 3 descrevemos sobre os limites de atuação do profissional e em como isso afeta a resolutividade das intervenções propostas. Essa reflexão foi necessária, pois em

qualquer serviço é crucial atentar-se às necessidades dos pacientes atendidos e qual a melhor maneira atendê-las (SHOEMAKER *et al.*, 2017).

O cuidado especializado oncológico, assim como exemplificado ao longo da capacitação pelos farmacêuticos, tem o foco na identificação, resolução e prevenção de problemas relacionados a terapia oncológica. É notório que as reações adversas têm grande influência sobre o tratamento do paciente. E por isso esse sempre é um dos maiores focos de atenção do cuidado farmacêutico, justificado pelo fato de que o tratamento oncológico possui alto potencial de causar reações adversas graves pelo seu mecanismo de ação, tempo de exposição e concentrações elevadas. Além disso, alinhado a essa possível complicação das reações, muitos pacientes optam por abandonar ou adiar o tratamento devido às reações. Essas situações comprometem a resposta ao tratamento e, muitas vezes, faz com que a doença progrida (NOGUEIRA *et al.*, 2016; CALADO *et al.*, 2019).

Dessa maneira, após a compreensão do serviço de GTM e da responsabilidade do farmacêutico em garantir que toda a terapia medicamentosa do paciente seja indicada, efetiva, segura e conveniente, não apenas relacionada com a terapia oncológica. Sendo assim, iniciaram-se outras discussões com relação a esse desafio do cuidado holístico em um hospital especializado em oncologia.

Foi relatado pelos farmacêuticos que durante a capacitação, ao identificarem PRM's não relacionados à oncologia no ambiente do ambulatório de quimioterapia, tiveram dificuldade na resolução destes junto à equipe médica, percebendo a não responsabilização destes pelos problemas não relacionados à terapia oncológica.

Nesse momento foi perceptível que ao compreenderem sua responsabilidade com as necessidades farmacoterapêuticas do paciente e a não resolução dos problemas identificados, pois não possuem autonomia para realizar alterações nas prescrições, o serviço se torna estagnado e não resolutivo. Dessa forma, ao longo dos últimos encontros e nas entrevistas, os farmacêuticos foram discutindo e percebendo possíveis estratégias para solucionar esse problema, a fim de que o cuidado começasse a ser ofertado de forma holística não apenas voltado para a terapia oncológica, além disso, que fosse ofertado de forma continuada. Uma das estratégias identificado por eles é o encaminhamento desses pacientes atendidos no ambulatório para médicos e farmacêuticos das unidades básicas de saúde de referência, para que

possam dar sequência no cuidado e resolução dos problemas identificados não relacionados à terapia oncológica.

Outra estratégia se deu no sentido da comunicação interna, ou seja, a necessidade de se estabelecer uma comunicação efetiva entre as equipes de farmacêuticos da instituição, que atuam em cenários de práticas diferentes (CTI, internação, ambulatório). Dessa maneira, foi desvelado pelos farmacêuticos como alternativa a criação de uma rede de cuidados entre os farmacêuticos, permitindo que o paciente seja encaminhado a um farmacêutico com maior domínio sobre o problema de saúde em questão.

Ainda, os farmacêuticos discutiram a importância da documentação do cuidado. Foi relatado que o serviço clínico prestado já é documentado no prontuário eletrônico, entretanto, também relataram que não havia uma comunicação entre os atendimentos realizados. Ou seja, o mesmo paciente era atendido pela primeira vez dependendo do setor que estivesse no hospital, com uma ruptura no cuidado que já havia sido iniciado por outros farmacêuticos em outros setores.

Portanto, ao longo da capacitação foram percebendo a importância de não apenas documentar, mas também continuar o cuidado já iniciado pelos farmacêuticos em setores distintos da instituição, permitindo que a qualidade, eficiência do serviço seja avaliada e que a evolução e resultados dos pacientes seja monitorada. A documentação é prova do exercício profissional e justifica seu papel como integrante da equipe multiprofissional, a fim de registrar os problemas com a farmacoterapia que foram identificados, resolvidos e prevenidos para que os resultados terapêuticos dos pacientes sejam alcançados (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012; (MCINNIS; WEBB; STRAND, 2012).

Essas estratégias elencadas pelos farmacêuticos ao longo da capacitação reforçam o que foi descrito por Cipolle, Strand e Morley (2012), que afirmam que farmacêuticos não se tornam bons práticos no cuidado sozinhos, é necessário um grupo de farmacêuticos que se dedicam a cuidar, para que colaborem em prol do cuidado.

Durante os encontros foi discutido também que culturalmente no Brasil, ainda não é comum em todas as instituições de saúde a presença dos farmacêuticos inseridos na equipe multidisciplinar cuidando de pessoas e contribuindo nas decisões e no plano de cuidado dos pacientes. Embora, existam legislações vigentes no Brasil

que regulamentam a obrigatoriedade da constituição da equipe multidisciplinar de pelo menos um profissional farmacêutico (BRASIL, 2000; BRASIL, 2004). Mas isso se justifica, pois, a profissão farmacêutica tem sido focada no produto “medicamento” por muito tempo.

Por esse motivo, foi discutido ao longo da capacitação que para que o farmacêutico se integre a equipe multiprofissional, caberá ao farmacêutico entender a prática de cuidado já realizada pelos outros profissionais de saúde e entender como acomodar, somar, por meio da atenção farmacêutica (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012). Isso pelo fato que a formação farmacêutica ainda em demasiado tecnicista e clinicamente pouco estruturada afastou o profissional da equipe multiprofissional do cuidado em saúde (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; FREITAS; RAMALHO-DE-OLIVEIRA; PERINI, 2006).

Além disso, compreenderam que precisarão trabalhar na educação e na orientação de toda a equipe multidisciplinar do cuidado, sobre a forma que o profissional farmacêutico possa contribuir e somar em prol do cuidado, ou seja, realizar um marketing do serviço. Ademais, devem, também, educar e orientar os próprios pacientes, mudando sua expectativa e visão acerca do profissional farmacêutico (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012; AMERICAN COLLEGE OF CLINICAL PHARMACY, 2014).

Embora a maioria dos serviços de GTM estejam concentrados no âmbito da atenção primária (BRAJKOVIC *et al.*, 2019; DETONI *et al.*, 2017, OLIVEIRA, 2018; VALENTIN, 2020) e atenção especializada ambulatorial (LOUNSBERY *et al.*, 2009; SALGADO *et al.*, 2012; SALGADO *et al.*, 2013; SILVA, 2015; SORENSEN *et al.*, 2016; WONG *et al.*, 2017; FISCHER *et al.*, 2017; RIBEIRO, 2017; SOUZA *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2021), transpor esse serviço para o âmbito hospitalar se justifica quando é pensado no impacto positivo que o GTM possui sobre os resultados dos pacientes. Ainda mais para aqueles que não atingiram ou não estão mantendo o objetivo terapêutico pretendido, que estão experimentando ou possuem alta chance de experimentar os eventos adversos durante o uso de seus medicamentos, que precisam da terapia medicamentosa para evitar algum novo problema, que têm dificuldade em entender a necessidade da terapia medicamentos e até os pacientes que são frequentemente readmitidos no hospital (CRANOR; BUNTING;

CHRISTENSEN, 2003; ISETTES, 2007; FERA; BLUML; ELLIS, 2009; RAMALHO DE OLIVEIRA; BRUMMEL; MILLER, 2010; WATKINS, 2013).

Além disso, estudos indicam que os pacientes que se beneficiam com o serviço de GTM são os que possuem maior número de problemas de saúde e tomam um maior número de medicamentos, ou seja, pacientes com maior grau de criticidade (MCINNIS; WEBB; STRAND, 2012; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012, SOUZA *et al.*, 2020). Deve-se levar em consideração, também, o uso de plantas medicinais, fitoterápicos, suplementos, e até alimentos específicos que podem interferir na efetividade da terapia medicamentosa em pacientes complexos (MCINNIS; WEBB; STRAND, 2012; SOARES *et al.*, 2020).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa qualitativa permitiu uma compreensão no processo de capacitação dos profissionais farmacêuticos para o cuidado de uma forma abrangente. Na posição de pesquisadora foi possível aplicar uma visão crítica sobre o processo de capacitação e na posição de participante ser pertencente ao grupo com: conhecimento sobre as rotinas de trabalho, atividades e serviços clínicos desenvolvidos, setores de atuação na instituição oncológica, perfil dos pacientes atendidos, equipes multidisciplinares do cuidado, gestores e diretoria. Pertencer aos dois lados contribuiu na condução da capacitação nos aspectos que são importantes para a prática clínica do cuidado dentro da instituição.

A jornada da capacitação dos farmacêuticos acerca dos conhecimentos sobre a Atenção Farmacêutica e o serviço de GTM foi longa, com os intervalos necessários de acordo com a disponibilidade da equipe. Esses intervalos foram importantes para que cada um em seu tempo de processamento das informações, elucidassem sobre a importância desses conhecimentos apresentados.

Os encontros da capacitação foi um momento propício para que a equipe de farmacêuticos pudesse também refletir sobre o serviço que já realizavam e como os conhecimentos acerca do GTM poderia contribuir para tal. Dessa maneira, chegaram à conclusão de que o serviço era ofertado de forma a fragmentar o cuidado, com atividades isoladas. Sendo assim, foi discutida a necessidade de uma prática clínica padronizada, para que a equipe pudesse “falar a mesma língua”, incorporando então o raciocínio clínico da atenção farmacêutica para que este se torne um instrumento norteador da prática clínica, percebendo e entendendo a necessidade social do cuidado holístico. Ademais, foi compreendido então a necessidade da incorporação da continuidade do cuidado, pois o paciente é único e que dependendo da sua necessidade em saúde poderá tramitar pelos diversos ambientes do hospital, desde o ambulatório até a terapia intensiva.

Dessa maneira, os conhecimentos sobre o GTM apresentados durante a capacitação guiaram a equipe de farmacêuticos para que pudessem iniciar uma acomodação, organização e sistematização do cuidado já realizado.

Aspectos sobre a responsabilidade, resolutividade profissional com o cuidado e a importância de uma abordagem de cuidado holístico também foram discutidos. O

que fez com que eles pudessem planejar a criação de um plano terapêutico compartilhado, para que possam se auxiliar nos atendimentos, criando uma rede de cuidado entre os próprios farmacêuticos. Além disso, para problemas que ficarem comprometidos pela resolutividade de outros profissionais ou áreas, realizar o encaminhamento externo desses pacientes. Novas estratégias e ideias foram estimuladas e criadas com a finalidade de acomodar os conhecimentos do GTM ao serviço clínico farmacêutico já prestado, para que as necessidades farmacoterapêuticas dos pacientes oncológicos sejam atendidas.

Essa pesquisa reforça a necessidade do ensino da atenção farmacêutica não apenas durante a graduação, mas também para profissionais farmacêuticos já atuantes no mercado de trabalho. Isso para que não apenas o serviço de GTM possa ser ofertado, mas para que o raciocínio clínico seja conhecido e compreendido pelos farmacêuticos e possa ser adaptado às diversas realidades de cuidado.

REFERÊNCIAS

AIRES-MORENO, G. T. *et al.* Perceptions of nurses, pharmacists and physicians about medication reconciliation: A multicenter study. **Saudi pharmaceutical journal: SPJ: the official publication of the Saudi Pharmaceutical Society**, v. 28, n.11, p. 1435–1439, 2020.

AZEVEDO, C. E. F. *et al.* A Estratégia de triangulação: objetivos, possibilidades, limitações e proximidades com o pragmatismo. *In: IV Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade - EnEPQ, 2017, Brasília-DF. Anais, IV, 2013. Brasília DF: EnEPQ, 2013. p. 1–16.*

American College of Clinical Pharmacy. Standards of practice for clinical pharmacists. *Pharmacotherapy*, v. 34, n. 8, p. 794-797, 2014. Disponível em: <http://www.accp.com/docs/positions/guidelines/>. Acesso em: 18 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. Secretaria de Assistência à Saúde. – 3. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Resolução nº 2 do CNE/CES, de 19 de fevereiro de 2002. **Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia**. Brasília: Conselho Nacional de Educação, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em Oncologia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_clinicos_diretrizes_terapeuticas_oncologia.pdf. Acesso em: 10 jan. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Diretriz Nacional para Elaboração de Programa de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos em Serviços de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Plano Nacional para a Prevenção e o Controle da Resistência Microbiana nos Serviços de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Resolução nº 6 do CNE/CES, de 19 de outubro de 2017. **Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia**. Brasília: Conselho Nacional de Educação, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC nº 63, de 6 de julho de 2000. Aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC nº 220, de 21 de setembro de 2004. Aprova o Regulamento Técnico de funcionamento dos Serviços de Terapia Antineoplásica.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, 2004.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Projeto Stewardship Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 874, de 16 de maio de 2013a. **Dispõe sobre a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html. Acesso em: 15 fev. 2022.

BRASIL. Resolução nº 208, de 19 de junho de 1990. **Regulamenta o exercício em Farmácia de Unidade Hospitalar, Clínicas e Casas de Saúde de natureza pública ou privada.** Sala das Sessões: Conselho Federal de Farmácia, 1990.

BRASIL. Resolução nº 568, de 6 de dezembro de 2012. **Dá nova redação aos artigos 1º ao 6º da Resolução/CFF nº 492 de 26 de novembro de 2008, que regulamenta o exercício profissional nos serviços de atendimento pré-hospitalar, na farmácia hospitalar e em outros serviços de saúde, de natureza pública ou privada.** Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2012.

BRASIL. Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013. **Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências.** Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2013.

BERTOLAZZI, L. G. *et al.* Incidência e caracterização de reações adversas imediatas à infusão de quimioterápicos em hospital sentinela. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 22, n. 3, p. 84-90, 2015.

BLANCHARD, C. *et al.* The Active Implementation Frameworks: A roadmap for advancing implementation of Comprehensive Medication Management in Primary care. **Res Social Adm Pharm**, v. 13, n. 5, p. 922-929, 2017.

BONASSA, E. M. A.; GATO, M. I. R. **Terapêutica oncológica para enfermeiros e farmacêuticos**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2012.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS Rev Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41–65, 2004.

CHIAVENATO, A.; SAPIRO, A. **Planejamento estratégico**. 3a edição ed. São Paulo: GEN LTC, 2014.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. *Pharmaceutical care practice: the clinician's Guide*. 2. ed. **New York: McGraw-Hill**, 2004.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. *Pharmaceutical care practice*. **New York: McGraw-Hill**, 1998.

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

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

COLOMBO, L. R. P. *et al.* The effects of pharmacist interventions on adult outpatients with cancer: A systematic review. **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics**, v. 42, n. 4, p. 414-424, 2017.

CRANOR, C. W.; BUNTING, B. A.; CHRISTENSEN, D. B. The Asheville Project: Long-term clinical and economic outcomes of a community pharmacy diabetes care program. **J Am Pharm Assoc**, v. 43, p. 173-84, 2003.

DALY, K. J. **Qualitative Methods for Family Study and Human Development**. Los Angeles: SAGE Publication, 2007. 293 p.

DE BARRA, M. *et al.* Pharmacist services for non-hospitalised patients. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 9. Art. No.: CD013102. 2018.

DE OLIVEIRA, D. R.; SHOEMACKER. S. J. Achieving patient centeredness in pharmacy practice: openness and the pharmacist's natural attitude. **Journal of the American Pharmacists Association** (2003), v. 46, n. 1, p. 56-64, 2006.

DETONI, KIRLA. BARBOSA. **Implantação do serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa no componente especializado da assistência farmacêutica**. Dissertação (Mestrado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica) - Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2016.

DETONI, K. B. *et al.* Impact of a medication therapy management service on the clinical status of patients with chronic obstructive pulmonary disease. **Int J Clin Pharm**, v. 39, n. 1, p.95–103, 2017.

DUSTMAN, E. L. *et al.* Starting small and building out with Ernie Stringer: personal insights into action research and educational change. **Action Research**, v. 12, n. 4, p. 426–443, 2014.

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

FERA, T.; BLUML, B. M.; ELLIS, W. M. Diabetes ten-city challenge: Final economic and clinical results. **J Am Pharm Assoc.** v. 49, p. 383-91, 2009.

FERRACINI A. C. *et al.* Prescribing errors intercepted by pharmacist intervention in care of patients hospitalised with breast and gynaecological cancer at a Brazilian teaching hospital. **Eur J Cancer Care**, v. 27, n.1, 2018.

FISCHER, S. H. *et al.* A mixed-methods evaluation of an Integrated Medication Management program and implications for implementation. **Res Soc Adm Pharm**, v. 13, n. 5, p. 959–968, 2017.

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

Get the Medications Right (GTMRx) Institute & the Institute for Advancing Health Value. Optimizing Medication Use for Accountable Care Success. Report 2022. Disponível em: <https://gtmr.org/optimizing-medication-use-for-accountable-care-success/>. Acesso em: 25 abr. 2022.

GUPTA, M.; AGARWAL, M. Understanding medication errors in the elderly. **The New Zealand medical journal**, v. 126, n. 1385, p. 62-70, 2013.

HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **American Journal of Hospital Pharmacy**, v. 47, n. 3, p. 533–543, 1990.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI). **Padrões de Acreditação da Joint Commission Internacional para Hospitais [editado por] Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) de Sistemas e Serviços de Saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: CBA: 2010.

KIM, J.; PARISH, A. L. Polypharmacy and Medication Management in Older Adults. **The Nursing clinics of North America**, v. 52, n. 3, p. 457-468, 2017.

KITTS, N. K.; REEVE, A. R.; TSUL, L. Care transitions in elderly heart failure patients: current practices and the pharmacist's role. **The Consultant pharmacist: the journal of the American Society of Consultant Pharmacists**, v. 29, n. 3 p. 179-190, 2014.

KOLB, D. A. **Experiential learning: experience as the source of learning and development**. 2nd ed. New Jersey: Pearson Education, Inc.; 2015. 390 p.

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

LEHNBOM, E. C., Stewart, M. J., Manias, E., Westbrook, J. I. Impact of medication reconciliation and review on clinical outcomes. **Ann. Pharmacother**. v. 48, p. 1298–1312. 2014.

LIEKWEG, A.; WESTFELD, M.; BRAUN, M. Pharmaceutical care for patients with breast and ovarian cancer. **Support Care Cancer**, v. 20, n. 11, p. 2.669–677, 2012.

LIVET, M. *et al.* Implementation Science to Advance Care Delivery: A Primer for Pharmacists and Other Health Professionals. **Pharmacotherapy**, v. 38, n. 5, p. 490–502, 2018.

LOUNSBERY, J. L. *et al.* Evaluation of pharmacists' barriers to the implementation of medication therapy management services. **J Am Pharmaceut Assoc**. v. 49, n. 1, p. 51–58, 2009.

LUETSCH, K. Attitudes and attributes of pharmacists in relation to practice change – A scoping review and discussion. **Res. Soc. Adm. Pharm**, v. 13, n. 3. p. 440–455, 2017.

MAGALHÃES G. F. *et al.* Medication Reconciliation in Patients Hospitalized in a Cardiology Unit. **PLoS ONE** v. 9, n. 12, 2014.

MARTÍNEZ-SALGADO, C. El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 613–619, 2012.

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

MEDEIROS, A. C. *et al.* Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n.1, p.38-42, 2010.

MENDONÇA, S. DE A. M.; DE FREITAS, E. L.; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D. Competencies for the provision of comprehensive medication management services in an experiential learning project. **PLoS ONE**, v. 12, n. 9, p. 1–14, 2017.

MENDONÇA, S. DE A. M. *et al.* Pharmacy practices experiential programs in the context of clinical education. **Int J Pharm Pharm Sci**, v. 9, n.2, p. 35-41, 2017.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. da S. Educação permanente em saúde: metassíntese. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 170-185, 2014.

MINAYO, M. C. S. *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. 18 ed. Petrópolis: **Vozes**, 2001.

MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento - Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 12. ed. São Paulo: **Editores Hucitec**, 407 p. 2010.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621–6, 2012.

MOSER, A.; KORSTJENS, I. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis, **European Journal of General Practice**, v. 24, n.1, p. 9-18, 2018.

MURPHY, E. M. *et al.* Medication reconciliation at an academic medical center: implementation of a comprehensive program from admission to discharge. **Am J Health Syst Pharm**, v. 66, n. 23, p. 2126-31, 2009.

NASCIMENTO, Y. A. *et al.* Experiences with the daily use of medications among chronic hepatitis C patients. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, v. 16, n. 1, p. 33–40, 2020.

NIGHTINGALE, G. *et al.* Evaluation of a pharmacist-led medication assessment used to identify prevalence of and associations with polypharmacy and potentially inappropriate medication use among ambulatory senior adults with cancer. **J Clin Oncol**. v. 33, n.13. p. 1453-9, 2015.

NGUYEN, P. A. A. *et al.* Impact of a pharmacy-driven transitions-of-care program on postdischarge healthcare utilization at a national comprehensive cancer center. **Am J Health Syst Pharm**, v. 75, n. 18, p. 1386-1393, 2018.

NOBREGA, O. T.; MELO, G. F.; KARNIKOWSKI, M. G. O. Padrão de medicamentos prescritos para indivíduos de meia-idade e idosos de uma comunidade residente na periferia de Brasília. **Rev. Bras. Cienc. Farm**, v. 41, n. 2, 2005.

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

OLIVEIRA, I.V.; NASCIMENTO, Y. D. A.; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D. Decision-Making Process in Comprehensive Medication Management Services: From the Understanding to the Development of a Theoretical Model. **Pharmacy**, v. 8, n. 4, 2020.

OLIVEIRA, G. C. B. **Construção colaborativa de um serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa no sistema público de saúde**. Tese (Doutorado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica) - Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **El papel Del farmaceutico en el sistema de atención de salud**. Tóquio: OMS, 1993.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Atenção farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos. Relatório 2001-2002. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde; 2002 46 p. Disponível em:

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=24-atencao-farmaceutica-no-brasil-trilhando-caminhos-relatorio-2001-2002-4&category_slug=assistencia-farmaceutica-958&Itemid=965. Acesso em: 12 jan. 2023. Acesso em: 25 mar. 2023.

Patient-Centered Primary Care Collaborative (PCPCC). The patient-centered medical home: integrating comprehensive medication management to optimize patient outcomes resource guide, 2nd ed. Washington, DC: PCPCC, 2012. www.pcpcc.org/sites/default/files/media/medmanagement.pdf.

PATEL, S. D.; Nguyen, P. A. A.; Bachler, M. Atkinson B. Implementation of postdischarge follow-up telephone calls at a comprehensive cancer center. **Am J Health Syst Pharm**. v. 1, n. 74, p. S42-S46, 2017.

QUEIROZ, D. T.; VALL, J.; SOUZA, A. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicação na área de saúde. **Rev Enferm.**, v. 15, n. 2, p. 276–83, 2007.

RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D. Overview and Prospect of Autoethnography in Pharmacy Education and Practice. **Am J Pharm Educ**, v. 84, n. 1, p. 156-165, 2020.

RAMALHO DE OLIVEIRA, D. Atenção farmacêutica como contracultura. **Farmácia Revista/CRFMG**, v. 3, p. 21–22, 2006.

RAMALHO DE OLIVEIRA, D.; BRUMMEL, A. R.; MILLER, D. B. Medication therapy management: 10 years of experience in a large integrated health care system. **Journal of Managed Care Pharmacy**, v. 16, p. 185–95, 2010.

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

REEVES, S.; KUPER, A.; HODGES, B. D. Qualitative research methodologies: ethnography. **BMJ: British Medical Journal**, v. 337, n. 7668, p. 512–514, 2008.

RIBEIRO, Maria Ângela. Implementação e sistematização de serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa oferecido a pacientes com câncer de mama. 2017. 103 f. Tese (Doutorado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica) – Faculdade de Farmácia - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

ROSS, M. S. **Differences Between Medication Therapy Management & Comprehensive Medication Management. Insight and information to help healthcare providers close the gaps in patient care.** 2019. Disponível em: <https://blog.cureatr.com/the-difference-between-medication-therapy-management-and-comprehensive-medication-management>. Acesso em: 10 mar. 2021.

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

SALGADO, T. M. Exploring the role of renal pharmacists in outpatient dialysis centres: a qualitative study. **Int J Clin Pharm**, v. 34, n. 4, p. 569–578, 2012.

SALGADO, T. M. *et al.* Exploring the role of pharmacists in outpatient dialysis centers: a qualitative study of nephrologist views. **Nephrol Dial Transplant**, v. 28, n. 2, p. 397–404, 2013.

SANTOS, M. de O. *et al.* Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil, 2023-2025. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 69, n. 1, p. e–213700, 2023. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/3700>. Acesso em: 25 fev. 2023.

SESSIONS, J. K. *et al.* “Role of Oncology Clinical Pharmacists in Light of the Oncology Workforce Study.” **Journal of Oncology Practice**, v.6, n.5, p. 270-272, 2010.

SHOEMAKER, S. J. *et al.* Application of the Consolidated Framework for Implementation Research to community pharmacy: a framework for implementation research on pharmacy services. **Res Soc Adm Pharm**, v.13, n.5, p. 905-913, 2017.

SILVA, D. F. **Construção de um serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa na atenção primária à saúde no sus: um projeto de extensão universitária.** 2015. 104 f. Dissertação (Mestrado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica). Faculdade de Farmácia. Universidade Federal De Minas Gerais. Belo Horizonte, 2015.

SILVA, H. M. **Implantação do serviço de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa em ambulatório de artrite reumatoide de um hospital público referência em Minas Gerais.** Dissertação (Mestrado Em Medicamentos E Assistência Farmacêutica) – Faculdade de Farmácia - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

SILVA, H. M. *et al.* Service blueprint of comprehensive medication management: A mapping for outpatient clinics. **Res Social Adm Pharm.**, v. 17, n. 10, p.1727-1736, 2021.

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

SOARES, J. A. S. *et al.* Potencialidades da prática da atenção farmacêutica no uso de fitoterápicos e plantas medicinais. *Journal Of Applied Pharmaceutical Sciences*. Minas Gerais, p. 10-21, 2020.

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

SORENSEN, T. D. *et al.* A qualitative evaluation of medication management services in six Minnesota health systems. **Am J Heal Pharm**, v. 73, n. 5, p. 307–314, 2016.

SOUZA, I. G. *et al.* Description of a Comprehensive Medication Management service in an adult intensive care unit. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, v. 11, p. 01-07, 2020.

SOUZA, I. *et al.* Resultados Clínicos Do Serviço De Gerenciamento Da Terapia Medicamentosa Em Um Ambulatório De Diabetes. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, v. 08, p. 19-24, 2017.

SOUSA, S. R. A. **Modelo lógico teórico, validado por especialistas, de um serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa**. 154 f. Dissertação (mestrado em medicamentos e assistência farmacêutica) – Faculdade de Farmácia - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

SULLIVAN, R.; PRAMESH, C. R.; BOOTH, C. M. Look beyond technology in cancer care. **Nature**, v. 549, p. 325–328, 2017.

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

THOMPSON, C. Qualitative research into nurse decision making: factors for consideration in theoretical sampling. **Qualitative Health Research**, v. 9, n. 6, p. 815-828, 1999.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507–514, 2005.

UNITED KINGDOM. Department of Health. National Health System. **Choosing health through pharmacy**. A programme for pharmaceutical public health 2005-2015. London: NHS, 2005.

VALENTIN, A. A. S. **Aspectos envolvidos na sustentabilidade do serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa**. Dissertação (Mestrado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica) - Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2020.

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

VIGIMED “**Vigimed: notificação fácil de eventos adversos**”. 2018. Sistema vai facilitar a notificação de problemas com medicamentos e vacinas e melhorar o monitoramento de produtos no Brasil. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/noticias/-/asset_publisher/FXrpx9qY7FbU/content/vigimed-notificacao-facil-de-eventos-adversos/219201/pop_up?_101_INSTANCE_FXrpx9qY7FbU_viewMode=print&_101_INSTANCE_FXrpx9qY7FbU_languageId=pt_BR. Acesso em: 10 set. 2021.

WARD, L. S. Entendendo o processo molecular da tumorigênese. **Arquivos Brasileiros Endocrinologia e Metabologia**. v. 46, p. 351-360, 2002.

WATKINS, J. L. *et al.* Evaluation of pharmacist-provided medication therapy management services in an oncology ambulatory setting. **J Am Pharm Assoc**, v. 52, n.2, p.170-174, 2012.

WIEDENMAYER, K. *et al.* **Developing pharmacy practice: a focus on patient care**. Handbook — 2006 edition. World Health Organization and International Pharmaceutical Federation, 2006.

WHO, World Health Organization. **Medication Safety in Transitions of Care**. Geneva: 2019.

WONG, S. L. *et al.* Integration of pharmacists into patient-centered medical homes in federally qualified health centers in Texas. **J Am Pharmaceut Assoc**, v. 57, n.3, p.375–381, 2017.

ANEXOS

ANEXO 1 - Instrumentos de coleta de dados

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

Compreensão de aspectos humanísticos, culturais e educacionais relacionados à implantação, oferta e formação para serviços de GTM

Tópico guia para as entrevistas com os docentes, profissionais de saúde e gestores buscando a compreensão dos aspectos humanísticos e culturais envolvidos na construção e sistematização coletiva do serviço de GTM em âmbito hospitalar.

1. O que você acha dos serviços e atividades clínicas já realizados na instituição?
2. Você acha que com o conhecimento sobre o GTM podemos otimizar o serviço ofertado?
3. Você conhecia o serviço de GTM? Se sim, qual era seu conhecimento e/ou experiências prévias sobre o serviço de GTM?
4. Quais serviços e atividades clínicas, você acredita que podemos acomodar/organizar com o serviço de GTM?
5. Tem algum serviço e atividade clínica que você acha que não é possível ser acomodada/organizada, por quê?
6. O que você acha sobre o nível de responsabilidade do farmacêutico clínico hoje na instituição? E avaliando o paciente como um todo (problemas de saúde, medicamentos em uso)?
7. E qual o nível de resolutividade do farmacêutico? Até onde podemos ir?

8. Quais critérios de elegibilidade dos pacientes, ou seja, quais pacientes você acredita que seriam mais beneficiados para realizar o serviço de GTM, nesse serviço de saúde?
9. O que você acha que é necessário para construir/desenhar um modelo piloto para os serviços de GTM, nesse serviço de saúde?
10. O que você acha necessário para que o serviço de GTM possa ser realizado nesse serviço de saúde de forma integral e sustentável?
11. Se a capacitação estivesse se iniciando agora, você teria sugestões para melhorá-la?

ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Docentes, profissionais de saúde (pesquisa qualitativa)

Pesquisa:

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

Você está sendo convidado (a) a participar deste estudo sobre o serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa (GTM) a ser implementado na unidade de saúde em que você trabalha ou leciona. O objetivo do estudo é descrever criticamente o desenvolvimento de um modelo teórico para a implantação de um serviço de GTM, que acomode e organize as atividades clínicas farmacêuticas desenvolvidas no Instituto Mário Penna – Hospital Luxemburgo, para posterior implementação e oferecimento.

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

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

Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e, então, retirar-se da pesquisa sem nenhum dano, prejuízo ou constrangimento. Você não será prejudicado em seu vínculo profissional/acadêmico caso decida por não participar. É importante esclarecer ainda que a sua participação será isenta da qualquer despesa ou outro ônus.

Os benefícios diretos aos sujeitos da pesquisa serão a compreensão de aspectos relevantes do processo de implantação, sistematização e formação nos serviços de GTM, de forma a contribuir para melhorias contínuas e para novas experiências com o mesmo escopo. Não haverá incentivos financeiros ou outros bônus para sua participação na pesquisa.

Rubricas do participante/representante legal: _____ Rubrica do pesquisador responsável: _____

Suas informações são muito valiosas para o desenvolvimento desta pesquisa.

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

Eu,.....após ter sido suficiente e

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

Data: ___/___/___

Assinatura:.....

Pesquisador responsável

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

Data: ___/___/___

Assinatura:.....

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

Contatos:

Profa. Dra. Djenane Ramalho de Oliveira

Endereço completo: Rua Prof. Moacir Gomes de Freitas - Pampulha, Belo Horizonte - MG, 31270-901

Telefone: (31) 3409-6858

E-mail: droliveira@ufmg.br

Comitê de Ética em Pesquisa / UFMG

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

Telefone: (31) 3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Mario Penna (CEP-IMP)

Endereço completo: Rua Gentios, 1420, 3º andar, Bairro Luxemburgo – BH/MG.

Telefone: (31) 3299-9980

E-mail: comiteetica@mariopenna.org.br

Rubricas do participante/representante legal: _____ Rubrica do pesquisador responsável: _____

ANEXO 3 - Cronograma de reuniões para capacitação, construção do modelo teórico e entrevista semiestruturadas

Nº	Data	Docentes convidados	Tema	Referências indicadas para preparação
1	22/11/21	Citrino	Onde e como estamos realizando o cuidado? Análise FOFA/SWOT Aplicação do TCLE	NA
2	25/02/22	Ágata	Introdução sobre Atenção Farmacêutica Brainstorm	1. BARROS; DELIZOICOV, 2009 2. RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011 (Capítulo 1).
3	04/03/22	Amazonita e Citrino	Reflexão sobre Atenção farmacêutica como profissão	1. RAMALHO DE OLIVEIRA, 2006 2. RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011 (Capítulo 2) 3. HEPLER; STRAND, 1990
4	11/03/22	Ágata	O paciente e a atenção farmacêutica A experiência com o uso de medicamentos	1. RAMALHO DE OLIVEIRA, 2009. 2. NASCIMENTO; SILVA; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2020.
5	18/03/22	Citrino	Grupo Focal – “Experiências e aprendizados adquiridos até agora”	NA
6	25/03/22	Citrino	Introdução ao processo de cuidado do paciente Avaliação Inicial	1. RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011 (Capítulo 3). 2. CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012. (pág. 184-236). 1. RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011 (Capítulo 4).
7	01/04/22	Amazonita e Citrino	O processo de cuidado do paciente: Focado no raciocínio clínico (Indicado Efetivo Seguro Conveniente) e Problemas	1. CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012. (pág 141 a 182). 2. CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012. (pág. 237-264).

			relacionados ao uso de medicamentos (PRM)	
8	12/04/22	Citrino	O processo de cuidado do paciente: Avaliação de resultados e Situação clínica e farmacoterapêutica	1. CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012. (pág.265 –294).
9	19/04/22	Citrino	Busca de informações para resolver casos clínicos	NA
10	27/05/22	Citrino	Caso Clínico	NA
11	03/06/22	Citrino	Caso Clínico e Fechamento	NA
Julho - Setembro		Citrino	Entrevistas semiestruturadas com os farmacêuticos	NA

Fonte: Autoria própria (2023).

ANEXO 4 - Artigo a ser submetido para publicação

CAPACITAÇÃO DE FARMACÊUTICOS PARA A PROVISÃO DE UM SERVIÇO DE GERENCIAMENTO DA TERAPIA MEDICAMENTOSA À PACIENTES ONCOLÓGICOS EM ÂMBITO HOSPITALAR

Pharmacists' training for the provision of comprehensive medication management services for hospitalized oncology patients

Pollyanne Lacerda Coelho¹, Yone de Almeida Nascimento², Djenane Ramalho de Oliveira²

¹ Programa de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: pollyannecoelho@gmail.com

² Departamento de Farmácia Social, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

RESUMO

O tratamento de pacientes oncológicos está associado a uma farmacoterapia complexa e quando esses pacientes apresentam outros problemas de saúde aumenta-se os riscos envolvidos. Neste contexto, observa-se uma necessidade social do paciente oncológico ser cuidado de forma holística, padronizada e sistematizada com o intuito de garantir os melhores resultados com a farmacoterapia. No entanto, no ambiente hospitalar, muitas atividades clínicas farmacêuticas são desenvolvidas sem uma estrutura sistematizada, o que pode inviabilizar a otimização da farmacoterapia. Neste sentido, capacitar o profissional farmacêutico a ofertar o serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa (GTM) embasado no arcabouço teórico-metodológico da atenção farmacêutica é importante para que esse profissional assuma a responsabilidade de atender as necessidades farmacoterapêuticas dos pacientes assistidos de forma organizada e holística. Diante do exposto, o objetivo deste trabalho é descrever criticamente o processo de capacitação de farmacêuticos sobre o serviço de GTM embasado no arcabouço teórico-metodológico da atenção farmacêutica aplicado a pacientes oncológicos em um hospital que é Centro de Assistência em Alta Complexidade em Oncologia (CACON) em Belo Horizonte. Para isso, foi utilizada a pesquisa qualitativa como metodologia para descrever criticamente o processo de capacitação dos farmacêuticos. Foram capacitados 14 farmacêuticos, por meio de com 11 encontros híbridos, foram realizadas cinco entrevistas semiestruturadas individuais, entre novembro de 2021 e junho de 2022. A coleta de dados foi realizada por meio da gravação de áudios e transcrição dos encontros e entrevistas, observação participante, descrições e reflexões em diário de campo. Os dados foram organizados de forma codificada para a análise em temas de forma manual. Após a análise sistemática dos dados oriundos das diversas fontes de dados usadas nesse trabalho a continuidade do cuidado emergiu como tema articulador de todos os demais temas encontrados. Foi possível acompanhar as percepções dos farmacêuticos após a apresentação dos conceitos do serviço de GTM e como puderam compreender a necessidade social do cuidado centrado no paciente, de forma holística e como foram criando estratégias para propiciar um cuidado contínuo aos pacientes atendidos. A pesquisa reforça a necessidade do ensino da atenção farmacêutica não apenas durante a graduação, mas também para profissionais atuantes no mercado de trabalho, para que essa prática seja estabelecida.

Palavras-chave: atenção farmacêutica; serviço de gerenciamento de terapia medicamentosa; educação farmacêutica; pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

The treatment of cancer patients is associated with complex drug therapy and when these patients have other health problems, the risks involved increase. In this context, there is a social need for cancer patients to be cared for in a holistic, standardized, and systematized way in order to guarantee the best results with pharmacotherapy. However, in the hospital environment, many pharmaceutical clinical activities are developed without a systematized structure, which can make the optimization of pharmacotherapy unfeasible. In this sense, training the pharmaceutical professional to offer Comprehensive Medication Management (CMM) services, based on the theoretical-methodological framework of pharmaceutical care, it is important for this professional to assume the responsibility of meeting the pharmacotherapeutic needs of the patients receiving care in a comprehensive manner. In view of the above, the objective of this work is to critically describe the process of training pharmacists on the CMM service based on the theoretical-methodological framework of pharmaceutical care practice applied to hospitalized oncology patients in a High Complexity Oncology Care center at Belo Horizonte. To achieve this, qualitative research was used as a methodology to critically describe the pharmaceutical training process. Fourteen pharmacists were trained through 11 hybrid meetings, consisting of theoretical classes, clinical case practice and focus groups. Five individual semi-structured interviews were carried out, between November 2021 and June 2022. Data collection was carried out through audio recording and transcription of meetings and interviews, participant observation, descriptions, and reflections in a field diary. The data was organized in a coded manner for analysis into themes and/or categories manually. After the systematic analysis of data from the various data sources used in this work, continuity of care emerged as the articulating theme for all other themes. It was possible to follow the pharmacists' perceptions after the presentation of the CMM concepts and how they were able to understand the social need for patient-centered care, in a holistic way and how they created strategies to provide continuous care for the patients they serve. The research reinforces the need to teach pharmaceutical care practice not only during undergraduate studies, but also for professionals working in the labor market, so that this practice becomes formally established.

Keywords: pharmaceutical care; comprehensive medication management services; pharmaceutical education; qualitative research.

INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença que possui impacto aumentado de sua incidência e mortalidade em todo o mundo. O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), apresentou as estimativas para o triênio 2023-2025, calculando-se cerca de 704 mil casos novos de câncer no Brasil, sendo os mais incidentes o câncer de pele não melanoma, seguido pelos cânceres de mama, próstata, cólon e reto, pulmão e estômago.^[1] As estratégias terapêuticas para pacientes com câncer são diversas e individualizadas, sendo a quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia os tratamentos medicamentosos mais comuns. Os medicamentos usados possuem diferentes mecanismos de ação e alvos moleculares.^[2,3]

A alta prevalência de doenças em adultos como, hipertensão, diabetes mellitus, dislipidemia, exige o uso de múltiplos medicamentos, o que faz com que esses pacientes sejam polimedicados, aumentando a complexidade da terapia farmacológica dos pacientes em tratamento farmacológico de algum tipo de câncer, aumentando também o risco de reações adversas, redução da efetividade da terapia

medicamentosa, risco aumentado de interações medicamentosas, não adesão, entre outros. [4,5,6,7]

No cuidado ao paciente oncológico o farmacêutico faz parte da Equipe Multiprofissional de Terapia Antineoplásica (EMTA) que os acompanha e orienta. O farmacêutico tem várias funções dentre elas: assegurar as condições adequadas de indicação, prescrição, preparação, conservação, transporte, administração e descarte da terapia antineoplásica.^[8] Mesmo sendo tão importante e resolutivo em vários aspectos, ainda é um profissional frequentemente subutilizado no cenário clínico da oncologia. ^[9,10]

Especificamente em âmbito hospitalar, os farmacêuticos desenvolvem inúmeros serviços e atividades clínicas a fim de garantir o acompanhamento, a orientação, e a utilização das terapias medicamentosas de forma coerente com a necessidade de cada paciente. Essas atividades incluem: anamnese inicial, conciliação medicamentosa, acompanhamento farmacoterapêutico, orientação sobre o uso de medicamentos pelas diversas vias de administração, acompanhamento de uso de antimicrobianos, orientações de alta hospitalar, acompanhamento de possíveis reações adversas a medicamentos, educação em saúde, além da validação técnica das prescrições médicas. ^[11]

Esses inúmeros serviços e atividades clínicas exercidas pelos farmacêuticos são importantes no ambiente hospitalar e são atividades exigidas pelas creditações hospitalares, que avaliam a qualidade da assistência à saúde. ^[12] Entretanto, a realização dessas atividades clínicas farmacêuticas sem uma padronização e sistematização, com cada profissional as realizando de uma maneira diferente, sem uma conexão e continuidade entre esses serviços e atividades, gera fragmentação do cuidado, podendo comprometer o tratamento, o alcance dos objetivos terapêuticos desejáveis e a avaliação do impacto desses serviços. ^[13]

Sendo assim, se faz necessário uma prática clínica que avalie as todas as necessidades farmacoterapêuticas dos pacientes de forma racional, garantindo que a farmacoterapia seja a mais indicada, efetiva, segura e conveniente para o paciente, que trace um plano de cuidados para atender às necessidades evidenciadas e realize o acompanhamento para determinar e avaliar o impacto das decisões da farmacoterapia implementadas. Ainda, é crucial que essa prática clínica seja padronizada, sistematizada e documentada, melhorando o processo de trabalho dos

farmacêuticos e fazendo com que seja possível realizar a avaliação dos resultados obtidos com sua implementação. Por fim, que essa prática clínica farmacêutica faça conexões e seja complementar aos serviços de uma equipe multiprofissional, contribuindo para o alcance dos objetivos terapêuticos. [14, 15, 16]

Nesse contexto, a Atenção Farmacêutica, uma prática profissional generalista que propicia o cuidado centrado no paciente, de forma padronizada e sistematizada, ofertada como o serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa (GTM) pode ser uma alternativa para otimizar o cuidado, a avaliação dos resultados em saúde, além de favorecer um posicionamento mais claro acerca das funções do profissional farmacêutico para a equipe e para os pacientes. [5, 14, 15, 17, 18] O farmacêutico responsável por prover o serviço GTM tem como objetivo principal a prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM) que podem comprometer o alcance dos objetivos terapêuticos desejáveis e esperados. [14, 19]

Portanto, para a oferta do serviço de GTM, se faz necessária uma capacitação embasada no arcabouço teórico-metodológico da Atenção Farmacêutica para que o farmacêutico possa conhecer esse serviço e assumir a corresponsabilidade em relação às necessidades farmacoterapêuticas dos pacientes. Vários trabalhos na literatura descrevem a capacitação sobre o processo de cuidado embasado no arcabouço teórico-metodológico da atenção farmacêutica como indispensável para que o profissional farmacêutico desenvolva o serviço de GTM. [20, 21, 22, 23, 24]

Essa capacitação deve ter como finalidade transformar a prática profissional do farmacêutico, organizar a sua forma de trabalho por meio da incorporação de um processo reproduzível e um raciocínio clínico, tomando como referência as necessidades de cuidado em saúde das pessoas e o sistema de gestão da prática, adaptado ao cenário de prática em questão.

Sendo assim, o objetivo deste trabalho é descrever criticamente o processo de capacitação de farmacêuticos sobre o serviço de GTM embasado no arcabouço teórico-metodológico da atenção farmacêutica aplicado a pacientes oncológicos atendidos em um hospital oncológico de grande porte de Belo Horizonte. Ainda desvelar as percepções dos farmacêuticos acerca: do serviço de GTM, da responsabilidade envolvida no cuidado de pacientes oncológicos e da possibilidade

de acomodação e sistematização das diversas atividades clínicas farmacêuticas já desenvolvidas em um serviço de GTM.

MATERIAIS E MÉTODOS

Para atender aos objetivos desse trabalho foi utilizada uma abordagem de pesquisa qualitativa, pois essa permite compreender, aprofundar e explorar a complexidade dos fenômenos e fatos específicos em grupos delimitados e conhecer e explorar as experiências dos participantes envolvidos. [25, 26, 27]

A presente pesquisa foi realizada em um hospital que é Centro de Assistência em Alta Complexidade em Oncologia (CACON) localizado no município de Belo Horizonte/MG, Minas Gerais. Este é o local onde a pesquisadora atuava como farmacêutica clínica e atuou na capacitação dos farmacêuticos descrito nesse estudo. O período de imersão nos encontros da capacitação foi do mês de novembro de 2021 até junho de 2022, totalizando em 8 meses.

Foram convidados a participar da pesquisa 16 farmacêuticos e dois docentes, sendo: sete farmacêuticos responsáveis pelas atividades de gestão; seis farmacêuticos que atuam no cuidado dos pacientes oncológicos; uma farmacêutica que também atuou como docente e é a pesquisadora imersa no campo de prática clínica; e, dois docentes convidados para ministrarem encontros durante a capacitação. Entretanto, duas farmacêuticas foram excluídas da pesquisa, pois uma se desligou da instituição e a outra não compareceu nos encontros da capacitação sobre o serviço de GTM. Dessa forma, a pesquisa foi realizada com 14 farmacêuticos da instituição e os dois docentes envolvidos na capacitação.

Turato ainda reforça a importância do papel do pesquisador como o próprio instrumento da pesquisa, o qual usará seus sentidos para compreender e aprender os objetos em estudo, ficando bem próximo da essência da questão em estudo. [26] Como pesquisadora e farmacêutica imersa no campo de prática clínica, a primeira autora foi participante ativa do processo de capacitação dos farmacêuticos, promovendo e ministrando os encontros de formação teórica e teórico-prática junto com os docentes convidados.

Para garantir o rigor da pesquisa em desenvolvimento, foi utilizado o recurso da triangulação de métodos de coleta de dados, que significa que os dados foram coletados em diferentes fontes e períodos para obtenção de descrição do fenômeno estudado com detalhamento [28] conforme descrito anteriormente. Foram realizados observação participante, descrições e reflexões em diário de campo, entrevistas semi-estruturadas individuais e os grupos focais com docentes e profissionais farmacêuticos e gestores envolvidos no processo de capacitação dos farmacêuticos. [26]

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com três farmacêuticos da equipe ao final da capacitação, entre julho e setembro de 2022, com o intuito de esclarecer pontos importantes desvelados ao longo da pesquisa. Para garantir o alcance da saturação dos dados, foram realizadas entrevistas com mais dois farmacêuticos para verificar se novos temas emergiriam. Todas as entrevistas foram conduzidas no próprio hospital, com agendamento prévio individual em uma sala separada para maior conforto e afastamento do local de trabalho para que fosse evitado interrupções.

As informações adquiridas com os múltiplos métodos e técnicas foram gravadas, transcritas e utilizadas nas análises que aconteceram concomitantemente à coleta de acordo com o progresso da pesquisa. O material transcrito foi organizado de forma codificada e em análise temática manualmente em documento de Word, sendo que ao longo da análise foram identificados temas e/ou categorias. [27]

Estrutura da capacitação em Atenção Farmacêutica

A capacitação foi realizada com o intuito de melhorar o cuidado ofertado aos pacientes oncológicos atendidos no hospital, como uma oportunidade para melhorar a comunicação da equipe de farmacêuticos e para criar um ambiente de reflexão sobre os serviços e atividades clínicas já realizados na instituição, propiciando a oportunidade para futura melhoria com a organização e sistematização desses serviços e atividades clínicas, no contexto de um serviço de GTM.

Os encontros da capacitação foram realizados de acordo com a agenda e disponibilidade da equipe de farmacêuticos, conforme detalhado no cronograma descrito no quadro 1.

Quadro 1 – Cronograma de reuniões para capacitação, das entrevistas semiestruturadas e do grupo focal

Nº	Data	Convidado	Tema	Referências indicadas para preparação
1	22/11/21	Citrino	Onde e como estamos realizando o cuidado? (Análise FOFA/SWOT)	NA
2	25/02/22	Ágata	Introdução sobre Atenção Farmacêutica Brainstorm	1. Barros; Delizoicov, 2009 ^[29] 2. Ramalho de Oliveira, 2011 (Capítulo 1) ^[14]
3	04/03/22	Amazonita e Citrino	Reflexão sobre Atenção farmacêutica como profissão	1. Ramalho de Oliveira, 2006 ^[30] 2. Ramalho de Oliveira, 2011 (Capítulo 2) ^[14] 3. Hepler; Strand, 1990 ^[31]
4	11/03/22	Ágata	O paciente e a atenção farmacêutica e A experiência com o uso de medicamentos	1. Ramalho de Oliveira, 2009 ^[32] 2. Nascimento; Silva; Ramalho de Oliveira, 2020 ^[33]
5	18/03/22	Citrino	Grupo Focal – “Experiências e aprendizados adquiridos até agora”	NA
6	25/03/22	Citrino	Introdução ao processo de cuidado do paciente Avaliação Inicial	1. Ramalho de Oliveira, 2011 (Capítulo 3) ^[14] 2. Cipolle; Strand; Morley, 2012 (pág. 184-236) ^[15] 1. Ramalho de Oliveira, 2011 (Capítulo 4) ^[14]
7	01/04/22	Amazonita e Citrino	O processo de cuidado do paciente: Focado no raciocínio clínico (Indicado Efetivo Seguro Conveniente) e Problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM)	2. Cipolle; Strand; Morley, 2012 (pág 141 a 182) ^[15] Cipolle; Strand; Morley, 2012 (pág. 237-264). ^[15]
8	12/04/22	Citrino	O processo de cuidado do paciente: Avaliação de resultados e Situação clínica e farmacoterapêutica	1. Cipolle; Strand; Morley, 2012 (pág.265 – 294) ^[15]
9	19/04/22	Citrino	Busca de informações para resolver casos clínicos	NA
10	27/05/22	Citrino	Caso Clínico	NA
11	03/06/22	Citrino	Caso Clínico e Fechamento	NA
	Julho - Setembro	Citrino	Entrevistas semiestruturadas com os farmacêuticos	NA

Os encontros da capacitação aconteceram de forma híbrida (presencial e transmissão ao vivo de forma online) na própria instituição, durante o horário de serviço dos farmacêuticos, sempre após o almoço.

A presente pesquisa faz parte do projeto guarda-chuva amplo intitulado “Resultados clínicos, econômicos, aspectos humanísticos, culturais e educacionais de serviços de gerenciamento da terapia medicamentosa no Sistema Único de Saúde”. Este obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP-UFMG) de número 1.702.717, datado de 30 de agosto de 2021 (CAAE-25780314.4.3018.5121 e número de parecer 5.014.089).

RESULTADOS

Após a análise sistemática dos dados oriundos das diversas fontes de dados usadas nesse trabalho, a continuidade do cuidado emergiu como tema articulador de todos os demais temas, assim como fatores que comprometem e facilitam a continuidade do cuidado, organizados na figura 1.

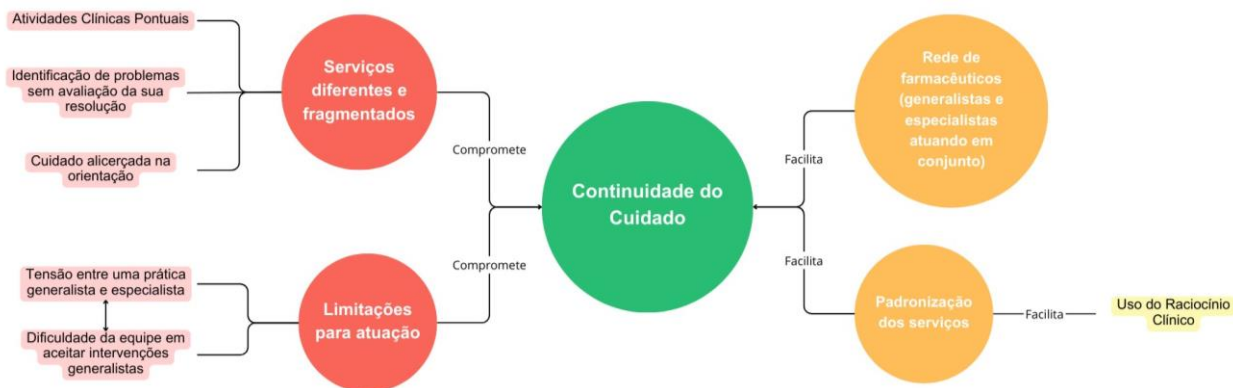


Figura 1: Resultados da análise sistemática dos dados.

Fonte: Autoria própria (2023).

Ao longo da capacitação, os participantes relataram as atividades clínicas realizadas pelos farmacêuticos e como essas atividades comprometiam a continuidade no cuidado. Ainda, eles criaram estratégias para oferecer um cuidado contínuo aos pacientes atendidos.

1) Fatores que comprometem a continuidade do cuidado

Serviços diferentes e fragmentados

Para Rubi a atuação do farmacêutico se baseia no atendimento de demandas momentâneas do paciente:

Como é essa uniformidade, qual é o serviço do farmacêutico? O papel do farmacêutico? Porque hoje, ele é sim fragmentado, a gente atende o paciente, mas a gente age pontualmente, traz benefício para o paciente sim, mas é um benefício pontual. É como se a impressora tivesse estragada, você vai lá e troca o tonner (Farmacêutico Rubi – encontro 2).

Ametista relata frustração quando não consegue acompanhar os pacientes, ou seja, realizar um retorno para avaliar o resultado das intervenções e novas demandas do paciente.

Na unidade de internação a gente não consegue fazer o acompanhamento. A gente atende, mas não consegue muitas vezes retornar. E aí, quando você vai ver novamente esse paciente, ele já teve alta ou foi a óbito. A gente quer

acompanhar, mas muitas vezes a gente não consegue, por não conseguirmos, gera uma frustração mesmo. Então, essa etapa do acompanhamento seja uma das partes mais difíceis. E quando é identificado algum PRM? Ou qualquer outra necessidade de acompanhamento? (Farmacêutico Ametista – encontro 7).

Nesse sentido, Safira, reforça que os problemas encontrados são apenas identificados e por não haver continuidade do atendimento, esses problemas não são resolvidos.

Porque aí acaba que você não está resolvendo os problemas. Você está até identificando, você está fazendo perguntas (Farmacêutico Safira – encontro 8).

Entretanto, Ametista relata que os farmacêuticos realizam orientações sobre a quimioterapia e possíveis eventos adversos que cada paciente pode apresentar, sendo esse o foco do trabalho clínico desses farmacêuticos, demarcando uma concepção de cuidado alicerçada na orientação.

Aqui a gente sempre faz orientação quando o paciente está iniciando o tratamento com quimioterapia. A gente então, já orienta sobre os possíveis efeitos que ele pode sentir. Eu acho que se a gente não falasse esses possíveis efeitos eles iam para casa muito seguros que ia ficar tudo bem (Farmacêutico Ametista – encontro 7).

Ainda, pode-se inferir a partir do relato de Ametista que o farmacêutico realiza suas intervenções após a decisão de conduta clínica de outros profissionais, sem uma análise sistemática das necessidades do paciente e das condutas adotadas:

O médico já deixa prescritos os medicamentos para náuseas, diarreia, e a gente justamente reforça que esses medicamentos já estão prescritos. Para que eles saibam, tenham segurança que ali tem algum medicamento que vai ajudar. Então nesse quesito eu acredito que a gente está fazendo “certinho” (Farmacêutico Ametista – encontro 7).

Limitações para atuação

Um aspecto que aparece ao longo da capacitação é a tensão constante entre a visão generalista de cuidado e a visão centrada em um cuidado especializado, especificamente o cuidado focado nas demandas oncológicas desse paciente.

Por um lado, após os encontros da capacitação, Esmeralda, durante a entrevista, relata que o farmacêutico é o profissional responsável e capaz por avaliar e realizar o gerenciamento da terapia medicamentosa de forma completa. Isso

demonstra uma mudança no foco, da quimioterapia e dos eventos adversos do tratamento oncológico, para o cuidado holístico, o que representa também a incorporação da filosofia da prática da atenção farmacêutica em suas rotinas e atividades diárias. Além disso, ela percebe a necessidade de compreender aquilo que gera maior incomodo para o paciente, ou seja, sua queixa principal, propondo uma prática centrada no paciente.

A gente tem que saber das doenças de base daquele paciente. Mas se o paciente tem várias comorbidades, a gente também tem que aprender a trabalhar e avaliar aquilo que mais atinge o paciente, qual que é a queixa principal dele. Se for o câncer, beleza vou orientar, mas se ele for hipertenso e diabético, se ele teve uma reação alérgica ao medicamento, a gente tem que avaliar tudo, iniciando pela queixa principal do paciente [...] porque tem casos que o paciente tem tanta dor e ele não consegue dormir à noite, então a solução é socar medicamentos para fazer ele dormir? Então a gente tem que tratar a causa raiz! A queixa principal é a dor? Então vamos resolver a dor! (Farmacêutico Esmeralda – entrevista).

Por outro lado, Safira traz à tona a dificuldade em se trabalhar de forma holística, avaliando todas as comorbidades e os medicamentos usados pelo paciente no ambiente de tratamento oncológico, salientando que se trata de uma questão que abrange todos os profissionais responsáveis pelo cuidado e mostrando o limite de atuação do farmacêutico inserido nesse contexto.

[...] em vários momentos, a gente faz as intervenções com os médicos e eles me respondem que aqui no ambulatório de quimioterapia não é a hora para a gente corrigir isso, que é melhor encaminhar esse paciente para o posto, ou então, que não vai alterar a prescrição do colega, que é melhor o paciente buscar o médico que é responsável por aquele problema. [...] Então, é igual o exemplo do uso da fluoxetina junto com o tamoxifeno. [...] Aí eu vou até o médico, falo do problema da fluoxetina, e sabe o que ele me responde? Que ele vai iniciar o tamoxifeno só depois que o paciente voltar no médico e trocar a fluoxetina. Porque ele não vai trocar a fluoxetina. E a gente sabe que existem outras drogas que dá para trocar com a fluoxetina. Então, a gente intervém, mas a intervenção não é aceita e o problema não é resolvido (Farmacêutico Safira – entrevista).

Percebe-se que até a equipe médica no ambiente de tratamento oncológico avalia o tratamento oncológico, não se responsabilizando por outros problemas de saúde. Safira descreve que a estratégia adotada por ela é então encaminhar o

paciente para o posto de saúde ou ao médico responsável pela prescrição, orientando a necessidade de alteração na farmacoterapia.

Ametista reforça a dificuldade em assumir a responsabilidade de um cuidado holístico, mas reconhece que faz parte das responsabilidades do farmacêutico.

Olha é muito complicado isso, porque está dentro das nossas responsabilidades, mas não tem como fazer tudo, não tem como ter conhecimento de tudo, assumir aquilo ali 100%, não tem como, é muita coisa! (Farmacêutico Ametista – entrevista).

2) Fatores que facilitam a continuidade de cuidado

Construção de uma rede de farmacêuticos

Jade questiona ainda se a abordagem holística do tratamento medicamentoso usada pelos farmacêuticos clínicos é uma opção viável na prática clínica e sugere o trabalho entre equipes de farmacêuticos especialistas.

Por que para o médico tem essas especialidades e para o farmacêutico não? Eu acho que é pedir demais! Com toda certeza, sem sombra de dúvidas! E ainda, é exigido que você tenha que saber resolver aquilo ali como se fosse mais fácil para gente do que para o médico, e não é! Mas talvez, o ideal também seria trabalharmos com especialidades. Trabalhar com uma equipe integrada cada um com a sua especialidade, interagindo o tempo todo para poder tratar o paciente como um todo. Seria muito mais viável! (Farmacêutico Jade – entrevista).

Nesse mesmo sentido Esmeralda afirma que o farmacêutico não precisa trabalhar sozinho, que ele pode trabalhar numa rede de apoio e encaminhamento aos outros para a continuidade do cuidado ao paciente de forma holística.

Então, se esse farmacêutico percebe que ele não está conseguindo, ele tem que ter a sabedoria de chamar outro profissional. Isso acontece com os médicos, por que não com os farmacêuticos? Agora o farmacêutico está achando que é Deus? Ele não é! (Farmacêutico Esmeralda – entrevista).

Esmeralda avança e sugere a construção de um plano de cuidado que seja coletivo entre os farmacêuticos, por meio do encaminhamento dos pacientes aos farmacêuticos com maior expertise de uma área específica.

[...] a gente pode montar um plano de cuidado, que é coletivo que é um plano de cuidado que envolve as responsabilidades, quando o profissional percebe que não “tá” dando conta daquele problema ele pode solicitar ajuda de um outro farmacêutico (Farmacêutico Esmeralda – entrevista).

Ao apresentar a ideia a Ametista e Jade, elas consideram o encaminhamento entre farmacêuticos como algo importante para um serviço de qualidade: “[...] esse fluxo de passar a demanda para aquele profissional que mais capacitado eu acho que vai ser muito importante” (Farmacêutico Ametista – entrevista). E Jade salienta que a oportunidade de acompanhar e discutir um caso será uma oportunidade de aperfeiçoamento para os farmacêuticos, ampliando o conhecimento acerca de outros problemas de saúde, tratamentos e condutas.

Então, por exemplo, você fica por conta da parte do diabetes, eu fico por conta dessa parte da quimioterapia. E pensando na terapia do paciente a gente teria discussões (Farmacêutico Jade – entrevista).

O raciocínio clínico como norteador do processo de trabalho

Ametista relata como percebe que pode colocar em prática o raciocínio clínico em suas tomadas de decisão, de forma que este se torne um instrumento norteador da nova prática clínica, a fim de organizar e operacionalizar o serviço.

Você perguntou se faz sentido a gente avaliar se inicialmente o medicamento é indicado para o paciente, faz total sentido! Isso que você falou que ia direto para as reações [adversas], é uma coisa que eu também fazia. Eu pensava: Será que esse medicamento pode causar uma reação? Porque no início, eu realmente não pensava: será que esse medicamento o paciente realmente tem que estar usando? E é verdade, a gente tem que começar por esse ponto de partida. Que vai chegar uma hora que você vai encontrar onde está o erro [...] Eu sou uma pessoa que sempre errava essas classificações [de PRM]. Só que agora depois que tivemos as aulas, fica mais visível para mim (Farmacêutico Ametista – encontro 7).

Amazonita que foi uma das docentes, por sua vez, traz de forma clara outra possível aplicação do raciocínio clínico, para facilitar a compreensão pelos farmacêuticos.

“E na conciliação medicamentosa, por exemplo, a gente não está fazendo só um “cara” crachá. Onde eu avalio aquele medicamento, se ele vai continuar no hospital? Sim ou não. Se ele trouxe sim ou não. Eu tenho que avaliar se faz sentido aquele medicamento na prescrição daquele paciente, por mais que ele já tome ele previamente. Então tem que avaliar se realmente tem aquela indicação. Se “tá” sendo efetivo para ele” (Farmacêutico Amazonita docente – encontro 7).

A padronização dos processos de trabalho

Desde o início da capacitação Rubi aponta para a existência de serviços distintos de farmácia clínica no hospital que não se comunicam, contribuindo para a fragmentação do cuidado:

Tem casos que o paciente estava fazendo quimioterapia e por algum motivo ele teve que internar, aí ele teve uma orientação no ambulatório de quimioterapia com relação a quimioterapia e aqui na unidade de internação ele teve outra. Mas será que realmente a gente “tá” fracionando o paciente? [...] Mas até que ponto esses dois tipos de cuidado que a gente faz, a gente realmente está focando no paciente? A gente está realmente trazendo um benefício para o paciente? (Farmacêutico Rubi – encontro 3).

Rubi aponta também para com a finalidade de desenvolverem um serviço que olhe para o paciente, e não exerça funções e atividades fragmentadas, assim como dito por ela “em caixinhas”, o que é corroborado por Safira:

[...] Porque a gente não pode esquecer que o mesmo paciente que faz quimioterapia no ambulatorial, pode ser o mesmo paciente que vai passar por uma cirurgia, que tem uma recidiva que volta para a unidade de internação, é um paciente que cura e vem fazer controle, ou então é um paciente que vai para o cuidado paliativo, mas no final ele é o mesmo paciente! Então, o que, que a gente pode fazer? E não olhar “pra” ver se ele está tendo reação, apenas para ver se a gente está validando a prescrição dele, ou seja, a gente realmente está nas caixinhas. Isso é um desafio gigante! (Farmacêutico Rubi – encontro 5).

A farmácia clínica abrange muita informação e eu acho que a gente tem que juntar isso [...] nosso paciente é o único, então da mesma forma que ele é tratado na quimioterapia, ele tem que ser tratado na internação (Farmacêutico Safira – entrevista).

Seguindo esse raciocínio Esmeralda também discute a necessidade de um trabalho padronizado e organizado, reforçando que a continuidade do cuidado só é possível quando todos os farmacêuticos possuem o mesmo padrão de prática clínica, uniformidade do cuidado exercido e documentação deste.

[...] E se nós todos trabalharmos no mesmo padrão, ter esse ritmo, ter a mesma forma de trabalhar em todos os setores do hospital. A evolução que vocês fizerem no ambulatório de quimioterapia a gente consegue dar continuidade aqui na unidade de internação e vice-versa, o paciente vai para casa e vai voltar daqui um mês, a gente consegue dar andamento, acompanhar esse paciente, consegue saber quais são os PRM's dele, e daí

para a frente a gente avança em todos os níveis (Farmacêutico Esmeralda – encontro 5).

[...] porque se o paciente já vem de outro setor com o documento de anamnese preenchido eu tenho que me preocupar com o que eu vou dar sequência, ou então com as novas demandas que podem aparecer. Porque aí eu já posso preparado para um segundo atendimento desse paciente, com histórico dele na minha mão (Farmacêutico Esmeralda – entrevista).

Um aspecto importante em âmbito hospitalar foi a percepção de que esse assunto é um dos pontos cobrados pelas auditorias externas do hospital: “As creditações sempre cobraram isso!!! Eles sempre cobraram no sentido de uma linha do acompanhamento do paciente” (Farmacêutico Jade – encontro 8). E nas palavras de Citrino que foi uma das docentes: “Então, nada mais é que uma transição de cuidado” (Farmacêutico Citrino docente – encontro 8).

Esmeralda, realiza o seguinte raciocínio, comparando a farmácia clínica e a atenção farmacêutica. Segundo ela, na farmácia clínica os serviços e atividades são desconectados e vão sendo encaixados nos pacientes, de acordo com as demandas. Já a atenção farmacêutica envolve conhecer o paciente e avaliá-lo para entender suas demandas e assim traçar um plano de cuidado.

[...] acho que aí é que está farmácia clínica, e a gente vai pegando essas caixinhas, e encaixando nos pacientes, o que a gente vai ter que fazer é um desfragmentar desse processo. Mas quando a gente fala de atenção farmacêutica, a gente tem o paciente e aí vai abrindo essas caixinhas, a gente vê quais problemas de saúde estão relacionados com aquele paciente e a gente pega o paciente de dentro para fora, na sua totalidade, a gente consegue atendê-lo PLENO! (Farmacêutico Esmeralda – encontro 5).

Dessa maneira a necessidade da continuidade do cuidado, foi a questão que justificou, para os farmacêuticos, de forma a resolver os problemas vivenciada no serviço pelos farmacêuticos, a partir do momento em que houve a incorporação, consciência e apropriação da equipe acerca da padronização da prática clínica por meio do uso do raciocínio clínico. Ao longo da capacitação e das entrevistas foi possível perceber a mudança no posicionamento dos farmacêuticos com relação à **sua responsabilidade**: antes entendiam que possuíam responsabilidade em realizar orientações pontuais aos pacientes relacionadas ao tratamento oncológico e após o conhecimento e apresentação do serviço de GTM perceberam que a responsabilidade do farmacêutico é garantir que toda a terapia medicamentosa do paciente seja indicada, efetiva, segura e conveniente. Com isso percebem também a necessidade da continuidade do cuidado, documentação do serviço e criação de uma rede articulada de farmacêuticos clínicos.

Esmeralda, por fim, durante a entrevista reflete que como para ele a incorporação do raciocínio clínico para as atividades antes separadas e como percebe que são na verdade integradas.

Se eu faço a anamnese inicial e esse paciente usa medicamento em casa eu tenho que fazer conciliação medicamentosa. Se ele me fala que tem uma alergia na anamnese inicial eu tenho que continuar avaliando para ver se isso não é na verdade uma reação ao medicamento. Se ele usa sonda, e eu identifiquei isso na anamnese inicial, então eu tenho que fazer uma orientação. Se durante anamnese inicial e percebo que o paciente vai fazer uma quimioterapia, eu tenho que orientar. Com a anamnese inicial eu consigo iniciar o meu serviço. Aí eu avalio os problemas de saúde e a gente vai programando o segundo atendimentos de acordo com a demanda. Então eu tenho que conhecer esse paciente, porque afinal de contas eu estou assumindo uma responsabilidade, porque eu não estou indo lá só conciliar os medicamentos, mas eu tenho que saber o que se passa com esse paciente (Farmacêutico Esmeralda – entrevista).

É perceptível que os farmacêuticos compreenderam a importância da utilização do raciocínio clínico para realizar o cuidado e o que é uma prática generalista e holística. Que o farmacêutico não necessariamente saberá de tudo, mas saberá onde buscar a informação e ajuda para poder resolver aquele problema do paciente. Além disso, que o serviço no âmbito hospitalar deve ser continuado, para tanto ele deve ser documentado, algo que já é realizado, entretanto, deve-se utilizar uma mesma linguagem e aplicado o mesmo raciocínio clínico.

DISCUSSÃO

A capacitação teve como intuito apresentar os conceitos sobre o serviço de GTM embasado no arcabouço teórico-metodológico da Atenção Farmacêutica para a equipe de farmacêuticos abrindo a possibilidade de gerar uma mudança paradigmática acerca do olhar farmacêutico para o cuidado. O contato com a filosofia da prática da AF durante a capacitação permitiu que alguns farmacêuticos compreendessem a sua responsabilidade frente às necessidades farmacoterapêuticas do paciente. [14, 15]

Pelas falas dos farmacêuticos foi possível perceber que eles compreenderam a necessidade de avaliar o paciente em sua totalidade, ou seja, de uma forma

generalista, pelo fato de que o paciente oncológico na grande maioria das vezes apresenta outros problemas de saúde associados ao câncer, como, hipertensão, diabetes mellitus, dislipidemia, exige o uso de múltiplos medicamentos. Logo, o cuidado holístico pode contribuir de forma integral, não apenas com foco na terapia oncológica, ou seja, avalie o paciente em sua totalidade, sendo então esse o tipo de cuidado ideal para os pacientes. [6, 7]

Entretanto, surgiram novos questionamentos sobre o tipo de cuidado que já é ofertado e foi discutido a não uniformidade desses serviços e o atendimento de demandas momentâneas dos pacientes, um serviço de cuidado alicerçado na orientação, sem uma sequência lógica e uma real resolução dos problemas que eram identificados. Isso fez com que os farmacêuticos refletissem sobre qual cuidado o paciente realmente precisa e o tipo de cuidado que é possível de ser ofertado em um hospital especializado em oncologia, e ainda, na resolutividade dos possíveis problemas identificados por eles. Essa reflexão foi necessária, pois em qualquer serviço é crucial atentar-se às necessidades dos pacientes atendidos e qual a melhor maneira atendê-las. [34]

O cuidado especializado oncológico, assim como exemplificado ao longo da capacitação pelos farmacêuticos, tem o foco na identificação, resolução e prevenção de problemas relacionados a terapia oncológica. É notório que os eventos adversos têm grande influência sobre o tratamento do paciente, por esse motivo sempre é um dos maiores focos de atenção do cuidado farmacêutico, justificado pelo fato de que o tratamento oncológico possui alto potencial de causar reações adversas graves pelo seu mecanismo de ação, tempo de exposição e concentrações elevadas. Além disso, alinhado a essa possível complicação das reações, muitos pacientes optam por abandonar ou adiar o tratamento devido às reações. Essas situações comprometem a resposta ao tratamento e, muitas vezes, faz com que a doença progrida. [35,36]

Dessa maneira, após a compreensão do serviço de GTM e da responsabilidade do farmacêutico em garantir que toda a terapia medicamentosa do paciente seja a mais indicada, efetiva, segura e conveniente para o paciente, fica clara a necessidade de avaliar toda a farmacoterapia do paciente e não apenas àquela relacionada com a terapia oncológica. Sendo assim, iniciaram-se outras discussões com relação a esse desafio do cuidado holístico em um hospital especializado em oncologia.

O desafio do cuidado holístico traz à tona os limites de atuação do farmacêutico. Apesar de compreenderem sua responsabilidade em avaliar todas as necessidades

farmacoterapêuticas do paciente, os farmacêuticos podem não possuírem total domínio de todos os problemas identificados e dependerem de outros profissionais para que as alterações ou mudanças sugeridas por eles sejam realizadas, incluindo até mesmo outros farmacêuticos.

Dessa maneira, chegam também à conclusão de que podem desenvolver uma comunicação interna entre os farmacêuticos da instituição, ou seja, reforçam a necessidade de estabelecer uma comunicação efetiva dos farmacêuticos que atuam em cenários de práticas diferentes (CTI, internação, ambulatório). Criando assim, uma rede de cuidados, permitindo que o paciente seja encaminhado a um farmacêutico com maior domínio sobre o problema de saúde em questão.

Ainda, os farmacêuticos discutiram a importância da documentação do cuidado. Foi relatado que o serviço clínico prestado já é documentado no prontuário eletrônico, entretanto, também relataram que não havia uma comunicação entre os atendimentos realizados. Ou seja, o mesmo paciente era atendido pela primeira vez dependendo do setor que estivesse no hospital, com uma ruptura no cuidado que já havia sido iniciado por outros farmacêuticos em outros setores.

Portanto, ao longo da capacitação foram percebendo a importância de não apenas documentar, mas também continuar o cuidado já iniciado pelos farmacêuticos em setores distintos da instituição, permitindo que a qualidade, eficiência do serviço seja avaliada e que a evolução e resultados dos pacientes seja monitorada. A documentação é prova do exercício profissional e justifica seu papel como integrante da equipe multiprofissional, a fim de registrar os problemas com a farmacoterapia que foram identificados, resolvidos e prevenidos para que os resultados terapêuticos dos pacientes sejam alcançados. [14, 15, 37]

Essas estratégias elencadas pelos farmacêuticos ao longo da capacitação reforçam o que foi descrito por Cipolle, Strand e Morley (2012), que afirmam que farmacêuticos não se tornam bons práticos no cuidado sozinhos, é necessário um grupo de farmacêuticos que se dedicam a cuidar, para que colaborem em prol do cuidado. [15]

A partir daí foi possível perceber uma mudança efetiva no posicionamento dos farmacêuticos, começaram então a pensar e discutir para que o serviço tivesse uma continuidade, independente do setor no qual o paciente estivesse. Compreenderam que o paciente é único e por isso é necessário que haja uma comunicação do cuidado

independentemente do local que esse paciente esteja sendo atendido, e que isso é facilitado pelo uso adequado das documentações em prontuário, algo que já é estabelecido em sua rotina de trabalho. Ademais, que fosse avaliada a terapia medicamentosa como um todo. Essa continuidade contribui para que o paciente deixe de ser fragmentado em cada atendimento, para que esse atendimento não seja sempre um recomeço. É compreendido que o recomeço não leva a resultados que sejam significativos para o paciente e nem para a equipe multidisciplinar como um todo.

Outros aspectos que merecem destaque nos resultados encontrados é a percepção gradativa dos farmacêuticos acerca da sua responsabilidade enquanto um profissional do cuidado, da necessidade de padronização da prática profissional e do benefício da utilização de um raciocínio clínico para a tomada de decisão em farmacoterapia.

Ao longo da capacitação os farmacêuticos compreenderam que ofertam um serviço clínico com foco em demandas pontuais, não havendo uma comunicação entre as diversas atividades executadas pelo farmacêutico, e que não permite a avaliação das demandas do paciente na sua totalidade, ou seja, um serviço fragmentado, nas palavras de Esmeralda “[...] ou seja, a gente realmente está nas caixinhas[...]”.

Outro aspecto que foi percebido pelos farmacêuticos foi a necessidade de uso de um processo de raciocínio clínico lógico, racional e sistemático de tomada de decisão em farmacoterapia, que poderia auxiliá-los a focar no paciente e em suas necessidades farmacoterapêuticas. Após o entendimento do raciocínio clínico, ficou claro que não adiantava ter o foco nas possíveis reações adversas, que é um problema de segurança, uma vez que a indicação daquele medicamento não foi avaliada. Sendo assim, percebeu-se que o raciocínio clínico é a base para as tomadas de decisão em saúde, pois alinhado às suas experiências clínicas e conhecimentos prévios, o raciocínio clínico como base estrutural dos atendimentos permite que o farmacêutico tenha maior segurança em suas condutas, faz com que a comunicação com os outros farmacêuticos seja estabelecida, e até mesmo com que a prática seja reproduzível, uma vez que há um processo lógico, racional e sistemático, ou seja, um processo padronizado para as tomadas de decisão em saúde. [14, 15, 38]

Com relação à identificação e classificação dos PRMs, durante a capacitação a equipe relatou que já fazia o uso da classificação, entretanto apresentava dificuldades pois realizava a classificação avaliando primeiramente o que estava prescrito, o que é corroborado pelos resultados encontrados por Oliveira (2018) ^[39] em sua dissertação, na qual os farmacêuticos entrevistados em sua pesquisa qualitativa também relatam o caminho inverso, identificavam um possível erro na terapia medicamentosa em uso pelo paciente, para assim classificar qual o PRM representava. E Silva (2019) ^[40] nos alerta para o risco de identificação de problemas inexistentes quando não se adota um processo sistemático de avaliação da farmacoterapia. Os farmacêuticos relataram que ao compreenderem o raciocínio clínico a classificação dos PRM's se tornou algo mais fácil, favorecendo suas tomadas de decisões.

Dessa maneira, foi ficando claro ao longo dos encontros a necessidade do uso do raciocínio clínico inserido à todas atividades e serviços clínicos realizados. Paralelamente, essa percepção foi se expandindo, o que os levou a identificarem a necessidade de organizar as atividades já realizadas em um serviço padronizado e continuado em qualquer nível da assistência hospitalar e principalmente realizado por qualquer profissional farmacêutico da equipe. Dessa maneira, foram percebendo que para que o cuidado começasse a ser ofertado de forma holística, ele não deve ser apenas voltado para a terapia oncológica, além disso, deve ser ofertado de forma continuada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível perceber e compreender como os conceitos acerca do serviço de GTM embasado no arcabouço teórico-metodológico da atenção farmacêutica fizeram com que os farmacêuticos pudessem entender a necessidade social do cuidado holístico, onde cada paciente é único e que dependendo da sua necessidade em saúde poderá tramitar pelos diversos ambientes do hospital, desde o ambulatório até a terapia intensiva. Além disso, perceberam que seu cuidado deve ser continuado e para que isso aconteça, os farmacêuticos provedores do cuidado devem trabalhar com o mesmo raciocínio clínico, ou seja, de forma padronizada e documentada, para que a continuidade do cuidado seja estabelecida e efetiva. Ou seja, foi possível

perceber uma mudança no posicionamento dos farmacêuticos com relação à sua responsabilização com o cuidado de forma geral.

REFERÊNCIAS

1. Santos M de O et al. Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil, 2023-2025. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2023; 69(1):e-213700.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em Oncologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
3. Bonassa EMA, Gato MIR. Terapêutica oncológica para enfermeiros e farmacêuticos. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2012.
4. Nobrega OT, Melo GF, Karnikowski MGO. Padrão de medicamentos prescritos para indivíduos de meia-idade e idosos de uma comunidade residente na periferia de Brasília. *Rev. Bras. Cienc. Farm*, 41, (2), 2005.
5. Wiedenmayer K et al. Developing pharmacy practice: a focus on patient care. Handbook — 2006 edition. *World Health Organization and International Pharmaceutical Federation*. 2006.
6. Nightingale G et al. Evaluation of a pharmacist-led medication assessment used to identify prevalence of and associations with polypharmacy and potentially inappropriate medication use among ambulatory senior adults with cancer. *J Clin Oncol*. 2015; 33: 1453-9.
7. Kim J, Parish AL. Polypharmacy and Medication Management in Older Adults. *The Nursing clinics of North America*. 2017; 52: 457-468.
8. Ministério da Saúde (Brasil). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 220, de 21 de setembro de 2004. Aprova o Regulamento Técnico de funcionamento dos Serviços de Terapia Antineoplásica. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, 2004.
9. Sessions JK et al. "Role of Oncology Clinical Pharmacists in Light of the Oncology Workforce Study." *Journal of Oncology Practice*. 2010; 6: 270-272.
10. Colombo LRP et al. The effects of pharmacist interventions on adult outpatients with cancer: A systematic review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 2017; 42: 414-424.
11. (CFF) Conselho Federal De Farmácia. Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. Brasília – DF: Conselho Federal de Farmácia, 2016.
12. Joint Commission Internacional (JCI). Padrões de Acreditação da Joint Commission Internacional para Hospitais [editado por] Consórcio Brasileiro de

Acreditação (CBA) de Sistemas e Serviços de Saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: CBA: 2010.

13. de Barra M et al. Pharmacist services for non-hospitalized patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018; 9: CD013102.

14. Ramalho de Oliveira D. *Atenção Farmacêutica: da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa*. São Paulo: RCN Editora:, 2011.

15. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. *Pharmaceutical care practice: the patient centered approach to medication management services*. 3. ed. New York: MacGraw-Hill Medical:, 2012.

16. Ross MS. Differences Between Medication Therapy Management & Comprehensive Medication Management. *Insight and information to help healthcare providers close the gaps in patient care*. 2019.

17. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *Atenção farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos. Relatório 2001-2002*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde:, 2002: 46p.

18. Mendonça S de AM, de Freitas EL, Ramalho-De-Oliveira D. Competencies for the provision of comprehensive medication management services in an experiential learning project. *PLoS ONE*. 2017; 12: 1–14.

19. Cipolle RJ, Strand L M, Morley PC. *Pharmaceutical care practice*. New York: McGraw–Hill:, 1998.

20. Kristiansen M, Bloch-Poulsen J. Participação na pesquisa-ação: entre a metodologia e a visão de mundo, participação e codeterminação. *Trabalho & Educação*. 2013; 22: 37–53.

21. Detoni KB. et al. Impact of a medication therapy management service on the clinical status of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Clin Pharm*. 2017; 39: 95–103.

22. Ribeiro MA. Implementação e sistematização de serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa oferecido a pacientes com câncer de mama. Belo Horizonte-MG. Tese [Doutorado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica] – Faculdade de Farmácia - Universidade Federal de Minas Gerais; 2017.

23. Luetsch K. Attitudes and attributes of pharmacists in relation to practice change – A scoping review and discussion. *Res. Soc. Adm. Pharm*. 2017; 13: 440–455.

24. Valentin AAS. Aspectos envolvidos na sustentabilidade do serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa. Dissertação (Mestrado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica) - Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2020.

25. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012; 17: 621–6.

26. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*. 2005; 39: 507–514.
27. Ryan F, Coughlan M, Cronin P. Step-by-step guide to critiquing research. Part 2: Qualitative research. *British journal of nursing*. 2007; 16: 738–44.
28. Azevedo CEF. et al. *A Estratégia de triangulação: objetivos, possibilidades, limitações e proximidades com o pragmatismo*. Brasília: IV Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade – EnEPQ.; 2013: 1–16.
29. Barros Da Silva W, Delizoicov D. Profissionalismo e desenvolvimento profissional: lições da sociologia das profissões para entender o processo de legitimação social da farmácia. *Rev. Bras. Farm.* 2009; 90: 27-34.
30. Ramalho De Oliveira D. Atenção farmacêutica como contracultura. *Farmácia Revista/CRFMG*. 2006; 3: 21–22.
31. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *American Journal of Hospital Pharmacy*. 1990; 47: 533–543.
32. Ramalho OD. Experiência Subjetiva com a Utilização de Medicamento (The Medication Experience): Conceito Fundamental para o Profissional da Atenção Farmacêutica. *Revista Racine*. 2009; 113:90-96.
33. Nascimento YA, Silva LD, Ramalho de Oliveira D. Experiences with the daily use of medications among chronic hepatitis C patients. *Res Social Adm Pharm*. 2020; 16(1): 33-40. doi:10.1016/j.sapharm.2019.01.018
34. Shoemaker SJ. et al. Application of the Consolidated Framework for Implementation Research to community pharmacy: a framework for implementation research on pharmacy services. *Res Soc Adm Pharm*. 2017; 13(5): 905-913.
35. Calado DS, Tavares DHC, Bezerra GC. O papel da atenção farmacêutica na redução das reações adversas associados ao tratamento de pacientes oncológicos. *Revista Brasileira de Educação e Saúde*. 2019; 9(3): 94-99.
36. Nogueira T A et al. Atenção farmacêutica a pacientes oncológicos: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde*. 2016; 7(1): 33-39.
37. McInnis T, Webb E, Strand L. Patient-Centered Primary Care Collaborative (PCPCC). The patient-centered medical home: integrating comprehensive medication management to optimize patient outcomes resource guide, 2nd ed. Washington, DC: PCPCC, 2012.
38. Oliveira IV, Nascimento YDA, Ramalho-De-Oliveira D. Decision-Making Process in Comprehensive Medication Management Services: From the Understanding to the Development of a Theoretical Model. *Pharmacy*. 2020; 8(4).
39. Oliveira GCB. Construção colaborativa de um serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa no sistema público de saúde. Belo Horizonte-MG. Tese

[Doutorado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica] – Faculdade de Farmácia - Universidade Federal de Minas Gerais; 2018.

40. Silva HM. Implantação do serviço de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa em ambulatório de artrite reumatoide de um hospital público referência em Minas Gerais. Belo Horizonte-MG. Dissertação [Mestrado Em Medicamentos E Assistência Farmacêutica] – Faculdade de Farmácia - Universidade Federal de Minas Gerais; 2019.