

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FARMÁCIA

ISABELA VIANA OLIVEIRA

PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO EM GERENCIAMENTO DA
TERAPIA MEDICAMENTOSA: DA COMPREENSÃO AO
DESENVOLVIMENTO DE UM MODELO TEÓRICO

Belo Horizonte - MG
2016

ISABELA VIANA OLIVEIRA

PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO EM GERENCIAMENTO DA
TERAPIA MEDICAMENTOSA: DA COMPREENSÃO AO
DESENVOLVIMENTO DE UM MODELO TEÓRICO

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

Orientadora: Prof.^a Dra. Djenane Ramalho de Oliveira.

Belo Horizonte - MG
2016

O48p Oliveira, Isabela Viana.
Processo de tomada de decisão em gerenciamento da terapia medicamentosa: da compreensão ao desenvolvimento de um modelo teórico / Isabela Viana Oliveira. – 2016.
153 f. : il.

Orientadora: Djenane Ramalho de Oliveira.

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

1. Atenção farmacêutica – Teses. 2. Medicamentos – Utilização – Teses. 3. Medicamentos – Processo decisório. 4. Farmacêutico e paciente – Teses. I. Oliveira, Djenane Ramalho de. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Farmácia. III. Título.

CDD: 362.1042



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICAMENTOS E ASSISTENCIA FARMACEUTICA

UFMG

FOLHA DE APROVAÇÃO

**Processo de tomada de decisão em gerenciamento da terapia medicamentosa:
da compreensão ao desenvolvimento de um modelo teórico**

ISABELA VIANA OLIVEIRA

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

Aprovada em 20 de julho de 2016, pela banca constituída pelos membros:

Prof. Djenane Ramalho de Oliveira - Orientadora
UFMG

Prof. Erika Lourenço de Freitas
Regis University - E.U.A

Prof. Alessandra Rezende Mesquita
UFMG

Belo Horizonte, 20 de julho de 2016.

AGRADECIMENTOS

Foram dois anos de muito aprendizado e de muita evolução pessoal e profissional. Mas nada disso seria possível sem a contribuição de muitas pessoas especiais. Não será simples transformar em palavras a minha imensa gratidão. Tentarei...

Querida Djenane, suas aulas de atenção farmacêutica no 8º período da faculdade transformaram minha vida profissional. Obrigada por dar sentido a minha trajetória, você me inspira a cada dia. Que privilégio ter você como orientadora! Obrigada por me ensinar o que é ciência, o que é ser pesquisadora, por me ensinar a voar. É uma grande honra trabalhar com você!

Agradeço infinitamente às participantes da pesquisa, pelo tempo dedicado e pela riqueza das experiências compartilhadas que possibilitaram a construção deste trabalho. Não poderia me esquecer dos pacientes, que permitiram que eu observasse a conduta das farmacêuticas enquanto lhes atendiam.

Aos meus maravilhosos pais, Maria Aparecida e José Sebastião, por compartilharem dos meus sonhos e acreditarem mais em mim do que eu mesma. Obrigada por permitirem que eu trilhe meu caminho profissional com tranquilidade, me apoiando incondicionalmente. Eu amo vocês!

Ao Caio, pela paciência e compreensão ao dividir os finais de semana com o mestrado. Obrigada por acreditar no meu trabalho, por sempre me motivar e deixar transparecer o orgulho pelas minhas conquistas. Venceremos mais essa etapa juntos!

Às gladiadoras do GTM (gerenciamento da terapia medicamentosa), Cid, Gabi, Jojo, Kirla, Mari e a mais novinha, Thaís. Saber que temos umas às outras é o que nos mantém firmes na luta diária para fazer essa prática clínica acontecer. Jojo e Kirla, compartilhar com vocês cada etapa desse processo de mestrado, tornou essa caminhada mais leve e proveitosa. Cid, obrigada pelas portas abertas nesses dois anos e por confiar no meu trabalho. Thaís, obrigada pelas longas conversas sobre

os mais variados assuntos e por ter estado sempre à disposição para me ouvir sobre o meu projeto. Gabi, obrigada pelas sábias palavras nos momentos mais oportunos. Mari, sua leitura atenta e empolgada de parte dos meus resultados, me mostrou que eu estava no caminho certo, obrigada!

Aos idealizadores do Centro de Estudo em Atenção Farmacêutica (CEAF). A estrutura oferecida pelo centro muito contribuiu para o desenvolvimento da pesquisa. A todos os membros do CEAF, especialmente Daniela, Mariana e Simone. Esse grupo forma uma unidade rara, tenho muito orgulho em integrá-lo!

Aos alunos, professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Em especial ao Silas pela prontidão em nos atender, sempre solucionando nossas demandas.

Agradeço à banca de qualificação, fundamental nesse processo. À Prof.^a Érika pelas preciosas sugestões e ao Mateus pelos questionamentos provocadores no início da elaboração do projeto e na fase final de construção dos resultados.

A Capes por permitir que eu me dedicasse exclusivamente a este trabalho e, assim, pudesse executá-lo com tranquilidade.

Às amigas: Alice, Camila, Juliana e Marina, os grandes presentes que recebi da farmácia. Obrigada pela preocupação, confiança e pela energia positiva enviada.

Aos familiares e amigos, que distantes ou não, torceram por mim. Muito obrigada!

Finalmente, a Deus, por tudo!

“Organizou um decálogo de conduta no qual pressa, vaidade, teimosia, egoísmo, dispersão, eram defeitos a evitar, com o incentivo das virtudes correspondentes: calma, modéstia, humildade, generosidade, concentração. Em vez de falar, ouvir; em vez de responder, refletir; em vez de decompor, reintegrar.”

Fernando Sabino

RESUMO

O gerenciamento da terapia medicamentosa (GTM) é um serviço clínico embasado no arcabouço teórico da atenção farmacêutica. Durante a realização desse serviço o profissional deve aplicar o método racional de tomada de decisão sobre a farmacoterapia, proposto dentro desse arcabouço, para identificação e resolução de problemas relacionados ao uso de medicamentos. O objetivo deste estudo foi compreender como o farmacêutico toma decisões durante a provisão do serviço de GTM. Foi utilizada como metodologia a teoria fundamentada nos dados. Os métodos incluíram a observação de consultas de GTM e de discussões de casos dos pacientes atendidos; além de entrevistas semiestruturadas com onze farmacêuticas que oferecem o serviço em diferentes cenários de prática, e análise de documentos. A partir da análise sistemática dos dados, duas categorias principais foram construídas: 1. Compreendendo o método racional de tomada de decisão: alicerce do processo e 2. Equilibrando a equação do cuidado: objetivo e subjetivo, que inclui uma proposta teórica para o processo de tomada de decisão do farmacêutico no GTM e os fatores que podem modificar esse processo. O modelo desenvolvido revela que o farmacêutico utiliza o método racional como uma base estrutural, permitindo que seu processo de tomada de decisão seja dinâmico, bem como conferindo-lhe segurança em suas condutas. O conhecimento técnico da farmacoterapia deve guiar a anamnese para que o profissional consiga avaliar a indicação, efetividade, segurança e conveniência dos medicamentos em uso pelo paciente. Ao capturar as experiências do paciente com o uso de medicamentos, os profissionais demonstraram categorizá-las para determinar a melhor conduta a ser tomada. Os farmacêuticos frequentemente discutem a decisão clínica com o paciente. Entretanto, o compartilhamento real das decisões ainda é incipiente na prática. Entre os fatores que podem modificar a decisão estão a interpretação do profissional ao considerar o paciente como um todo; a autonomia profissional; a ausência do paciente no momento em que se chega à decisão; o conhecimento técnico do farmacêutico; o contexto do paciente e de inserção do profissional. Este trabalho permitiu uma compreensão ampla do processo de tomada de decisão do farmacêutico durante o cuidado aos pacientes que utilizam medicamentos. O modelo construído pode ser aplicado como base para o desenvolvimento de intervenções

educacionais para a formação de profissionais competentes para tomada de decisão durante a provisão do serviço de GTM.

Palavras-chave: atenção farmacêutica, gerenciamento da terapia medicamentosa, processo de tomada de decisão, teoria fundamentada nos dados

ABSTRACT

Medication therapy management (MTM) is a clinical service grounded on the theoretical framework of pharmaceutical care. In this service, the practitioner applies the rational decision-making method on pharmacotherapy, proposed in this framework, in order to identify, solve, and prevent drug therapy problems. The aim of this research was to understand how pharmacists make clinical decisions when providing MTM service. This study was developed using the grounded theory methodology. Data collection included individual semistructured interviews with eleven pharmacists, document analysis, as well as observation of clinical case discussions and MTM consultations offered by the participating pharmacists. From the systematic data analysis, two main categories were built: 1. Understanding the rational decision-making method: the process' foundation. 2. Balancing the care equation: objective and subjective, which includes a theoretical proposal explaining the pharmacists' decision-making process during MTM and factors that can modify this process. This model reveals that pharmacists use the rational method as a structural basis, yielding a dynamic decision-making process where providers feel more confident. According to the findings of this study, the pharmacotherapy knowledge should guide the anamnesis. Thus, the professional can evaluate indication, effectiveness, safety and convenience of medications used by the patient. After exploring patients' medication experiences, pharmacists demonstrated to categorize them for helping the conduct definition. Practitioners often discuss the clinical decision with patients, however, shared decision-making is still incipient in this practice. Several factors were found to influence the pharmacist's clinical decision, including: the pharmacist's interpretation when considering the patient as a whole; professional autonomy; patient's absence at the decision time; pharmacist's technical knowledge; patient's context, and context of professional insertion. This study provides a broad understanding of pharmacists' decision-making process during the care of patients using medications. It can be applied as a basis for educational interventions to train competent professionals on decision-making when providing MTM services.

Keywords: decision-making process, grounded theory, medication therapy management, pharmaceutical care

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 O PANO DE FUNDO: REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 Trajetória da farmácia: decidimos sobre o que?.....	15
2.2 O problema resolvido pela atenção farmacêutica.....	18
2.3 Teorias sobre tomada de decisão clínica	21
2.4 Prática baseada em evidência e experiência subjetiva com o uso de medicamentos: componentes do processo de tomada de decisão	28
2.5 A prescrição farmacêutica	31
3 DA PERGUNTA DE PESQUISA AOS OBJETIVOS	35
4 METODOLOGIA	37
5 MÉTODOS	42
5.1 Amostragem	42
5.2 Coleta de dados	43
5.2.1 Entrevista formal.....	44
5.2.2 Observação participante	45
5.2.3 Entrevista informal	46
5.2.4 Análise de documentos.....	46
5.3 Análises dos dados	46
5.3.1 Escrita de memorandos	48
5.4 Rigor.....	49
5.5 Aspectos éticos.....	50
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
6.1 Compreendendo o método racional de tomada de decisão: alicerce do processo	57
6.1.1 Contestando o processo inverso: “penso que isso desvaloriza o processo diagnóstico”	63
6.1.2 Reconhecendo o risco do foco na promoção da adesão	65
6.2 Equilibrando a equação do cuidado: o objetivo e o subjetivo	67
6.2.1 Agregando o conhecimento em farmacoterapia	68
6.2.2 Explorando a experiência subjetiva com o uso de medicamentos.....	73

6.2.3 Discutindo <i>versus</i> compartilhando a decisão com o paciente: o que realmente estamos fazendo?.....	80
6.2.4 Fatores que podem modificar o processo de tomada de decisão.....	84
6.3 Processo de tomada de decisão do farmacêutico durante a provisão do gerenciamento da terapia medicamentosa: modelo proposto	109
7 IMPLICAÇÕES PARA EDUCAÇÃO E PARA A PRÁTICA.....	112
8 CONCLUSÕES	115
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	117
APÊNDICE A -Tópico-guia.....	131
APÊNDICE B – Artigo submetido para publicação	133
ANEXO A – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	150

1 INTRODUÇÃO

Há aproximadamente 25 anos nasce dentro da profissão de Farmácia uma prática voltada diretamente para o cuidado ao paciente, a atenção farmacêutica. Essa prática surgiu em um contexto de crescente aumento da morbimortalidade associada ao uso de medicamentos, sem um profissional que assumisse especificamente a responsabilidade por garantir a efetividade e a segurança da utilização desses produtos. Diante desse cenário, a atenção farmacêutica foi definida por Cipolle, Strand e Morley (1998) como uma prática profissional em que o farmacêutico assume a responsabilidade pelas necessidades farmacoterapêuticas do paciente e responde por esse compromisso. Portanto, o papel principal desse profissional ao cuidar de um paciente é a prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM) (CIPOLLE, STRAND e MORLEY, 2004).

Como toda prática profissional, a atenção farmacêutica possui uma filosofia, que deve ser incorporada por todos os profissionais que realizam essa prática. A filosofia define os valores e as responsabilidades do profissional no atendimento a uma demanda social. Na atenção farmacêutica, a demanda é a redução da morbimortalidade gerada pelo uso de medicamentos, a partir da identificação, prevenção e resolução de PRM, a fim de garantir que os medicamentos utilizados pelo paciente sejam apropriados para tratar seus problemas de saúde, sejam os mais efetivos e seguros disponíveis, e que o paciente tenha condição de adquiri-los e utilizá-los. A filosofia da atenção farmacêutica também determina que o cuidado deve ser realizado por meio do estabelecimento de uma relação terapêutica e que a prática deve ser centrada no paciente, o qual precisa ser visto de forma holística. (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

A filosofia é a base da prática. Associado a ela, precisam estar presentes mais dois componentes para que se caracterize uma profissão da saúde: o processo de cuidado do paciente e o processo de gestão da prática. O processo de cuidado envolve profissional e paciente, sendo que o primeiro avalia as necessidades farmacoterapêuticas individuais do segundo, desenvolve, com o paciente, um plano

para atender a essas necessidades e posteriormente avalia os resultados das intervenções propostas (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011). O processo de gestão da prática compreende todo o suporte requerido para oferecer um serviço clínico efetivo e eficiente, incluindo uma descrição clara do serviço prestado e dos recursos físicos, humanos e financeiros necessários; os modos para sua avaliação; e a forma de reembolso que o suporte financeiramente (CIPOLLE, STRAND e MORLEY, 2004). O serviço clínico oferecido quando o profissional utiliza o arcabouço teórico-metodológico da atenção farmacêutica é denominado gerenciamento da terapia medicamentosa (GTM), termo que traduz claramente a proposta dessa prática.

Nesse contexto, esta dissertação trata de aspectos relacionados ao processo de cuidado do paciente. Especificamente, do processo de tomada de decisão clínica do farmacêutico durante o oferecimento de GTM.

A atenção farmacêutica propõe um método inovador de tomada de decisão racional sobre farmacoterapia. Inicialmente, o profissional avalia se todos os problemas de saúde do paciente estão adequadamente tratados e se todos os medicamentos utilizados por este são apropriados para suas condições. Depois, avalia se os medicamentos são efetivos para os problemas de saúde do paciente. Em seguida, se são os mais seguros possíveis. Por fim, avalia se o paciente compreende, concorda e utiliza a farmacoterapia conforme recomendado (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011). Esse processo lógico faz parte do *pharmacotherapy workup* ou propedêutica em farmacoterapia (tradução que ainda não tem sido muito empregada), utilizado para identificar e resolver PRM, estabelecer objetivos terapêuticos, selecionar intervenções e avaliar resultados (CIPOLLE, STRAND e MORLEY, 2012).

Esse método racional de tomada de decisão deveria direcionar o farmacêutico para o problema a ser resolvido no cuidado ao paciente. Entretanto, Freitas (2005) mostra em sua dissertação de mestrado que ainda não existe convicção sobre a real responsabilidade desse profissional na atenção farmacêutica, seja por parte dos pacientes ou por parte dos próprios farmacêuticos. Os pacientes entrevistados pela referida autora perceberam o farmacêutico algumas vezes como psicólogo,

nutricionista e/ou confirmador das orientações médicas por meio de uma conversa amistosa e agradável. O estudo ressalta ainda que essa falta de consenso pode ser problemática, principalmente, no que se refere ao estabelecimento e legitimação da atenção farmacêutica em um sistema de saúde já sedimentado sem a realização de tal prática (FREITAS, 2005).

Somado a isso, a atenção farmacêutica, por se tratar de um modelo de prática ainda incipiente no Brasil, tem sido introduzida com diferentes vertentes e compreensões, muitas vezes sem diretrizes técnicas sistematizadas e sem levar em conta todo o conteúdo filosófico preconizado, dificultando ainda mais o reconhecimento do seu impacto na saúde dos pacientes (FREITAS, RAMALHO DE OLIVEIRA e PERINI, 2006).

Em 2013, passados alguns anos após a publicação dos resultados mencionados acima, quando iniciei a prática no serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa, o cenário era semelhante. O serviço ainda era incipiente, não estabelecido no sistema de saúde e os farmacêuticos ou estudantes envolvidos com a prática muitas vezes tinham seu foco diluído, ora apenas ouvindo o paciente, sem enxergar qual problema deve resolver, ora reforçando as orientações médicas ou fornecendo informações não específicas do profissional em questão, por exemplo, sobre hábitos saudáveis de vida.

Por conseguinte, entender o processo de tomada de decisão clínica do farmacêutico que realiza GTM, ajudará a delinear os limites da atuação desse profissional frente a outras profissões da saúde, elucidando, assim, a sua contribuição única para o cuidado ao paciente. Pretende-se, portanto, determinar o que Campos *et al.* (1997), denominaram como núcleo de competência, ou seja, as atribuições exclusivas desse profissional, que justifique a sua existência como uma nova área, a partir da compreensão de como esse processo de tomada de decisão clínica tem acontecido na prática.

É importante ressaltar que pesquisas buscando compreender o processo de tomada de decisão do profissional provedor de GTM ainda são raras (BARTELS, 2013). Ao

contrário, outras profissões da saúde, como enfermagem e medicina, têm estudado esse processo extensamente (MAMEDE *et al*, 2007; TRAYNOR, BOLAND e BUUS, 2010; DICKSON e FLYNN, 2011; MARCUM, 2013). Portanto, o presente estudo é extremamente relevante na profissão de Farmácia. Ademais, estudar esse processo é um grande passo para o desenvolvimento de intervenções educacionais para a formação de profissionais capacitados para tomar decisões durante o oferecimento de GTM, fator limitante para consolidação e expansão desse serviço.

Por fim, não há dúvidas de que um processo de tomada de decisão bem descrito ajudará a solucionar de forma mais adequada os problemas relacionados ao uso de medicamentos, contribuindo para diminuição da morbimortalidade associada à farmacoterapia.

2 O PANO DE FUNDO: REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Trajetória da farmácia: decidimos sobre o que?

A profissão de Farmácia sofreu uma série de transformações ao longo dos três últimos séculos. Os boticários foram extintos e desde então os farmacêuticos buscam por uma nova função, que justifique a existência da profissão para a sociedade. Discutir essas mudanças históricas torna-se importante para a compreensão do cenário atual e das pesquisas sobre o processo de tomada de decisão na profissão farmacêutica.

Até o início do século XX, os farmacêuticos ou boticários eram responsáveis pela produção e dispensação do arsenal terapêutico existente (HOLLAND e NIMMO, 1999; COELHO, ZANATO e MATIAS, 2007). Os pacientes procuravam esse profissional em busca do medicamento, produzido de forma artesanal, e da orientação para a sua seleção e uso (HOLLAND e NIMMO, 1999). Nessa época o farmacêutico possuía um papel bem definido na sociedade, mas suas ações eram focadas no medicamento e não diretamente no paciente (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2010). Infere-se que as suas decisões profissionais eram predominantemente no âmbito da manipulação desses produtos.

Com o advento da indústria farmacêutica, a partir de meados da década de 30, a produção de medicamentos passou a ocorrer em larga escala e o arsenal terapêutico começou a se ampliar (ANGONESI e SEVALHO, 2010; PEREIRA e NASCIMENTO, 2011). Após a Segunda Guerra Mundial, esse movimento ganhou ainda mais força, e a farmácia deixou de ser o local de produção de medicamentos. Sua nova função passou a ser o fornecimento do produto acabado para o paciente. Diante desse cenário, o farmacêutico assumiu um papel burocrático nesses estabelecimentos. Grande parte desses profissionais, especialmente no Brasil, começou a se distanciar do medicamento e de seu usuário, passando a atuar em áreas não privativas da profissão, como as análises clínicas, a cosmetologia e a bromatologia (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2009a).

A partir da década de 1960, os farmacêuticos que exerciam a profissão em hospitais - dando suporte à distribuição de medicamentos nessas instituições - começaram a se aproximar de atividades clínicas. Esse ramo da profissão, que ficou conhecido como farmácia clínica, passou a utilizar seu conhecimento farmacoterapêutico para apoiar as decisões médicas sobre a terapia farmacológica, oferecendo vários serviços, como informação sobre medicamentos, dosagem farmacocinética, ajuste de dose e monitorização terapêutica (HOLLAND e NIMMO, 1999). Nesse contexto, os farmacêuticos podiam exercer uma série de atividades clínicas. Entretanto, não havia um problema específico que esses profissionais resolviam. Trabalhavam, na verdade, como consultores. A decisão sobre a farmacoterapia permanecia a cargo do médico. No Brasil, o movimento da farmácia clínica começou mais tarde, o registro da primeira instituição com esses serviços é de 1979 (CUNHA e BRANDÃO, 2010).

No início da década de 90, Hepler e Strand (1990) problematizaram o fato de que as atividades realizadas pelos farmacêuticos na farmácia clínica ainda estavam focadas no medicamento e não nos pacientes que os utilizavam. Esses autores reforçaram que até aquele momento não se reconhecia uma demanda social clara que justificasse essas atividades clínicas, e chamaram atenção para a necessidade da definição de qual seria a responsabilidade desse profissional com o paciente (HEPLER e STRAND, 1990). Diante do aumento do consumo de medicamentos e da ascensão da morbimortalidade associada ao uso desses produtos, o farmacêutico foi chamado a assumir essa demanda, voltar seu foco para o paciente e suas necessidades farmacoterapêuticas, com o objetivo de identificar, prevenir e resolver PRM (HEPLER e STRAND, 1990; CIPOLLE; STRAND e MORLEY, 1998). Criava-se, então, o *pharmaceutical care*, que no Brasil foi traduzido como atenção farmacêutica, uma prática que aproximaria o farmacêutico do paciente e da equipe de saúde, tanto no contato com outros profissionais, como na linguagem e na forma de atuar. Na atenção farmacêutica, os farmacêuticos identificam e resolvem um problema bem definido – os problemas relacionados ao uso de medicamentos - assim como os outros profissionais da saúde solucionam problemas bem específicos em suas diferentes áreas de atuação.

Com essa rápida contextualização histórica, é possível perceber que o farmacêutico exerceu atividades muito distintas, do boticário até o profissional do cuidado com um papel clínico bem definido na sociedade. Dessa forma, durante todo esse tempo o farmacêutico buscou uma identidade profissional (SILVA e DELIZOICOV, 2009; ANGONESI e SEVALHO, 2010; PEREIRA e NASCIMENTO, 2011). Entretanto, sem uma definição clara de qual seria a sua atividade principal, pouco se discutiu sobre o processo de tomada de decisões dentro da profissão de farmácia. Possivelmente, como consequência desse processo, existem poucos estudos na literatura da farmácia abordando esse tema (BARTELS, 2013). Em contrapartida, a enfermagem e principalmente a medicina, que sempre tiveram um papel bem definido na sociedade, há muitos anos estudam o processo de tomada de decisão em suas profissões (LaDUCA, ENGEL e CHOVAN, 1988; BURMAN *et al*, 2002; HEDBERG e LARSSON, 2003; HOFFMAN, DONOGHUE e DUFFIELD, 2003; MAMEDE *et al*, 2007; TRAYNOR, BOLAND e BUUS, 2010; DICKSON e FLYNN, 2011; MARCUM, 2013). Dessa forma, parece estar claro que o processo de tomada de decisão passa a ser vislumbrado a partir da definição de um papel concreto para o profissional, que realmente atenda a uma demanda social.

Entre os poucos estudos sobre esse processo na farmácia torna-se relevante destacar o de Campagna e Newlin (1997), que discutem fatores que influenciam as decisões em farmacoterapia realizadas por farmacêuticos. Os autores apontam fatores ambientais, como locais de prática e estrutura econômica; e fatores individuais, como a atitude do profissional, personalidade, motivação e *expertise*, como importantes para definir se o farmacêutico aceitará a decisão de outros profissionais, adotando uma postura de submissão, ou realmente tomará decisões sobre a farmacoterapia dos pacientes, assumindo um papel mais prescritivo (CAMPAGNA e NEWLIN, 1997). É interessante notar que considerando esses fatores, tomar decisão em farmacoterapia parece ser opcional, ou seja, dependendo de seu contexto o profissional poderá escolher se adotará uma postura submissa ou prescritiva.

Já na atenção farmacêutica, conforme antedito, o profissional deve solucionar problemas relacionados ao uso de medicamentos, participando da decisão em

relação à farmacoterapia do paciente. Logo, engajar-se nesse processo não pode ser opcional. Bartels (2013) destaca que com essa prática, o farmacêutico está mais próximo do prescritor, e de fato, mais envolvido com as decisões no cuidado direto aos pacientes do que no passado.

Em 2014, o *American College of Clinical Pharmacy (ACCP)* divulgou um documento com os padrões de prática para farmacêuticos clínicos. No documento está claro que esses profissionais devem avaliar as necessidades farmacoterapêuticas individuais dos pacientes para identificar e resolver problemas relacionados ao uso de medicamentos (ACCP, 2014). Portanto, foi definida a missão principal da farmácia clínica, que passou a ser a mesma da atenção farmacêutica. Deu-se, então, o início de um posicionamento da profissão para que todos os farmacêuticos que cuidam de pacientes resolvam um problema específico da sociedade e utilizem um padrão comum de prática. Para isso, o documento abordou a solução de problemas clínicos, julgamento e tomada de decisão, como necessários para o desenvolvimento profissional e como competências a serem desenvolvidas (ACCP, 2014).

2.2 O problema resolvido pela atenção farmacêutica

Até o surgimento da atenção farmacêutica não havia sido descrito na literatura nenhum algoritmo que orientasse as decisões relacionadas diretamente à terapia medicamentosa. Assim, dentro de um processo de cuidado bem definido, essa prática propõe o primeiro e único método para a tomada de decisão racional sobre farmacoterapia para a profissão de farmácia (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

Como já mencionado, esse método prevê que primeiramente o profissional avalie se todos os medicamentos utilizados pelo paciente são necessários para os seus problemas de saúde e se há alguma outra condição não tratada que requeira o uso de medicamentos. Determinada a indicação, o profissional deve avaliar se os medicamentos em uso estão sendo efetivos, ou seja, se o paciente está alcançando os objetivos terapêuticos estabelecidos para cada condição de saúde. Em seguida, se os medicamentos forem considerados indicados e efetivos, é avaliado se estão

sendo seguros para o paciente. Certificando-se de que não há problemas com a indicação, efetividade e segurança da farmacoterapia, é realizada a avaliação da conveniência para o paciente, isto é, se ele deseja e tem condições de aderir ao tratamento medicamentoso (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; CIPOLLE, STRAND e MORLEY, 2012).

Todo esse processo para avaliação da farmacoterapia tem como objetivo primordial a prevenção e identificação de PRM e, conseqüentemente, a sua resolução. O PRM é definido como um evento indesejado experienciado pelo paciente, que envolve, ou suspeita-se envolver, a farmacoterapia, que interfere no resultado esperado da terapia e que requer julgamento profissional para ser resolvido (CIPOLLE, STRAND e MORLEY, 2004).

Atualmente, existem sete categorias de PRM (Quadro 1), que são mutuamente exclusivas, mas que englobam todos os problemas que um paciente pode experimentar ao utilizar medicamentos (CIPOLLE, STRAND e MORLEY, 2012). Essas categorias foram estabelecidas após anos de pesquisa clínica por Cipolle, Strand e Morley e agrupadas em indicação, efetividade, segurança e conveniência, seguindo o método racional de tomada de decisão exposto acima e garantindo uma ordem lógica para as decisões relacionadas à farmacoterapia dos pacientes. Observações e experiências desestruturadas levam a percepção de que há inúmeros problemas relacionados a medicamentos, que muitas vezes não incluem o paciente ou não relacionam o problema a ele (CIPOLLE, STRAND e MORLEY, 2004). Na verdade, até hoje o que se tem percebido é que existem várias causas de PRM que culminam em uma das sete categorias.

A categorização de PRM permite o desenvolvimento de um processo sistemático de solução de problemas, em que o farmacêutico contribui para os resultados positivos na saúde do paciente, e ajuda a demarcar a responsabilidade desse profissional na atenção farmacêutica (STRAND *et al.*, 1990). Outra função das categorias de PRM é proporcionar a atenção farmacêutica um vocabulário consistente com o de outros profissionais da saúde, em que o paciente é o maior foco das decisões e ações do farmacêutico e não o medicamento. A categorização também deixa claro que as

reações adversas a medicamentos representam apenas uma das categorias, e coloca a não adesão a farmacoterapia na perspectiva clínica correta (STRAND *et al.*, 1990), isto é, não há como promover a adesão a determinado medicamento, sem antes garantir que este seja indicado, efetivo e seguro para o paciente. Com efeito, essa categorização esclarece que o farmacêutico não deve apenas identificar reações adversas ou promover a adesão ao tratamento, como tem sido feito tradicionalmente. O profissional deve identificar, resolver e prevenir todos os PRM, garantindo que o paciente esteja utilizando medicamentos apropriados, efetivos e seguros para seus problemas de saúde, e que o paciente tenha condições de aderir ao tratamento. É interessante enfatizar também que as próprias categorias de PRM indicam qual intervenção o farmacêutico deverá acordar com o paciente. Por exemplo, se é identificado que determinado medicamento está em dose alta, deve-se tentar reduzir a dose. Portanto, a conduta deve ser coerente com o PRM identificado.

Quadro 1 – Problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM)

Necessidades relacionadas aos medicamentos	Categorias de PRM
INDICAÇÃO	1- Medicamento desnecessário
	2- Necessidade de medicamento adicional
EFETIVIDADE	3- Medicamento inefetivo
	4- Dose baixa
SEGURANÇA	5- Reação adversa ao medicamento
	6- Dose alta
CONVENIÊNCIA	7- Não adesão ou descumprimento

Traduzido e adaptado de Cipolle, Strand e Morley (2012).

Cipolle, Strand e Morley (2012) destacam que essa abordagem racional para a resolução de problemas, representa o cerne da prática da atenção farmacêutica, e nada mais é do que um método estruturado para avaliar as necessidades farmacoterapêuticas individuais dos pacientes por meio da aplicação de princípios farmacológicos já conhecidos. Grande parte do conhecimento clínico em farmacologia é desenvolvido com base na indicação do fármaco, como ele atua para

atingir determinado alvo; na sua eficácia, ou seja, nos resultados encontrados na população estudada nos ensaios clínicos; no seu perfil de segurança, toxicidade e mecanismos que levam a efeitos indesejáveis; e nas suas características farmacocinéticas que determinam como o medicamento deve ser utilizado (CIPOLLE, STRAND e MORLEY, 2012).

Dessa forma, a sequência em que os PRM são identificados (indicação, efetividade, segurança e conveniência) pelo profissional, garante uma avaliação abrangente e uma decisão clínica racional (CIPOLLE, STRAND e MORLEY, 2004). Após a identificação do PRM com base no método descrito, o profissional deve elaborar um plano para resolução do problema em conjunto com o paciente, e acompanhá-lo para a avaliação dos resultados da intervenção, bem como para identificação e prevenção de novos problemas, cumprindo o ciclo do processo de cuidado do paciente (CIPOLLE, STRAND e MORLEY, 2004; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

Como afirma Freitas (2014), esse método é um trabalho cognitivo executado pelo farmacêutico ao cuidar de pacientes. É o raciocínio que deve ser utilizado para que a partir das informações fornecidas pelo paciente se consiga identificar o problema e encontrar alternativas para solucioná-lo. Todavia, o processo de tomada de decisão do profissional durante a prática clínica, e especificamente na atenção farmacêutica, envolve uma série de outros aspectos, como a sua relação com o paciente, o envolvimento que este terá nesse processo, bem como a relação com os outros profissionais da saúde, principalmente o prescritor. Portanto, a discussão do processo de tomada de decisão inclui o método racional descrito aqui e como o farmacêutico tem se apropriado dele, mas vai além, abarcando os caminhos que o profissional necessita percorrer para atingir o objetivo da prática: prevenir, identificar e resolver problemas relacionados ao uso de medicamentos.

2.3 Teorias sobre tomada de decisão clínica

Termos como raciocínio clínico, tomada de decisão clínica, julgamento clínico e solução de problemas, frequentemente, aparecem na literatura como sinônimos. Entretanto, alguns autores estabelecem diferenças. Segundo Simmons (2010),

raciocínio clínico é o processo cognitivo complexo que utiliza estratégias de pensamento formal e informal para reunir e analisar informações do paciente, avaliar a importância desta informação e pesar ações alternativas. Como discutido, o método racional apresentado na sessão anterior pode ser entendido como raciocínio clínico em farmacoterapia aplicado pelo farmacêutico ao cuidar de pacientes. A tomada de decisão, por sua vez, é definida como o desfecho do processo de pensamento (SIMMONS *et al.*, 2003). Neste trabalho, aborda-se o processo de tomada de decisão clínica, que inclui desde o raciocínio clínico até se chegar a um desfecho. Trata-se, portanto, de um processo que inclui habilidades, tais como pensamento crítico e resolução de problemas (WAINWRIGHT *et al.*, 2011). Na revisão sobre as teorias de tomada de decisão clínica foi possível perceber que na maioria dos trabalhos não há distinção entre esses termos.

A medicina e, principalmente, a enfermagem, tem utilizado algumas teorias para explicar o processo de tomada de decisão em suas profissões. Uma das teorias bastante utilizadas nessas disciplinas é a do processamento da informação, que apresenta o processo de tomada de decisão como um processo de compilação das informações, e ponderação das alternativas para realização do julgamento final (NEWELL e SIMON, 1972). O conhecimento é um componente-chave nessa teoria da decisão (THOMPSON, 1999a). No modelo do processamento de informações, o conhecimento é o "combustível" armazenado na memória de longo prazo e este é liberado pela ativação da memória de curto-prazo pelos sinais e sintomas apresentados pelo paciente. Portanto, acredita-se que a tomada de decisão será efetiva quando o solucionador de problemas recupera informações de ambas as memórias, de curto e longo prazo (MUIR, 2004).

Elstein e colaboradores (1978) propuseram um modelo descritivo para tomada de decisão por médicos, conhecido como hipotético-dedutivo, baseado na teoria do processamento de informações. Nesse modelo, após a identificação de sinais e sintomas são geradas hipóteses, que a partir da interpretação de mais sinais e sintomas e da pesquisa por outras informações, serão aceitas ou refutadas. Dessa forma, a partir da queixa principal inicia-se um processo lógico de identificação e testes das hipóteses até se chegar ao diagnóstico, para então, elaborar um plano de

tratamento (BURMAN *et al*, 2002). Ancorado nesse método analítico, o médico não faz um diagnóstico de forma indutiva a partir dos dados apresentados, mas chega a uma hipótese que irá guiá-lo na solicitação de vários exames para responder e entender os sinais e sintomas do paciente (BARTELS, 2013).

O modelo hipotético-dedutivo também aparece em trabalhos da enfermagem para explicar o processo de tomada de decisão nessa profissão (HARBISON, 2001; MUIR, 2004). Cipolle, Strand e Morley (2012) enfatizam que para identificar, resolver e prevenir PRM é necessário que o farmacêutico adquira habilidades de raciocínio hipotético-dedutivo, sugerindo que componentes desse modelo também auxiliam no processo de tomada de decisão desse profissional.

Outros modelos de tomada de decisão clínica são discutidos extensamente, como o reconhecimento de padrões e o modelo baseado na intuição, referidos na literatura como não-analíticos. O reconhecimento de padrões é um modelo empregado quando o profissional já possui alguma experiência. O conhecimento que profissionais adquirem ao cuidar de pacientes os auxilia a detectar pistas e realizar comparações. Assim, ao atender novos pacientes, os profissionais identificam que os sinais e sintomas se assemelham aos de pacientes vistos previamente, sendo o julgamento, como o próprio nome do modelo sugere, baseado no reconhecimento da categoria ou padrão em que o paciente se encaixa (HEDBERG e LARSSON, 2003; MANIAS, AITKEN e DUNNING, 2004).

A experiência profissional também ocupa o centro do modelo intuitivo de tomada de decisão, sendo vista como fator principal no desenvolvimento de competências e, portanto, de boas decisões (THOMPSON, 1999b). Com efeito, esse modelo é similar ao reconhecimento de padrão. Segundo Manias, Aitken e Dunning (2004), a diferença principal é que este último acontece conscientemente e a intuição ocorre em um nível inconsciente.

No modelo de tomada de decisão denominado intuitivo-humanista, proposto primordialmente para explicar esse processo na enfermagem, a intuição é definida como entendimento sem justificativa e é considerada parte essencial do julgamento

clínico (BENNER e TANNER, 1987). De acordo com Benner e Tanner (1987), o julgamento de enfermeiras experientes não depende de princípios analíticos para conectar situações, torna-se intuitivo. Por outro lado, as enfermeiras novatas precisam de princípios analíticos para entender a situação e guiar suas ações. Consequentemente, o processo de tomada de decisão das enfermeiras experientes é reconhecido como mais intuitivo do que das novatas. Como o uso da intuição tem se mostrado cada vez mais importante no julgamento clínico de enfermeiros, Robert, Tiley e Petersen (2014) recomendam que habilidades intuitivas sejam estimuladas o quanto antes na formação desses profissionais.

Como já relatado, a experiência tem papel central nos modelos de tomada de decisão não analíticos. Já existe estudo na literatura que mostra que há diferenças nos PRM encontrados por farmacêuticos clínicos experientes quando comparados a estudantes de farmácia realizando a prática da atenção farmacêutica (ROVERS *et al.*, 2011). Nesse estudo houve diferença na quantidade de PRM encontrados em todas as sete categorias, sendo que os estudantes identificaram mais PRM relacionados a não adesão, enquanto os farmacêuticos clínicos encontraram mais PRM indicando que o medicamento utilizado era desnecessário. Problemas relacionados ao uso de medicamentos que exigem maior julgamento clínico, como os PRM de dose baixa e dose alta, e necessidade de medicamento adicional foram mais detectados pelos farmacêuticos do que pelos estudantes (ROVERS *et al.*, 2011). Como o objetivo desse estudo não era compreender o processo de tomada de decisão, não foi possível identificar os fatores que culminaram nessas diferenças. Entretanto, pode-se inferir que a experiência clínica tenha sido um fator determinante. Como mencionado, os farmacêuticos clínicos experientes encontraram menos problemas relacionados à adesão ao tratamento em comparação aos estudantes, o que segundo Cipolle, Strand e Morley (2012) é um resultado direto da aplicação do método lógico para tomada de decisão em farmacoterapia, princípio subjacente da atenção farmacêutica.

Também existem pesquisas em outras áreas, como fisioterapia, sobre a diferença entre o processo de tomada de decisão entre profissionais novatos e experientes. Wainwright *et al.* (2011) identificaram que muitas vezes fisioterapeutas novatos

(menos de um ano de atuação) e experientes (mais de oitos anos) chegam a decisões similares. Todavia, eles utilizam diferentes processos de pensamento reflexivo para chegar a essas decisões. Novatos se apoiam em fatores informativos, como experiências pessoais e experiência acadêmica, para tomarem suas decisões, enquanto profissionais experientes se apoiam em fatores diretos, como protocolos e prontuários médicos (WAINWRIGHT *et al.*, 2011). Em outro estudo, Wainwright e colaboradores (2010) mostraram que os profissionais experientes utilizam a reflexão durante a interação com o paciente para auxiliar no processo de tomada de decisão, o que normalmente não ocorre com os novatos. Em contrapartida, experientes e novatos refletem sobre o que ocorreu durante as consultas para refinar processos de pensamentos e ações futuras.

Retomando a discussão sobre as teorias de tomada de decisão, em meio à dualidade entre decisões analíticas e intuitivas, e admitindo que estas podem ser complementares, a teoria do *continuum* cognitivo também tem sido utilizada por alguns autores, como Thompson (1999a), para explicar a tomada de decisão clínica em enfermagem. Nessa teoria, as tarefas variam de bem estruturadas a mal estruturadas, as informações e o tempo disponíveis determinam o modo de cognição, que em um *continuum* tem o pensamento analítico em uma ponta e o intuitivo em outra. São determinados então, seis modos para a tomada de decisão, sendo que no primeiro modo a tomada de decisão é fortemente analítica e no sexto, fortemente intuitiva (HARBISON, 2001).

As teorias supradescritas poderiam explicar em parte como o farmacêutico toma decisão durante o gerenciamento da terapia medicamentosa, que é a tradução da atenção farmacêutica em serviço clínico. Entretanto, essas teorias não abordam qual o papel do paciente no processo de tomada de decisão do profissional e também não focam nos aspectos interpessoais que afetam como as decisões são tomadas (ELWYN *et al.* 2014a). Dessa forma, considerando que a atenção farmacêutica é uma prática holística e centrada no paciente, não seria adequado tentar compreender o processo de tomada de decisão do farmacêutico na perspectiva das teorias existentes. Bartels (2013) corrobora esse enunciado em sua tese de doutorado. Ao comparar a tomada de decisão de farmacêuticos experientes com os

modelos existentes, a autora percebeu que esses profissionais empregam um modelo diferente para tomar decisões clínicas, aliando conhecimentos objetivos aos conhecimentos relacionados ao contexto do paciente (BARTELS, 2013).

Outro aspecto que é preciso ressaltar é que os modelos apresentados focam no processo diagnóstico. A escolha das alternativas terapêuticas após a definição do diagnóstico não é enfatizada. De fato, a literatura confirma que a maioria das pesquisas são voltadas para o raciocínio diagnóstico, com poucos trabalhos focando nas decisões sobre o tratamento (RICHIR *et al.*, 2008; MARK e WONG, 2015). Atualmente, muito tem se discutido, principalmente na medicina, sobre a tomada de decisão compartilhada, abordagem em que profissionais e pacientes tomam decisões juntos, utilizando a melhor evidência disponível (ELWYN *et al.* 2010). Essa abordagem ainda não é tratada como uma teoria, embora já exista na literatura proposta de modelo para realizá-la na prática clínica (ELWYN *et al.* 2012). Na decisão compartilhada admite-se que haja um encontro de *experts* (TUCKETT *et al.*, 1985), entre o paciente e o profissional da saúde. O primeiro é especialista em sua própria vida, em seus valores e circunstâncias e o segundo é especialista em sua área de atuação, no caso do farmacêutico em farmacoterapia. Essa forma de tomar decisões tem sido apontada como ponto crucial para o cuidado centrado no paciente (WESTON, 2001). Como é possível perceber ao se falar em compartilhamento de decisão com o paciente, o papel deste torna-se explícito, uma vez que ele estará totalmente engajado no processo. Ademais, ao contrário dos outros modelos, nessa abordagem, há enfoque no processo para se decidir qual a melhor alternativa terapêutica para o paciente.

Alguns conceitos gerais, utilizados para descrever a tomada de decisão compartilhada, como deliberação/negociação, flexibilidade/abordagem individualizada, troca de informação, envolvimento de pelo menos duas pessoas, respeito mútuo, parceria, educação e participação do paciente (MAKOUL e CLAYMAN, 2005), são amplamente difundidos na literatura sobre a prática da atenção farmacêutica. Freitas, Ramalho de Oliveira e Perini (2006) ressaltam que nessa prática, o paciente deve ser o principal beneficiário das ações do farmacêutico, deve ser visto como um indivíduo com conhecimento, experiência e

princípios, tornando-se companheiro no planejamento de ações relativas à sua saúde, e que a ele devem caber sempre as decisões finais acerca da sua terapia medicamentosa. Ramalho de Oliveira (2011) declara que a relação terapêutica construída na atenção farmacêutica deve ser baseada no esforço mútuo do farmacêutico e do paciente para encontrar um ponto comum na definição do PRM e no estabelecimento dos objetivos terapêuticos a serem alcançados. Por conseguinte, a filosofia e o processo de cuidado da atenção farmacêutica parecem direcionar o profissional para tomada de decisão compartilhada.

Goldophin (2009, p. 187) assinala oito pontos que devem ser seguidos pelos médicos para caracterizar uma tomada de decisão compartilhada:

Desenvolver uma parceria com o paciente; estabelecer ou revisar as preferências do paciente para obter informação; estabelecer ou revisar as preferências do paciente em relação ao papel dele na tomada de decisão, bem como a existência e a natureza de algumas incertezas sobre o curso da ação a tomar; verificar e responder às ideias, preocupações e expectativas do paciente; identificar as opções e avaliar as evidências para o paciente de forma individual; apresentar as evidências ao paciente [o autor ressalta que a forma como a informação é apresentada pode influenciar na tomada de decisão], ajudar o paciente a refletir e avaliar o impacto das decisões alternativas, considerando seus valores e estilos de vida; tomar ou negociar uma decisão em parceria e resolver conflitos; acordar um plano de ação e condições para o acompanhamento.

O arcabouço teórico-metodológico da atenção farmacêutica aponta para essa forma de tomar decisão e a literatura, mesmo que indiretamente, vai ao encontro da descrição acima, pressupondo o envolvimento do paciente nesse nível da tomada de decisão. Entretanto, não se pode afirmar que os profissionais estejam seguindo todos esses pontos e realmente compartilhando a decisão com o paciente durante o oferecimento do GTM. Por isso a pesquisa é tão importante para esclarecer como esse processo realmente tem ocorrido durante esse serviço.

A discussão sobre os modelos de tomada de decisão alçada nessa sessão evidencia que cada modelo isolado não é capaz de explicar completamente o processo de tomada de decisão durante o GTM, o que se tornou um dos fatores determinantes para escolha da teoria fundamentada, como metodologia deste trabalho.

2.4 Prática baseada em evidência e experiência subjetiva com o uso de medicamentos: componentes do processo de tomada de decisão

Nas últimas décadas, tomar decisões na prática clínica está cada vez mais associado ao emprego prática baseada em evidência. Essa prática consiste na utilização da melhor evidência disponível em pesquisas clínicas, integrada ao julgamento clínico aplicado ao cuidado do paciente (MARK e WONG, 2015). A aplicação da prática baseada em evidência garante a utilização de estratégias que conduzem a melhores resultados, em detrimento de práticas arriscadas e não fundamentadas (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011), contribuindo para a padronização das condutas, minimização de erros e maior segurança do paciente.

Algumas interpretações dessa prática sugerem que basta utilizar a melhor evidência produzida por meta-análises e ensaios clínicos randomizados, a todos pacientes. No entanto, esses estudos geram resultados em grandes populações e em condições controladas. Portanto, nem sempre podem ser generalizáveis a determinado paciente no mundo real (KARAGIANIS, 2011). Nesse contexto, Wank e Wong (2015) ressaltam que as decisões terapêuticas precisam ser personalizadas, o que envolve a combinação da melhor evidência disponível considerando as características individuais do paciente, suas preferências e objetivos terapêuticos para implementar o tratamento ideal de forma colaborativa. Por conseguinte, a evidência deve ser individualizada para o paciente específico com base em suas características clínicas e deve existir interação com a pessoa atendida para incorporação de seus valores no momento da decisão.

Diante dessa exposição, pode-se constatar que o papel da prática baseada em evidência é fornecer subsídios para decisão clínica e não substituí-la. Haynes e Devereaux (2002) lembram que a evidência sozinha não gera a decisão, são as pessoas que decidem. Um estudo etnográfico sobre como profissionais do cuidado primário usam a evidência no dia-a-dia de suas decisões, demonstrou que na maioria das vezes não há uma utilização direta da evidência a partir das pesquisas. A decisão advém da leitura de pesquisas e protocolos, mas principalmente pela interação com clínicos mais experientes, com outros profissionais e com os

pacientes. Assim, os dados revelaram que as informações são reforçadas coletivamente, internalizadas em protocolos tácitos, construindo o que os autores chamaram de “conhecimento na prática” (GABBAY e MAY, 2004).

Nessa perspectiva, tornou-se muito simplista a visão de que a prática baseada em evidência deve ser utilizada como “ciência dura” sem espaço para a experiência clínica e para as preferências do paciente (HAYNES E DEVEREAUX, 2002; STEWART *et. al.*, 2010). A literatura recente sobre a aplicação da prática baseada em evidencia enfatiza que quatros aspectos precisam ser contemplados para tornar claro o significado dessa prática: formulação da questão clínica a partir do problema do paciente; busca na literatura e bases de dados por pesquisas aplicáveis; verificação da validade e relevância da evidência encontrada; e integração de toda essa avaliação ao conhecimento das características únicas do paciente, incluindo suas preferências (MARK e WONG, 2015). Decerto, pode-se inferir que existem pontos de confluência entre a prática baseada em evidência e o método clínico centrado na pessoa, que busca compreender o paciente como um todo, que se preocupa com a sua experiência única e o envolve no manejo do problema. Desse modo, a ideia de que essas vertentes seriam conflituosas não se sustenta (STEWART *et. al.*, 2010), não restando dúvidas de que elas precisam coexistir na prática da atenção farmacêutica.

Ao realizar o gerenciamento da terapia medicamentosa, a avaliação das alternativas terapêuticas para resolução dos PRM identificados também deve se basear na melhor evidência disponível. Contudo, em concordância ao que foi discutido aqui sobre a prática baseada em evidência, Cipolle, Strand e Morley (2004) enfatizam que o farmacêutico não pode tomar decisões clínicas sólidas sem um bom entendimento da experiência do indivíduo com o uso de medicamentos, suas preferências e preocupações. Mohammed, Moles e Chen (2016) sugerem o mesmo, após a realização de uma metaetnografia com 34 estudos sobre a experiência vivida com medicamentos. Esses autores ressaltam ainda que explorar essa experiência do paciente no momento das decisões terapêuticas contribui para a individualização do cuidado (MOHAMMED, MOLES e CHEN, 2016). Portanto, corrobora-se que racionalidade técnica e objetiva deve estar associada a essa subjetividade única do

ser humano para que realmente os pacientes se beneficiem com resultados positivos em sua saúde (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2006) e sintam-se protagonistas do cuidado.

Sendo assim, para garantir um manejo da terapia medicamentosa efetivamente centrado no paciente, é necessário reconhecer sua experiência subjetiva com o uso de medicamentos e usá-la na orientação e educação do paciente para prevenir e resolver PRM (SHOEMAKER *et al.*, 2011). Tal experiência pode ser definida como a soma de todos os eventos envolvendo a farmacoterapia que o paciente encontra em sua vida (CIPOLLE, STRAND e MORLEY, 2004) ou como uma experiência subjetiva individual de utilizar medicamento na vida cotidiana (SHOEMAKER e RAMALHO DE OLIVEIRA, 2008). Os sentimentos, pensamentos, desejos e preocupações que os pacientes associam aos medicamentos podem ser diretos ou indiretos, ou seja, podem derivar da própria utilização do medicamento ou do testemunho de algo que ocorreu com conhecidos ao usarem esse produto (RAMALHO DE OLIVEIRA e ALVES, 2014). Toda essa experiência do paciente torna-se um conhecimento chave no oferecimento do GTM, devendo ser compreendido e explorado pelo farmacêutico no dia-a-dia de sua prática (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2009b). Ramalho de Oliveira (2011, p. 267) destaca como esse conceito deve ser encarado na atenção farmacêutica:

[...] a atenção à subjetividade das pessoas, focando nas narrativas e histórias que nos relatam, não deve ser considerada somente um atributo humanístico dessa prática, mas deve ser interpretado como o requisito primordial para o bom julgamento clínico e uma tomada de decisão mais condizente com a realidade do paciente. Ou seja, a compreensão da experiência subjetiva deve ser um guia essencial para o farmacêutico elaborar um plano de cuidado contextualizado e efetivo.

Com efeito, entender o significado que os medicamentos adquirem na vida dos indivíduos é fundamental em uma prática que visa identificar, resolver e prevenir problemas relacionados ao uso de medicamentos. Capturar esse significado requer uma atitude aberta do profissional para ouvir o paciente e não julgá-lo em relação às perspectivas e motivos que influenciam o seu comportamento. Essa abertura deve ser praticada a cada encontro com a pessoa atendida, uma vez que essas experiências não são estáticas (RAMALHO DE OLIVEIRA *et al.*, 2012; RAMALHO DE OLIVEIRA e ALVES, 2014). O conhecimento adquirido a partir das experiências

do paciente capturadas pelo farmacêutico deve ser utilizado constantemente no processo de tomada de decisão (ALVES, 2012) e inclusive deve fomentar que esta seja compartilhada entre profissional e paciente (RAMALHO DE OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Um estudo realizado em um programa de GTM em Minnesota, Estados Unidos, identificou que os farmacêuticos têm utilizado a experiência subjetiva dos pacientes para identificar e resolver PRM, descrevendo a associação entre os PRM encontrados e determinadas experiências com o uso de medicamentos (SHOEMAKER *et al.*, 2011). Para aprofundar nesses aspectos, faz-se necessário investigar como essa importante ferramenta tem sido utilizada no momento em que os profissionais tomam suas decisões durante o GTM no contexto brasileiro, possibilitando, inclusive, o avanço no entendimento da associação entre conhecimento objetivo e subjetivo no cuidado de pessoas que utilizam medicamentos.

2.5 A prescrição farmacêutica

Para encerrar essa revisão, faz-se necessário discutir sobre a prescrição farmacêutica, considerando que esta deve ser produto de um processo de tomada de decisão clínica. Ademais, no Brasil tal tema tem sido objeto de efervescentes discussões.

Em 2013, a prescrição farmacêutica foi regulamentada por meio da Resolução nº 586 do Conselho Federal de Farmácia. Nessa resolução, a prescrição foi definida como a ação de recomendar algo ao paciente, incluindo a seleção de opção terapêutica, a oferta de serviços farmacêuticos, ou o encaminhamento a outros profissionais ou serviços de saúde (CFF, 2013). Desde a sua publicação, o cenário não mudou muito e não se pode dizer que essa atividade realmente entrou em vigor. Esse fato pode ser consequência da ausência de uma prática clínica sedimentada no país.

Em países como Canadá, Estados Unidos, Reino Unido e Austrália os farmacêuticos já prescrevem há alguns anos, utilizando formatos diferentes, que inclusive podem variar dentro do próprio país. Algumas regiões desses países já adotaram o modelo de prescrição independente, em que o farmacêutico é o responsável por todo processo, sem a necessidade de supervisão de outro profissional, e em outras vigora a prescrição dependente, em que é preciso acordos com um prescritor independente (EMMERTON *et al*, 2005; BAQIR, MILLER e RICHARDSON, 2012; FARUQUEE e GUIRGUIS, 2015; BOURNE, BAQIR e ONATADE, 2016). A regulamentação no Brasil autoriza o profissional a prescrever medicamentos que não necessitam de prescrição médica. Os outros medicamentos podem ser prescritos desde que esteja previsto em protocolos e diretrizes, e exista diagnóstico prévio (CFF, 2013). Trata-se, portanto, do modelo de prescrição dependente.

Faruquee e Guirguis (2015) destacam que na experiência do Canadá, a prescrição farmacêutica é adotada quando os farmacêuticos possuem uma prática centrada no paciente. No Reino Unido, estudo que explorou a experiência de pacientes com prescrições suplementares realizadas por farmacêuticos para o manejo de doenças crônicas, também revelou como a prática desses profissionais é centrada nos pacientes (DESLANDES, JOHN e DESLANDES, 2015). Os pesquisadores encontraram que antes de prescrever, os farmacêuticos escutam o ponto de vista dos pacientes e discutem abertamente as opções terapêuticas. Os pacientes revelaram que as decisões realmente são tomadas em parceria com os farmacêuticos (DESLANDES, JOHN e DESLANDES, 2015). Corroborar-se, assim, a importância da existência de uma prática clínica com foco no paciente para que a legislação realmente se justifique. Para prescrever é preciso se responsabilizar e culturalmente “o farmacêutico evita assumir responsabilidades pelos resultados do paciente” (ROSENTHAL *et al.*, 2010, p. 38). Por isso, uma prática clínica solidificada deve ser a base para prescrição farmacêutica. Quando guiado por uma filosofia de prática centrada no paciente, o profissional compreende que aquele deve estar no centro de suas ações e que deve se responsabilizar pelos resultados das suas intervenções. Conhecendo o processo de cuidado, o profissional sabe como avaliar o paciente para identificar e manejar um problema. Sendo assim, os componentes

da prática clínica dão sustentação para prescrição e preparam o profissional para essa atividade.

Halila e colaboradores (2015) examinaram a prática de farmacêuticos em farmácia comunitária ao recomendar medicamentos isentos de prescrição médica (MIP) no Paraná, Brasil. Apesar de a pesquisa ter sido realizada após a publicação da Resolução nº 586, não foi mencionado se o ato de recomendar era documentado. Os resultados do estudo indicaram que parcela pequena dos farmacêuticos considera a preferência do paciente (cliente) para tomar decisão sobre a recomendação de um (MIP). Além disso, mostraram que os farmacêuticos têm pouco conhecimento sobre os aspectos relacionados à prática baseada em evidência (HALILA *et al.*, 2015). Esses resultados divergem das medidas preconizadas pela Resolução, a qual estabelece que no ato da prescrição o farmacêutico deve basear sua decisão na melhor evidência disponível e compartilhá-la com o paciente (BRASIL, 2013). Ressalta-se ainda que não há informação no artigo sobre como os pacientes são avaliados pelos farmacêuticos para que um MIP seja recomendado.

Como afirmam Emmerton e colaboradores (2005), numerosos aspectos profissionais, educacionais e legais devem ser resolvidos antes que farmacêuticos possam prescrever, e esse parece ser o caso do Brasil. É necessário fortalecer a prática de cuidado aos pacientes, o que possibilitará o desenvolvimento de uma relação de confiança com os profissionais prescritores e o estabelecimento de acordos de colaboração, como consequência dessa parceria. A introdução de modelos de prescrição de colaboração ou suplementares são apontados na literatura como sendo o passo inicial e adequado para se prescrever (EMMERTON *et al.*, 2005).

Esses acordos de colaboração foram firmados em Minnesota nos Estados Unidos, a partir do desenvolvimento do serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa, que conforme já mencionado, trata-se de uma prática clínica centrada no paciente, baseada no arcabouço teórico da atenção farmacêutica. Os acordos possibilitaram que em dez anos de serviço 80% dos problemas relacionados ao uso de

medicamentos identificados fossem resolvidos diretamente entre farmacêuticos e pacientes (RAMALHO DE OLIVEIRA, BRUMMEL e MILLER, 2010).

A prática do GTM vem aos poucos conquistando espaço no sistema de saúde brasileiro. Para a consolidação desse serviço é preciso que o profissional esteja consciente de seu processo de tomada de decisão, reconhecendo o que pode influenciá-lo e quais as suas implicações. Tomar decisões é fundamental para autonomia profissional (HIGGS e JONES, 2000) e é sem dúvida o que levará o farmacêutico para o caminho da prescrição. Tudo isso reitera a importância de compreender profundamente esse processo e desenvolver formas de intervenções educacionais para aprimorá-lo.

3 DA PERGUNTA DE PESQUISA AOS OBJETIVOS

O delineamento da pergunta de pesquisa teve início a partir de reflexões sobre a prática da atenção farmacêutica. Ao refletir sobre os atendimentos aos pacientes do cenário de prática em que eu estava inserida e sobre as discussões de casos clínicos do Grupo de Estudos em Atenção Farmacêutica (GEAF), várias indagações foram surgindo: será que nós (farmacêuticos) já incorporamos essa prática? Estamos focados nos pacientes e resolvendo problemas farmacoterapêuticos? Ou estamos fazendo papel de psicólogo, de nutricionista durante as nossas consultas e deixando de lado a farmacoterapia? Estamos realmente assumindo responsabilidades com nossos pacientes? Foi então que comecei a pensar a respeito do processo de tomada de decisão do farmacêutico durante o oferecimento do serviço de GTM, buscando entender o que esse profissional tem feito, se a consulta é focada no paciente e na sua farmacoterapia e se todos os farmacêuticos que atuam nesse serviço trabalham de forma semelhante.

A partir desses questionamentos, identifiquei o que eu queria pesquisar e a seguinte pergunta emergiu: como se dá o processo de tomada de decisão do farmacêutico durante o oferecimento do serviço de GTM? Como desdobramento dessa pergunta, surgiram outras: como a experiência subjetiva com o uso de medicamentos é considerada na tomada de decisão do farmacêutico? Qual o papel do paciente na tomada de decisão do profissional?

Dessa forma, o objetivo geral deste trabalho foi compreender como se dá o processo de tomada de decisão do farmacêutico durante o oferecimento do serviço de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa em diversos cenários de prática. Por consequência, os objetivos específicos se traduziram em:

- estabelecer como os farmacêuticos aplicam seus conhecimentos em farmacoterapia no processo de tomada de decisão em GTM;
- compreender como a experiência subjetiva com o uso de medicamentos é considerada na tomada de decisão do farmacêutico;
- entender o papel do paciente na tomada de decisão do profissional;

- desenvolver um modelo teórico para o processo de tomada de decisão clínica em GTM.

Portanto, um modelo teórico é o produto final deste trabalho e poderá auxiliar no aprimoramento do ensino do processo de tomada de decisão em atenção farmacêutica, bem como fornecer suporte para os profissionais provedores de GTM.

4 METODOLOGIA

Para responder a pergunta de pesquisa utilizei os pressupostos da investigação qualitativa, uma vez que não pretendo mensurar o processo de tomada de decisão dos farmacêuticos, mas compreendê-lo. Logo, a própria natureza do problema de pesquisa demanda uma investigação qualitativa.

A pesquisa qualitativa pode ser utilizada para obter detalhes sobre determinados fenômenos, como processos de pensamento, que são difíceis de extrair por meio dos métodos de pesquisas ditos convencionais (STRAUSS e CORBIN, 1998). O processo de tomada de decisão na atenção farmacêutica é um fenômeno complexo, necessitando de métodos que permitam uma investigação em profundidade para acessá-lo.

Morse e Field (1995) descrevem os métodos da pesquisa qualitativa como orientados para o processo e usados para compreender, interpretar, descrever e desenvolver teorias relativas a um fenômeno. A interpretação de Turato (2005, p. 510) sobre a descrição dessas autoras, enfatizando as palavras teoria e processo, vai ao encontro da proposta metodológica desta dissertação:

[...] ganha força a palavra *teoria* que implica que o método qualitativo não é apenas um modo de pesquisa que atende a certas demandas. Ele tem o fim comum de criar um modelo de entendimento profundo de ligações entre elementos, isto é, de falar de uma ordem que é invisível ao olhar comum. Saliente-se ainda o termo *processo*, aqui particularmente rico, caracterizando o método qualitativo como aquele que quer entender *como* o objeto de estudo acontece ou se manifesta; e não aquele que almeja o *produto*, isto é, os resultados finais matematicamente trabalhados.

O trecho acima apresenta algumas das características principais da teoria fundamentada nos dados, metodologia utilizada para a execução deste trabalho.

A teoria fundamentada foi originalmente proposta na década de 1960 por Glaser e Strauss, dois sociólogos norte-americanos de tradições disciplinares distintas, mas que trabalharam colaborativamente para estudar o processo da morte em hospitais, culminando no desenvolvimento desse caminho metodológico (STRAUSS e CORBIN, 1998, CHARMAZ, 2009). Glaser teve uma formação quantitativa, imbuído

pelo positivismo da Universidade de Colúmbia. Em contrapartida, Strauss trazia o legado da tradição sociológica da Escola de Chicago, sendo fortemente influenciado pelo pragmatismo e pelo interacionismo simbólico (STRAUSS e CORBIN, 1998; CHARMAZ, 2009; ENWARD, 2013). Dessa forma, é possível reconhecer a influência desses dois autores na teoria fundamentada clássica. A contribuição dada por Strauss pode ser percebida na necessidade de ir a campo para descobrir o que realmente está acontecendo, na percepção de que as pessoas agem com base em significados, e no entendimento de que estes são definidos e redefinidos por meio da interação (STRAUSS e CORBIN, 1998). Já a formação de Glaser refletiu numa metodologia que procurava pela neutralidade, pela ênfase na objetividade, buscando a explicação para os fatos por meio da teoria que emerge dos dados (CHARMAZ, 2008).

O desenvolvimento da teoria fundamentada clássica se deu no momento em que a pesquisa qualitativa perdia espaço na sociologia, o que lhe conferiu papel importante no fortalecimento e em defesa dessa forma de pesquisar (CHARMAZ, 2008, 2009). Embora tenha contribuído para o avanço da pesquisa qualitativa nessa época, a teoria fundamentada proposta por Glaser e Strauss carrega traços do paradigma positivista (ANNELLS, 1997; CHAMAZ, 2008, 2009). De fato, como afirmam Nagel e colegas (2015) existem atualmente várias abordagens para teoria fundamentada com diferentes perspectivas filosóficas.

Strauss em parceria com Corbin reformularam a teoria fundamentada, se afastando do positivismo, salvo interpretações contrárias, ao afirmarem que estavam interessados em construir teoria por meio da análise qualitativa dos dados (STRAUSS e CORBIN, 1998) e reconhecendo que o pesquisador possui um papel ativo nesse processo (ENWARD, 2013). Em concordância com essa proposição, Charmaz (2008) ressalta que existe uma perspectiva construcionista na proposta desses autores, principalmente considerando a influência do interacionismo simbólico. Grande nome da teoria fundamentada da atualidade, Kathy Charmaz se posiciona dentro do construcionismo social, desenvolvendo essa metodologia utilizando a lente desse paradigma. A sua abordagem pressupõe que o processo de pesquisa emerge da interação, levando em conta o posicionamento do pesquisador

e dos participantes da pesquisa. Portanto, pesquisador e pesquisado são co-construtores dos dados (CHARMAZ, 2008).

O modo de fazer teoria fundamentada proposto por Charmaz (2009) também se baseia em uma perspectiva teórica interacionista simbólica. Tal perspectiva teve sua origem no pragmatismo e foi nomeada como interacionismo simbólico por Blumer em 1938 (JOAS, 1999). A intenção aqui não é aprofundar em todos os aspectos do interacionismo simbólico, mas apresentá-lo como referencial teórico que muito influenciou o desenvolvimento da metodologia utilizada nesta pesquisa. Blumer (1969) defende três premissas básicas para o interacionismo simbólico. A primeira é que o ser humano direciona seus atos às coisas, baseando-se no que estas significam para ele. A segunda premissa propõe que o significado de tais coisas deriva ou surge da interação social que cada qual mantém com seu próximo. E a terceira é que os significados se manipulam e se modificam por meio de um processo interpretativo utilizado pela pessoa ao lidar com o que encontra em seu caminho (BLUMER, 1969). Analisando essas premissas, encontra-se a presença do interacionismo simbólico não só na forma como esta pesquisa foi conduzida ao se utilizar a teoria fundamentada, mas também nas relações do processo estudado neste trabalho. Farmacêutico e paciente durante a comunicação interpretam e respondem à informação com base no significado percebido por eles.

Conforme mencionado brevemente, ao se adotar a teoria fundamentada como metodologia pretendeu-se desenvolver uma teoria, a partir dos dados sistematicamente coletados e analisados por meio do processo de pesquisa (STRAUSS e CORBIN, 1998). Assim, por meio do estabelecimento de relações plausíveis de conceitos e conjuntos de conceitos buscou-se a construção de um modelo teórico para o fenômeno estudado.

O objetivo da teoria fundamentada é explorar processos sociais básicos e entender a multiplicidade de interações que produz variações nestes (HEATH e COWLEY, 2004). Considerando que o processo de tomada de decisão clínica inclui o estabelecimento de relações sociais e envolve alguns conceitos abstratos que precisam ser conectados para explicá-lo, torna-se interessante utilizar a teoria

fundamentada para entender como se dá esse processo e construir um modelo teórico que, de acordo com Strauss e Corbin (1998), provê um guia significativo para a ação. Portanto, essa metodologia permitiu a construção de um modelo que poderá ser um guia para o processo de tomada de decisão do profissional provedor de GTM.

Ao enfatizar a construção de um modelo teórico, compartilho dos ideais de Strauss e Corbin (1998) que ressaltam que teorizar é um ato de construção e revelo os pressupostos epistemológicos desta pesquisa, em que acredito não haver separação entre o pesquisador e o pesquisado, uma vez que todo conhecimento é construído a partir do processamento dos significados na mente do pesquisador (DALY, 2007). É ele quem aplica um esquema cognitivo, organizando os dados e fazendo conexões a partir do início da coleta dos dados (ANNELLS, 1997). Como em outras metodologias da pesquisa qualitativa, o pesquisador assume a responsabilidade do seu papel interpretativo e inclui as perspectivas das vozes estudadas (FERNANDES e MAIA, 2001). Por conseguinte, como enfatiza Charmaz (2009, p. 25) “a teoria fundamentada é construída por meio dos nossos envolvimento e interações com as pessoas, as perspectivas e as práticas da pesquisa, [...] oferecendo um retrato interpretativo do mundo estudado.” Pelo exposto, fica evidente que a condução deste trabalho foi essencialmente guiada pela abordagem metodológica proposta por Charmaz (2009), considerando o alinhamento desta com o posicionamento que assumo como pesquisadora qualitativa.

Na teoria fundamentada, o pesquisador não inicia seu projeto com uma teoria preconcebida em mente (STRAUSS e CORBIN, 1998). Portanto, o propósito não foi compreender o processo de tomada de decisão do farmacêutico durante o oferecimento do GTM aplicando as teorias de tomada de decisão já existentes, mas estar aberto para que os dados mostrassem o caminho. Todavia, o conhecimento adquirido por meio da literatura auxiliou no desenvolvimento da sensibilidade teórica. Esse conceito foi definido por pesquisadores da teoria fundamentada e significa que o pesquisador possui uma visão sobre os eventos e acontecimentos dos dados e é capaz de dar significados a eles (STRAUSS e CORBIN, 1998). Dessa forma, os

conceitos sensibilizadores são um ponto para começar, e não para concluir (CHARMAZ, 2009). Esses conhecimentos teóricos prévios devem ser reconhecidos e submetidos a uma análise rigorosa (CHARMAZ, 2008). Como recomendado por Nagel (2014), os conceitos sensibilizadores auxiliaram na formulação de questões iniciais, na condução do processo de pesquisa, na visualização dos dados e no envolvimento com a análise.

5 MÉTODOS

“...os métodos da teoria fundamentada são um conjunto de princípios e práticas, e não pacotes ou prescrições prontas.”
(CHARMAZ, 2009, p. 24)

5.1 Amostragem

Na pesquisa qualitativa, a amostragem não é guiada pela necessidade de generalizar, mas sim pela necessidade de selecionar dados que possam gerar níveis de compreensão robustos, ricos e profundos (TOMPSON, 1999b). Dessa forma, os participantes envolvidos nesta pesquisa foram farmacêuticas que realizam o serviço de GTM nos cenários de prática vinculados ao Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica (CEAF) da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais; estudantes que acompanhavam uma dessas participantes; bem como farmacêuticas que realizam atenção farmacêutica, de outros grupos de referência no país.

O CEAF é um centro que reúne os três pilares da universidade: ensino, pesquisa e extensão. Atualmente, conta com sete cenários para o oferecimento do serviço de GTM, entre eles, unidades básica de saúde, ambulatórios e uma farmácia pública. Fazem parte do CEAF treze farmacêuticas diretamente envolvidas com a prática clínica, sete estudantes de farmácia, além de professores e alunos de pós-graduação.

É importante ressaltar que na teoria fundamentada, a amostra não são as pessoas em si, mas os eventos e acontecimentos vivenciados por elas (STRAUSS e CORBIN, 1998). Além disso, a amostra não é definida previamente, a análise dos dados é que conduz à sua definição. Esse processo é chamado de amostragem teórica, estratégia para obtenção de dados mais seletivos com o intuito de refinar e completar as categorias emergentes (CHARMAZ, 2009). A amostragem teórica pode exigir a análise de documentos, a realização de observação, bem como entrevistar outros indivíduos ou reentrevistar participantes, tendo como foco as categorias

obtidas até aquele momento (CHARMAZ, 2009). Dessa forma, a coleta de dados teve início com a entrevista de uma farmacêutica com experiência na prática clínica e muito envolvida com as atividades do CEAF. A partir da análise inicial dessa entrevista, novos dados foram coletados com base nos temas de interesse que emergiram. A seleção dos demais participantes também foi realizada a partir do desenvolvimento da pesquisa. Nesse processo, priorizou-se a inclusão de pelo menos uma farmacêutica de cada cenário de prática do CEAF, com características diferentes, como tempo de experiência com o serviço, o que permitiu uma comparação mais rica entre os dados. Ainda foram adicionadas à pesquisa, farmacêuticas não vinculadas ao CEAF, que trabalhavam com atenção farmacêutica em cenários fora do Estado de Minas Gerais, ampliando a compreensão do fenômeno.

O processo de amostragem continuou até a saturação dos dados como preconizado por Strauss e Corbin (1998). A saturação ocorreu quando a coleta de novos dados não despertou novos *insights* teóricos, nem revelou propriedades novas das categorias ou temas centrais (CHARMAZ, 2009). Esse ponto final acontece quando se tem uma rica descrição do fenômeno, muitos pontos de vista e uma variedade de contextos alcançados para definir adequadamente as categorias e suas propriedades (CHARMAZ, 2009). Portanto, a quantidade de participantes incluídos na pesquisa foi guiada pela saturação teórica.

5.2 Coleta de dados

A teoria fundamentada pode ser construída utilizando diversos tipos de dados e várias estratégias podem ser utilizadas para coletá-los (CHARMAZ, 2009).

Para responder a pergunta de pesquisa, foram realizadas entrevistas formais com farmacêuticas e análise de documentos. Além disso, também foram coletados dados a partir da observação dos atendimentos de GTM oferecidos pelas farmacêuticas participantes e das discussões de casos clínicos dos pacientes atendidos, associada a entrevistas informais. A coleta de dados ocorreu entre novembro de 2014 e dezembro de 2015.

5.2.1 Entrevista formal

A principal estratégia de coleta de dados utilizada foi a realização de entrevistas formais semiestruturadas. A entrevista semiestruturada consiste em uma lista de questões preliminares que podem ser modificadas, descartadas ou substituídas durante a progressão da investigação (DALY, 2007). Essa lista pode ser chamada de tópico guia. Como Daly (2007) afirma, a entrevista semiestruturada auxilia na manutenção do foco nas principais questões e ao mesmo tempo, permite uma flexibilidade para acompanhar a conversa que se desenrola, unicamente, em cada entrevista. Utilizando os princípios da teoria fundamentada, o tópico-guia (Apêndice A) foi utilizado para as entrevistas iniciais, com perguntas abertas que buscavam a perspectiva global do entrevistado sobre o fenômeno investigado. Na medida em que os dados foram sendo analisados, começaram a surgir categorias e conceitos, que forneceram um foco maior para as entrevistas subsequentes (WIMPENNY e GASS, 2000). Dessa forma, ao longo da pesquisa as perguntas do tópico-guia foram refinadas a fim de testar o que a análise estava mostrando, aprofundar em pontos pouco explorados, preencher lacunas e assim delimitar as propriedades das categorias.

Considerando que o processo de tomada de decisão clínica acontece na mente do profissional, torna-se difícil estudá-lo. Uma das estratégias que pode auxiliar o pesquisador a alcançar esse processo é convidar o participante da pesquisa a “pensar alto” (MARK e WONG, 2015). Sendo assim, nas entrevistas em que foi mais desafiador atingir a compreensão de como as decisões eram tomadas, foi solicitado à participante que explicasse todo o processo para se chegar à determinada decisão, como se estivesse pensando alto.

Respeitando o processo de saturação dos dados, foram realizadas onze (11) entrevistas. Destas, uma foi realizada com uma farmacêutica da Universidade de São Paulo, outra com uma farmacêutica/professora da Universidade do Estado da Bahia e as demais foram realizadas com farmacêuticas vinculadas ao CEAF que ofereciam o serviço de GTM em diferentes cenários em Minas Gerais. As entrevistas com as participantes externas ao CEAF foram conduzidas via Skype. Como

discutido por Hanna (2012), entrevistas utilizando esse meio de comunicação evitam que pesquisador e participante tenham que se deslocar, ao mesmo tempo em que possibilitam a manutenção do contato visual e da interação entre eles. As outras nove entrevistas foram realizadas presencialmente, de acordo com a disponibilidade e preferência das farmacêuticas.

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra pela própria pesquisadora para a análise dos dados. A duração média das entrevistas foi de 71 minutos, sendo a mais curta 45 minutos e a mais longa 94 minutos.

5.2.2 Observação participante

A observação é uma estratégia da pesquisa qualitativa em que o pesquisador vai a campo para estudar o fenômeno de interesse diretamente no contexto em que este se desenvolve. Dessa forma, durante os treze meses de coleta de dados também foi realizada a observação da interação paciente/farmacêutica nos respectivos locais em que essas profissionais prestam o serviço de GTM, que incluíram unidades básicas de saúde, ambulatórios e uma farmácia pública. Todos em Belo Horizonte ou região metropolitana. Não houve um período exclusivo de imersão em campo, as observações eram realizadas de acordo com o caminho indicado pela análise dos dados. Em geral, a observação em campo das consultas precedeu as entrevistas. Quatro das farmacêuticas entrevistadas não foram acompanhadas pela pesquisadora, uma delas por ser difícil a permissão para essa atividade no contexto em que trabalha, e as outras por prestarem cuidado aos pacientes em outras cidades. Ao final da pesquisa foram observadas quatorze (14) consultas.

Discussões de casos de pacientes atendidos pelas farmacêuticas participantes também foram alvo das observações em campo. As discussões de casos clínicos aconteceram entre as farmacêuticas participantes durante o Grupo de Estudos em Atenção Farmacêutica do CEAF, bem como entre uma das farmacêuticas participantes e estudantes, que estavam sob sua preceptoria. Foram observadas discussões de sete (7) casos clínicos.

Na teoria fundamentada, a observação prioriza o processo estudado e não o ambiente de pesquisa em si (CHARMAZ, 2009). Por conseguinte, ao observar os atendimentos de GTM e também as discussões de casos clínicos dos pacientes acompanhados, a pesquisadora direcionou seu olhar para o processo de tomada de decisão, registrando em um diário de campo tudo que era relevante para a compreensão desse fenômeno.

5.2.3 Entrevista informal

É característica da teoria fundamentada o uso da entrevista informal associada à observação (WIMPENNY e GASS, 2000). As entrevistas informais aconteceram imediatamente após a observação de algo importante sobre o fenômeno de estudo e que precisava ser aprofundado. Esse tipo de entrevista representou um meio para o melhor entendimento do que estava sendo testemunhado ou experimentado em determinado momento (TURNER, 2010). As entrevistas informais foram registradas em diários de campo.

5.2.4 Análise de documentos

A análise de documentos foi utilizada como uma fonte suplementar de coleta de dados. A documentação do processo de cuidado de pacientes acompanhados pelas farmacêuticas incluídas na pesquisa foi examinada, com foco no processo de tomada de decisão. A necessidade pela análise desses documentos foi guiada pela amostragem teórica. A análise dessa documentação permitiu o esclarecimento de informações fornecidas na entrevista formal por uma das farmacêuticas participantes. Além disso, forneceu subsídios para entrevistas informais, contribuindo para elucidação de pontos importantes do processo de tomada de decisão.

5.3 Análises dos dados

Os métodos de análise utilizados na teoria fundamentada nos indicam a forma como devemos proceder, fornecem diretrizes explícitas, o que representa uma das

vantagens dessa metodologia (CHARMAZ, 2009). Strauss e Corbin (1998) ressaltam que a análise é a interação entre o pesquisador e as informações coletadas. Essa análise envolve um processo de codificação e comparação constante entre os dados. Codificar significa categorizar segmentos de dados por meio de uma denominação concisa, que ao mesmo tempo resume e representa cada parte dos dados (CHARMAZ, 2009).

São descritos vários processos de codificação para o desenvolvimento da teoria fundamentada, dependendo do autor. Para análise dos dados nesta pesquisa, utilizou-se a codificação linha a linha, estratégia que induz o pesquisador a estudar seus dados rigorosamente, e começar a conceituar suas ideias; a codificação focalizada, que permite separar, classificar e sintetizar grandes quantidades de dados (CHARMAZ, 2009); e por fim, a codificação seletiva, que consiste no processo de determinação da categoria central do fenômeno, que integrará as outras categorias construídas (STRAUSS e CORBIN, 1998).

Como preconiza a teoria fundamentada, a análise dos dados iniciou logo após a primeira entrevista. A primeira entrevista foi transcrita e em seguida foi realizada a sua codificação linha-a-linha, ou seja, cada linha da transcrição foi denominada de acordo com o seu significado. Essa codificação pode parecer arbitrária, já que nem todas as linhas possuem informações relevantes. No entanto, como alertado por Charmaz (2009), essa estratégia possibilita o surgimento de novas ideias e a atenção aos detalhes que poderiam passar despercebidos em uma análise temática geral. Outra vantagem de codificar linha-a-linha é forçar o pesquisador a ficar atento ao que está realmente acontecendo nos dados, possibilitando a criação de códigos que reflitam a experiência dos participantes e não pressupostos teóricos do pesquisador (GIBBS, 2009).

Essa primeira análise direcionou a coleta de dados subsequente e esse processo ocorreu durante toda a pesquisa. Dessa forma, a cada nova coleta de dados era realizada a codificação linha-a-linha, sempre comparando os dados dentro de uma mesma entrevista, entre entrevistas ou comparando as entrevistas com observações e análise de documentos. Com a evolução da análise iniciou-se a codificação

focalizada, em que os códigos iniciais mais frequentes e significativos foram utilizados para integrar e organizar maiores quantidades de dados. Durante a codificação focalizada, como sugerido por Charmaz (2009), foi necessário decidir quais códigos permitiam uma compreensão analítica melhor do processo de tomada de decisão do farmacêutico para a categorização dos dados. A análise é um processo dinâmico, desse modo, em meio à codificação focalizada, algumas vezes foi necessário voltar aos dados para estudá-los melhor, bem como retomar a codificação linha-a-linha para novos dados coletados. Para a construção dos códigos, na maioria das vezes, foram utilizados verbos no gerúndio, como forma de conservar as ações presentes nos dados. De acordo com o desenvolvimento da análise alguns códigos iniciais foram renomeados para se ajustarem mais aos dados e ao mesmo tempo atingirem maior nível de abstração.

A etapa final da análise de dados consistiu na codificação seletiva, em que foi determinada a relação entre as categorias construídas até se chegar ao modelo teórico sobre o processo de tomada de decisão do farmacêutico durante o oferecimento do serviço de GTM.

Ao final da pesquisa foram analisadas 211 páginas de dados, considerando as transcrições das entrevistas e os diários de campo. Todo esse processo foi realizado com o auxílio do *software* NVivo 10 de análise de dados qualitativos.

5.3.1 Escrita de memorandos

A escrita de memorandos é parte essencial da análise de dados quando se utiliza teoria fundamentada (CHARMAZ, 2009). Os memorandos são anotações analíticas informais, que auxiliam na interpretação dos dados, estimulando o pesquisador a adotar uma postura reflexiva (CHAMAZ, 2009; NAGEL, 2014). Essa estratégia foi utilizada durante toda a análise, iniciando a partir da primeira codificação realizada.

Nos memorandos iniciais retratei tudo o que eu estava vendo nos dados, e destaquei pontos que precisavam ser explorados nas próximas coletas de dados. Procurei sempre escrever de forma livre, colocando tudo que vinha a mente sem

preocupação em utilizar a linguagem formal da escrita acadêmica. Durante o processo de escrita, novas ideias e *insights* sobre os dados foram surgindo, contribuindo para o refinamento da pesquisa.

Utilizei os memorandos para comparar dados com dados, dados e códigos, códigos e códigos e para integrar as diversas fontes de dados. Registrei as modificações ocorridas durante a análise, quais códigos foram rejeitados, quais códigos elucidavam melhor os dados e, portanto, foram mantidos. Com a evolução do processo analítico, usei os memorandos para explicar as características dos códigos, explorar as relações entre eles e dialogar com a literatura. Como Charmaz (2009) reitera, os memorandos sugerem como os conceitos sensibilizadores que estavam adormecidos, podem aparecer durante a análise.

A escrita de memorandos contribuiu para aumentar o nível de abstração dos códigos, auxiliando no processo de construção dos resultados que serão apresentados no item 6 desta dissertação.

5.4 Rigor

A qualidade e a credibilidade do estudo começam pelos dados, assim a profundidade e o alcance desses dados fazem a diferença (CHARMAZ, 2009). Esses critérios foram atendidos ao selecionar participantes que realizam, rotineiramente, o processo de tomada de decisão clínica durante o oferecimento do GTM, sendo, portanto, informantes chaves para a compreensão desse processo.

No que concerne à coleta de dados, a credibilidade é garantida por meio da triangulação dos métodos, isto é, utilização de entrevistas, observações em campo e análise de documentos. A triangulação possibilitou a comparação e a confirmação dos dados coletados a partir da observação, durante a análise da documentação e no momento das entrevistas.

Ainda para garantir a credibilidade do estudo, as categorias construídas, as interpretações e as conclusões foram testadas com os próprios participantes, uma vez que a todo o momento a pesquisadora voltou aos dados a fim de confirmá-los.

Na teoria fundamentada, a análise dos dados é bem delineada e descrita pelas diferentes formas de codificação, o que auxilia na manutenção do rigor da pesquisa. A amostragem teórica ao guiar o andamento da pesquisa, direcionando a busca por mais dados que expliquem melhor as categorias, permitiu o desenvolvimento de categorias refinadas e sólidas. Ademais, como mencionado, durante todo o processo analítico foram redigidos memorandos com o objetivo de comparar os dados, explorar as ideias sobre os códigos e direcionar a nova coleta (CHARMAZ, 2009). Os memorandos também permitiram a organização das ideias e reflexões documentadas ao longo da investigação (STRAUSS e CORBIN, 1998). Em outras palavras, a escrita dos memorandos foi uma forma de registrar todo caminho percorrido pela pesquisadora até a construção do modelo teórico.

Em pesquisa qualitativa não se busca a generalização dos resultados. Contudo o leitor/consumidor desta pesquisa poderá considerar que os resultados encontrados se aplicam ao seu contexto (TURATO, 2005), o que significará que a transferabilidade do estudo foi obtida.

5.5 Aspectos éticos

Esta dissertação é parte de um 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”, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em maio de 2014 (CAAE-25780314.4.0000.5149). O projeto amplo prevê a realização de pesquisa qualitativa, envolvendo diversos atores, incluindo usuários, profissionais de saúde, gestores, estudantes e docentes.

Como mencionado, todos os participantes incluídos eram farmacêuticas que realizam o serviço de GTM ou estudantes de farmácia, portanto, maiores de 18

anos. Elas foram convidadas a participar da pesquisa diretamente pela pesquisadora presencialmente ou via e-mail, sendo informado o objetivo principal da investigação e seus procedimentos. As participantes assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ficando uma via com a pesquisadora e outra com a participante (Anexo A).

A identidade das participantes foi preservada, sendo mantida a confidencialidade das informações fornecidas. Dessa forma, para se referir a elas durante a apresentação dos resultados serão utilizados nomes fictícios. Todos os dados coletados e as gravações das entrevistas foram utilizados apenas para a realização desta dissertação.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A construção dos resultados desta dissertação não seria possível sem o envolvimento das participantes em cada etapa da coleta de dados, tampouco sem a interação delas com a pesquisadora. Dessa forma, não poderia iniciar a presente sessão sem antes descrever brevemente, a trajetória com a atenção farmacêutica e com os serviços de GTM, de cada uma das farmacêuticas incluídas nesta pesquisa. Todos os informantes-chave para este estudo foram mulheres, como pode ser notado pelo uso de termos no feminino. Tal fato foi consequência da disponibilidade de participantes. Diante dessa coincidência, as participantes serão apresentadas pelo primeiro nome de notáveis mulheres da nossa história, umas mais conhecidas, outras menos, mas sem dúvida todas elas tomaram grandes decisões ao longo de suas vidas.

A primeira entrevista foi realizada com Tereza. Seus primeiros pacientes foram atendidos em uma farmácia universitária. Sua experiência também foi construída oferecendo o serviço de GTM em um hospital-dia, onde trabalhava em equipe multidisciplinar. Como professora, trabalhou com essa prática na clínica-escola de duas faculdades privadas. Por meio de um projeto de extensão, passou a atender junto com estudantes de farmácia, pacientes de uma equipe de saúde da família.

A próxima entrevistada foi Valentina, que iniciou sua trajetória com a atenção farmacêutica cuidando de pacientes hipertensos, em uma farmácia comunitária. Valentina continuou atendendo pacientes, como professora, em uma clínica-escola de uma faculdade privada. Durante aproximadamente um ano atuou como preceptora do serviço de GTM em ambulatório multidisciplinar. Atualmente trabalha no serviço de GTM em um ambulatório de promoção à saúde, atuando em parceria com vários médicos.

Nízia é farmacêutica na atenção primária. Trabalha com GTM desde que se formou. Desde a implantação do serviço, Nízia passou por nove unidades de saúde diferentes em curtos períodos de tempo e contou como esse início foi desafiador. Na

data da entrevista, no início de 2015, ela estava atendendo em duas unidades e já havia cuidado de 200 pacientes.

Joana começou a prestar o serviço de GTM como farmacêutica voluntária em um ambulatório multidisciplinar. Foi corresponsável pela implantação do serviço de GTM em uma farmácia pública, onde atualmente oferece esse serviço.

A experiência da Olga com a atenção farmacêutica começou em uma farmácia comunitária. Ela é uma das farmacêuticas mais experientes desta pesquisa. Após sua experiência em farmácia, ela foi para universidade, onde começou a desenvolver a prática dentro de uma unidade ambulatorial, chamada de serviço médico-odontológico e social.

Anita, apesar de conhecer a atenção farmacêutica e acompanhar algumas consultas, começou realmente a atender pacientes quando iniciou seu doutorado. Anita atendia em uma unidade de atenção primária à saúde, onde a porta de entrada para o serviço eram pacientes hipertensos. Na data da entrevista, Anita relatou que havia cuidado de 69 pacientes.

Dandara há um ano transformou a sua prática clínica, passando a realizar o gerenciamento da terapia medicamentosa com seus pacientes. No dia da realização da entrevista, ela havia prestado GTM a 65 pacientes nas duas unidades de saúde que apoia. Segundo Dandara, a experiência com o GTM permitiu que ela descobrisse o verdadeiro papel de um profissional de saúde, afirma que desconhecia o que era um processo de cuidado: coletar, avaliar, implementar uma conduta e reavaliar.

Frida trabalha em ambulatório. Iniciou a implantação de um serviço clínico nesse cenário, entretanto, este não era padronizado. Segundo Frida, ela e as outras farmacêuticas não tinham um método de trabalho. Considerando esse contexto, ela se envolveu na reestruturação do serviço, adotando o arcabouço teórico metodológico da atenção farmacêutica. Mais de duzentos pacientes já foram atendidos dentro desse novo modelo. Frida e os outros farmacêuticos do serviço

estão bem integrados com outros profissionais de saúde, como médicos, nutricionistas e psicólogos.

Tarsila participou da implantação do serviço de GTM em um ambulatório multidisciplinar ainda como estudante de farmácia. Há um ano continua prestando o serviço nesse cenário como farmacêutica voluntária e mais recentemente como preceptora.

Logo após se formar, Leila iniciou a implantação e prestação do serviço de GTM em dois ambulatórios de promoção à saúde. Após um ano de atendimento nesses cenários, Leila já atende aproximadamente 200 pacientes e atua em colaboração com médicos.

A última farmacêutica entrevistada foi Maria, participante com mais tempo de experiência em atenção farmacêutica. Iniciou a prática atendendo pacientes portadores de dor crônica. Maria é farmacêutica da clínica escola de uma faculdade privada, onde atende pacientes da comunidade local. Também oferece o serviço de GTM em um ambulatório multidisciplinar. Maria iniciou a prática utilizando um referencial com algumas diferenças em relação ao apresentado neste trabalho. No entanto, com a evolução da sua prática sentiu a necessidade de aplicar o arcabouço teórico-metodológico da atenção farmacêutica, que embasa o GTM.

A riqueza das experiências descritas, as particularidades de cada participante evidenciam a diversidade dos eventos e acontecimentos vivenciados por elas, o que permitiu uma ampla compreensão do processo de tomada de decisão do farmacêutico durante o oferecimento do serviço de GTM, como será apresentado a diante.

Após análise sistemática dos dados, como preconizado pela teoria fundamentada, duas categorias principais foram construídas. A primeira foi denominada “Compreendendo o método racional de tomada de decisão: alicerce do processo”. Nessa categoria será apresentado o significado que o raciocínio clínico em farmacoterapia proposto dentro do arcabouço da atenção farmacêutica adquire para

os farmacêuticos que estão na prática. A segunda categoria “Equilibrando a equação do cuidado: o objetivo e o subjetivo” traduz como os farmacêuticos tomam decisão durante a provisão do serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa, dando origem a proposta de estrutura teórica para esse processo de tomada de decisão. A tabela 1 apresenta as subcategorias relacionadas às categorias principais.

Tabela 1- Categorias e subcategorias que explicam o processo de tomada de decisão do farmacêutico durante a provisão do gerenciamento da terapia medicamentosa

Categorias	Subcategorias		
Compreendendo o método racional de tomada de decisão: alicerce do processo	Contestando o processo inverso: “penso que isso desvaloriza o processo diagnóstico”		
	Reconhecendo o risco do foco na promoção da adesão		
Equilibrando a equação do cuidado: objetivo e subjetivo	Agregando o conhecimento em farmacoterapia		
	Explorando a experiência subjetiva com o uso de medicamentos	Categorizando a experiência subjetiva para definição da conduta	<i>Aprimorando o alfabetismo funcional em saúde: ajudando o paciente a romper barreiras</i>
			<i>Mudando a conduta: adequando a farmacoterapia ao paciente</i>
	Discutindo x compartilhando a decisão com o paciente: o que realmente estamos fazendo?		
	Fatores que podem modificar o processo	Entendendo o paciente como um todo e as variações em sua interpretação	<i>Coordenando o cuidado</i>
		Autonomia profissional e seus desdobramentos	<i>Transpondo as barreiras</i>
	Problematizando: tomar decisão sem a presença do paciente	<i>Decidindo intervir diretamente com o paciente</i>	
	As nuances do contexto no processo de tomada de decisão		

6.1 Compreendendo o método racional de tomada de decisão: alicerce do processo

Durante o serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa, a farmacoterapia do paciente é avaliada seguindo a sequência de sua indicação, efetividade, segurança, e por fim da conveniência para o paciente, como descrito anteriormente. Esse método racional para se tomar decisão em farmacoterapia está na origem do processo de tomada de decisão do farmacêutico que realmente entende o seu papel ao cuidar de pacientes. Portanto, essa categoria é a primeira a ser apresentada por tratar da base estrutural do modelo teórico desenvolvido a partir desta pesquisa.

O método racional de tomada de decisão em farmacoterapia propicia tranquilidade ao farmacêutico, uma vez que este se torna consciente de que a sua forma de raciocinar ao avaliar os medicamentos em uso pelo paciente, não será variável a cada pessoa atendida:

Eu consigo prestar o mesmo cuidado, a mesma qualidade de processo para qualquer paciente, independente do número de medicamentos, da quantidade de problemas de saúde que esse paciente tiver. Hoje, assim, eu fico tranquila... porque eu sei que o paciente vai chegar na minha frente e eu sei o que eu vou fazer com ele. Então, hoje né depois de um ano de atendimento já estou chegando mais ou menos nuns 200 pacientes, eu consigo ficar tranquila de assim com um papel na mão eu sei o que tenho que fazer. Isso graças ao método né?! (Leila)

Nesse ponto, cabe ressaltar que utilizar essa base estrutural com todos os pacientes não significa ignorar as suas características individuais e o seu contexto. O método torna a prática universal e reproduzível, mas o paciente é único. Daí a relevância do desenvolvimento desse raciocínio, que garante uma avaliação padronizada, mas que ao mesmo tempo permite ao profissional ir além, considerado as singularidades da pessoa atendida naquele momento. Como apontado por Leila, a tranquilidade também reside em saber exatamente como conduzir o atendimento ao paciente. Com efeito, a aplicação do método começa na anamnese, deve guiar toda a avaliação e não somente ser utilizado para se chegar à classificação de qual problema relacionado ao uso de medicamento o paciente apresenta:

A todo o momento, o paciente chegou para mim mostrou a prescrição, eu estou pensando assim. Então eu olho para o medicamento, é até engraçado, porque hoje assim, eu olho para o medicamento já vem indicado, efetivo seguro, conveniente, é o tempo inteiro, isso é um processo que na minha cabeça, não consigo avaliar medicamento se não for desse jeito mais. (Valentina)

Quando eu estou com o paciente, com o prontuário, com a literatura, com a equipe de saúde, eu estou sempre com aquela sequência na cabeça, buscando formas de ter todas as respostas. (Tereza)

Dispor dessa sequência a todo o momento é fundamental para se conseguir acessar todas as informações relevantes (objetivas e subjetivas) para o entendimento das necessidades farmacoterapêuticas do paciente, facilitando a identificação e também resolução dos PRM. Ramalho de Oliveira (2010), durante sua etnografia para compreensão de vários aspectos relacionados aos serviços de gerenciamento da terapia medicamentosa, questionou uma das farmacêuticas participantes sobre como ela havia identificado o problema relacionado ao uso de medicamento de determinado paciente. Em concordância ao exposto, a profissional disse utilizar a sequência durante a conversa com o paciente e direcionar suas perguntas para abarcar esses quatro elementos (indicado, efetivo, seguro e conveniente) para todos os medicamentos (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2010). Durante o ensino da prática é necessário despertar os estudantes para a utilização do método como guia de suas ações, na coleta de dados, na discussão com outro profissional, no estudo da literatura e não simplesmente coletar as informações do paciente e ao final aplicá-lo para tentar encontrar PRM. Tereza relata “demorei a conseguir fazer essas conexões”, portanto, se o ensino não favorece essa associação, o aprendizado da prática é dificultado, adiando o sucesso desse novo profissional ao gerenciar a terapia medicamentosa dos pacientes.

O ápice da compreensão sobre o significado do método racional de tomada de decisão advém da narrativa de farmacêuticas que iniciaram a prática clínica sem a aplicação desse raciocínio e que passaram a utilizá-lo. A experiência adquirida ao encontrar pacientes com diversos problemas de saúde e usando vários medicamentos todos os dias, bem como a observação da prática de outros profissionais pode, intuitivamente, se sobrepor ao uso do método:

Farmacêutica relatou que às vezes a experiência clínica passa na frente do raciocínio, mas diz “sempre tento aplicar o raciocínio e às vezes eu me surpreendo quando vejo que não era aquilo que eu estava pensando ou que eu havia deixado passar alguma coisa”. (Trecho do diário de campo)

Ao insistir em aplicar o raciocínio clínico, a profissional deixa um terreno obscuro e pode perceber com clareza qual o real problema do paciente e a melhor forma para

solucioná-lo. Esse trecho do diário de campo está consistente com a discussão que Freitas (2014) faz em sua tese, destacando que ao avaliar os medicamentos usados pelo paciente em relação à indicação, efetividade, segurança e conveniência durante o cuidado, o farmacêutico realiza julgamentos clínicos sem “esquecer-se de nada”, sua avaliação é completa, o que contribui para a qualidade do cuidado. Ter essa base estrutural permite que a prática seja dinâmica e que ao mesmo tempo o farmacêutico tenha segurança de suas condutas. Notoriamente, a experiência clínica do farmacêutico e seu conhecimento prévio permanecem sendo fundamentais, contudo, sustentados pelo método:

Antes eu era muito mais segura das "decisões" [entrevistada faz sinal de aspas] que eu tomava, não é decisão, dos acompanhamentos que eu fazia, para mim aquilo estava legal e eu olhava a receita de um paciente e eu já sabia se a receita estava boa ou se não estava, baseada no que? Na posologia, na interação, então às vezes eu via problema na receita que na verdade não era problema real, mas eu via problema, ou então eu não via problema na receita e tinha um monte de problema que eu não via, real, entende? Mas eu era segura dessas coisas, eu considerava que eu era uma boa farmacêutica, eu sabia para que servia todos os medicamentos, nome comercial de tudo... Quando eu comecei a trabalhar com GTM que eu comecei a descascar o paciente igual uma cebola assim ... cada coisa que você descascava mais complicado, mais coisa tinha para descascar, que ele é um ser complexo ali, eu comecei a ficar insegura de tudo que sabia, porque não era só aquilo que eu precisava, então as minhas decisões, traz muito medo, muita dúvida, muita insegurança. Aí eu comecei a trabalhar com GTM, quando eu comecei a entender mesmo, a executar o raciocínio de forma mais natural, sem precisar ficar indo e voltando na receita toda hora, presa ali naquela receita, é como se eu tivesse, eu passei da fase da insegurança, para uma mais, de novo eu voltei na segurança, não a mesma, uma segurança mais consciente, porque antes era uma segurança da ignorância. Eu voltei para segurança, mas uma segurança mais raciocinada... O GTM foi um projeto arquitetônico, aí os meus conhecimentos voltaram e se encaixaram no lugar que eu podia acessar de forma útil, entendeu. (Dandara)

De acordo com Dandara antes de realizar o serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa e, portanto, antes de adotar o método racional para tomada de decisão sobre a farmacoterapia, ela analisava a prescrição do paciente em relação à posologia dos medicamentos e à presença ou não de interações medicamentosas. Essa análise não requer necessariamente estratégias de pensamento crítico, considerando que é preciso apenas memorizar as doses e frequências de uso dos medicamentos em condições ideais (FREITAS, 2014) e utilizar um *software* que informará as interações presentes. Segundo Facione e Facione (2008, p. 2), o pensamento crítico pode ser definido como “o processo que usamos para realizar um julgamento sobre o que acreditamos, e sobre o que fazer em relação aos

sintomas que nossos pacientes apresentam para o diagnóstico ou tratamento”. A utilização sólida de habilidades de pensamento crítico é essencial para a excelência em julgamento profissional (FACIONE e FACIONE, 2008). Portanto, ao cuidar de pacientes que utilizam medicamentos, pensar criticamente é imprescindível. Freitas e Ramalho de Oliveira (2015) destacaram que o uso do método discutido aqui está fortemente relacionado com a aplicação de habilidades de pensamento crítico na prática da farmácia com foco no paciente. O trecho acima da entrevista com Dandara sugere que sem um guia para avaliação da farmacoterapia, o farmacêutico não desenvolve estratégias de pensamento crítico e como a própria participante ressalta, não toma decisões.

Outro ponto que chama atenção na fala de Dandara é a identificação de problemas na prescrição que não eram reais e o reconhecimento de que problemas reais passavam despercebidos antes da utilização do método. A narrativa da participante mostra que ao compreender o raciocínio clínico e aplicá-lo, a sua prática se aproximou do mundo real e do paciente. Obviamente, esse raciocínio está atrelado à filosofia incorporada ao GTM e, portanto, ao entendimento de que o paciente é o centro do cuidado. Silva (2009) discorre em sua tese que a aplicação do método e o foco na categorização de PRM podem levar o profissional a buscar no indivíduo algum problema, mesmo que este não se manifeste. Em contraste a essa discussão, os resultados apresentados mostram que a identificação de problemas relacionados ao uso de medicamentos tornou-se contextualizada à realidade após a utilização do método, e a farmacêutica passou a identificar problemas realmente manifestados pelo paciente.

Muitos farmacêuticos quando são expostos ao cuidado, não sabem muito bem como proceder, tendo em vista que este não é o foco de sua formação, como foi o caso de Dandara. O método de tomada de decisão proposto pela atenção farmacêutica auxilia na demarcação de qual será o papel desse profissional junto ao paciente. A racionalidade do método não impede que o farmacêutico enxergue a complexidade do paciente, as reais necessidades deste e contextualize suas ações. Ao contrário, Dandara apenas tornou-se consciente da complexidade da pessoa atendida após a realização do serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa.

Existem interpretações de que a utilização de um método lógico e racional vincularia a prática ao modelo biomédico. No entanto, o método é empregado dentro de um modelo de cuidado centrado na pessoa. O método não pode ser aplicado sem considerar os sentimentos, os desejos do paciente e seu contexto. A identificação e resolução do problema relacionado ao uso de medicamento não independe do paciente. Ao contrário, ele é fundamental. Daí a ruptura com o modelo biomédico. Esse raciocínio clínico possibilita o equilíbrio entre o objetivo e o subjetivo, como será discutido mais adiante. O arcabouço teórico-metodológico da atenção farmacêutica vai ao encontro do método clínico centrado na pessoa desenvolvido por Stewart e colaboradores, que prevê justamente a conexão entre a doença (corpo) e a experiência de estar doente (pessoa) (STEWART *et al.*, 2010).

Na ausência do método de tomada de decisão em farmacoterapia, o farmacêutico fica flutuando, pairando sobre todas as necessidades em saúde do paciente, sem identificar o seu foco no cuidado e atuando apenas como apoiador das decisões de outros profissionais. Tereza diz que “o método de tomada de decisão é o eixo, eu acho que quando você não o entende, a prática não faz sentido nenhum... [ele] deixa claro qual é o seu papel, não te deixa se esquivar daquilo”. O método é o alicerce do processo de tomada de decisão, proporciona a organização do pensamento, abarcando todas as quatro dimensões (indicação, efetividade, segurança e conveniência) que devem ser avaliadas quando o paciente utiliza um medicamento. Essas quatro dimensões permitem que o profissional seja criativo e proponha soluções para o problema, e paralelamente, permitem a ele identificar os limites, reconhecer até onde será seguro avançar no manejo da farmacoterapia (FREITAS e RAMALHO DE OLIVEIRA, 2015). É o que Dandara chama de “segurança mais raciocinada”, uma vez que o profissional possui uma base que o sustenta.

O significado do método de tomada de decisão em farmacoterapia também reside em facilitar o reconhecimento da prática pelos outros profissionais de saúde:

Outra diferença que eu sinto é que você conversa melhor com o outro profissional, né, que não está ali para resolver o problema que você resolve, mas conecta melhor, porque você tem uma lógica de raciocínio e ele começa a perceber que você tem uma certa lógica, mesmo que ele não

saiba exatamente o que é, ele percebe que você tem um padrão assim para poder avaliar, que as suas propostas são assim, mais ou menos parecidas dependendo do problema que você identifica, então assim eles começam a ver "olha, ela faz assim quando o problema é esse, ela propõe tal coisa". (Leila)

Apesar do raciocínio não ser explícito para o outro profissional, este começa a perceber que as condutas do farmacêutico fazem sentido, são fundamentadas, o que contribui para que a comunicação entre esses profissionais seja efetiva. O profissional médico compreende que o farmacêutico está ali para solucionar problemas diferentes daqueles de responsabilidade médica, embora muitas vezes seja necessária a sua participação para a efetivação da conduta. Dandara fala sobre essa necessidade e enfatiza que o raciocínio clínico é exclusivo do profissional provedor de GTM, uma vez que o médico não organiza o pensamento dessa forma:

O meu raciocínio não se sobrepõe ao raciocínio do médico, são raciocínios diferentes, mas às vezes a conduta não necessariamente será implantada por mim... (Dandara)

A ausência de entendimento por outros profissionais da saúde sobre o papel do farmacêutico no cuidado direto ao paciente ainda é realidade em diversos cenários em que tal prática é desenvolvida (MCCULLOUGH *et al.*, 2015). A percepção de que a aplicação do método proporciona e facilita esse entendimento, reforça a extensão da sua importância para a prática clínica do farmacêutico.

Avançando na compreensão do papel do método emerge a sua relação com a experiência em utilizá-lo. A partir de um profundo envolvimento com o raciocínio clínico adquirido com a prática, aliado a sua aplicação para avaliação de medicamentos utilizados pelos pacientes para os problemas de saúde mais frequentes na clínica, esse processo pode se tornar intuitivo:

Quando é alguma doença já mais tranquila, que eu domino e tal é quase que instintivo mesmo o processo, porque você já tem aquilo na cabeça, então você não fica perguntando, parando para perguntar é necessário, efetivo, seguro e conveniente, mais ou menos já vai... Agora quando é uma doença nova, que ela exige estudo ou uma doença que você estudou poucas vezes, né, mesmo que você já tenha visto, você fala assim "não, ainda não tenho segurança". Aí eu paro. Aí eu para e penso, aí vou direto no pensamento, "não perai, é necessário?" (Maria)

No momento em que a farmacêutica se depara com uma situação clínica pouco habitual sua avaliação torna-se mais analítica, perpassando cada etapa do método, o que lhe confere segurança. Richir *et al.* (2007) demonstram que médicos

experientes voltam a aplicar um raciocínio mais analítico quando cuidam de pacientes mais complexos. A legitimidade do uso da intuição no processo de tomada de decisão dos profissionais de saúde tem sido discutida há décadas (BENNER e TANNER, 1987; EASEN e WILCOCKSON, 1996; BURMAN *et al*, 2002; PEARSON, 2013) e principalmente na enfermagem sua relevância já é reconhecida (RUTH-SAHD e TISDELL, 2007; ROBERT, TILEY e PETERSEN, 2014). Easen e Wilcockson (1996) discutem se intuição e racionalidade na tomada de decisão profissional não representariam uma falsa dicotomia. Eles argumentam que “a intuição pode ser entendida como um processo irracional que tem uma base racional” (EASEN e WILCOCKSON, 1996, p. 672). Essa descrição corrobora a perspectiva de Maria. O raciocínio clínico tornou-se intuitivo a partir da experiência, uma vez que sua aplicação é quase inconsciente, se chega ao problema mais rapidamente e sem esforço. No entanto, a base racional, a sequência da indicação, efetividade, segurança e conveniência introjetada pelo profissional, foi considerada. Nesse caso, se solicitado, o farmacêutico consegue parar, repassar a sequência e explicar como chegou ao problema, evidenciando a presença da base racional. Essa interpretação difere em partes do discutido por Bartels (2013), que sugere que o uso do método está sempre relacionado a decisões analíticas.

As duas subcategorias descritas a seguir, reveladas pela análise de dados, complementam a compreensão do papel do método racional para o processo de tomada de decisão do farmacêutico durante a provisão do serviço de GTM.

6.1.1 Contestando o processo inverso: “penso que isso desvaloriza o processo diagnóstico”

A identificação de problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM) durante o serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa é equivalente ao estabelecimento de um diagnóstico na prática médica (CIPOLLE, STRAND e MORLEY, 2012). Como já mencionado, para identificar se o paciente está experienciando algum PRM, o farmacêutico utiliza o raciocínio clínico extensamente discutido aqui. Todavia, farmacêuticos já em prática, em certos momentos, realizam o processo inverso, isto é, determinam qual alteração consideram ser necessária na

farmacoterapia do paciente, para então classificar qual dos sete PRM o paciente está apresentando:

Uma coisa que me incomoda muito no PRM é muitas vezes... a intervenção vir primeiro do que o PRM, isso é uma coisa que me incomoda, eu já tenho pensado nisso há um tempo e já tenho discutido com algumas pessoas em relação a isso. Eu penso que o PRM é o nosso diagnóstico, então como qualquer outro profissional de saúde ninguém faz intervenção antes de fazer o diagnóstico, porque nós teríamos que ser diferentes, mas acaba que a minha intervenção vai ser a mesma e às vezes com a mesma intervenção pessoas diferentes classificam PRM diferentes assim né, acho que pode acontecer, então não sei, é uma coisa que me incomoda muito... Ao mesmo tempo eu penso que a gente tem esse problema, porque a gente não tem tanta experiência clínica ou por causa da nossa formação. Às vezes isso está sendo um problema para mim, mas às vezes não é para quem já trabalha com isso há anos. (Joana)

Joana ressalta que o PRM é o diagnóstico do profissional provedor de GTM e mostra-se incomodada com o processo inverso. Porém, ainda não tem muita clareza se essa ação é legítima ou não. Ao mesmo tempo, ela aponta algumas causas para a utilização dessa estratégia, como a experiência e a formação do profissional. Uma formação embasada nesse raciocínio clínico é importante para que ao aplicá-lo, a identificação do PRM experienciado pelo paciente seja algo natural, o que tende a acontecer com a aquisição de experiência com o método. Classificar o PRM não pode se tornar um processo engessado, em que o profissional entende que é preciso encaixar em uma das sete categorias de problemas, partindo da alteração considerada necessária. Maria fala da necessidade de recorrer a esse processo inverso nos momentos em que é mais desafiador chegar ao problema:

[...] Eu penso que isso desvaloriza, sabe, a questão do processo do diagnóstico. Porque é o seguinte, por que em outros momentos você consegue e na hora da dificuldade você tem que apelar para esse recurso? De pensar no que eu vou fazer. Eu sempre tento pensar da outra maneira, sabe, eu tenho o hábito de não tentar ficar pensando na intervenção, eu procuro parar e pensar o seguinte: não, o medicamento não é necessário, porque eu acho que ele precisa de medida não farmacológica; não, o medicamento não é efetivo para esse paciente, tem que trocar, sabe, mas eu procuro pensar no problema antes... Eu acho bárbara a questão do PRM, do ponto de vista de diagnóstico, mas se isso não for muito claro para o próprio farmacêutico que faz, né, se isso não for um processo que ele mesmo introjeta, qual que é o valor? (Maria)

A identificação do PRM e a determinação consciente de qual é a sua causa devem guiar a intervenção que o farmacêutico realizará. Começar pela intervenção é incorrer no risco de uma avaliação incompleta. Maria enfatiza a importância do PRM

como diagnóstico para o cuidado farmacêutico e como isso deve estar claro para o profissional. Daí a urgência por essa ampla compreensão do método racional de tomada de decisão em farmacoterapia.

6.1.2 Reconhecendo o risco do foco na promoção da adesão

A promoção da adesão ao tratamento medicamentoso está intimamente relacionada ao papel clínico do farmacêutico (LINDENMEYER, 2006; ALBRECHT, 2011; DAVIS, PACKARD e JACKEVICIUS, 2014). A adesão ao tratamento pode ser definida como a extensão em que o comportamento do paciente coincide com as recomendações dadas por um profissional de saúde (WHO, 2003). É comum o farmacêutico atender pacientes, visando prioritariamente que estes utilizem os medicamentos como recomendado. Nesse contexto, parte-se do princípio de que eles não estão aderindo a medicamentos que são corretos para suas condições, estão prescritos na dose certa, e não provocam efeitos indesejáveis (SORENSEN *et al.*, 2016). Durante os dois anos que realizou atividades clínicas sem um arcabouço teórico-metodológico, Dandara tinha o foco na adesão. Na transição para o gerenciamento da terapia medicamentosa, ela começou a identificar os riscos de focar na adesão:

Recomendou que paciente utilizasse a losartana 50 mg 1-0-1 [como prescrito], sendo que utilizando 50 mg 1-0-1 a PA estava 110/70 mmHg. Mas no segundo plano de cuidado percebeu que dois comprimidos excediam a dose necessária para o paciente, já que sua PA estava controlada com a dose menor e sugeriu alterar a prescrição para losartana 50 mg 1-0-0. Farmacêutica disse “ainda estou desapegando do raciocínio antigo, foram 2 anos, trabalhando assim”. (Trecho diário de campo)

Ao se apropriar do raciocínio clínico proposto pela atenção farmacêutica, Dandara conseguiu avaliar a realidade do paciente e não simplesmente o seu comportamento em relação à prescrição. A losartana era indicada para o paciente que tinha diagnóstico de hipertensão; efetiva na dose de 50 mg, uma vez que ele estava alcançando o objetivo terapêutico; segura, já que paciente não estava apresentando reações adversas; e conveniente considerando o seu contexto. Dessa forma, sem a utilização do método racional de tomada de decisão, a farmacêutica estaria colocando o paciente em risco ao recomendar que este utilizasse o dobro da dose de losartana que era efetiva para ele. Em concordância a esse resultado, Sorensen

e colaboradores (2016) ressaltam que sem uma avaliação completa de todos os aspectos relacionados aos medicamentos do paciente, a promoção da adesão pode provocar danos não intencionais a este. Tal fato é ainda mais sério, considerando que a ausência de contato prévio com o método pode implicar em não reflexão por parte do profissional, sobre o problema ao paciente que pode está sendo gerado.

Ademais, o foco em promover a adesão pode desviar a responsabilidade do farmacêutico em relação aos resultados terapêuticos dos pacientes, pois seu objetivo primordial é que estes cumpram o tratamento:

Eventualmente, quando eu sabia que o paciente estava adequadamente utilizando a farmacoterapia dele de acordo com a prescrição, eu poderia perceber que ele não estava com a pressão controlada, por exemplo, depois de já trabalhar a adesão, aí eu não tomava uma decisão, eu passava aquilo ali, como uma informação para equipe... Mas nem sempre eu chegava a identificar se tinha algum objetivo atingido ou não, eu não tinha meta, quando você não tem meta, você não tem o que avaliar. Eu apoiava as decisões das outras pessoas, se a nutricionista falou que ele [paciente] tem que comer isso, ele vai comer isso, se o médico mandou ele tomar esse remédio, ele vai tomar esse remédio. (Dandara)

Ter a promoção da adesão como proposta de “cuidado” ao paciente designa ao farmacêutico um papel de mero confirmador das orientações dos outros profissionais da saúde. O profissional não realiza uma avaliação completa de toda farmacoterapia do paciente, não desenvolve um processo de tomada de decisão autônomo. Melhorar a adesão por si só não significa que o uso de medicamentos será otimizado (SORENSEN *et al.*, 2016). O farmacêutico deve contribuir na adesão do paciente ao tratamento e tem sim um papel relevante nessa promoção, contudo, após garantir que o medicamento utilizado seja indicado, efetivo e seguro:

E aí eu chego lá [referindo-se a visita domiciliar], ele já está com os medicamentos novos, outros né, dosagem alterada... Foi a médica que implantou a conduta, não fui eu, eu orientei a conduta. Só que na maioria das vezes ele [paciente] ainda não está tomando certinho, aí sim, eu posso trabalhar a adesão. (Dandara)

Como destacam Cipole, Strand e Morley (2012), não é ético e quase inimaginável pensar em incentivar que o paciente utilize um medicamento que é inapropriado para sua condição de saúde, inefetivo ou inseguro. Para que isso não aconteça, a adesão é avaliada por último. Mais uma vez é possível reconhecer no método o alicerce do processo de tomada de decisão, a base estrutural que assegura o profissional de que ao cuidar de um paciente não estará colocando-o em risco.

6.2 Equilibrando a equação do cuidado: o objetivo e o subjetivo

A partir desta sessão será apresentada a construção teórica sobre como ocorre o processo de tomada de decisão do farmacêutico durante a provisão do serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa. Antes de detalhar essa categoria e revelar todas as subcategorias que a compõe, é necessário entender o que é um processo:

Um processo é constituído por sequências temporais reveladas que podem apresentar limites identificáveis com inícios e finais claros e marcas de referência entre eles. As sequências temporais estão associadas a determinado processo e o leva a modificação. Assim, eventos individuais tornam-se associados como parte de uma totalidade mais ampla (CHARMAZ, 2009, p. 24).

A partir dessa definição serão apresentados todos os eventos, que associados completam o processo de tomada de decisão do farmacêutico, buscando manter a sequência em que eles acontecem. Também serão discutidos os fatores que podem interferir nesse processo e modificá-lo.

A categoria apresentada anteriormente se relaciona com a presente categoria, e sua compreensão é importante, na medida em que o processo de tomada de decisão inicia desde o primeiro contato com o paciente, e tendo como base estrutural o método de tomada de decisão em farmacoterapia. Desse ponto, todas as participantes demonstraram buscar conjugar a objetividade técnica com a subjetividade da pessoa atendida, na tentativa de equilibrar essa equação para a identificação do problema experienciado pelo paciente e definição de como solucioná-lo:

Eu falo que o GTM é lindo, é arte, justamente por isso, é você pegar o técnico e juntar com essa coisa maravilhosa que é a pessoa, né, que é o que ela tem, é a crença dela, as experiências. Fazer isso é uma arte, eu acho incrível, incrível, porque não é fácil e é de uma sensibilidade monstruosa. Quando você consegue é maravilhoso, porque a pessoa consegue perceber que você está levando isso em consideração. (Leila)

Leila destaca como cuidar é uma arte ao se conseguir unir esses dois tipos de conhecimentos para auxiliar a pessoa que está sendo atendida durante o GTM. Entremeadado em sua fala está o fortalecimento da relação terapêutica entre profissional e paciente, quando este percebe que é considerado como um ser humano, muito além de um corpo doente que precisa utilizar medicamento.

Olga encontrou o equilíbrio para a equação ao adquirir experiência. Ela relata que no início da prática a objetividade da clínica superava o paciente, até que ela percebeu quem realmente deve ser o personagem principal do cuidado:

O amadurecimento traz para gente essa visão, então inicialmente, meu foco era bastante clínico, então eu estava preocupada com o resultado, então se o paciente tinha uma doença não controlada, qual era o meu foco, controlar a doença, aquela coisa bem objetiva, bem mensurável, só que com o tempo amadurecendo a gente chega à conclusão de que o paciente, ele é o protagonista, né, ele é o ator principal da prática e nada pode estar acima da vivência, da experiência, da expectativa, dos anseios, do medo que ele tem em relação ao medicamento que ele utiliza ou que ele vai utilizar, não é?! (Olga)

A narrativa de Maria alerta para a necessidade de realmente existir um equilíbrio entre o objetivo (representado pelo conhecimento da farmacoterapia) e o subjetivo (representado pela experiência subjetiva do paciente com o uso de medicamentos) durante o processo de tomada de decisão:

A experiência subjetiva, ela cativa muito. Às vezes eu vejo assim, que o estudante vai para ela acha tudo lindo, porque ninguém nunca escutou, né, o paciente. E realmente diferencia a prática, faz com que a prática seja centrada no indivíduo, é um elemento assim fundamental. Mas a farmacologia é importante também...quando você tem esse conhecimento da farmacoterapia mais sólido, você consegue até pensar em soluções diferentes, né, para apresentar para o indivíduo. Então, a gente não pode negligenciar de forma nenhuma, eu tenho um pouco de medo, porque eu vejo dois extremos, sabe, e eu acho que na verdade são elementos diferentes e você tem que botar todos em cima da mesa, né, na hora que você está pensando ali, você tem que botar todos em cima da mesa para tomar decisão, não pode ser separado não. (Maria)

O entendimento de que o conhecimento técnico pode fomentar o cuidado centrado no paciente e o envolvimento deste nesse processo é surpreendente, e afasta a ideia de que seriam vertentes antagônicas. Todos esses aspectos serão abordados com mais profundidade nas subcategorias a seguir.

6.2.1 Agregando o conhecimento em farmacoterapia

O conhecimento técnico utilizado pelos farmacêuticos durante o processo de tomada de decisão será representado aqui pelo conhecimento em farmacoterapia, por se referir a como os medicamentos são utilizados para tratar e prevenir doenças, e dessa forma envolver o conhecimento da fisiopatologia das doenças e da farmacologia. Para um profissional que tem como missão identificar, prevenir e resolver problemas relacionados ao uso de medicamentos, esse conhecimento é

indispensável. De acordo com Losinski (2011), o conhecimento clínico, isto é, o conhecimento sobre os medicamentos e condições de saúde, é o pilar que faz dos farmacêuticos que praticam a atenção farmacêutica, necessários aos pacientes e à equipe de saúde.

Nesse sentido, essa subcategoria revela como o conhecimento em farmacoterapia é aplicado no processo de tomada de decisão do profissional durante a provisão do GTM. Tal conhecimento será necessário desde a primeira avaliação do paciente. Valentina ressalta a importância de uma formação sólida em farmacoterapia para que durante o atendimento do paciente, o profissional consiga direcionar suas perguntas e associar esse conhecimento ao raciocínio clínico:

Daí que eu falo que é importante a formação do profissional, porque ele precisa conhecer da farmacoterapia para já fazer perguntas que são direcionadas, para você tentar identificar problemas de efetividade ou de segurança né, então eu já vou perguntando... quando o paciente usa bloqueador de canal de cálcio, eu já pergunto: “você sente alguma coisa?” “Não.” “E edema? Incha pé, incha mão?” E aí ele fala: “olha meu pé incha”. E assim vai, “ah, você usa diurético, está tendo câimbra?” Então, o tempo todo, eu vou fazer perguntas para me ajudar nesse raciocínio. (Valentina)

Da mesma forma que o método deve guiar o farmacêutico durante a avaliação do paciente, conhecer da farmacoterapia ajuda o profissional na especificidade do atendimento. De acordo com os medicamentos utilizados pelo paciente e de suas condições de saúde, o profissional saberá quais perguntas precisará fazer, para que tenha as respostas em relação à indicação, efetividade, segurança e conveniência dos medicamentos em uso pela pessoa atendida:

Entender os protocolos de tratamento para conhecer da indicação, entender a doença, os parâmetros de monitorização da efetividade do medicamento, o perfil de segurança para avaliar a segurança, que isso que vai te nortear, você pensa na sua especificidade do cuidado, é esse seu olhar, você tem que conjugar as informações para encontrar problemas ali. (Tereza)

A narrativa de Tereza completa o que foi dito por Valentina, e explicita como o conhecimento em farmacoterapia deve ser vinculado a cada etapa do raciocínio clínico durante a avaliação do paciente, para que o profissional consiga identificar se aquele está experienciando um PRM ou não. Iniciativas para integrar disciplinas, como a semiologia e a farmacologia, já estão sendo realizadas na educação médica brasileira, visando melhorar as habilidades de raciocínio clínico desses estudantes (ALELUIA, CARVALHO JR. e MENEZES, 2010). Contextualizar o ensino da

farmacoterapia com o método racional de tomada de decisão e com disciplinas que favorecem a aplicação desse conhecimento na avaliação do paciente, como a semiologia, pode ser uma estratégia crucial na formação de farmacêuticos clínicos.

A farmacêutica Frida faz referência à associação imediata que realizou entre o medicamento utilizado pela paciente e a sua não adequação à indicação para o tipo de carcinoma apresentado por ela:

Chegou para nós uma paciente em tratamento do câncer de mama, né, porque o ambulatório é de mama, com carcinoma in situ, em uso de anastrozol, aí a gente já põe, liga uma anteninha, “por que isso em tratamento do carcinoma in situ?” Porque normalmente não tem esse protocolo. Você faz a profilaxia e depois... é no caso dela foi cirurgia reparadora, ela fez radioterapia e fez uma cirurgia reparadora, era o carcinoma in situ fez a cirurgia, retirou com toda a margem de segurança, e aí não faz tratamento, faz vigilância. Então quando o paciente chega com medicamento, a gente já... porque desse medicamento? ... Hoje é frequente no consultório, ela não usa mais o anastrozol, porque a gente suspendeu, porque não tinha motivo para usar esse medicamento. (Frida)

Frida trabalha em um ambulatório multidisciplinar que atende pacientes com câncer de mama. É interessante notar como o domínio sobre esse conhecimento contribuiu para que ela rapidamente identificasse um problema na farmacoterapia da paciente e adotasse uma conduta para resolvê-lo, condizente com a natureza do PRM. Decerto, não se espera que o farmacêutico tenha domínio sobre o tratamento para todas as condições de saúde ao cuidar de pacientes que utilizam medicamentos. Todavia, ele precisa ter uma base sólida sobre a farmacoterapia para os problemas de saúde mais comuns e a partir da prática, buscar por mais conhecimento.

O trecho abaixo, retirado do diário de campo, mostra como farmacêutica e estudante suspeitam de um problema de efetividade e levantam hipóteses sobre a causa de tal problema:

O paciente tinha o pedido de exame para avaliar a concentração sérica de fenitoína e fenobarbital. Estudante e farmacêutica decidiram esperar o resultado do exame para verificar se é possível aumentar a dose ou se deve ser feita a troca por medicamentos que poderão ser mais efetivos.

A partir do exame para avaliação da concentração sérica, elas poderão confirmar se os medicamentos estão dentro da faixa recomendada, indicando que o paciente pode precisar trocar o tratamento; ou se estão abaixo da concentração esperada, sugerindo necessidade de aumento da dose. Nesse exemplo, é possível observar o

uso do método hipotético-dedutivo, em que hipóteses são levantadas e a partir da pesquisa por mais informações, elas serão aceitas ou refutadas (BURMAN *et al.*, 2002). Associado à aplicação desse método está a utilização do conhecimento sobre as características dos medicamentos e a avaliação destes a partir de sua indicação, seguida da efetividade, segurança e por fim, conveniência.

As farmacêuticas também empregam o reconhecimento de padrão para tomar decisões. Em entrevista informal com Dandara, após a observação de um de seus atendimentos, ela comentou que iria acompanhar o paciente por considerar que os sintomas que ele estava apresentando eram os mesmos já observados em outros pacientes que utilizaram metformina. Segundo a farmacêutica, esses sintomas podem indicar a necessidade de troca pelo comprimido de liberação prolongada. Esse reconhecimento advém da experiência com outros pacientes e tal fato pode ser percebido pela constatação da farmacêutica. É importante ressaltar que ao reconhecer um padrão de sintomas relacionados à metformina, a profissional não deixou de avaliar se esse medicamento era indicado para a condição do paciente e se estava sendo efetivo. Ademais, ela já conseguiu pensar em uma possível solução para o problema, considerando o perfil de liberação da metformina XR. Pelo exposto, pode-se inferir que tanto o uso do raciocínio hipotético-dedutivo, como do reconhecimento de padrão, está entremeado ao método racional de tomada de decisão em farmacoterapia.

A conexão entre a aplicação do conhecimento técnico ao cuidado, o método racional e a prática baseada em evidência está implícita nas decisões abaixo:

Paciente utiliza alopurinol e o seu ácido úrico está 7,2 mg/dL, Maria a princípio irá discutir a necessidade desse medicamento. (Trecho de diário de campo)

Quando fiz os exames, percebi que realmente precisava de insulina. A glicemia dela [paciente] de jejum, acho que deu 300 e pouco, e a glicada tinha dado 11%. (Nízia)

Em conversa com Dandara ela diz que provavelmente irá suspender a metformina, considerando a função renal da paciente, creatinina dela está 1,5 mg/dL. (Trecho de diário de campo)

As farmacêuticas relacionam os resultados dos exames laboratoriais dos pacientes aos medicamentos que estes utilizam ou precisarão usar. Aplicando seus conhecimentos sobre farmacoterapia e já considerando as evidências disponíveis,

elas são capazes de identificar o problema que os pacientes estão vivenciando e ponderar como solucioná-lo.

A importância do conhecimento em farmacoterapia, já no momento de pensar nas possíveis alternativas para solucionar o problema apresentado pelo paciente, é destacado por Leila:

Ah, primeiro assim quando eu consigo identificar onde está o problema, eu começo a pensar nas alternativas, aí normalmente é que esse conhecimento vem, porque se, por exemplo, dependendo do problema eu vejo que é possível uma alteração de dose porque o problema que apareceu tem relação com o aumento de dose ou com a redução. Então o conhecimento da farmacoterapia vem aí, quando eu identifico o problema, o que eu vou fazer para solucionar? Aí é que eu uso esses conhecimentos, ah eu tenho que trocar, ah qual é melhor alternativa, começou pela terceira? Por que não tentou a primeira antes? Ah, paciente não está conseguindo tomar, quais são as outras alternativas que eu tenho para esse tipo de problema de saúde? Então vem a partir da classificação do problema é aí que eu uso mesmo. (Leila)

Avançando no processo de tomada de decisão, após a identificação do problema, é preciso reconhecer até quando é possível aumentar ou diminuir a dose para determinado paciente. É necessário identificar quais serão as alternativas terapêuticas para solucionar esse problema, inclusive para que seja possível considerar a preferência do paciente e envolvê-lo nesse processo.

Dandara fala de seu processo para decidir a melhor alternativa terapêutica para uma paciente idosa, que vinha apresentando crises de enxaqueca mesmo com a utilização de amitriptilina:

Olhando lá estudos científicos, estava nessa fase... tem bons indícios de que atenolol para idoso, enxaqueca e tudo mais, é bacana, resolve, ajuda. Falei bom, então vai ser isso, eu vou matar dois coelhos né, ela precisa de um incremento de um anti-hipertensivo, uma vez que ela usa dose máxima de losartana, uma hidroclorotiazida, ela precisa de mais alguma coisa. Os anti-hipertensivos que ela usava eram esses dois, usava corretamente, não podia aumentar losartana, não podia mexer na hidroclorotiazida, eu precisava de outro anti-hipertensivo, o natural era ser um beta-bloqueador e vinha ali de acordo com a enxaqueca. (Dandara)

A farmacoterapia baseada em evidência é uma abordagem em que o clínico avalia a evidência científica e sua força para subsidiar a sua decisão terapêutica (ETMINAN, WRIGHT e CARLETON, 1998). Dandara lança mão dessa estratégia para tomar sua decisão e exemplifica como associou a evidência científica às características

individuais da sua paciente, que além da redução e amenização das crises de enxaqueca, necessitava de controle pressórico.

Os resultados discutidos até aqui indicam que é insuficiente conhecer da farmacoterapia e não saber empregá-la na avaliação dos medicamentos utilizados pelos pacientes, bem como não é possível gerenciar a terapia medicamentosa sem o conhecimento em farmacoterapia. Portanto, esse conhecimento e a aplicação do método caminham lado-a-lado e são fundamentais no processo de tomada de decisão do farmacêutico que aceita a missão de cuidar de pacientes para identificar, prevenir e resolver problemas relacionados ao uso de medicamentos.

6.2.2 Explorando a experiência subjetiva com o uso de medicamentos

Em meio à objetividade do conhecimento científico, todas as farmacêuticas demonstraram preocupação em incorporar a experiência subjetiva dos pacientes com o uso de medicamentos, ao gerenciar a terapia medicamentosa. De acordo com as participantes, a efetividade da prática está relacionada à incorporação desse conhecimento. A experiência subjetiva com medicamentos proporciona o envolvimento do paciente em seu processo de tratamento e fornece subsídios para tomada de decisão do farmacêutico:

A experiência subjetiva é... Eu uso ela como embasamento para tomar minhas decisões sempre, eu levo em consideração sempre o que ele [paciente] está colocando para mim, para que eu consiga ser efetiva com ele. (Valentina)

Então é um filtro que faz você ter sucesso também, porque você sabe dosar a sua intervenção e até como envolver o paciente, trabalhar esse medo, essa crença dele... A experiência subjetiva é tudo, é tudo, é muito importante, porque é geralmente o que é ignorado por todo mundo. Então assim, é justamente você ouvir isso e entender isso dentro desse processo de como o paciente está tomando as decisões dele é que faz você ser um aliado dele. (Leila)

Leila destaca como a experiência subjetiva é essencial ao serviço de GTM e o diferencia, uma vez que o profissional nessa prática está atento a esses aspectos e têm oportunidade de obter informações sobre o paciente que não foram acessadas por outro profissional. A construção de uma relação terapêutica com a pessoa atendida é necessária para que esta se sinta confortável para contar suas

experiências. Paralelamente, considerar esse relato, consolida e fortalece a relação terapêutica, tornando farmacêutico e paciente, aliados no cuidado.

O conhecimento sobre como aplicar a experiência subjetiva ao se tomar uma decisão pode ser encarado como um conhecimento tácito durante a provisão do GTM. Todavia, o caminho de construção desses resultados pretende explicar como utilizar essas experiências no processo de tomada de decisão. O processo de explorar a experiência subjetiva do paciente e utilizá-la na tomada de decisão inicia em saber ouvi-lo. Muitas vezes essas experiências não serão explicitadas e o farmacêutico precisará capturá-las em meio à narrativa do paciente:

Eu acho que saber ouvir o que o paciente tem, é importante... Eu escuto bem, eu tenho essa habilidade mais desenvolvida, eu gosto de escutar e ali eu consigo captar, essas coisas... Até mesmo a experiência subjetiva, porque às vezes ele não te fala, mas você pega aquela informação. (Nízia)

A partir dessa postura de estar aberto para ouvir o paciente e permanecer atento aos detalhes em seu discurso, o profissional empenha-se em entender o uso do medicamento no dia-a-dia do paciente:

Eu avalio como que ele usa sem a minha intervenção, como aquilo caiu na vida dele e como ele gerencia aquilo na vida dele. E aí que eu avalio se há ou não necessidade de intervenção, e se o paciente tomou alguma conduta em relação a isso. Porque a gente sabe que nem sempre ele segue a prescrição conforme está ali estabelecido ou por desconhecimento, porque não foi bem orientado, ou porque não compreendeu ou porque passa mal do jeito que está ali, não adaptou, ou seja, ele pode e é comum fazer adaptação na prescrição, mas primeiro antes de eu tomar uma decisão eu vejo se aquelas adequações foram suficientes para resolver o problema e se elas são adequadas ou não. (Dandara)

É possível perceber na fala da farmacêutica como as suas ações estão focadas no paciente, é ele o centro da sua prática. Desse posicionamento deriva o reconhecimento de que o manejo realizado pelo paciente em sua farmacoterapia é legítimo, ele toma decisões a todo o momento sobre seu tratamento. O ato de tomar medicamentos é um processo dinâmico para o paciente e ele agirá de acordo com o sentido que em determinado momento tal ato adquire em sua vida, acarretando variabilidade em sua tomada de decisão (BAJCAR, 2006). Ao reconhecer esse fato, a farmacêutica compreende que precisa analisar qual o resultado das alterações realizadas pelo paciente e auxiliá-lo nesse processo. A experiência subjetiva do paciente com os medicamentos está imersa na história relatada pela farmacêutica e

se torna mais clara à medida que ela busca maior entendimento sobre como a pessoa atendida gerencia os medicamentos em seu cotidiano.

Nessa perspectiva, as farmacêuticas exploram a experiência subjetiva do paciente não somente para compreender o que significa utilizar medicamentos diariamente, mas como apoio para identificação do PRM experienciado pelo paciente. Além disso, essa informação servirá como embasamento para a intervenção profissional durante o processo de cuidado. Explorar a experiência com medicamento pode guiar o farmacêutico na determinação da existência ou não de um problema relacionado a esse produto. O trecho abaixo retirado do diário de campo mostra as participantes da discussão de um caso clínico chamando a atenção para possibilidade da experiência subjetiva da paciente sinalizar um problema relacionado à necessidade do medicamento:

A dúvida era com relação a uma paciente com prescrição de nortriptilina para depressão, mas que relata não tomar, pois afirma não ter depressão. Para a aluna, que participava da discussão, a paciente possuía um problema de adesão ao tratamento. Entretanto, foi discutido que era preciso investigar se a paciente tinha ou não depressão para avaliar a indicação do medicamento e não simplesmente considerar que a paciente não está aderindo ao tratamento. (Trecho de diário de campo)

Nesse caso, a afirmação da paciente de não ter depressão anuncia uma experiência que deve ser explorada para confirmar se ela realmente necessita de um antidepressivo. Dessa forma, a farmacêutica percebeu a necessidade de buscar por mais informações para avaliar o uso desse medicamento, trabalhando em colaboração com o médico, com outros profissionais e envolvendo a paciente.

Nesse exemplo, torna-se incontestável a importância do método, como base estrutural para o processo de tomada de decisão. A associação entre a experiência subjetiva do paciente e a sequência de avaliação da farmacoterapia (indicação, efetividade, segurança e conveniência) preservou a farmacêutica de promover o uso de um medicamento que não era apropriado para a paciente. Tais achados, ao apontar a experiência subjetiva como uma ferramenta que pode auxiliar na identificação de PRM, complementam os resultados de outros estudos que mostraram, principalmente, como essas experiências se apresentam após a identificação do PRM do paciente e, portanto, devem ser consideradas para que o profissional consiga resolvê-lo (SHOEMAKER *et al.*, 2011; RAMALHO-DE-OLIVEIRA

et al., 2012). Um dos exemplos apresentados nesses trabalhos retrata que o farmacêutico havia identificado que o paciente estava utilizando um medicamento que não era mais necessário ao seu problema de saúde. Entretanto, o profissional percebeu que o paciente tinha medo de descontinuar o medicamento, que havia sido essencial no alívio de sua dor. Dessa forma, após identificar o PRM do paciente, o profissional se deparou com a experiência subjetiva da pessoa atendida.

Após decidir sobre qual problema o paciente está vivenciando, o farmacêutico também considera a experiência subjetiva com o uso de medicamentos para definir qual a melhor forma para solucioná-lo. A aplicação desse conhecimento nesse estágio do processo de tomada de decisão será apresentada a seguir.

6.2.2.1 Categorizando a experiência do paciente para definição da conduta

Diante da compreensão da experiência subjetiva do paciente, o profissional tende a categorizar tais experiências, determinado se elas incluem percepções reais ou carregam conceitos equivocados, como ilustrado nas narrativas abaixo:

Eu tento usar a experiência ao meu favor... Eu tento entender aquela experiência dele e tento ver onde ele está errado, ou certo. Por exemplo, eu já peguei paciente assim: “O que o senhor acha da insulina?” “Horrrível, insulina quem usa morre, meu irmão morreu porque começou a usar insulina.” Aí eu vou voltar para o irmão dele. “Mas o irmão do senhor tinha o que?” “Ah, tinha diabetes”. “E o irmão do senhor controlava?” “Nada, comia doce”. Aí eu falo, “então ele morreu porque usava insulina ou por que não controlava o diabetes?” Aí o paciente: “Oh, é porque não controlava né?” “Provavelmente”. Aí quando eu vejo que ele entendeu, eu já começo, a insulina é o melhor, tem isso, tem aquilo, vou dando as opções. (Nízia)

[...] Preciso saber qual é a expectativa dele, em relação aquele tratamento, se a expectativa dele condiz com a realidade, com aquilo que a gente pode alcançar, com aquele tratamento. Depois eu pergunto para ele: “você espera alcançar isso aqui?” Ok, se a expectativa estiver correta, pronto, se não a gente trabalha. (Olga)

É importante ressaltar que essa estratégia nada tem a ver com julgamento da pessoa atendida. Ao contrário, o profissional entende que precisa considerar a experiência do paciente como ela se apresenta para conseguir contextualizar a resolução do problema à situação vivenciada por ele. Uma das participantes enfatiza “eu vou filtrar ou eu vou balancear, digamos assim, a decisão de acordo com a experiência subjetiva”. Essa categorização representa esse filtro e indicará qual

caminho o profissional deverá percorrer com o paciente. Ao compreender a experiência do paciente, o farmacêutico percebe que precisa tomar uma decisão diferente daquela planejada anteriormente, o que significa uma mudança de conduta a partir dessa experiência. Ou o profissional decide que a experiência do paciente precisa ser lapidada para que este compreenda melhor o seu tratamento e supere os desafios para a sua utilização.

6.2.2.1.1 Aprimorando o alfabetismo funcional em saúde: ajudando o paciente a romper barreiras

O alfabetismo funcional ou letramento em saúde é um conceito que engloba como o paciente compreende as diversas formas de informações sobre saúde e como ele as utiliza para manutenção desta, bem como para tomar decisões plausíveis nesse contexto (ADAMS *et al.*, 2009). Explorar a experiência subjetiva com o uso de medicamentos é um meio para conhecer um pouco desse *status* do paciente e aplicar esse conhecimento em seu benefício:

Na avaliação inicial ela [pessoa] te deixa claro que ela tem uma limitação, tem um medo, um receio, que ela tem um entendimento equivocado sobre o tratamento. Aí você capta isso na avaliação inicial, você entende, mas você faz um plano de cuidado centrado em você, já escolhendo para o paciente o que você considera melhor. Assim, você está mantendo a pessoa no mesmo nível de desenvolvimento que ela estava. Acho que a gente enquanto profissional tem essa responsabilidade de ajudar a pessoa a ter um letramento em saúde um pouco melhor, é um trabalho de educação que a gente desenvolve. (Tereza)

Nessa perspectiva, a partir de seu diagnóstico, o farmacêutico deve utilizar a experiência subjetiva como subsídio para aprimorar o alfabetismo funcional em saúde do paciente. Intervenções nesse âmbito impactaram significativamente na melhora do letramento em saúde dos pacientes (MILLER, 2016). É importante ressaltar que existem formas específicas de mensurar o alfabetismo funcional em saúde (BAKER, 2006). No entanto, recentemente Curtis e colaboradores (2015) concluíram que uma medida mais abrangente pode não ser necessária para avaliação desse *status* do paciente, dependerá dos objetivos da avaliação. Os resultados apresentados aqui sugerem que a experiência subjetiva com o uso de medicamentos pode guiar o farmacêutico a buscar e implementar estratégias que facilitem a compreensão do paciente sobre seus problemas de saúde e sobre seus

medicamentos. Assim, ele poderá tomar decisões embasadas, como enfatiza outra participante deste estudo:

Aí você fornece o conhecimento para pessoa “olha pode acontecer tal situação, se acontecer x você agirá dessa forma, se acontecer y você agirá dessa outra forma”. Aí a pessoa consegue ela mesma manejar. Então é meio que lapidar o conhecimento, fornecê-lo a ela e falar “olha, faça o que for melhor, se não der certo você traz aqui que a gente tenta resolver junto”. (Leila)

É interessante notar que ao dividir informações com o paciente para que a compreensão de sua saúde melhore, o farmacêutico fomenta o envolvimento deste no cuidado e as decisões começam a ser compartilhadas.

Muitas vezes, os conceitos equivocados que os pacientes carregam, prejudicam ou atrasam a efetividade de um tratamento. Já existem estudos que mostram associação positiva entre baixo alfabetismo funcional em saúde e aumento do risco de mortalidade em idosos (BAKER *et al.*, 2007; BAKER *et al.*, 2008). Lapidar esses conceitos do paciente, respeitando o seu tempo e a sua condição clínica, o auxilia a romper as barreiras para a utilização do medicamento:

E aí ele [paciente] já estava com uma série de outras complicações por causa do tanto que o início da insulina estava sendo postergado. Então eu tive que fazer todo um trabalho com ele, meio que de convencimento mesmo. Na verdade assim é ruim, mas foi meio que um convencimento. Mas ele que tomou essa decisão... Eu acho que encontrei com ele umas quatro vezes, antes de ele falar assim ‘eu quero’, sabe, e foi um passo-a-passo, formiguinha, eu fui mostrando para ele o que acontecia. (Leila)

Nessa narrativa, Leila revela como precisou fornecer informações para o paciente em pequenas porções, para que este conseguisse entender o papel da insulina em seu tratamento e aceitasse iniciar o uso desse medicamento.

6.2.2.1.2 *Mudando a conduta: adaptando a farmacoterapia ao paciente*

Em determinadas situações, as farmacêuticas demonstraram como a experiência subjetiva pode acarretar uma mudança de conduta do profissional, para que o paciente realmente alcance resultados positivos em sua saúde:

Ela [paciente] já entrou no consultório e falou assim não vou tomar esse medicamento [nifedipino] aqui de jeito nenhum, aí eu falei porque, você já tomou esse, fui tentando entender, aí ela falou assim “esse medicamento aqui é vermelho, vermelho é a cor do capeta e eu não tomo, não vou tomar”. E aí assim eu penso que talvez, algum outro profissional, no ímpeto, ia falar assim não tem nada a ver, se você abrir o comprimido é branco, é só

a capa. E eu, falei ok, eu vou pensar em outra opção. E aí pedi para trocar pelo anlodipino, porque a cartelinha era branca, acho que não vai ter problema. Troquei pelo anlodipino, ela aderiu, a PA controlou. Eu acho que esse foi o caso que mais me marcou... por eu entender que ela tinha uma crença, eu mudei, falei “ok, tem outra opção que eu acho que vai ser boa também, e a gente vai conseguir resolver o problema sem ferir aquilo que você acredita”. (Valentina)

Nesse exemplo, a paciente tinha uma crença em relação à cor do medicamento que a impedia de utilizá-lo. Embora fosse possível explicar para paciente sobre o revestimento do comprimido, as alternativas disponíveis permitiam a adaptação da farmacoterapia à vida da paciente. Respeitando a crença dela, a farmacêutica decidiu alterar o produto, nesse caso, em colaboração com o prescritor. Dessa forma, compreender a experiência subjetiva com o uso de medicamentos auxilia o profissional a determinar qual alternativa será mais adequada, considerando a sua viabilidade e a preferência do paciente:

[...] Às vezes você tem duas ou três possibilidades para resolver o mesmo problema e aí a experiência subjetiva, ela pode te dizer qual seria a mais interessante para o paciente, né. Então você já pensa naquela possibilidade com mais carinho, tentando viabilizá-la, assim, ver qual que é a viabilidade realmente. (Maria)

Como já referido, a atenção à experiência subjetiva com o uso de medicamentos é um dos primeiros passos para que a decisão terapêutica possa ser compartilhada. A compreensão dessa experiência permite ao profissional auxiliar o paciente no processo de ampliação do conhecimento sobre a sua saúde. Ademais, impulsiona o envolvimento do paciente para que este possa participar ativamente do processo de adequar a farmacoterapia à sua rotina, da melhor forma possível:

Então hoje eu mostro para ele quais são os caminhos que podem levá-lo a solução do problema e tento mensurar mais ou menos em quanto tempo a gente pode alcançar aquele objetivo, mas quem vai escolher o caminho vai ser o paciente... Eu não posso impor para ele uma decisão, nem alterar toda a rotina dele para que ele siga aquilo que eu acho que é melhor para ele, eu tenho que tentar inserir todo aquele plano de cuidado na rotina dele. Então algumas vezes eu fiz isso, eu impus né, em algumas situações o paciente foi beneficiado, mas foi uma situação imposta. Hoje eu não faço mais isso, eu deixo que o paciente escolha o caminho que ele quer para poder ter o seu problema farmacoterapêutico resolvido. (Olga)

6.2.3 Discutindo versus compartilhando a decisão com o paciente: o que realmente estamos fazendo?

Após identificar o problema vivenciado pelo paciente, aliando o conhecimento técnico à experiência do paciente de utilizar medicamentos em sua vida cotidiana, o processo de tomada de decisão do farmacêutico prossegue, buscando aliar novamente essas duas formas de conhecimento para finalmente decidir qual será a intervenção realizada para resolver o problema. Nessa etapa, farmacêutico e paciente interagem em graus variáveis para chegar à decisão.

Como discutido na sessão anterior, o reconhecimento da experiência subjetiva com o uso de medicamentos pode fomentar o compartilhamento da decisão com o paciente. Antes de avançar nessa discussão é importante retomar o que realmente significa tomar decisão de forma compartilhada com o paciente. De acordo com o estabelecido na literatura, o compartilhamento da decisão inicia no momento em que o profissional explica à pessoa atendida a necessidade de considerarem as alternativas disponíveis como uma equipe. Em seguida, essas alternativas devem ser descritas de forma detalhada, apresentando os benefícios e riscos de cada opção. Após fornecer suficiente informação ao paciente, o profissional deve ajudá-lo a explorar essas alternativas, formar sua própria preferência e assim decidirem o que será melhor (ELWYN *et al.*, 2012; ELWYN *et al.*, 2014b). Na análise das decisões acompanhadas durante a observação das consultas de GTM e daquelas apontadas nas entrevistas, foi possível perceber que, em geral, as farmacêuticas estão interessadas em conhecer a opinião do paciente, sobre determinada decisão:

Então na verdade, a ordem é: eu identifico o PRM, combino primeiro com o paciente, porque todas as minhas intervenções são acordadas com ele e sempre pergunto, sempre tomo esse cuidado, “a gente pode fazer isso, pode ser assim?” Ele fala “pode”, aí depois eu vou ao prescritor e converso com ele. (Valentina)

Eu posso tomar a melhor decisão possível, mas se ele não aceitar, ela não vai ser a melhor, ela vai ser a pior... (Tarsila)

Maria tentará introduzir um antidepressivo para melhorar insônia e possível quadro de depressão, conversou com a paciente se isso fazia sentido para ela. (Trecho diário de campo)

Nesses trechos, as farmacêuticas desenvolvem uma relação de parceria com os pacientes e discutem com eles a decisão, enfatizando que ambos precisam estar em concordância. Portanto, assim como a partir de suas experiências os pacientes influenciam o processo de tomada de decisão dos farmacêuticos, eles também exercem um papel importante ao concordarem ou não com a proposta que está sendo elaborada. A experiência dos pacientes com os serviços de GTM revela que eles se sentem acolhidos e em controle de sua saúde quando são questionados se concordam com determinada conduta ou quando discutem sobre o seu tratamento e podem esclarecer suas dúvidas (FREITAS, 2005; DE CAUX, 2015). Todavia, esse grau de envolvimento do paciente ao participar dessa discussão sobre a decisão, ainda não é suficiente para configurar o compartilhamento desta, já que não houve descrição das alternativas disponíveis e efetivamente uma escolha conjunta da melhor opção. Towle e colaboradores (2006) ressaltam que é improvável que uma decisão possa ser compartilhada sem o oferecimento de opções ao paciente. É necessária uma situação de equilíbrio, em que as alternativas apresentadas e discutidas com o paciente realmente sejam opções viáveis e assim a decisão possa ser compartilhada, justificando o uso desse termo (GWYN e ELWYN, 1999).

Por todo o exposto nesta dissertação, não há dúvida de que as farmacêuticas tomam decisão durante o gerenciamento da terapia medicamentosa de forma centrada no paciente, na medida em que existe a construção de uma relação terapêutica sólida, os sentimentos, desejos e preferências deste são considerados, e a sua opinião é valorizada. No entanto, ainda não é unânime o compartilhamento da decisão com o paciente, considerando o real significado desse conceito.

Kassam, Volume-Smith e Albon (2008) ao explorarem aspectos relacionados à tomada de decisão compartilhada na prática clínica de um grupo de farmacêuticos no Canadá, depararam com alguns profissionais que consideram que tomar decisão em relação ao tratamento é responsabilidade médica. Portanto, não deveriam participar desse momento, tampouco, envolver o paciente nesse ínterim. Considerando essa percepção, é possível notar uma postura diferente das farmacêuticas participantes, que são conscientes de sua corresponsabilidade pela

farmacoterapia das pessoas atendidas, estando mais próximas de compartilharem a decisão com seus pacientes.

Em contrapartida, incorporar, efetivamente, o compartilhamento da decisão na prática clínica diária ainda é um desafio para as farmacêuticas que realizam o GTM, bem como para outros profissionais de saúde, como médicos que buscam mudanças em sua prática (STUART *et al.*, 2013). Towle *et al.* (2006) identificaram que nem sempre os profissionais oferecem alternativas aos pacientes e que raramente as opções são colocadas de forma completa, coerente e sem viés. Após revisão sistemática da literatura, Couet e colaboradores (2015) encontraram que a extensão em que os profissionais de saúde envolvem os pacientes, para que as decisões realmente sejam compartilhadas, é geralmente baixa. Dessa forma, a conduta desenvolvida pela maioria das farmacêuticas participantes é uma tendência natural, considerando os desafios para que profissionais e pacientes estejam preparados para adotar essa forma de tomar decisão. Uma das participantes comenta sobre isso:

Para ele [paciente] também é uma mudança muito grande, na hora que você fala assim “o que você acha?”, ele leva um susto, “mas eu não tenho que achar nada não, ninguém nunca me perguntou, vou achar como, baseado em que?” Ele fica até inseguro. Então eu acho que primeiro é introjetar, saber que do jeito que está não funciona, senão a gente vai repetir um modelo que a gente já viu que não está funcionando, né, no seu âmbito de atuação, que é esse modelo mais paternalista e depois se policiar para fazer isso, o tempo todo. E saber que hora que é você mesmo que vai assumir, que vai compartilhar e a paciente não vai querer, e então você assume, no próximo atendimento, ele já fica menos tímido, porque alguns pacientes vão se soltando ao longo do tempo, vão gostando dessa história, no primeiro dia, ele leva um sustão, mas depois ele vai “olha, que legal, eu posso?” (Maria)

Maria enfatiza que o farmacêutico durante o GTM precisa estar atento e se esforçar para tornar o paciente cada vez mais ativo em seu tratamento. Sem uma reflexão constante, o profissional corre o risco de tomar decisões unilateralmente, mesmo que isso não signifique adotar uma postura impositiva. Para o paciente esse processo é muito novo e ele precisará de apoio para a sua aceitação. Os profissionais devem prover informações adequadas aos pacientes, isto é, ajudá-los a conhecer as alternativas disponíveis para a resolução do problema. Mas, sobretudo, os pacientes precisam de auxílio para reconhecer que são capazes de adquirir e compreender esse conhecimento e que devem valorizar a contribuição de seu conhecimento enquanto indivíduo, durante o compartilhamento da decisão.

Pacientes necessitam de conhecimento e poder para se engajarem nesse processo (JOSEPH-WILLIAMS, ELWYN e EDWARDS, 2014).

Tereza e Olga demonstram como envolvem o paciente mais ativamente no processo de tomar decisão, promovendo o compartilhamento desta:

Geralmente, eu vou com qual é o objetivo do tratamento, qual o problema identificado, quais são as possibilidades de resolver aquele problema para negociar com o paciente. Eu entendo que o meu papel como profissional é mostrar para ele qual seria a melhor opção, tecnicamente falando, quais são as outras opções e quais são as vantagens e desvantagens das possibilidades para que ele conecte aquilo com o cotidiano dele, com a melhor forma de incorporar o medicamento no dia-a-dia dele, só que sempre contrapondo a questão técnica... a gente tem que buscar incorporar o medicamento nessa perspectiva, mas também é meu papel trazer para ele a visão dos benefícios do que seria a primeira alternativa, a segunda alternativa para resolver aquele problema e aí eu negocio com ele essas questões... Essa parte de você ter feito a avaliação toda, identificado o problema, pensado nas soluções possíveis e aí ter esse relacionamento com o paciente, buscando educação dele, buscando subsidiá-lo para que ele consiga tomar a melhor decisão, é uma parte muito interessante. (Tereza)

Então hoje eu mostro para ele quais são os caminhos que podem levá-lo a solução do problema e tento mensurar mais ou menos em quanto tempo a gente pode alcançar aquele objetivo, mas quem vai escolher o caminho vai ser o paciente. (Olga)

A partir da descrição apresentada pelas participantes, é possível identificar estratégias que caracterizam a decisão como compartilhada: apresentação das alternativas; detalhamento das vantagens e desvantagens de cada opção com base nas evidências disponíveis; e escolha da melhor alternativa. Portanto, para essas farmacêuticas, o processo de tomada de decisão vai além da concordância do paciente com o que está sendo proposto, inclui de fato tomar decisão de forma compartilhada.

Todo o arcabouço teórico da atenção farmacêutica cria um terreno propício para que a decisão seja conjunta. No entanto, na prática, a participação do paciente tem sido estimulada em níveis diferentes pelas farmacêuticas, como sugerem esses resultados. Intervenções para aprimorar as habilidades dos farmacêuticos para envolver os pacientes em um nível máximo, que possibilite a tomada de decisão compartilhada, podem ser necessárias. Uma revisão sistemática conduzida em 2015 concluiu que após essas intervenções, os profissionais melhoram os índices de

compartilhamento da decisão, sendo possível aprender como engajar o paciente nesse processo (COUET *et al.*, 2015).

6.2.4 Fatores que podem modificar o processo de tomada de decisão

A compreensão do processo de tomada de decisão do farmacêutico durante o oferecimento do GTM revelou alguns fatores que interferem nesse processo, podendo modificá-lo. Tais modificações podem acarretar uma alteração ou adaptação da decisão. Entre esses fatores estão a interpretação do profissional ao considerar o paciente como um todo; a autonomia profissional; a ausência do paciente no momento em que se chega à decisão; o conhecimento técnico do farmacêutico; e o contexto do paciente e de inserção do profissional. Os profissionais precisam estar conscientes desses fatores para que estes não comprometam a qualidade do cuidado prestado, privando os pacientes de alcançar os melhores resultados possíveis com o gerenciamento da terapia medicamentosa.

A seguir serão discutidos detalhadamente cada um desses fatores e suas implicações.

6.2.4.1 Entendendo o paciente como um todo e as variações em sua interpretação

A filosofia da atenção farmacêutica determina que o paciente seja cuidado de forma holística, sem fragmentação (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011). As participantes deste estudo demonstraram inserir o entendimento do paciente como um todo, como parte de seu processo de tomada de decisão. Grande parte das farmacêuticas entrevistadas utilizou essa visão holística do paciente para fundamentar determinadas ações. Contudo, foi possível observar uma variedade de perspectivas e definições em relação ao significado de considerar a pessoa atendida holisticamente.

Joana, quando questionada sobre o que significava para ela considerar o paciente como um todo, respondeu:

Bom, pergunta difícil, assim quando eu falei isso eu quis dizer que é não restringir o paciente a farmacoterapia, claro que o nosso foco acaba sendo a saúde e os problemas de saúde que estão envolvidos naquilo, mas é não restringir ele a farmacoterapia dele. Então, sei lá, às vezes outra queixa do paciente que ele não usa medicamento e aí acaba que você não aprofunda naquela queixa talvez porque ele não usa nenhum medicamento para aquela queixa e talvez naquele momento você fala, ah, não tem nada que eu possa fazer, não sei, seria mais ou menos isso. (Joana)

Sob a ótica de Joana ter uma visão holística significa estar consciente de que o paciente é mais que sua farmacoterapia e que ele poderá ter outras queixas não relacionadas aos medicamentos utilizados, que devem ser analisadas pelo farmacêutico. Notoriamente, restringi-lo à sua farmacoterapia, e não considerar seus sentimentos, anseios, preferências e seu contexto de vida, é retornar ao modelo biomédico, que se preocupa com a doença e não com a pessoa doente. Como já discutido, o processo de tomada de decisão do farmacêutico se sustenta no equilíbrio entre a objetividade e a subjetividade, não limitando o paciente à sua doença. Contudo, é preciso ter cautela ao aprofundar em queixas do paciente, não relacionadas aos medicamentos, uma vez que existe uma linha muito tênue, entre ouvir e analisar tais queixas e a tentativa de resolver todos os problemas do paciente. Para a farmacêutica Frida entender o paciente como um todo é pensar nele “de forma completa, de todas as demandas que ele traz, de forma integral”. Nesse contexto, o profissional precisaria enxergar todas as necessidades do paciente e atender todas as suas demandas. Tal interpretação pode ser um fardo para o farmacêutico, uma vez que se torna mais difícil delimitar sua área de atuação. Valentina fala das várias decisões que precisa tomar para atender as necessidades do paciente como um todo:

Eu me sinto meio que como um polvo com vários braços. Então acaba que eu tomo decisão a respeito de farmacoterapia, eu tomo decisão a respeito de medidas não farmacológicas, eu tomo decisão a respeito de outras áreas, por exemplo, a psicologia, a fisioterapia, a nutrição, a educação física, a própria medicina. Então tem muitas outras decisões, porque o paciente ele não é só o medicamento que ele toma, ele é tudo. Então para eu atender essa necessidade do todo, do ser complexo que ele é, eu preciso tomar outras decisões... Eu encaminhei o paciente para o nutricionista, ele fez aquela tabela de alimentos para esse paciente, alimentos que, ele ainda brincou comigo assim “é ótimo só que nutricionista é para rico, eu não tenho condição”. Então eu fui e montei uma outra, perguntando para ele assim o que gostaria de comer, olhando na tabela que o nutricionista deu e vendo o que seria mais acessível financeiramente para ele. Montei uma outra tabela em cima da tabela do nutricionista, então também alterei de uma certa forma, e é isso que me faz às vezes questionar “meu Deus será que eu fui ética, será que não fui”. (Valentina)

Essa narrativa mostra a angústia da profissional ao ter que resolver outros problemas do paciente, não associados diretamente à sua farmacoterapia. Em prol do paciente, a farmacêutica acaba extrapolando o alcance da sua prática. Ramalho de Oliveira (2011, p. 84) faz um alerta em seu livro que se ajusta muito bem aos resultados apresentados:

O fato de que devemos considerar o paciente como um ser sociocultural, um indivíduo complexo e estar atento a sua subjetividade, não significa de forma alguma, que tentaremos resolver todos os problemas do paciente. O farmacêutico necessita de foco e o seu foco deve ser garantir que os medicamentos estão sendo bem utilizados, são seguros e estão contribuindo para o alcance dos objetivos terapêuticos traçados juntamente com o paciente.

O farmacêutico deve considerar a complexidade do paciente e toda a sua subjetividade para auxiliá-lo na resolução dos problemas farmacoterapêuticos da melhor forma possível, de maneira contextualizada à vida deste. Ao desviar seu foco para outros problemas do paciente, o farmacêutico não poderá oferecer o seu melhor, já que não é este seu saber profissional. Uma das farmacêuticas participantes fala de momentos em que a pessoa atendida deseja somente conversar:

[...] Eu acho que é muito mais do olhar para o ser humano. Muitas vezes o paciente ele quer mais conversar e queixar da vida, dos problemas que ele tem do dia-a-dia, que todo mundo tem. Por exemplo, uma vez uma paciente tinha um problema de um neto que era usuário de droga e eu tentei procurar uma assistente social para ver se ela conseguia ajudá-lo. Como farmacêutica não era o meu papel fazer isso, assim se a gente for pensar nos papéis da profissão, mas ela era minha paciente e eu a via como uma pessoa. Então sabendo que era uma coisa que preocupava ela, não me custava e na verdade, eu acho que até criava um vínculo maior, entre eu como farmacêutica e ela como paciente, não me preocupar apenas naquilo que é o meu conhecimento, aquilo que é minha área de trabalho, que seriam os medicamentos em si e a saúde, entende? (Anita)

Na fala de Anita, dois aspectos chamam atenção. O primeiro relaciona-se a escutar o paciente sobre seus problemas diários. A postura de abertura do farmacêutico faz com que a pessoa se sinta confortável para abordar esses pontos. O outro aspecto diz respeito à identificação de um problema social enfrentado pela paciente e encaminhamento para outro profissional na tentativa de auxiliá-la na resolução. Ao identificar tais necessidades do paciente, o farmacêutico não deve ignorá-las. No entanto, é necessária muita ponderação para que a consulta não se mantenha somente em torno desses aspectos, distanciando o farmacêutico de sua contribuição maior enquanto profissional de saúde: identificar, prevenir e resolver problemas

relacionados ao uso de medicamentos. Incontestavelmente, a escuta tem função terapêutica, entretanto, o paciente pode estar frequentando um serviço que não é o mais adequado para sua situação. Ademais, esse desvio do foco compromete o entendimento do paciente sobre qual é o papel do profissional farmacêutico. Freitas (2005) identificou através da experiência de pacientes com a atenção farmacêutica, situações em que o farmacêutico distanciava de sua missão principal. Passados dez anos, sob a perspectiva de farmacêuticas, foi possível compreender que a interpretação do significado de considerar o paciente como um todo, por vezes, desvia o profissional de seu processo de tomada de decisão principal, na medida em que outros problemas são identificados e há um esforço para tentar resolvê-los antes mesmo dos problemas relacionados à farmacoterapia:

Então eu acho que se responsabilizar vem com muito, não é só terapia, acho que quando você fala só terapia você está deixando muita coisa de lado. Ainda mais que a gente tem essa visão holística, aí deixa de ser só terapia tem que pensar se eu encaminho para o psicólogo, em que eu pensei? Não estou pensando só em farmacoterapia, nesse ponto, eu estou pensando na condição do paciente, que está influenciando na farmacoterapia sim, se eu encaminho para a assistente social, eu não estou pensando na farmacoterapia, estou pensando na condição dele, o que isso vai influenciar depois ou não é outra história, mas a princípio eu preciso resolver esse problema. (Nízia)

De acordo com Ramalho de Oliveira (2011), ter uma visão holística do paciente ao realizar o gerenciamento da terapia medicamentosa, significa avaliar todos os problemas de saúde e todos os medicamentos utilizados pelo paciente, e não elencar determinado medicamento em detrimento dos outros. O holismo também reside em considerar parâmetros clínicos objetivos apresentados pelo paciente, mas também a sua subjetividade para se definir se este está vivenciando ou não um problema relacionado ao uso de medicamentos, e para determinar a forma de solucioná-lo (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011). Esse conceito deve estar claro para os farmacêuticos, para que eles não percam o foco de sua atuação no cuidado, priorizando outras demandas do paciente e colocando as necessidades farmacoterapêuticas em segundo plano. Nesse ponto, é necessário ressaltar, que no momento atual, em que o farmacêutico tenta definir sua identidade como membro da equipe de saúde, essa clareza sobre qual é sua responsabilidade primordial torna-se ainda mais importante para que seja possível trabalhar colaborativamente.

A busca pelo entendimento do paciente como um todo possibilita uma melhor interação entre ele e profissional, aumentando a sensibilidade deste para os diversos fatores que afetam os problemas vivenciados pela pessoa atendida (STEWART, 2010). No caso dos farmacêuticos que realizam o GTM, entender o paciente como um todo deve permitir uma melhor compreensão sobre como esses múltiplos fatores impactam no uso de medicamentos para que, nesse contexto, os profissionais consigam auxiliar o paciente de maneira mais efetiva.

6.2.4.1.1 Coordenando o cuidado

A gente tem um processo muito organizado, tanto de registro, como dessa abordagem integral do paciente, então acaba que a gente identifica necessidades que nunca foram identificadas, porque o paciente vai lá [unidade de saúde] tem dois anos só para renovar prescrição, então ele nunca foi olhado. Então eu acho que é até natural que a gente acabe assumindo esse processo de coordenação desse cuidado, eu acho que é uma tendência natural. (Maria)

Ao atuar de forma centrada na pessoa e desenvolver uma prática em que todos os problemas de saúde apresentados pelo paciente e todos os medicamentos são avaliados, de forma estruturada, o farmacêutico consegue acessar necessidades em saúde do paciente, muitas vezes ainda não identificadas. Diante desse cenário, o profissional que realiza GTM acaba desempenhando outro papel: o de coordenar o cuidado. A partir da suspeita de que o paciente tem uma demanda não atendida, o farmacêutico decide encaminhá-lo para o profissional de saúde mais adequado para responder a essa demanda, promovendo a integração do cuidado. Já existem outros estudos na literatura apontando o profissional que provê GTM como coordenador do cuidado (SCHULTZ *et al.*, 2012; WELLMAN *et al.*, 2015). De acordo com Wellman e colaboradores (2015), quando o farmacêutico atua na coordenação do cuidado, a relação terapêutica do paciente com o profissional se intensifica.

Olga estabelece a diferença entre atuar como coordenador do cuidado e ultrapassar os limites de sua prática profissional:

Agora eu tenho que ter em mente que o paciente não apresenta apenas necessidades farmacoterapêuticas. Não adianta ele ter uma necessidade farmacoterapêutica resolvida e ter um problema nutricional e ter um problema psicoterapêutico, ter um problema fisioterapêutico. Existe uma diferença entre satisfazer uma necessidade social em saúde, que não é a nossa necessidade, de você ouvir o paciente para suspeitar de outras

necessidades, que ele apresente que não estão sendo satisfeitas... A nossa área, ela é muito delimitada, então eu sei onde começa a minha parte e até onde eu posso ir, respeitando os limites do meu conhecimento e da ética profissional, ok?! Agora isso não me limita a ser uma profissional fechada ao ponto de só pensar que o paciente é uma caixinha de problema farmacoterapêutico... Então isso não é satisfazer necessidade social psicológica, fisioterapêutica, nutricional. Existe uma diferença, mas você precisa estar avaliando esse paciente como um todo, entender que ele tem outras necessidades que podem não estar sendo satisfeitas e encaminhar esse paciente para os profissionais que podem satisfazer essas necessidades sociais em saúde. (Olga)

Considerando a saúde global do paciente, não basta que seus problemas farmacoterapêuticos sejam resolvidos, se existirem outras necessidades que o impeçam de alcançar resultados positivos em sua saúde. Olga evidencia em sua narrativa, como o encaminhamento do paciente para outros profissionais é importante nessas situações. Porém, deixa claro que não será o farmacêutico quem de fato atenderá essa demanda. O profissional não deve ter seu foco diluído em relação ao gerenciamento da terapia medicamentosa. Nesse aspecto, como já discutido, o método racional de tomada de decisão em farmacoterapia tem papel importante, dando clareza ao farmacêutico sobre qual problema ele deverá resolver.

Dandara traz uma visão interessante, posicionando o farmacêutico como o profissional que auxilia o paciente a se organizar em relação à sua saúde:

[...] Eu acho o farmacêutico é meio assim, vai botar ordem ali primeiro, dá uma organizada e aí depois compartimentaliza, aí vai a nutricionista poder fazer o ajuste fino, você mesmo fazer os seus ajustes finos. Mas você tem que organizar a vida dele [paciente] um pouco, ele num sabe nada, porque o farmacêutico ele vai fazer um pouco de educação em saúde. A enfermeira tenta, os enfermeiros tem um papel legal nessa questão da conscientização da educação em saúde, mas a conduta é assim positivista né, você tem que fazer isso, tem que fazer isso. E a ótica do GTM traz aquela coisa, não, vamos de parceria, vamos de parceria... O fisioterapeuta vai lá por causa de uma dor no joelho, uma osteoartrose no joelho, ele vai lá orientar a osteoartrose no joelho. É claro que no NASF [Núcleo de Apoio a Saúde da Família] como é uma equipe multidisciplinar, ele tem naturalmente uma visão que a gente aprende com os outros profissionais, então ele viu ali que ele [paciente] não toma também os medicamentos direito, aí ela [fisioterapeuta] me aciona. Então não é que ela vai lá fechada e faz só o papel dela e vai embora, não, mas ela não vai resolver aquilo. Ela não vai resolver a dieta do paciente também, alimentação, ela não vai resolver a ingestão de água, quantidade de água, se o intestino dele está preso ou se não está, se ele tem alguma dor em outro lugar que não seja no joelho, ela vai com uma atuação mais pontual né?! E nós não, a gente vai para resolver o problema relacionado aos medicamentos e aí você pega pressão, dor no joelho, dor de cabeça, intestino preso, você pega tudo isso, e aí você vai dividindo para os outros profissionais... você via tudo isso na receita, a receita traz essa informação, o paciente por inteiro, tem ali remédio para que? Para tudo aquilo. Então, o farmacêutico desde sempre ele tem contato com isso tudo do paciente. Mas o GTM ele traz o foco para o paciente,

agrava essa situação, no sentido de você precisar, olhar ele da cabeça aos pés. (Dandara).

Para ela, como o farmacêutico avalia todos os medicamentos utilizados pelo paciente, tudo o que está na prescrição, conseqüentemente, ele direciona seu olhar para todos os problemas de saúde do paciente, auxiliando-o no manejo de todos esses problemas. Diferente dos outros profissionais da equipe multidisciplinar que, em geral, tem uma atuação mais pontual. Essa visão global expõe o farmacêutico às várias necessidades apresentadas pelo indivíduo. Assim, esse profissional ajuda o paciente fornecendo orientações iniciais relacionadas à educação em saúde, identifica outras demandas deste e encaminha para os outros profissionais. Schultz e colaboradores (2012) revelaram que o valor do serviço de GTM para os pacientes inclui a percepção do farmacêutico como coordenador do cuidado. A visão dos pacientes sobre essa coordenação está justamente relacionada a essa avaliação completa que o profissional faz dos medicamentos que eles utilizam, muitas vezes prescritos por médicos diferentes, associada ao encaminhamento para esses profissionais quando necessário (SCHULTZ *et al.*, 2012).

Durante a descrição de seu processo de tomada de decisão, todas as farmacêuticas mencionaram em algum momento, a necessidade de referenciar o paciente para outro profissional da equipe de saúde, como mostra trechos retirados do diário de campo:

Paciente referiu uma dor no pescoço, semelhante a torcicolo, relatou ter utilizado Toragesic®. Joana recomendou ao paciente realizar fisioterapia.

A farmacêutica, então, conversa com a paciente sobre encaminhá-la para psicologia, mostrando para paciente como esse profissional poderá ajudá-la, e pergunta para paciente se ela concorda com o encaminhamento, paciente diz que sim.

Paciente foi encaminhada para a nutricionista, devido à dislipidemia.

Em outros países existe um profissional específico para realizar a coordenação do cuidado, assegurando a sua continuidade. Algumas de suas responsabilidades incluem: atuar como elo entre paciente e equipe de saúde, fornecendo as informações necessárias; envolver o paciente no planejamento e monitoramento do cuidado, garantindo o atendimento de suas necessidades; facilitar a comunicação e o acesso dos pacientes a outros profissionais de saúde (TRAVER *et al.*, 2013;

RANDSTAD, 2014). Nesses países, o escopo das atividades de coordenador do cuidado é mais amplo em relação às atividades de coordenação desempenhadas pelas farmacêuticas que realizam GTM incluídas no presente trabalho. Nesse sentido, essas profissionais devido à organização de seu processo de cuidado, associada a sua visão holística do paciente, parecem assumir parte de uma demanda existente no sistema de saúde e ainda não atendida por outra profissão.

O farmacêutico ao exercer esse papel de coordenador do cuidado deve estar consciente de que esta não é sua função principal. Dessa forma, não deve se afastar da sua contribuição maior no cuidado, isto é, garantir que os medicamentos utilizados pelos pacientes sejam apropriados para seus problemas de saúde, sejam os mais efetivos e seguros, e que eles tenham condições de aderir ao tratamento.

6.2.4.2 Autonomia profissional e seus desdobramentos

A capacidade do profissional de controlar e direcionar suas próprias atividades, bem como sua habilidade para tomar decisões são fundamentos para se garantir autonomia (FREIDSON, 1994). Durante a realização do GTM, o profissional tem controle de suas atividades e as direciona, não podendo ser regido por elementos externos ao serviço. Existem aspectos da prática que não são negociáveis a partir dos interesses de quem está de fora, o que confere certa autonomia a esse profissional. Como é conhecido, nesse serviço, o farmacêutico atende a uma demanda social, que até então não era respondida por outro profissional de saúde (CIPOLLE, STRAND e MORLEY, 1998). No entanto, para o atendimento dessa necessidade, a ferramenta de trabalho do farmacêutico é o medicamento, cuja prescrição tradicionalmente está vinculada à medicina. A alta morbidade e mortalidade associadas aos medicamentos (ERNST e GRIZZLE, 2001; THOMSEN, 2007; GURWITZ *et al.*, 2013; SOUZA *et al.*, 2014) e o grande número de PRM identificados por farmacêuticos durante o GTM (RAMALHO DE OLIVEIRA, BRUMMEL e MILLER, 2010; CIPOLLE, STRAND e MORLEY, 2012), comprovam a existência desses problemas e reforçam que a identificação destes ultrapassa o escopo de atuação da medicina. Diante desse cenário, o farmacêutico executa um processo de tomada de decisão para se chegar ao PRM do paciente e para buscar a

solução, que é independente do prescritor. Contudo, na maioria das vezes, para efetivamente implementar as mudanças necessárias na farmacoterapia dos pacientes, o farmacêutico precisará recorrer ao médico. Tal fato passa a ser encarado como um problema e o profissional inicia um questionamento sobre sua autonomia quando existe notável benefício para o paciente, mas ainda assim o prescritor se recusa a realizar as alterações.

Em meio às decisões implementadas com sucesso, todas as farmacêuticas participantes em algum momento depararam com esse entrave:

Então muitas vezes eu me deparei com situações de que tinha tudo pronto e o médico simplesmente não concordou, não quis, não estava na hora, não deu para fazer, e o paciente precisava. (Nízia)

De pensar que eu identifiquei uma possibilidade de melhorar muito aquilo ali, mas simplesmente porque o médico não se preocupou, não quis saber, não concordou e não quis também discutir, o poder está na mão dele. (Valentina)

Nessas situações vivenciadas pelas farmacêuticas, os prescritores não se mostraram abertos para discutir as propostas para alteração da farmacoterapia dos pacientes. Pela narrativa das participantes, também é possível perceber uma ausência de preocupação por parte dos prescritores em contra argumentar as sugestões. O diálogo entre os profissionais pode ser limitado pelo fato da decisão final sobre alterar ou não a prescrição estar a cargo somente do médico. Como discutido por Weiss e Sutton (2009), prescrever sempre foi indicativo da autonomia clínica e do poder profissional de médicos na sociedade. Dessa forma, alguns médicos podem interpretar como ameaça ao seu *status*, uma proposta de mudança da prescrição vinda de outra categoria profissional.

A resistência de alguns prescritores pode comprometer o sucesso da terapia dos pacientes atendidos pelas farmacêuticas:

Teve outro caso de que a pressão da paciente estava subindo muito, o médico não escutou, não quis seguir minha orientação, o que eu sugeri. Mas aí ela teve um pico hipertensivo e ele acabou tendo que alterar a medicação dela, meio que sem opção. (Anita)

Essa paciente apresentou um pico hipertensivo, que poderia ter sido evitado, se prescritor e farmacêutico tivessem trabalhado colaborativamente. A farmacêutica identificou um problema na farmacoterapia da paciente, mas não conseguiu

solucionar a tempo, uma vez que a mudança dos medicamentos prescritos não está sobre seu domínio. Colocar as necessidades dos pacientes sempre em primeiro lugar parece ser o caminho para prevenir eventos como esse.

Leila destaca situações em que poderia contribuir para a melhora da qualidade de vida de seus pacientes com dor crônica, porém encontra dificuldades quando o prescritor não domina esse conhecimento específico ou não concorda com a sua proposta, já que na maioria das vezes é necessário mudança na prescrição:

Eu tenho muito paciente assim com questão de dor, dor crônica, assim é um problema grave que eu encontro... só que eu vejo que os médicos têm muito medo de mexer com isso, eles não têm muita segurança. E aí eu já entro propondo tratamento assim com tarja preta, digamos assim, ou então com anticonvulsivante e tal... Eu vejo que a pessoa vem com essa demanda para mim, eu dependo do médico para eu conseguir resolver, é uma coisa que geralmente, assim, imagina sentir dor 24 horas por dia assim, está acabando com a qualidade de vida da pessoa e descontrolando os outros problemas de saúde, dor gera aumento de pressão, dor a pessoa não consegue dormir. E aí eu não consigo resolver porque o médico não concorda ou está inseguro né, depende muito dessa relação com o médico e dependendo você acabada perdendo um pouco do paciente, porque você não conseguiu resolver exatamente a necessidade que ele trouxe ali. (Leila)

A inibição da conduta da farmacêutica impede que o paciente tenha seu problema solucionado, prolongando seu desconforto, bem como pode comprometer a relação deste com o profissional, uma vez que ele cria uma expectativa de resolução de seu problema, que não se concretiza.

Diante da necessidade de aceitação do prescritor para que determinada decisão do farmacêutico realmente seja colocada em prática, Leila faz uma reflexão importante sobre reconhecimento e responsabilização profissional:

Então é ruim porque você não tem os louros dos seus serviços né e sempre tem que alguém vir e assinar em baixo do que você raciocinou, do que você pensou, esta que é a sensação... É como se ele [médico] tivesse que fazer auditoria do que eu estou raciocinando, é ruim, eu não acho bom, tem hora que é muito bom dá uma segurança. É como se eu não precisasse me responsabilizar por todo. Tipo assim, eu estou propondo isso aqui, mas quem vai decidir é o médico, então se der zebra, né, não que, hoje assim, eu me responsabilizo no sentido de que se deu errado, eu me sinto mal, eu vou querer resolver se der errado, mas meio que ele tira um pouco desse peso todo, porque quem toma a decisão final é ele [médico]. Mesmo que você discuta e tal, a decisão final é dele [médico], se ele virar e falar "não", é não, dependendo do que for a resolução do problema, né... Porque você toma uma decisão e alguém tem que ir lá bater um carimbo em cima da sua decisão, é ruim. Mesmo que você tenha tomado, a sua responsabilização fica meio assim, "tá, eu sei que isso daí é minha responsabilidade, mas e aí?" Como que eu vou me responsabilizar totalmente por uma coisa que não sou eu que decido? É muito difícil isso, para você trabalhar isso na sua

cabeça e para você realmente se responsabilizar, é muito estranho assim. Eu já senti que às vezes eu meio que abri mão por conta disso assim, de resolver. (Leila)

Ao mesmo tempo em que a farmacêutica percebe que o prescritor precisa validar seu processo de tomada de decisão e de certa forma aprová-lo, ela experimenta certa segurança ao dividir essa decisão com o médico. Associado a isso, a profissional sente que sua responsabilização para com o paciente não é completa, já que, em geral, a decisão final de alteração ou não da prescrição, não está em suas mãos. Em algumas situações, a farmacêutica não prossegue na tentativa de vencer a resistência, não insistindo em resolver o problema do paciente. Os médicos são treinados para assumir a responsabilidade pelas decisões, para eles, compartilhar a liderança no cuidado é desafiador (HALL, 2005). Dessa forma, ao adotarem essa postura, podem produzir nos farmacêuticos e em outros profissionais da saúde, a percepção de que estes possuem menos responsabilidades para com os pacientes. Além disso, como sugerem os resultados do estudo de Weiss e Sutton (2009), a impossibilidade de executar a prescrição em si pode estar relacionada a uma menor responsabilização. Farmacêuticos que já podem prescrever revelaram que a responsabilidade ao se escrever uma prescrição é diferente se comparada ao ato de dizer ao médico o que prescrever. Ao escrever, os profissionais refletem mais sobre o que estão fazendo e sobre as consequências (WEISS e SUTTON, 2009). Por outro lado, para outros farmacêuticos, o ato de prescrever em si não é tão importante, mas o processo de tomada de decisão que ocorreu antes, desde que realmente ocorra o atendimento da necessidade do paciente (WEISS e SUTTON, 2009). Essa também é a percepção de algumas participantes, como Valentina, que ressaltou “não quero prescrever, eu quero resolver o problema dele [paciente]”.

A dependência em relação ao prescritor para concretizar suas ações aflora em algumas farmacêuticas o desejo de cursar medicina, para realmente conquistar o poder da prescrição:

[...] Mas não sou eu que assino por isso. Por isso que eu faço questão de escrever o que eu discuti, porque eu participei da tomada de decisão, isso é importante para alguém? É importante para mim, porque fui que identifiquei, eu ajudei, eu fiz. Eu não quero ser reconhecida por eu ter feito. Mas eu quero que eles saibam que a gente tem essa participação, sabe. Não sei, eu não sei explicar direito. Eu acho assim, vamos supor, eu sou médica e eu faço, e eu identifico, eu vou sair dali muito feliz, porque eu comecei do começo, do diagnóstico, da evolução da terapia ao estável, eu fiz assim, paciente sabe que sou eu que estou acompanhando ele, que eu não vou

depende de nenhum outro profissional. Eu que me responsabilizei, fui eu que tomei essa decisão... Porque eu sou muito satisfeita com o que eu faço, mas não poder assinar por aquilo que eu fiz, isso que me revolta tem hora, de não conseguir. (Nízia)

Nízia, tal qual Leila, demonstra o desejo de ser reconhecida pela sua participação na resolução do PRM de uma paciente, que ela identificou e propôs a solução, sugerindo que o fato da alteração ser executada pelo médico dificulta esse reconhecimento. Novamente é feito um questionamento sobre o grau de responsabilidade assumida pelo profissional durante o GTM, uma vez que ela em parte é dependente do prescritor. Daí emana a ideia de ser a médica, já que assim a profissional conseguiria resolver tudo. Nesse ponto, dois aspectos precisam ser discutidos. Primeiramente, como já mencionado anteriormente, os problemas relacionados ao uso de medicamentos até o momento não representam uma demanda atendida pela medicina. Portanto, o foco desse profissional é outro. Ademais, ao pensar na possibilidade de centralizar tudo em uma única profissão entra-se na contramão da interdisciplinaridade e conseqüentemente da direção para a qual o cuidado ao paciente tem apontado, como discutido por Leila:

Eu já me peguei pensando diversas vezes, eu vou fazer medicina, porque aí não tem isso, eu vou ver o problema e vou poder resolver, eu não vou precisar comunicar com outra pessoa. Só que ao mesmo tempo eu penso, poxa eu vou tá no mesmo pensamento de sempre, de que um profissional vai resolver tudo, de que um profissional tem que tomar conta de tudo, não, não é isso. A verdade é que nossos contextos que precisam de mudança, é o paradigma né. Na verdade não é só o GTM, é o processo de cuidado que a gente propõe, a filosofia desse cuidado é que precisa estar inserida no contexto de cuidado no geral, e aí assim a gente conseguiria fazer realmente o nosso papel, o médico fazer o papel dele, e a gente trabalhar bem junto. (Leila)

Se o cuidado é, verdadeiramente, centrado no paciente, todas as ações são em benefício deste e será feito o que for melhor para a pessoa que está sendo cuidada. Assim cada profissional contribuirá com o seu melhor em um trabalho colaborativo para que o paciente alcance resultados positivos em sua saúde, integralmente. Um aspecto interessante da ausência de autonomia do farmacêutico sobre uma prescrição é justamente a necessidade de discussão com o prescritor. Considerando o papel da medicina na prescrição e a realização do gerenciamento da terapia medicamentosa por farmacêuticos, em grande parte dos PRM identificados, no cenário brasileiro atual, será necessário estabelecer uma comunicação entre farmacêutico e prescritor para que seja possível resolver o problema. Assim, a

decisão não advém de um único profissional, as responsabilidades precisam ser compartilhadas em algum grau. Mesmo em face dos desafios, encontra-se a oportunidade de fomentar o trabalho em equipe e é nessa direção que os farmacêuticos devem caminhar:

A gente tem dificuldades em algumas situações, outras são mais fáceis de resolver, às vezes você toma uma decisão, e o ideal eu vejo no nosso serviço, é tentar uma decisão compartilhada, o ideal e acho que até o objetivo nosso mesmo de cuidar do paciente, uma vez que o nosso cuidado ele não é, ele não pode ser só nosso, porque a nossa intervenção implica em outro, como o de outro implica na nossa né, a gente sempre percebe isso. (Frida)

Para alcançar o compartilhamento da decisão, que de acordo com Frida, é o ideal durante o cuidado do paciente, é necessário atingir um entendimento comum dos elementos essenciais que compõem as opções disponíveis durante o processo para se chegar à decisão, e reconhecer os vários atores que a influenciam (LEGARÉ *et al.*, 2011a). Farmacêuticos que realizam GTM, médicos e, sobretudo, os pacientes, são atores que influenciam as decisões relacionadas ao uso cotidiano de medicamentos, e devem ser reconhecidos nesse processo para que estas possam ser compartilhadas entre esses profissionais e com o envolvimento dos pacientes. Pesquisadores tem estudado como utilizar uma abordagem interprofissional ao compartilhar a decisão com o paciente (LEGARÉ *et al.*, 2011a, b).

A realização de um trabalho colaborativo requer o desenvolvimento de uma comunicação autêntica, construtiva e aberta, que nutra a confiança e o respeito entre os profissionais, e entre estes e os pacientes (LEGARÉ *et al.*, 2011a). O desequilíbrio de poder entre os profissionais, como vivenciado em algumas situações pelas farmacêuticas deste trabalho, é apontado como um dos desafios para a implantação de uma prática colaborativa. (LEGARÉ *et al.*, 2011b). Esse desequilíbrio deve servir como estímulo a ações transformadoras da prática. Assim, a busca pela simetria entre as partes deve ser encarada como uma das prioridades na construção da equipe. Como apontado por Hall (2005) as barreiras tradicionalmente construídas entre as profissões são altas, mas não são insuperáveis.

6.2.4.2.1 *Transpondo as barreiras*

Diante de situações de desacordo com os prescritores, principalmente naquelas em que não é possível estabelecer um diálogo construtivo, as farmacêuticas lançam mão de algumas estratégias na tentativa de contornar esses obstáculos. De acordo com Altilio (2009) o *status* da farmácia como verdadeira profissão é pragmaticamente determinado a partir da responsabilidade que o farmacêutico assume para com seu paciente, quando o desacordo entre esse profissional e o médico permanece.

Nízia fala da importância de manter o paciente que ainda não teve seu PRM resolvido, o mais próximo possível, frequentando a unidade de saúde, para que assim ela consiga monitorá-lo. Embora não tenha obtido sucesso com o prescritor em um primeiro momento, ela continua acompanhando o paciente e tentando quebrar a resistência desse profissional:

Eu ponho no grupo, eu continuo indo nas visitas, fazendo controle normal, vou identificando, reforço com o médico, dou um tempo, converso de novo, porque ele esqueceu o nome do paciente, converso de novo, mas eu vou tentando não deixar ele sair do serviço, não só do GTM, mas do serviço da unidade como um todo, porque aí eu consigo ter um pouco mais de controle sobre eles assim, de saber como eles estão mesmo, de monitorar eles. (Nízia)

Perante a percepção do impacto negativo de determinado PRM na saúde do paciente, as farmacêuticas acabam discutindo com ele a possibilidade de encaminhá-lo a outro médico. Leila expõe que é preciso ter cautela nesses momentos e demonstra utilizar argumentos que não colocam em prova a competência do profissional que estava atendendo o paciente:

[...] Muitos dos meus pacientes tem só especialista, que foca só naquele pedacinho ali do paciente, aí eu falo para pessoa da importância de ter alguém que vai olhar o todo, que faz igual a mim, que vai ver todos os medicamentos que ela usa e a pessoa começa a entender um pouco essa dinâmica assim e aí, normalmente, eles acabam concordando. Esse é discurso que eu tenho usado e que me ajuda a resolver problemas que eu não resolvo às vezes com especialista. (Leila)

As farmacêuticas mencionaram o empoderamento do paciente como uma forma de transpor a barreira imposta pelo prescritor. Uma das participantes ressalta que a partir do momento que o paciente entende que possui um problema, compreende e

concorda com a proposta de resolução elaborada, ele passa a ser agente de seu próprio tratamento, expondo sua vontade ao prescritor:

Eu empodero o paciente, eu deixo o paciente tomar a decisão. Porque eu acho que é parte da minha prática também promover o autocuidado. Então, quando eu faço uma sugestão, o médico não aceita e é uma coisa que realmente vai ter um impacto muito grande no estado de saúde desse paciente, eu empodero a ele. Nesse caso, esse medicamento aqui não é o melhor, por causa disso e disso, tem outro melhor por causa disso, mas o prescritor optou por não mudar e aí eu empodero ele. Porque, geralmente, ele vai ao médico e pede. Então eu faço com que o paciente realmente seja meu parceiro nessa prática, para eu conseguir o que eu quero, já que eu não tenho essa autonomia ainda... Então assim por mais que eu não tenha esse poder de tomar decisão, de falar assim agora eu vou prescrever esse medicamento aqui, a gente vai trocar, que seria condição ideal. Ao empoderá-lo disso, ele passa a exigir do prescritor. (Valentina)

Existem várias discussões em torno do termo empoderamento (CARVALHO e GASTALDO, 2008; ROSO e ROMANINI, 2014), que será mantido aqui, uma vez que foi a palavra empregada pelas participantes. O empoderamento do paciente deve ser encarado como um processo em que os profissionais da saúde ajudam a pessoa atendida a desenvolver suas próprias habilidades; e não como um ato de dar ou transferir poder ao paciente, a ação deve ser do próprio sujeito (ROSO e ROMANINI, 2014). Os profissionais não devem exercer o poder sobre os pacientes, mas com eles (CARVALHO e GASTALDO, 2008). É nesse sentido que os farmacêuticos devem agir para ajudar os pacientes a alcançarem resultados positivos com o uso de medicamentos. Ao se empoderar, o indivíduo deve ser capaz de pensar criticamente e tomar decisões autônomas e informadas (ANDERSON e FUNNELL, 2010). Dessa forma, as intervenções dos farmacêuticos devem auxiliar os pacientes nesse processo para que eles tomem suas decisões e sejam capazes de discuti-las com os prescritores. Se durante o GTM, o farmacêutico envolver o paciente em um grau que eles possam realmente compartilhar a decisão, a discussão posterior do paciente com o médico será facilitada.

6.2.4.2.2 *Decidindo intervir diretamente com o paciente*

Para Altílio (2009), sem uma responsabilidade para com os pacientes, independente das atitudes do médico, a farmácia não atenderia aos critérios de uma profissão completa, já que isso significaria não possuir um objeto social ou uma autoridade sobre determinado corpo de conhecimento. Corroborando o *status* de prática

profissional do GTM, as farmacêuticas ao esbarrar em um PRM, que colocava os pacientes em risco iminente, decidiam intervir diretamente com eles, a fim de evitar dano maior à saúde deles.

Durante uma visita domiciliar, a farmacêutica identificou que o paciente estava tendo hipoglicemias noturnas. Conhecendo o risco desses episódios, ela não hesitou em ajustar a dose de insulina utilizada pelo paciente, antes mesmo de discutir o caso com a prescritora, como documentado em trecho do diário de campo:

Conversando com o paciente, a farmacêutica percebeu que o paciente estava tendo crises de hipoglicemia à noite e o paciente não havia sido informado de que isso poderia acontecer. Baseado nos valores de glicemia do mapa glicêmico do paciente, ela decidiu mudar a dose dele naquele momento mesmo.

A fim de manter uma boa relação com a médica, a farmacêutica entrou em contato com esta para comunicar a alteração realizada. Frida também conta sobre a decisão de ajustar a dose do carbonato de lítio de uma de suas pacientes:

Teve um caso de carbonato de lítio, a gente pediu um doseamento lá no hospital mesmo, porque a paciente estava com reações adversas... Esse a gente ajustou a dose mesmo, e aí mandou uma cartinha para o médico, comunicando que a gente tinha ajustado a dose, porque ela não estava fazendo, porque ela tinha que fazer mensalmente o doseamento do lítio e ela não estava fazendo, por falta de orientação? Acho que não. Por falta de acesso mesmo. Ela sabia que precisava fazer, mas não conseguia fazer. O médico até agradeceu nesse caso. (Frida)

É interessante notar nessa narrativa que o médico ao perceber que a paciente realmente precisava desse ajuste, não encarou a alteração realizada como um problema, revelando que sua prática também é centrada na pessoa que está sendo cuidada. Valentina fala de uma das decisões que precisou tomar, exatamente, por colocar o paciente em primeiro lugar:

Eu tenho uma paciente que é supercomplexa, ela estava usando vários benzodiazepínicos ao mesmo tempo e eu a encaminhei para o médico, discuti o caso, mas ele preferiu não alterar a prescrição dela. Ela tinha prescrição de cinco médicos diferentes. Ele preferiu não mexer na prescrição, não fazer uma prescrição única, nem acatar as sugestões que eu dei e queria fazer exames. Só que a paciente já estava tendo vários sinais e sintomas do uso abusivo desses benzodiazepínicos. Então eu por minha conta, optei por seguir uma prescrição que eu achei que fosse razoável. E aí eu montei uma tabela de medicamentos para que ela usasse sempre aquele esquema. (Valentina)

Ao cuidar de pacientes e conhecendo qual o seu real papel durante esse cuidado, o farmacêutico estará exposto a circunstâncias como as descritas nessa sessão. A prática mostrou que ele é capaz de tomar decisões e direcionar suas ações diante

delas. A decisão de intervir diretamente com o paciente deve ser tomada quando a situação dele requer rapidez na resolução e deve estar bem embasada:

Você vai ter tomar algumas decisões e vai ter que bancar algumas coisas sim. Mas eu sempre pensei nisso, a sua atitude, quando está bem documentada... Então eu só fazia isso em momentos em que isso era importante para o paciente, quando ele estava em risco. Quando não estava em risco, eu deixava para conversar no outro dia, porque aí você pesa a questão da equipe, da divisão de responsabilidades e tudo mais. (Maria)

Maria em sua fala deixa claro, a importância de valorizar e priorizar o trabalho em equipe.

6.2.4.3 Problematizando: tomar decisão na ausência do paciente...

O processo de tomada de decisão do farmacêutico, em geral, não se conclui durante o atendimento do paciente. Após essa etapa, o farmacêutico pode precisar se debruçar sobre o caso para esclarecer eventuais dúvidas, bem como estabelecer parcerias com os prescritores. Diante da necessidade de discussão com o médico para realizar mudanças na farmacoterapia do paciente, por vezes as farmacêuticas optam por não expor completamente as propostas a ele até que a conversa com o outro profissional tenha ocorrido:

[...] Eu falo que vou ter que discutir com o médico para a gente ver qual é o melhor tratamento pro senhor. Eu tento não falar, o que eu vou tentar fazer com o médico, o que depender de outra pessoa eu não falo, o que depender só de mim, eu falo. Mas depende do médico, aí não. Eu vou discutir primeiro com o médico... Eu não tenho hábito de falar com o paciente antes de discutir com o médico, ou se depender de algum outro profissional, porque eu acho que isso vai estressar mais a nossa relação. (Nízia)

Nem sempre eu falo, eu não sei se vai implementar tudo, exatamente como vai ficar não, mas falo que houve modificações e eu estou aguardando o prescritor para fazer alterações... Eu vou acompanhando ele, meio de longe, para não perder o vínculo. (Dandara)

O intuito é manter a harmonia da tríade farmacêutico-paciente-médico, preservando as relações. Todavia, ao decidir não apresentar ao paciente as propostas de alterações por considerar que, previamente, precisa discutir com o médico, o profissional acaba deixando o principal interessado de fora desse processo. No momento em que farmacêuticos e médicos discutem e tomam uma decisão, o paciente não participa. Embora possam contemplar a experiência do paciente com o

uso de medicamentos nesse processo, essa postura das farmacêuticas afasta a possibilidade de compartilhamento da decisão com a pessoa atendida.

Avançando nessa discussão, o profissional muitas vezes necessita estudar mais o caso, para certificar-se do PRM experienciado pelo paciente, analisar as evidências científicas e pensar nas propostas para solucioná-lo. Durante esse período de estudo, o farmacêutico, toma sua decisão e muitas vezes já discute com o prescritor suas sugestões para melhorar a farmacoterapia do paciente, o qual não tem ciência do que está sendo decidido em relação ao seu próprio tratamento:

Várias vezes aconteceu de eu não conseguir falar para o paciente deixar uma coisa meio geralzona e é uma coisa que eu percebi que dificultou assim o paciente enxergar o meu papel ali, porque depois ele ia para o médico, aí eu já tinha estudado, eu levava a proposta, para o médico, muitas vezes o médico até concorda, discute assim, bacana assim, faz sentido, vamos fazer. Só que é ele que faz. E aí o paciente foi nele, o atendimento não é conjunto, nem sempre é no mesmo dia, às vezes demora para o paciente ir ao médico, ele passou em mim, daí umas três semanas que ele vai ao médico, porque depende da rotina da unidade de ter vaga e tal. E aí o paciente não vincula, fica parecendo que você foi lá fez uma entrevista assim, colheu dado e aí a pessoa ficou assim “ta, o que essa pessoa fez? Não precisa de eu ir lá de novo, quem mudou foi o médico”. Então assim, é um desafio para mim ainda. Hoje acontece menos, porque hoje muita coisa eu já consigo falar com o paciente “olha, aqui eu estou pensando numa substituição o medicamento talvez vá custar tanto, isso é possível? O que você acha?” Explico. E o paciente às vezes já consegue tomar uma decisão ali junto comigo, se ele quer, se ele não quer. (Leila)

Pelo exposto, não houve possibilidade de compartilhamento da decisão entre farmacêutica e paciente. Infere-se também, a partir da narrativa de Leila, que a ausência de discussão com o paciente sobre a decisão pode diminuir o vínculo entre este e o profissional. A implementação da conduta recomendada pela farmacêutica, nessas condições, acaba sendo realizada diretamente pelo médico. Por conseguinte, se não há discussão prévia das propostas entre farmacêutica e paciente, não fica claro para ele qual o real papel dessa profissional em seu cuidado. É interessante notar que com a exposição ao atendimento de mais pacientes, a farmacêutica adquire mais experiência e conhecimento, conseguindo envolver mais a pessoa atendida nessa decisão, antes de apresentar a sugestão ao prescritor. Conforme Maria enfatiza, um conhecimento sólido em farmacoterapia favorece a identificação do problema, bem como propicia o compartilhamento da decisão, já que o profissional terá subsídios para apresentar opções ao paciente:

Se você não tiver um embasamento sólido na farmacologia, primeiro que você não identifica o problema e segundo que você não consegue traçar soluções diferentes que possam até levar em consideração, essa experiência. Quando você tem esse conhecimento da farmacoterapia mais sólido, você consegue até pensar em soluções diferentes, né, para apresentar para o indivíduo. (Maria)

Em concordância ao apontado pela farmacêutica e com os resultados desta dissertação, Ribeiro e Amaral (2008) destacam como é importante para o profissional ter segurança de seu conhecimento para discutir as decisões com o paciente, permitindo questionamentos. De acordo com esses autores, para que o compartilhamento da decisão com o paciente ocorra, é necessária atualização crítica do conhecimento científico (RIBEIRO e AMARAL, 2008). Para favorecer o uso desse conhecimento no compartilhamento da decisão com o paciente, já existe na literatura proposta de estratégias para que os protocolos clínicos propiciem essa forma de tomar decisão (VAN DER WEIJDEN *et al.*, 2013). Entre essas estratégias estão a inclusão de um capítulo nesses protocolos sobre a importância do compartilhamento da decisão; utilização de linguagem, em todo o documento, que incentive o envolvimento do paciente; além da criação de uma versão dos protocolos direcionada aos pacientes (VAN DER WEIJDEN *et al.*, 2013).

Reforçando como a ampliação do conhecimento propicia uma avaliação do paciente mais completa e, portanto, favorece o processo de tomada de decisão, Joana menciona como a falta desse conhecimento clínico faz com o que profissional tenha a falsa impressão de que o paciente não está vivenciando um problema relacionado ao uso de medicamentos:

Eu estava vendo um paciente que atendi no início, ele utilizava muitos medicamentos e aí quando eu olhei, eu fiquei assim [som de espanto] meu Deus do céu! E eu não me lembro de ter tido essa reação no início quando eu atendi ele, é como se eu tivesse na ignorância, ele tem FA [fibrilação atrial], ele tem vários problemas de saúde complexos e que eu desconhecia em relação à clínica que eu simplesmente ignorei considerei que era isso aí: indicado, efetivo, seguro e conveniente. E aí quando eu olhei eu falei gente parece que o paciente vai se desdobrando e quanto mais você sabe mais você quer procurar e mais você é, encontra mais PRM e você vê que a farmacoterapia está mais irracional. (Joana)

A falta de formação em relação ao conhecimento terapêutico também foi apontada por Lounsbery *et al.* (2009) como uma barreira para a provisão de GTM. Ter um sólido conhecimento em farmacoterapia para o oferecimento desse serviço, além de facilitar a identificação de PRM e fornecer subsídios para o compartilhamento da

decisão com o paciente, torna o profissional mais consciente e seguro do cuidado prestado. Valentina destaca como a ampliação desse conhecimento possibilita que o profissional consiga identificar mais problemas na farmacoterapia do paciente, mais rapidamente, favorecendo a participação deste no processo de decisão durante a consulta:

[...] Mudou também o meu conhecimento em relação à farmacoterapia, com esse tempo todo de prática eu tenho muito mais conhecimento, então eu consigo identificar muito mais coisas, às vezes muito mais rápido que antes.
(Valentina)

As farmacêuticas, principalmente, no início da prática, tendem a tomar decisões sem a presença do paciente, por precisar estudar mais o caso ou por considerar necessário discutir primeiro com o prescritor. Os resultados apresentados aqui sugerem que o acúmulo de experiência clínica proporciona a ampliação do conhecimento, favorecendo a habilidade de identificar e solucionar problemas, bem como a participação dos pacientes nesse processo. Nessa perspectiva, ainda durante a preparação dos futuros profissionais, cada experiência de atendimento ao paciente deve ser valorizada e a busca por mais conhecimento e sua constante atualização deve ser estimulada, tornando cada vez mais natural a discussão e até mesmo o compartilhamento da decisão com o paciente e com os outros profissionais de saúde, sempre priorizando o personagem principal do cuidado.

6.2.4.4 As nuances do contexto no processo de tomada de decisão

O último fator discutido neste trabalho e que pode produzir interferências no processo de tomada de decisão do farmacêutico durante o GTM diz respeito ao contexto do próprio paciente, bem como ao contexto em que ocorre a prática. Portanto, o primeiro emerge em meio à relação terapêutica construída entre farmacêutico e paciente, enquanto o segundo trata de aspectos externos, que poderão variar de acordo com os cenários em que o profissional estiver inserido.

Durante o processo de tomada de decisão, as farmacêuticas deste estudo demonstraram considerar as características de cada paciente, para determinar como envolvê-los nesse processo:

[...] Eu tenho paciente com limitação cognitiva mesmo, sabe, ele realmente não é um paciente que consegue tomar muitas decisões sozinho, ele é muito dependente, né. (Leila)

Tem uma outra paciente... ela tem um déficit cognitivo importante, a questão dela é conveniência, conveniência, conveniência sempre. E eles [pacientes] me preocupam muito. É, essa questão da autonomia do paciente, ela é muito bonita na teoria, porque na prática tem paciente que não consegue essa autonomia não, sabe. (Maria)

Um possível déficit cognitivo dos pacientes foi apontado como um elemento limitador para a participação destes nas decisões. Nesses casos, as farmacêuticas demonstram realmente tomar para si a responsabilidade de decidir. Maria enfatiza em sua fala como é desafiador para alguns pacientes desenvolverem autonomia em relação à saúde, sugerindo que o profissional precisará estar mais presente para que pacientes com tais características consigam resultados positivos. De acordo com Stewart e colaboradores (2010) ser centrado no paciente também significa respeitar aquele que não se sente bem o suficiente ou não tem confiança no momento para assumir um papel ativo em seu tratamento. Ainda segundo esses autores, o grau de participação dos pacientes nas decisões pode oscilar dependendo de sua capacidade física e emocional. Nesse sentido, deve-se assegurar o atendimento à preferência e condição do paciente em cada circunstância, sem perder de vista a importância de contribuir para o seu desenvolvimento.

Somado a esse contexto do paciente, o contexto de inserção do profissional também exerce influências sobre o processo de tomar decisões. As diferentes trajetórias das farmacêuticas deste estudo com o serviço de GTM, e a experiência de algumas delas com cenários de prática distintos permitiram a compreensão das variações produzidas nesse processo. Considerando os aspectos já descritos neste trabalho sobre a importância de uma parceria entre farmacêutico e prescritor, Valentina detalha como estar em um cenário com outros profissionais favorece a sua prática:

Hoje que eu tenho profissional ali, que eu posso discutir o caso com ele, eu percebo que a minha prática é muito mais efetiva, porque eu tenho a possibilidade de argumentar com ele. Tem um caso que aconteceu agora, um paciente que é alcoolista, ele já tem uma ascite, decorrente da cirrose dele e eu fui discutir com a médica o tratamento, ele estava usando propranolol, que... piora muito a sobrevida de uma paciente que tem ascite. E quando eu fui discutir o caso, ela [médica] disse que “não, que propranolol é escolha”, eu falei “não é, vamos abrir o algoritmo, vamos olhar.” E aí na hora que a gente abriu, ela viu que qualquer beta-bloqueador, antagonista

de canal de cálcio, qualquer um que diminui a resistência vascular periférica pode aumentar ascite, e aí ela mudou. Se fosse carta, eu não ia ter chance de argumentar e isso acontecia demais. (Valentina)

Essa narrativa evidencia como a possibilidade de encontro entre os profissionais e de discussão do caso propicia a resolução do problema do paciente de forma mais efetiva. O contato indireto entre farmacêutico e prescritor pode comprometer a argumentação, dificultando a comunicação e conseqüentemente a resolução do problema do paciente. Ademais, o momento da discussão representa uma oportunidade de aprendizado para os participantes, proporcionando crescimento clínico.

Joana oferece o serviço de GTM em um cenário onde não há equipe multiprofissional. Mesmo com a proposta de trabalhar em colaboração com os prescritores, a barreira geográfica acaba comprometendo esse contato. De fato, não compartilhar a mesma localização é apontado como uma das dificuldades para o desenvolvimento de um cuidado colaborativo, principalmente por limitar interações casuais e informais (LEGAULT *et al.*, 2012). Em sua narrativa, essa participante aponta outros desafios desse contexto, como limitação de informações e dificuldade para que o outro profissional reconheça a sua prática:

Em muitas situações é mais difícil porque às vezes eu não tenho o histórico do paciente, eu tenho o que o paciente me fala, muitas vezes eu tenho exames que podem corroborar o que o paciente me falou, mas eu tenho a história contada pelo paciente, eu não sei, eu não conheço a equipe de saúde [...] Apesar de a gente ter apresentado bons resultados do médico com a carta, não sei se ele entende necessariamente o que a gente está fazendo, quando você está na equipe de saúde com o tempo ele consegue entender qual a sua atuação, como você pode contribuir... (Joana)

Diante desse cenário, em que os farmacêuticos podem não ter acesso a todas as informações que julgam necessárias, eles precisam avaliar todas as possibilidades/hipóteses e tomar decisões com o que tem em mãos. É interessante ressaltar que nesse contexto de ausência de contato com outros profissionais de saúde, o papel do paciente é ressaltado. Sendo ele o elo entre os profissionais, sempre participará em algum grau das decisões. Apesar dessa garantia de participação do paciente, as farmacêuticas inseridas em equipe multiprofissional falam da importância de incorporar a visão de outros profissionais no processo de tomada de decisão para tornar a prática mais efetiva:

[...] Uma coisa é a avaliação inicial que você faz com o paciente, a informação que consegue com ele, a forma como você enxerga o caso e constrói o caso. Se você não discute o caso com outro profissional, você

fica com aquela visão sua e do paciente e toma a decisão entre você e ele. Então qual pode ser a limitação disso? O paciente pode não se lembrar de vários aspectos técnicos do caso que te levariam a outra possibilidade de alternativa. (Tereza)

A limitação destacada por Tereza pode ser um dos fatores que compromete a comunicação dos profissionais não inseridos em uma mesma equipe, uma vez que as informações entre eles podem estar descontextualizadas. Além disso, a possibilidade de discussão e incorporação de outro ponto de vista pode levar os profissionais a considerarem outra decisão. A farmacêutica Dandara destaca a necessidade de agregar a avaliação da psicóloga ao seu processo de decisão sobre a efetividade de um antidepressivo, ilustrando como as profissões de saúde se completam:

Às vezes eu preciso conversar com outro profissional, por exemplo, o psicólogo que o acompanha, para saber se a depressão dele [paciente], se na opinião profissional dela, se está controlada ou não. Porque às vezes na minha própria percepção é insuficiente ou inadequado. (Dandara)

Inserido na equipe de saúde, o profissional que realiza o gerenciamento da terapia medicamentosa tem a oportunidade de conquistar a confiança dos outros profissionais, mostrando como podem trabalhar colaborativamente. As farmacêuticas, após consolidarem seu papel junto à equipe, passam a intervir diretamente com o paciente a respeito de sua farmacoterapia, com o apoio do prescritor:

Eu acho que primeiro você tem que consolidar sua experiência clínica naquela equipe, as pessoas precisam te conhecer e ter confiança em você. Por exemplo... [nesses dois cenários] eu já fazia intervenção com o paciente, depois registrava no prontuário o que fiz, comunicava o prescritor para ele alterar a prescrição, porque eu já sabia que ele ia aceitar. (Tereza)

[...] Ele [médico] pegar um paciente que ele não consegue ajustar a dose, da varfarina e me encaminhar, isso é fantástico, e ele falar assim “resolve”. (Nízia)

Os entraves discutidos anteriormente, entre o profissional que tem assumido a responsabilidade com a farmacoterapia dos pacientes e o prescritor, começam a se diluir a partir do estabelecimento de um trabalho realmente colaborativo. Por outro lado, em cenários onde não há uma equipe consolidada e a consciência de prática colaborativa ainda está em construção, a farmacêutica depende das características individuais de cada prescritor:

Com alguns médicos eu já tenho uma autonomia melhor, às vezes eu mudo dose de insulina, assim sozinha depois eu vou e comunico, mas eu não posso sair fazendo isso assim com qualquer um, porque eu não tenho um

médico assim específico que trabalha comigo, são vários. Então não são todos que pode ir fazendo assim, considerando o contexto que eu estou inserida né... (Leila)

Leila menciona a ampliação de sua autonomia profissional ao estabelecer parcerias com alguns médicos, possibilitando que ela realize alterações nas doses dos medicamentos. Todavia, quando não há uma parceria estreita, o processo se estende para a discussão com prescritor, antes da realização de qualquer alteração.

Diante dos resultados apresentados acima, pode-se inferir que aos poucos a prescrição farmacêutica se tornará uma realidade dentro do GTM, na medida em que esses profissionais realizam um processo de tomada de decisão clínica, dentro de um processo de cuidado bem definido e são reconhecidos pela equipe de saúde. Como descrito, as farmacêuticas começam a alterar a farmacoterapia dos pacientes a partir de acordos firmados com os prescritores. O trecho abaixo retirado do diário de campo reforça essa tendência:

Quando a causa do PRM identificado é condição não tratada, Nízia precisa agendar consulta com o médico. Mas, alteração de dose, ela discute com o médico e ela mesmo pode fazer.

Embora a maioria dessas alterações ainda necessite da formalização da prescrição pelo médico, elas indicam a confiança entre os membros da equipe, criando um ambiente propício para o estabelecimento dos acordos de colaboração previstos na Resolução nº 586 de 2013 do Conselho Federal de Farmácia (CFF, 2013). Corrobora-se, portanto, que o desenvolvimento de uma prática clínica sólida, centrada no paciente, em um contexto multiprofissional, parece ser a forma mais adequada para o início da prescrição farmacêutica. Ademais, trilhar esse caminho para se chegar à prescrição permite que médicos e, principalmente, pacientes compreendam o papel do farmacêutico no cuidado. Dessa forma, a prescrição farmacêutica poderá não ser encarada pelos pacientes, apenas como uma forma de desafogar o trabalho do médico, conforme Cooper e colaboradores (2011) encontraram.

Além da possibilidade de realização de ajustes na farmacoterapia diretamente com o paciente, em alguns desses cenários de prática, as farmacêuticas conseguiram formalizar a solicitação de exames laboratoriais para a monitorização dos medicamentos utilizados pelos pacientes:

Lá a gente ficou um ano e conseguiu formalizar no laboratório do município que os nossos pedidos de monitorização dos problemas de saúde poderiam ser feitos por nós mesmos, não precisaria passar pelo médico ou pelo enfermeiro só para assinar um pedido de exame. (Tereza)

Considerando a relevância do acesso a exames laboratoriais para a avaliação completa da farmacoterapia dos pacientes, algumas participantes apontaram dificuldades para tomar decisão quando estes não estão disponíveis. Nesse sentido, as farmacêuticas concordam que a independência em relação à solicitação desses exames, agiliza e confere mais liberdade durante o processo de decisão sobre o problema apresentado pelo paciente e definição das alternativas terapêuticas.

Outro aspecto interessante sobre o contexto de atuação dos profissionais que realizam GTM diz respeito à diferença entre estar em equipe nos diferentes níveis de atenção à saúde. A experiência em fazer parte de uma equipe de saúde na atenção primária não é a mesma vivida pelas farmacêuticas que estão ou estiveram em um cenário multiprofissional em ambulatórios de especialidades ou hospital-dia:

É uma dificuldade, eu acho que a gente teria que ter um clínico na unidade de oncologia, um clínico que tomasse decisão junto com a gente em relação à hipertensão, ao diabetes, à dislipidemia, ao hipotireoidismo, é para sanar, e a gente tomar uma decisão imediata, não ficar dependendo da unidade de saúde. (Frida)

Frida manifesta seu desejo em ter um médico generalista incluído em sua equipe, uma vez que os problemas relacionados ao uso de medicamentos para condições de saúde não incluídas no escopo de atuação de especialistas, não são resolvidos nesse cenário. Nessas situações, ela necessita entrar em contato com a unidade de saúde, enfrentando desafios semelhantes ao das farmacêuticas não inseridas em equipe. Hall (2005) ressalta que a crescente especialização leva os profissionais a mergulharem ainda mais em seu próprio conhecimento e cultura, o que acaba gerando obstáculos para o trabalho interprofissional. As farmacêuticas atuantes em ambulatórios ou hospitais-dia especializados revelaram que, em geral, o trabalho colaborativo com os prescritores é alcançado somente para resolução dos problemas que envolvem suas respectivas especialidades. Como elas avaliam todos os medicamentos utilizados pelos pacientes, para resolução dos outros problemas encontrados, é necessário referenciar o paciente. Dessa forma, em comparação a esses cenários, a resolutividade do serviço de GTM é maior quando a prática colaborativa é consolidada na atenção primária.

As características de cada contexto podem trazer impactos positivos ou negativos no processo de tomada de decisão das farmacêuticas. Conforme atestado pelas participantes, é preciso aproveitar os benefícios criados pelo contexto e tentar contornar as barreiras encontradas, para que tais nuances não afetem a qualidade do cuidado prestado ao paciente, podendo comprometer os resultados clínicos destes.

6.3 Processo de tomada de decisão do farmacêutico durante a provisão do gerenciamento da terapia medicamentosa: modelo proposto

A partir dos resultados deste trabalho, que revelaram as categorias e subcategorias que completam o processo de tomada de decisão do farmacêutico durante o GTM, será apresentada uma estrutura teórica (Figura 1) representativa desse processo.

Em resumo, tendo como base o método racional de tomada de decisão proposto pelo arcabouço teórico da atenção farmacêutica, tal processo se inicia associando o conhecimento em farmacoterapia e o conhecimento da experiência subjetiva do paciente à coleta de informação para avaliação da indicação, efetividade, segurança e conveniência da farmacoterapia utilizada pelo paciente. Após a identificação do problema, durante a definição do plano, novamente esses conhecimentos são empregados. Nessa fase, o paciente é envolvido em graus variáveis. Em um grau máximo de envolvimento, farmacêutico e paciente chegam à decisão de forma compartilhada. Os caminhos utilizados para a resolução de PRM que envolvem a experiência subjetiva com o uso de medicamento foram delineados neste modelo. Durante o processo, o farmacêutico procura o equilíbrio entre os conhecimentos objetivos e subjetivos para o manejo da farmacoterapia dos pacientes. A busca por uma visão holística do paciente perpassa todo esse processo.

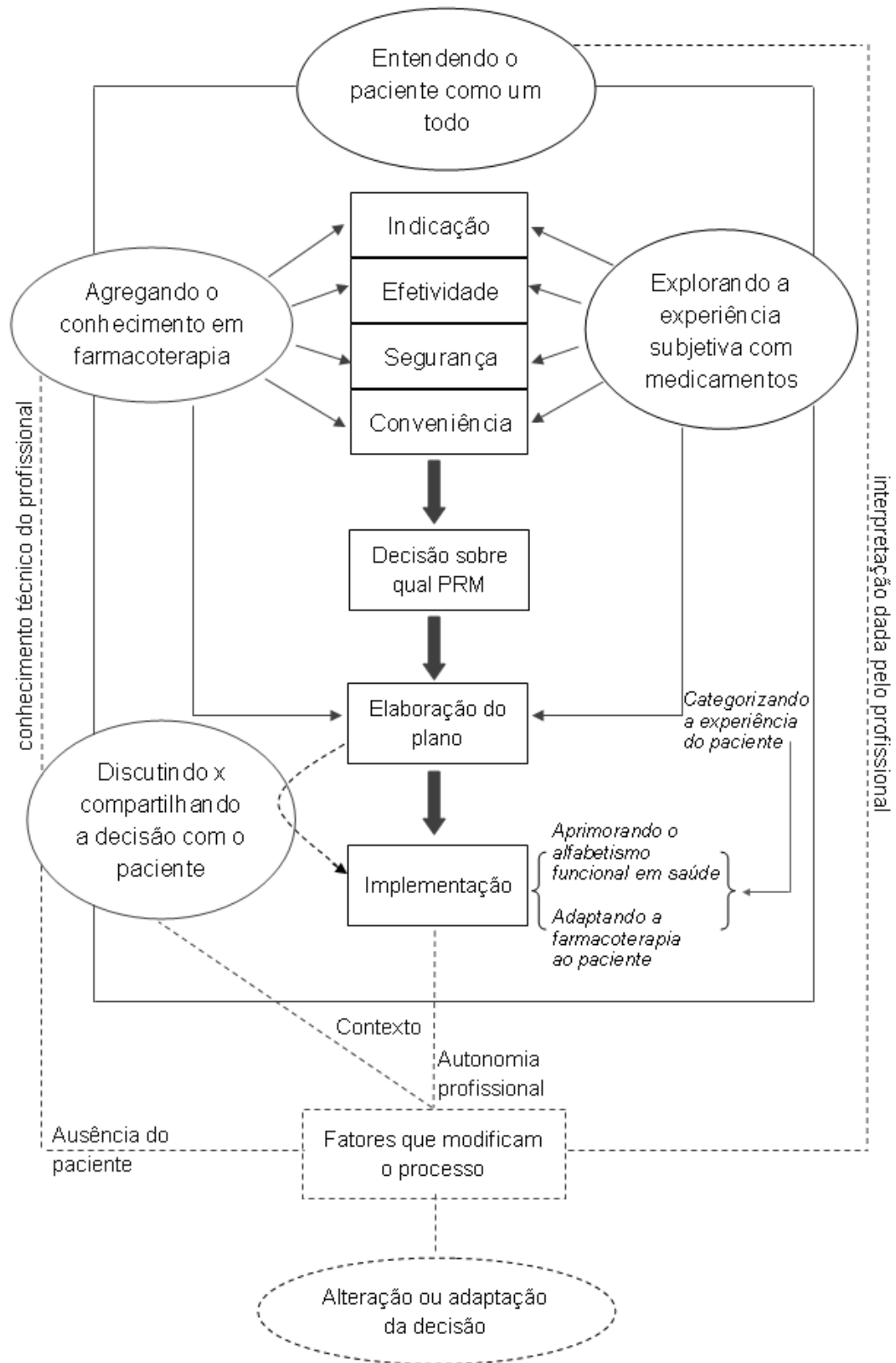
Em meio às etapas do processo de tomada de decisão durante o oferecimento do GTM, as participantes desvelaram vários fatores que influenciam e podem modificar esse processo, como a interpretação do profissional ao considerar o paciente como um todo; a autonomia profissional; a ausência do paciente no momento em que se chega à decisão; o conhecimento técnico do farmacêutico; e o contexto do paciente

e de inserção do profissional. O modelo apresentado ilustra a relação desses fatores com as outras etapas que compõem o processo de tomar uma decisão ao se cuidar de pacientes no serviço de GTM. Como tais fatores não são componentes fixos do processo, foram utilizadas linhas tracejadas para representá-los na estrutura teórica.

Ressalta-se que o modelo desenvolvido não avança sobre as consequências das decisões tomadas e sobre os seus desdobramentos para se chegar a novas decisões.

Decerto, esta proposta não é conclusiva. Contudo, pretende tornar explícito, aquilo que estava implícito, contribuindo para que os farmacêuticos fiquem mais conscientes de seu processo de tomada de decisão e possam aprimorá-lo. Ademais, espera-se que tal proposta auxilie na elaboração de estratégias que facilitem o ensino desse processo.

Figura 1- Proposta de modelo para o processo de tomada de decisão do farmacêutico



7 IMPLICAÇÕES PARA EDUCAÇÃO E PARA A PRÁTICA

A construção teórica sobre como os farmacêuticos tomam decisão durante o oferecimento do serviço de GTM traz vários aspectos que podem ser incorporados na formação de futuros profissionais para atuar nesse serviço.

De maneira geral, os estudantes de farmácia no Brasil aprendem a farmacologia desconectada da prática clínica. Considerando a importância do conhecimento em farmacoterapia no cuidado de pacientes que utilizam medicamentos, o ensino deve favorecer a sua aplicação no mundo real. Conforme discutido neste trabalho, o método racional de tomada de decisão, proposto pela atenção farmacêutica, é fundamental para demarcar qual a responsabilidade do profissional durante o GTM. Além disso, permite uma avaliação completa e padronizada dos medicamentos utilizados pelos pacientes, dando sustentação ao profissional e ao mesmo tempo segurança e tranquilidade em relação a suas condutas. Dessa forma, contextualizar o ensino da farmacoterapia ao método racional de tomada de decisão, pode ser importante para tornar os discentes mais preparados para associação desses conhecimentos durante o cuidado aos pacientes. Somado a isso, o ensino da atenção farmacêutica deve proporcionar aos estudantes a compreensão de que o método deve ser utilizado como guia de suas ações na coleta de dados, na discussão com outro profissional, no estudo da literatura. A interpretação de que o método deve ser aplicado somente após coletar todas as informações, para tentar encontrar um problema relacionado ao uso de medicamentos, dificulta a sua compreensão e utilização. Paralelamente, a formação contextualizada em farmacoterapia facilitará o direcionamento das perguntas durante o atendimento ao paciente, para a obtenção das respostas em relação à indicação, efetividade, segurança e conveniência dos medicamentos utilizados pela pessoa atendida. As farmacêuticas participantes relataram que foram fazendo essas conexões à medida que avançavam na prática. Daí a importância de estimular a associação entre o método racional de tomada de decisão e o conhecimento em farmacoterapia desde o início da formação.

As farmacêuticas menos experientes mostraram-se inseguras, em certos momentos, para tomar decisões. Diante disso, para a formação de tomadores de decisão cada vez mais competentes para o oferecimento do gerenciamento da terapia medicamentosa, esse processo deve ser mais explorado durante a educação. O modelo desenvolvido neste trabalho pode ser utilizado como ferramenta para discussões sobre o processo de tomada de decisão, durante o ensino. As farmacêuticas demonstraram utilizar estratégias de raciocínio hipotético-dedutivo, e reconhecimento de padrão durante esse processo, sempre associado à sequência proposta para avaliação da farmacoterapia. Dessa forma, os métodos de tomada de decisão, extensamente empregados por outros profissionais de saúde, como o hipotético-dedutivo e o reconhecimento de padrão, devem ser trabalhados com os futuros provedores de GTM.

No que diz respeito à aplicação da experiência subjetiva dos pacientes com o uso de medicamentos durante o cuidado, o modelo proposto poderá ser utilizado como ferramenta pedagógica para tornar perceptível aos estudantes como essas experiências podem e são empregadas no processo de tomada de decisão.

A partir da compreensão de como os profissionais envolvem os pacientes nas decisões durante o GTM, recomenda-se a realização de intervenções para fomentar o real compartilhamento das decisões. Os farmacêuticos devem ser estimulados a incluírem o paciente como membro da equipe, sempre ponderar todas as alternativas disponíveis para a resolução de determinado problema, mostrando a ele como o seu conhecimento enquanto indivíduo também é importante nesse processo. De forma semelhante, durante a preparação dos estudantes para o cuidado, os fatores que contribuem para a tomada de decisão compartilhada, apresentados neste trabalho, devem ser abordados, favorecendo uma formação humanizada para os futuros profissionais.

Considerando a importância do trabalho multiprofissional para consolidação das intervenções farmacêuticas, o contato com outros profissionais de saúde, principalmente com prescritores, precisa estar inserido na formação. A prática colaborativa deve ser fomentada na formação dos diferentes profissionais. Dessa

forma, desenvolver estratégias de integração do ensino dessas profissões pode favorecer a compreensão do cuidado compartilhado, e iniciar esses profissionais no compartilhamento das decisões.

Discussões sobre o que significa considerar o paciente como um todo durante a realização do serviço de GTM devem ser promovidas constantemente, para que os profissionais mantenham o foco em sua maior contribuição no cuidado: a identificação e resolução de problemas relacionados ao uso de medicamentos, de forma centrada nos pacientes. Nesse contexto, os farmacêuticos precisam estar conscientes de que a atuação como coordenador do cuidado, demanda social que esse profissional parece assumir quando realiza GTM, não deve desviá-los de garantir que os medicamentos utilizados pelos pacientes sejam indicados, efetivos, seguros e convenientes.

8 CONCLUSÕES

Após embarcar com entusiasmo nessa jornada pela teoria fundamentada foi possível compreender como as farmacêuticas tomam decisão durante a provisão do serviço de GTM. Os questionamentos iniciais sobre qual tem sido o real papel do farmacêutico foram respondidos. As farmacêuticas participantes demonstraram que o processo de tomada de decisão é desenvolvido para identificar e resolver problemas relacionados ao uso de medicamentos. No entanto, desvelaram fatores que podem interferir nesse processo e modificá-lo, como a interpretação de que considerar o paciente holisticamente, significa atender a todas as suas demandas. Essa interpretação pode desviar o farmacêutico do seu foco principal no cuidado ao paciente.

O método racional para tomada de decisão em farmacoterapia proposto pelo arcabouço teórico da atenção farmacêutica revelou-se como a base estrutural desse processo. A ele, as farmacêuticas agregam o conhecimento em farmacoterapia e a experiência subjetiva dos pacientes com o uso de medicamentos desde o primeiro contato com a pessoa atendida, equilibrando esses conhecimentos para se chegar à decisão.

No GTM, o paciente tem desempenhado um papel cada vez mais ativo durante o processo de tomada de decisão. As vozes desses pacientes emergem em cada experiência subjetiva com o uso de medicamento, considerada no momento em que as farmacêuticas tomam decisões. Ademais, está sendo trilhado um caminho para que profissional e paciente possam decidir juntos a melhor forma de resolução do problema.

A ampla compreensão do processo de tomada de decisão do farmacêutico permitiu a construção de uma proposta teórica que explica tal processo. Espera-se que as recomendações geradas a partir dessa proposta sejam incorporadas na prática diária dos farmacêuticos que realizam o GTM e sejam aplicadas como base para o desenvolvimento de intervenções educacionais para a formação de profissionais competentes para tomar decisões durante esse serviço. Embora esta pesquisa

tenha sido realizada com farmacêuticas de cenários de prática específicos, os seus resultados podem ser transferidos e aplicáveis aos farmacêuticos de outros locais que se enveredam pelo cuidado de pacientes que utilizam medicamentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAMS, R. Health literacy – a new concept for general practice? **Australian Family Physician** v. 38, n 3, p. 144 – 147, 2009.

ALBRECHT, S. The pharmacist's role in medication adherence. **U. S. Pharmacist**, v. 36, n. 5, p. 45-48, 2011.

ALELUIA, I. M. B.; CARVALHO JR., P. M.; MENEZES, M. S. A way to assess students' clinical reasoning. **Medical Education**, v. 44, p. 1145-1146, 2010.

ALTILIO, J. V. The pharmacist's obligations to patients: dependent or independent of the physician's obligations? **Journal of Law, Medicine & Ethics**, v. 37, n. 2, p. 358-368, 2009.

ALVES, M. R. **The medication experience of people living with HIV: From the understanding of the meanings of medication to the development of a conceptual framework of medication experience**. 2012. 151 f. (PhD thesis). University of Minnesota. Minneapolis, 2012.

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/StndrsPracClinPharm_Pharmaco8-14.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2015.

ANDERSON, R. M.; FUNNELL, M. M. Patient empowerment: myths and misconceptions. **Patient Education and Counseling**, v. 79, n. 3, p. 277–282, 2010.

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

ANNELLS, M. Grounded theory method, part I: within the five moments of qualitative research. **Nursing Inquiry**, v. 4, p. 120-129, 1997.

BAJCAR, J. Task analysis of patients' medication-taking practice and the role of making sense: A grounded theory study. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, v. 2, p. 59–82, 2006.

BAKER, D. W. *et al.* Health literacy and mortality among elderly persons. **Archives of Internal Medicine**, v. 167, n. 14, p. 1503-1509, 2007.

BAKER, D. W. *et al.* Health literacy, cognitive abilities, and mortality among elderly persons. **Journal of General Internal Medicine**, v. 23, n. 6, p. 723-726, 2008.

BAKER, D. W. The meaning and the measure of health literacy. **Journal of General Internal Medicine**, v. 21, p. 878–883, 2006.

BAQIR, W.; MILLER, D.; RICHARDSON, G. A brief history of pharmacist prescribing in the UK. **European Journal of Hospital Pharmacy: Science and Practice**, doi:10.1136/ejhpharm, 2012. Disponível em: <<http://ejhp.bmj.com/content/early/2012/09/07/ejhpharm-2012-000189.short>>. Acesso em: 19 dez 2015.

BARTELS, C. E. **Analysis of experienced pharmacist clinical decision-making for drug therapy management in the ambulatory care setting**. 2013. 172 f. (PhD thesis). University of Minnesota. Minneapolis, 2013.

BENNER, P.; TANNER, C. Clinical judgement: how expert nurses use intuition. **American Journal of Nursing**, v. 87, n. 1, p. 23-31, 1987.

BLUMER, H. **Symbolic interactionism: perspective and method**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1969, 219 p.

BOURNE, R. S.; BAQIR, W.; ONATADE, R. Pharmacist independent prescribing in secondary care: opportunities and challenges. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 38, p.1–6, 2016.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução nº 586, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta a prescrição farmacêutica e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/noticias/Resolu%C3%A7%C3%A3o586_13.pdf>. Acesso em: 10 jan 2016.

BURMAN, M. E. *et al.* How do NPs make clinical decisions? **The Nurse Practitioner**, v. 27, n.5, p. 57 -64 2002.

CAMPOS, G. W. S. *et al.* Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). **Caderno de Saúde Pública**, v. 13, n. 1, p. 141-144, jan-mar, 1997.

CAMPAGNA, K. D.; NEWLIN, M; H. Key factors influencing pharmacists' drug therapy decisions. **American Journal of Health-System Pharmacy**, v. 54, p.1307-1313, 1997.

CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 2029-2040, 2008.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2009, 272 p.

CHARMAZ, K. Constructionism and the Grounded Theory Method. In: HOLSTEIN, J.A; GUBRIUM, J. F. (Eds.). **Handbook of constructionist research**. New York: The Guilford Press, 2008, p. 397-412.

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 clinician's guide**. 2 ed. New York: McGraw-Hill, 2004. 394 p.

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

COELHO, V. N. P. D; ZANATO, C. M. G; MATIAS, S. R. S. O resgate da profissão farmacêutica: elo entre a saúde e o paciente. 6p., 2007. Disponível em: <http://www.unieuro.edu.br/sitenovo/revistas/downloads/farmacia/cenarium_01_resgate.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2016.

COOPER, R. J. *et al.* Further challenges to medical dominance? The case of nurse and pharmacist supplementary prescribing. **Health**, v. 16, n. 2, p. 115–133, 2011.

COUET, N. *et al.* Assessments of the extent to which health-care providers involve patients in decision making: a systematic review of studies using the OPTION instrument. **Health Expectations**, v.18, n. 4, p. 542-561, 2015.

CUNHA, C.; BRANDÃO, A. Farmácia Clínica: sonho, realização e história. **Pharmacia Brasileira**, 2010. Disponível em: <http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/126/015a018_farmAcia_clAnica.pdf> . Acesso em: 15 jan. 2016.

CURTIS, L. M. *et al.* Development and validation of the comprehensive health activities scale: a new approach to health literacy measurement. **Journal of Health Communication**, v. 20, n. 2, p. 157-164, 2015.

DALY, K. J. **Qualitative methods for family studies and human development**. Los Angeles: Sage, 2007.

DAVIS, E. M.; PACKARD, K. A.; JACKEVICIUS, C. A. The pharmacist role in predicting and improving medication adherence in heart failure patients. **Journal of Managed Care and Specialty Pharmacy**, v. 20, n. 7, p. 741-755, 2014.

DE CAUX, T. R. **Meus filhos me perguntam, 'por que consulta com a farmacêutica?': experiência de pacientes com um serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa**. 2015. 67 f. Trabalho de Conclusão de Curso. Faculdade de Farmácia. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2015.

DESLANDES, R. E.; JOHN, D. N.; DESLANDES, P. N. An exploratory study of the patient experience of pharmacist supplementary prescribing in a secondary care mental health setting. **Pharmacy Practice**, v.13, n. 2, p. 553-561, 2015.

DICKSON, G. L.; FLYNN, L. Nurses' clinical reasoning: processes and practices of medication safety. **Qualitative Health Research**, v, 22, n. 1, p. 3–16, 2011.

EASEN, P.; WILCOCKSON, J. Intuition and rational decision-making in professional thinking: a false dichotomy. **Journal of Advanced Nursing**, v. 24, p. 667-673, 1996.

ELSTEIN, A *et al.* **Medical problem solving: an analysis of clinical reasoning**. Cambridge: Harvard University Press, 1978, 352 p.

ELWYN, G. *et al.* Collaborative deliberation: a model for patient care. **Patient Education and Counseling**, v. 97, n. 2, p. 158-164, 2014a.

ELWYN, G. *et al.* Implementing shared decision making in the NHS. **BMJ**, v. 341, p. 971-973, 2010.

ELWYN, G. *et al.* Shared decision making: a model for clinical practice. **Journal of General Internal Medicine**, v. 27, n. 10, p. 1361–1367, 2012.

ELWYN, G. *et al.* Shared decision making and motivational interviewing: achieving patient-centered care across the spectrum of health care problems. **Annals of Family Medicine**, v. 12, n. 3, p. 270-275, 2014b.

EMMERTON, L *et al.* Pharmacists and prescribing rights: review of international developments. **Journal of Pharmacy & Pharmaceutical Sciences**, v. 8, n. 2, p. 217-225, 2005.

ENGWARD, H. Understanding grounded theory. **Nursing Standard**, v. 28, n. 7, p. 37-41, 2013.

ERNST, F. R.; GRIZZLE, A. J. Drug related morbidity and mortality: updating the cost of illness model. **Journal of the American Pharmacists Association**. v. 41, n. 2, p. 1–10, 2001.

ETMINAN, M.; WRIGHT, J. M.; CARLETON, B. C. Evidence-based pharmacotherapy: review of basic concepts and applications in clinical practice. **Annals of Pharmacotherapy**, v. 32, n. 11, p. 1193-2000, 1998.

FACIONE, N. C.; FACIONE, P. A. Critical thinking and clinical judgment. In: _____. **Critical thinking and clinical reasoning in the health sciences: a teaching anthology**. Millbrae, CA: The California Academic Press, 2008, p. 1- 13.

FARUQUEE, C. F.; GUIRGUIS, L. M. A scoping review of research on the prescribing practice of Canadian pharmacists. **Canadian Pharmacists Journal**, v. 148, n. 6, p. 325-348, 2015.

FERNANDES, E. M ; MAIA, A. Grounded Theory. In FERNANDES, E. M.; ALMEIDA L. S. **Métodos e técnicas de avaliação: contributos para a prática e investigação psicológicas**. Braga: Universidade do Minho. Centro de Estudos em Educação e Psicologia, 2001, p. 49-76.

FREIDSON, E. **Professionalism reborn: theory, prophecy, and policy**. Chicago: The University of Chicago Press, 1994, 238 p.

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

FREITAS, E. L.; RAMALHO DE OLIVEIRA, D.; PERINI, E. Atenção farmacêutica - teoria e prática: um diálogo possível? **Acta Farmaceutica Bonaerense**, v. 25, n. 3, p. 447-53, 2006

FREITAS, E. L. **Revelando a experiência do paciente com a prática da atenção farmacêutica: uma abordagem qualitativa**. 2005. 125 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas). Faculdade de Farmácia. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2005.

FREITAS, E. L. **Why do I think the way I do? Troubling the concept of critical thinking in pharmacy classrooms**. 2014. 217 f. (PhD thesis). University of Minnesota. Minneapolis, 2014.

GABBAY, J.; MAY, A. Evidence based guidelines or collectively constructed "mindlines?" Ethnographic study of knowledge management in primary care. **BMJ**, v. 329, n. 1013, p. 1-5, 2004.

GIBBS, G. Codificação e categorização temáticas. In: _____. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2009, p. 59 – 78.

GOLDOPHIN, W. Shared Decision Making. **Healthcare Quartely**, v.12, special issue, p. 186 -190, 2009.

GWYN, R.; ELWYN, G. When is a shared decision not (quite) a shared decision? Negotiating preferences in a general practice encounter. **Social Science & Medicine**, v. 49, p. 437 -447, 1999.

GURWITZ, J. H. *et al.* Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. **Journal of American Medical Association**. v. 289, n. 9, p. 1107–1116, 2013.

HALILA, G. C. *et al.* The practice of OTC counseling by community pharmacists in Parana, Brazil. **Pharmacy Practice**, v. 13, n. 4, p. 597-604, 2015.

HALL, P. Interprofessional teamwork: professional cultures as barriers. **Journal of Interprofessional Care**, suppl. 1, p. 188 – 196, 2005.

HANNA, P. Using internet technologies (such as Skype) as a research medium: a research note. **Qualitative Research**, v. 12, n. 2, p. 239–242, 2012.

HARBISON, J. Clinical decision making in nursing: theoretical perspectives and their relevance to practice. **Journal of Advanced Nursing**, v. 35, n. 1, p. 126-133, 2001.

HAYNES, R. B.; DEVEREAUX, P. J. Physicians' and patients' choices in evidence-based practice. **BMJ**, v. 324, p.1350, 2002.

HEATH, H. e COWLEY, S. Developing a grounded theory approach: a comparison of Glaser and Strauss. **International Journal of Nursing Studies**, v. 41, p. 141–150, 2004.

HEDBERG, B.; LARSSON, U. S. Observations, confirmations and strategies – useful tools in decision-making process for nurses in practice? **Journal of Clinical Nursing**, v. 12, p. 215–222, 2003.

HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **American Journal of Hospital Pharmacy**, v. 47, p. 533–43, 1990.

HIGGS, J.; JONES, M. A. **Clinical reasoning in the health professions**. 2 ed. Boston: Butterworth Heinemann, 2000. 322 p.

HOFFMAN, K.; DONOGHUE, J.; DUFFIELD, C. Decision-making in clinical nursing: investigating contributing factors. **Journal of Advanced Nursing**, v. 45, n. 1, p. 53–62, 2003.

HOLLAND, R. W.; NIMMO, C. M. Transitions, part 1: beyond pharmaceutical care. **American Journal of Health-System Pharmacy**, v. 56, n.1, p. 1758 – 1764, 1999.

JOAS, H. 1999. Interacionismo simbólico. In: GIDDENS, A.; TURNER, J. (orgs.). **Teoria Social Hoje**. São Paulo: Editora Unesp, 1999, p.127-174.

JOSEPH-WILLIAMS, N.; ELWYN, G.; EDWARDS, A. Knowledge is not power for patients: A systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and

facilitators to shared decision making. **Patient Education and Counseling**, v, 94, p. 291–309, 2014.

KARAGIANIS, J. Understanding and teaching key concepts and tools of evidence-based medicine: perspectives of a clinician-researcher pharmaceutical physician. **Clinical Therapeutics**, v. 33, n. 12, p. 3-10, 2011.

KASSAM, R.; VOLUME-SMITH, C.; ALBON, S. P. Informed shared decision making: an exploratory study in pharmacy. **Pharmacy Practice**, v. 6, n. 2, p. 57-67, 2008.

LaDUCA, A.; ENGEL, J. D.; CHOVAN, J. D. An exploratory study of physicians' clinical judgment: an application of social judgment theory. **Evaluation & the Health Professions**, v. 11, n. 2, p. 178- 200, 1988.

LEGARÉ, F. *et al.* Interprofessionalism and shared decision-making in primary care: a stepwise approach towards a new model. **Journal of Interprofessional Care**, v. 25, p.18–25, 2011a.

LEGARÉ, F. *et al.* Validating a conceptual model for an inter-professional approach to shared decision making: a mixed methods study. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 17, p. 554–564, 2011b.

LEGAULT, F. *et al.* Difficulties encountered in collaborative care: logistics trumps desire. **Journal of the American Board of Family Medicine**, v. 25, p. 168 –176, 2012.

LINDENMEYER, A. *et al.* Interventions to improve adherence to medication in people with type 2 diabetes mellitus: a review of the literature on the role of pharmacists. **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics**, v. 31, p. 409–419, 2006.

LOSINSKI, V. **Educating for action: understanding the development of pharmaceutical care practitioners**. 2011. 260 f. (PhD thesis). University of Minnesota. Minneapolis, 2011.

LOUNSBERY, J. R. *et al.* Evaluation of pharmacists' barriers to the implementation of medication therapy management services. **Journal of the American Pharmacists Association**, v.49, p. 51-58, 2009.

MAKOUL, G.; CLAYMAN, M. An integrative model of shared decision making in medical encounters. **Patient Education and Counseling**, n. 60, p. 301–312, 2005

MAMEDE, S. *et al.* Breaking down automaticity: case ambiguity and the shift to reflective approaches in clinical reasoning. **Medical Education**, v. 41, p. 1185–1192, 2007.

MANIAS, E.; AITKEN, R; DUNNING, T. Decision-making models used by 'graduate nurses' managing patients' medications. **Journal of Advanced Nursing**, v. 47,n. 3, p. 270–278, 2004.

MARK, D. B.; WONG, J. B. Decision-making in clinical medicine. In: KASPER, D. *et al.* **Harrison's principles of internal medicine**, 19. ed. New York: McGraw-Hill, 2015. Cap. 3. Disponível em: <<http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1130§ionid=63651544>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

MARCUM, J. A. The role of emotions in clinical reasoning and decision making. **Journal of Medicine and Philosophy**, v. 38, p. 501–519, 2013.

MCCULLOUGH, M. B. *et al.* Balancing collaborative and independent practice roles in clinical pharmacy: a qualitative research study. **Annals of Pharmacotherapy**, v. 49, n. 2, p. 189 – 195, 2015.

MILLER, T. Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: A meta-analysis. **Patient Education and Counseling**. S0738-3991(16)30041-6, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.01.020>> Acesso em: 26 abril 2016.

MOHAMMED, M. A.; MOLES, R. J.; CHEN, T. F. Medication-related burden and patients' lived experience with medicine: a systematic review and metasynthesis of qualitative studies. **BMJ**, v. 6, n. 2, 2016. Disponível em: <<http://bmjopen.bmj.com/content/6/2/e010035.full.pdf+html>>. Acesso: 10 fev. 2016.

MORSE, J. M.; FIELD, P. A. **Qualitative research methods for health professionals**. 2ed. Thousand Oaks: Sage, 1995, 272 p.

MUIR, N. Clinical decision-making: theory and practice. **Nursing Standard**, v. 18, n. 36, p. 47-52, 2004.

NAGEL, D. A. *et al.* When novice researchers adopt constructivist grounded theory: navigating less travelled paradigmatic and methodological paths in PhD dissertation work. **International Journal of Doctoral Studies**, v. 10, p. 365-383, 2015.

Disponível em: <<http://ijds.org/Volume10/IJDSv10p365-383Nagel1901.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2015.

NAGEL, D. A. Knowing the person in a virtual environment: Protocol for a grounded theory study of telehealth in nursing practice. **International Journal of Arts & Sciences**, v. 7, n. 3, p. 391–408, 2014.

NEWELL, A.; SIMON, H. A. **Human problem solving**. Englewood Cliff: Prentice Hall, 1972, 784 p.

OLIVEIRA, A. A Discussion of rational and psychological decision-making theories and models: the search for a cultural-ethical decision-making model. **Electronic Journal of Business Ethics and Organization Studies**, v. 12, n. 2, p. 12-17, 2007.

PEREIRA, M. L e NASCIMENTO, M. M. G. Das boticas aos cuidados farmacêuticos: perspectivas do profissional farmacêutico. **Revista Brasileira de Farmácia**, n. 92, v. 4, p. 245-252, 2011.

PEARSON, H. Science and intuition: do both have a place in clinical decision making? **British Journal of Nursing**, v. 22, n. 4, p. 212-215, 2013.

RAMALHO DE OLIVEIRA, D. Atenção farmacêutica como construção da realidade. **Revista Racine**, v. 109, p. 94-102, 2009a.

RAMALHO DE OLIVEIRA, D. Atenção farmacêutica como contracultura. *Revista CRF-MG*, n. 3, p. 21-22, 2006.

RAMALHO DE OLIVEIRA, D. **Atenção farmacêutica: da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa**. São Paulo: RCN, 2011, 327 p.

RAMALHO DE OLIVEIRA, D.; ALVES, M. R. Understanding the patient's medication experience: collaboration for better outcomes. In: SANDBER, E.; SCHEURE, M (Eds.). **Culture, experience, care: (re-) centring the patient**. 1 ed. Oxford: Inter-Disciplinary Press, 2014, p. 57-69.

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, n. 3, p.185-195, 2010.

RAMALHO DE OLIVEIRA, D. Experiência subjetiva com a utilização de medicamento (The Medication Experience): conceito fundamental para o profissional da Atenção Farmacêutica. **Revista Racine**, v. 19, n. 113, p. 90-96, dez. 2009b.

RAMALHO DE OLIVERA, D. *et al.* Preventing and resolving drug therapy problems by understanding patients' medication experiences. **Journal of American Pharmacists Association**, v. 52, p. 71-80, 2012.

RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D. **The reality of pharmaceutical care based medication therapy management : Patients', pharmacists' and students' perspectives**. Köln: Academic Publishing, 2010, 384 p.

RANDSTAD. **[Site]**. What is involved in a care coordinator job? Disponível em: <https://www.randstad.co.uk/job-seeker/career-hub/archives/what-is-involved-in-a-care-coordinator-job_311/> Acesso em: 02 maio 2016.

RIBEIRO, M. M. F.; AMARAL, C. F. S. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 1, p. 90 – 97, 2008.

RICHIR, M. C. *et al.* Teaching clinical pharmacology and therapeutics with an emphasis on the therapeutic reasoning of undergraduate medical students. **European Journal of Clinical Pharmacology**, v. 64, p. 217–224, 2008.

ROBERT, R.; TILEY, D. S.; PETERSEN, S. A power in clinical nursing practice: concept analysis on nursing intuition. **Medsurg Nursing**, v. 23, n. 5, p. 343-349, 2014.

ROSENTHAL, M. *et al.* Are pharmacists the ultimate barrier to pharmacy practice change? **Canadian Pharmacists Journal**, v. 143, n. 1, p. 37-42, 2010.

ROSO, A.; ROMANINI, M. Empoderamento individual, empoderamento comunitário e conscientização: um ensaio teórico. **Psicologia e Saber Social**, v. 3, n. 1, p. 83-95, 2014.

ROVERS, J. *et al.* A guided interview process to improve student pharmacists' identification of drug therapy problems. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 75, n. 1, p. 1-6, feb. 2011.

RUTH-SAHD, L. A.; TISDELL, E. J. The meaning and use of intuition in novice nurses: a phenomenological study. **Adult Education Quarterly**, v. 57, n. 2, p. 115-140, 2007

SCHULTZ, H. *et al.* Patient-perceived value of Medication Therapy Management (MTM) services: a series of focus groups. **Innovations in Pharmacy**, v. 4, n. 3, p.1-8 2012.

SHOEMAKER, S. J. *et al.* The Medication Experience: preliminary evidence of its value for patient education and counseling on chronic medications. **Patient Education and Counseling**, v. 83, p. 443-450, 2011.

SHOEMAKER, S. J.; RAMALHO DE OLIVEIRA, D. Understanding the meaning of medications for patients: the medication experience. **Pharmacy World and Science**, v 30, n. 1, p. 86-91, 2008.

SIMMONS, B. Clinical reasoning: concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**, v. 66, n. 5, p. 1151–1158, 2010.

SIMMONS, B. *et al.* Clinical reasoning in experienced nurses. **Western Journal of Nursing Research**, v. 25, n. 6, p. 701–719, 2003.

SILVA, W. B. **A emergência da atenção farmacêutica: um olhar epistemológico e contribuições para o seu ensino**. 2009. 305 f. Tese (Doutorado em Educação Científica e Tecnológica). Centro de Ciências da Educação. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2009.

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.

SORENSEN, T. D. *et al.* Seeing the forest through the trees: improving adherence alone will not optimize medication use. **Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy**, v. 22, n. 5, p. 598 – 604, 2016.

SOUZA, T. T. *et al.* Morbidade e mortalidade relacionadas a medicamentos no Brasil: revisão sistemática de estudos observacionais. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 35, n. 4, p. 519–532, 2014.

STEWART, M. *et al.* **Medicina centrada na pessoa. Transformando o método clínico**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2010, 376 p.

STRAND, L. M *et al.* Drug-related problems: their structure and function. **The Annals of Pharmacotherapy**, v. 24, p. 1093-1097, 1990.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory**. Thousand Oaks: Sage, 1998. 312 p.

STUART, W. *et al.* Physicians as part of the solution? community-based participatory research as a way to get shared decision making into practice. **Journal of General Internal Medicine**, v. 29, n. 1, p. 219–222, 2013.

THOMPSON, C. A conceptual treadmill: the need for ‘middle ground’ in clinical decision making theory in nursing. **Journal of Advanced Nursing**, v. 30, n. 5, p. 1222-1229, 1999a.

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

THOMSEN, L. A. *et al.* Systematic review of the incidence and characteristics of preventable adverse drug events in ambulatory care. **Annals of Pharmacotherapy**. v. 41, n. 9, p.1411-1426, 2007.

TOWLE, A. Putting informed and shared decision making into practice. **Health Expectation**, v. 9, n. 4, p. 321-332, 2006.

TRAVER, A. *et al.* **The promise of care coordination: transforming health care delivery**. Families USA, 2013. Disponível em:
<http://familiesusa.org/sites/default/files/product_documents/Care-Coordination.pdf>. Acesso em: 02 maio 2016.

TRAYNOR, M.; BOLAND, M.; BUUS, N. Autonomy, evidence and intuition: nurses and decision-making. **Journal of Advanced Nursing**, v. 66, n. 7, p. 1584–1591, 2010.

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

TUCKETT, D. *et al.* **Meetings between experts. An approach to sharing ideas in medical consultations.** New York: Routledge, 1985, 264 p.

TURNER, D. W. Qualitative interview design: a practical guide for novice investigators. **The Qualitative Report**, v. 15, n. 3, p. 754-760, 2010.

VAN DER WEIJDEN, T. *et al.* How can clinical practice guidelines be adapted to facilitate shared decision making? A qualitative key-informant study. **BMJ Quality & Safety**, v. 22, p. 855–863, 2013.

WAINWRIGHT, S. F. *et al.* Factors that influence the clinical decision making of novice and experienced physical therapists. **Physical Therapy**, v. 91, n. 1, p.87-101, 2011.

WAINWRIGHT, S. F. *et al.* Novice and experience physical therapist clinicians: a comparison of how reflection is used to inform the clinical decision-making process. **Physical Therapy**, v. 90, n. 1, p.87-101, 2010.

WEISS, M. C.; SUTTON, J. The changing nature of prescribing: pharmacists as prescribers and challenges to medical dominance. **Sociology of Health & Illness**, v. 31, n. 3, p. 406–421, 2009.

WELLMAN, B. R. *et al.* Pharmacists' experiences with a telephonic medication therapy management program for home health care patients. **The Consultant Pharmacist**, v. 30, n. 3, p. 163-174, 2015.

WESTON, W. W. Informed and shared decision making: the crux of patient centred-care. **Canadian Medical Association Journals**, v. 165, n. 4, p. 438-439, 2001.

WIMPENNY, P.; GASS, J. Interviewing in phenomenology and grounded theory: is there a difference? **Journal of Advanced Nursing**, v. 31, n. 6, p. 1485-1492, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Adherence to long-term therapies: evidence for action. 2003. Disponível em: <
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>> Acesso em: 10 abril 2016.

APÊNDICE A -TÓPICO-GUIA

Tópico-guia para entrevista com farmacêuticos que oferecem o serviço de GTM.

Condutas antes de iniciar a entrevista:

- Apresentação da pesquisadora e conversa sobre o objetivo da pesquisa e da entrevista.
- Entrega e explicação do termo de consentimento.
- Solicitação de permissão para gravar.
- Perguntar se o participante tem alguma dúvida antes de ligar o gravador.

Tópico 1 - Iniciar a entrevista pedindo para o entrevistado contar um pouco sobre sua experiência com o serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa -GTM (conhecer o participante e sua experiência com o serviço, captar a percepção do profissional sobre sua prática).

Como abordar: Gostaria que você me contasse um pouco da sua experiência com o GTM. Como tem sido essa experiência?

Tópico 2 - Compreender o processo de tomada de decisão na perspectiva do profissional (quais decisões ele considera que deve tomar durante o oferecimento de GTM, como ele se sente ao tomar uma decisão).

Como abordar: Como te disse, estou interessada no processo que você utiliza para tomar decisões durante o processo de cuidado do paciente no serviço de GTM.

Quando digo processo de tomada de decisão, o que isso significa para você?

Na sua opinião, como você toma decisões? O que você considera? O que pensa?

Como pensa? Você costuma refletir sobre o seu processo de tomada de decisão durante o oferecimento de GTM? Me fala um pouco sobre isso. Poderia me dar um exemplo de como isso acontece na prática?

Quais decisões você considera que deve tomar durante o GTM?

Como você se sente ao tomar uma decisão?

Tópico 3- Entender como o profissional conduz suas consultas (tentar identificar quais informações ele considera relevante para a tomada de decisão).

Como abordar: Como você conduz seus atendimentos? Por onde começa? O que pensa? Como conduz o paciente no processo?

Quando você está com o paciente, quais informações você considera cruciais para a sua tomada de decisão? Por favor, me dá um exemplo.

Tópico 4 - Analisar se o processo racional de tomada de decisão está incorporado (o farmacêutico utiliza o raciocínio indicado, efetivo, seguro e conveniente para identificar inicialmente o problema ou percebe que aparentemente existe um problema e só depois tenta aplicar o raciocínio).

Como abordar: E com relação à farmacoterapia utilizada. Como você avalia os medicamentos em uso? Você utiliza algum processo? Me fale sobre isso.

Você considera que houve evolução em seu processo de pensamento?

Você consegue me contar o passo a passo de como chegou a determinada decisão?

Tópico 5 - Compreender como a experiência subjetiva com o uso de medicamentos é considerada na tomada de decisão do farmacêutico e qual o papel do paciente nesse processo.

Como abordar: Me fale um pouco sobre a experiência do paciente com o uso de medicamentos. Qual o papel destas experiências na sua prática? Como você utiliza estas informações? Poderia me dar um exemplo.

Tópico 5 - Explorar as habilidades e conhecimentos necessários para tomar decisões. Por exemplo:

Na sua opinião, o que um farmacêutico deve ter ou saber para ser mais efetivo nos processos de tomada de decisões? Poderia me dar um exemplo da sua prática.

Pergunta finalizadora: Há mais algum aspecto sobre como você toma suas decisões que você gostaria de comentar?

OBS: Nem todas essas perguntas serão feitas a todos os participantes, o andamento da entrevista guiará a pesquisadora.

APÊNDICE B – ARTIGO SUBMETIDO PARA PUBLICAÇÃO

Use of the Patient's Medication Experience in Pharmacists' Decision Making Process

Isabela Viana Oliveira¹, Erika L Freitas², Kirla Barbosa Detoni¹, Djenane Ramalho-de-Oliveira¹

¹Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil

²Regis University School of Pharmacy, Denver (CO), USA

Abstract

When providing comprehensive medication management (CMM) services, the pharmacist must recognize patients' medication experiences to make patient-centered decisions. Using grounded theory, we devised a model for application of these experiences in the clinical decision-making process. Practitioners should use patients' medication experiences to help elicit drug therapy problems. After identifying these problems, the medication experience can lead the practitioner to two courses of action: to improve health literacy, helping the patient overcome barriers to medication use; or to adapt the intervention, matching the pharmacotherapy to the patient's routine. This model derived from narratives of 11 pharmacists, observations of clinical case discussions and CMM consultations delivered by participating pharmacists. The results unveiled by this article can be used as a tool to teach pharmacy students and novice pharmacists how to incorporate patients' medication experiences into the clinical decision-making process.

Keywords: decision-making process; comprehensive medication management; grounded theory; medication experience; patient

Comprehensive medication management (CMM) services are clinical services based on the theoretical-methodological framework of pharmaceutical care, a professional practice developed to meet a social need: the high morbidity and mortality associated with the use of medications (Cipolle, Strand, & Morley, 2012). This constitutes a patient-centered approach in which the pharmacist takes responsibility for meeting patients' pharmacotherapeutic needs.

Pharmaceutical care involves an innovative method of rational decision-making on pharmacotherapy. Initially, the professional assesses whether all the patient's health problems are adequately treated and whether the medications in use are indicated for treating the patient's health issues. Subsequently, an assessment is carried out to assure that the medications used are the most effective and the safest ones available for treating the patient's conditions. Lastly, the practitioner assesses if the patient understands, agrees and uses the pharmacotherapy as instructed (Cipolle, Strand, & Morley, 2012; Ramalho-de-Oliveira, 2011). Based on this reasoning, the professional identifies whether a drug therapy problem (DTP) exists or not and determines if the patient agrees with the solution found.

The patient's medication experience should be incorporated into the resolution and prevention of drug therapy problems experienced by the patient. In fact, it is a fundamental element to the effective provision of CMM services (Shoemaker, Ramalho-de-Oliveira, Alves, & Ekstrand, 2011). It can be defined as "the summary of the relevant events in a patient's lifetime that involve drug therapy" (Cipolle, Strand, & Morley, 2004, p. 103) or "as an individual's subjective experience of taking medication in his/her daily life" (Shoemaker & Ramalho-de-Oliveira, 2008, p. 86). The feelings, thoughts, wishes and concerns that patients associate with medications may be direct or indirect, i.e., these experiences can be derived from their personal use of medication or from witnessing something that occurred to someone they know after using a particular product (Ramalho-de-Oliveira, & Alves, 2014). The practitioner should understand, explore, and incorporate this information into their routine practice (Ramalho-de-Oliveira, 2009). Understanding the subjective experience of each patient with medications should be regarded as an essential element for sound clinical judgment and for decision-making process contextualized in the patient's routine (Shoemaker, & Ramalho-de-Oliveira, 2008; Ramalho-de-Oliveira, 2011).

A meta-ethnography involving 34 studies on lived experience with medicines concluded that exploring patients' experiences at the time of therapeutic decisions contributes to individualizing care and proves fundamental for sound clinical decision-making (Mohammed, Moles, & Chen, 2016). However, the majority of studies on this

theme focus on understanding these experiences and their meaning to the patient (Dolovich et al., 2008; Moen et al, 2009; Rofail, Heelis, & Gournay, 2009; Gialamas, Aylward, Vanlint, & Stocks, 2011; Lorimer, Cox, & Langford, 2012; Stewart, Depue, & Rosen, 2013). The way in which the medication experience is incorporated into the professional's decision-making process has not yet been explored in detail. Ramalho de-Oliveira, Shoemaker, Ekstrand, & Alves (2012) presented strategies used by pharmacists for resolving drug therapy problems involving patients' medication experiences. The authors highlighted the need for an open attitude by the professional, listening to patients and suspending any judgments on their views and reasons influencing their behavior. They also emphasized that the patients' medication experience might also contribute to the shared decision making between healthcare professionals and patients (Ramalho-de-Oliveira, Shoemaker, Ekstrand, & Alves, 2012).

To deepen the understanding of these experiences and their influence on the behavior of medication users, other studies are required to explore how this knowledge has been used by professionals at the time of the clinical decision-making. This knowledge can further the understanding of the interrelationship between subjective and objective knowledge when caring for medication users. Therefore, the aim of this study was to understand how patients' medication experiences are incorporated into pharmacists' decision-making process during the provision of CMM services.

Methods

We adopted the grounded theory methodology, given its focus on social processes and on understanding the interactions that occur in these processes. We conducted this research according to the methodological approach proposed by Charmaz (2009).

This research was approved by the Ethics Committee of the Federal University of Minas Gerais (UFMG) in May 2014 (process CAAE-25780314.4.0000.5149).

Sampling and data collection

The participants involved in this study were pharmacists who provided CMM services in different practice settings in Brazil. They were from three different states: Minas Gerais, São Paulo and Bahia. The inclusion criteria to participate in the study was to be a pharmacist providing CMM services according to the theoretical-methodological framework of pharmaceutical care – as proposed by Cipolle, Strand, & Morley (2004) – in the Public Healthcare System in Brazil.

Data collection commenced by interviewing an experienced pharmacist who ran the CMM service at a primary healthcare unit affiliated to the Pharmaceutical Care Center of the Federal University of Minas Gerais. From the analysis of this interview, further data were collected based on the preliminary themes which emerged. This process is called theoretical sampling and it is a strategy for obtaining more selective data by refining and completing the emerging categories (Charmaz, 2009). The selection of other participants was also carried out by extending the research process to include participants with different levels of experience, working at different practice settings and in different locations. The sampling process continued until data saturation.

We conducted semi structured interviews with eleven (11) pharmacists. All of them agreed with the terms of this research and signed the free and informed consent form. We also conducted participant observation of CMM consultations delivered by seven participating pharmacists who worked in the State of Minas Gerais. We observed 14 CMM consultations, each of them lasting approximately one hour. In addition, we observed seven clinical case discussions that happened during the biweekly meetings of the Pharmaceutical Care Discussion Group among participating pharmacists, at the Pharmaceutical Care Center, Federal University of Minas Gerais. During the observation of CMM consultations and clinical case discussions, we focused on the decision-making process, noting down in a field journal all information relevant to understanding the use of the patient's medication experience throughout the process. Data collection was carried out between November 2014 and December 2015.

All interviews were recorded with the consent of participants and transcribed verbatim for data analysis. We used broad open-ended questions during initial interviews to understand the interviewees' overall perspective on the role of the patient's medication experience in their practice. As the data analysis progressed, new categories and concepts emerged, providing a more refined focus for subsequent interviews. Thus, throughout the research process we refined the questions to confirm what the data analysis was revealing, to investigate relevant aspects in more detail, to fill gaps of knowledge, and to better define emerging categories.

The average duration of interviews was 71 minutes, ranging from 45 to 94 minutes. During the interviews, other aspects of pharmacists' decision-making process, beyond the scope of the present article, were also addressed.

Data analysis

Data analysis, according to the grounded theory methodology, entails a constant process of data coding and comparison (Charmaz, 2009). Data collection and analysis occurred simultaneously. The first interview was transcribed and then coded line-by-line. As pointed out by Charmaz (2009), this strategy allows the emergence of new ideas and attention to details that might otherwise go unnoticed in general thematic analysis.

This first analysis informed subsequent data collection and this process occurred throughout the research. Thus, line-by-line coding was carried out for each new data collected, comparing data within the same interview, between interviews, and comparing interviews against data drawn from observations. As the data analysis progressed, we started the process of focused coding, in which more frequent and meaningful codes were used to integrate and organize greater volumes of data. Given the dynamic nature of the data analysis, several initial codes were reexamined and renamed to better fit the data and enable a greater level of abstraction. The final stage of data analysis entailed selective coding, in which we determined the relationship amongst tentative categories to explain how pharmacists employed

patients' medication experience to make clinical decisions. The whole process was performed using the NVivo 10 qualitative data analysis software.

We wrote memos throughout the data analysis process. This strategy allowed us to move more efficiently through all comparative levels of data analysis (Charmaz, 2015). Codes' explanations and correlations were also incorporated to the memos, as well as scientific references that tied in with these findings.

Results

"Applying patients' medication experiences in clinical decision-making" is the central category of this article, which integrates and explains two subcategories: (a) Using the medication experience as supporting evidence to identify drug therapy problems; and (b) Categorizing the patient's medication experience to help guide conduct. The latter subcategory is subdivided into two themes: (i) Improving health literacy: helping patients overcome barriers; and (ii) Adapting interventions: matching the pharmacotherapy to the patient. We constructed the following theoretical model based on interviews with CMM practitioners and observations of CMM consultations and clinical case discussions. The purpose of this model is to guide the application of medication experiences in the decision-making process of professionals caring for patients that use medicines.

Applying patients' medication experiences in clinical decision-making

Participants showed involvement with the concept of medication experience and sought to incorporate these experiences into the provision of CMM services. Incorporating the patient's medication experience into the decision making process was deemed a fundamental element to assure effective care by pharmacists. Pharmacists sought to use the medication experience to involve patients in their own treatment and to contextualize the decision-making process:

[The patient's subjective experience with medication] is a filter for success, because you know how to gauge your intervention and how to involve the patient, addressing their fear, their belief... Subjective experience is everything. It's really important, because it is generally ignored by everyone else. So, what makes you their ally is listening and understanding this experience in the context of how patients make their decision about medications.

According to this pharmacist, the focus on patients' medication experience differentiates CMM from other clinical services, given that professionals in this practice are alert to these aspects and have the opportunity to gather and explore information about the patient that usually is not assessed by other healthcare professionals. Building a therapeutic relationship is necessary for patients to feel comfortable sharing their experiences. In addition, taking the patient's narrative into consideration strengthens the therapeutic relationship, consolidating a much needed alliance between pharmacist and patient in the care process.

Pharmacists considered the patient's medication experience instrumental to their daily practice, but the way it is applied to the decision-making process appears to be a tacit knowledge, yet to be described in words. In this article we attempt to explain how pharmacists used these experiences in the clinical decision making process. According to the findings of this research, the process of exploring patients' medication experience and using it to make clinical decisions begins by learning to listen to the patient. Patients usually do not talk explicitly about their experiences with medications, so the pharmacist needs to elicit them from patients' narratives:

I believe that knowing how to listen to the patient is important. I'm a good listener, I have developed this skill. I like listening and I can pick up many things... Including his [the patient's] subjective experience, because sometimes he does not tell me directly, but I pick up this information.

By listening to the patient and remaining alert to details in their discourse, professionals strived to understand the impact of medication use in the patient's daily life. In addition, interviewees also highlighted the importance of being respectful and responsive to individual patient's needs and preferences, ensuring that patient values were incorporated into clinical decisions:

I assess how he [patient] uses medicines without my intervention, how it fits into his life and how he manages it in his life. Then I assess whether there is a need for intervention or not, and whether the patient has acted upon it or not. Because we know that he [the patient] doesn't always take the medications as prescribed, either because he lacks knowledge, because he was not properly counseled, because he did not understand the instructions, or because the medication as prescribed makes him feel worse. The patient can and frequently does make changes to the prescription. So, before I make a decision, I assess if these adaptations were sufficient to resolve the problem and whether they were appropriate or not.

This excerpt is an example of patient-centered practice. The pharmacist acknowledges that patients might make changes to their own therapy and, therefore,

she recognizes the need to analyze the impact of these changes and help patients in this process. The medication experience is immersed in patients' narratives and it becomes more evident to the pharmacist as she explores how the patient manages medications in his or her daily life.

According to the findings described in this article, pharmacists explored patients' medication experiences not only to understand meanings attributed to medication use, but also to aid the identification of drug therapy problems (DTP) experienced by the patient. Moreover, this information was frequently used as the basis for professional intervention during the care process.

Using the medication experience as supporting evidence to identify DTP. Exploring the patient's medication experience can help the pharmacist identify problems related to the medications used by patients. The excerpt below from field journal illustrates how patient's medication experience may sometimes be a sign of a drug therapy problem:

Pharmacists and students were discussing the case of a patient with a prescription of nortriptyline for depression, but the patient was not taking the medication because she claimed she did not have depression. According to one of the students, the patient had a problem of non-adherence to the treatment. However, a pharmacist suggested that, as a first step, it was necessary to investigate whether the patient had depression to assess the real need for that medication.

In this case, pharmacists and students agreed that the patient's claim of not having depression should be further explored before working on adherence to a treatment that might not be necessary.

In this example, the importance of the rational method of decision-making in pharmacotherapy is evident. The pharmacist took the patient's medication experience into consideration and the subsequent assessment of the medications used (indication, effectiveness, safety and convenience), could sparkle communication and collaboration amongst healthcare professionals and prevent the pharmacist from promoting the use of a drug that could be inappropriate for the patient.

The patients' medication experience is instrumental to the identification of the DTP and to the recommendation of patient-centered solutions to resolve the problem. The application of this knowledge at this stage of the decision-making process is outlined below.

Categorizing the patient's medication experience to help guide conduct. Given the understanding of the patient's medication experience, the practitioner further analyzes this experience, in an attempt to determine if it is a perception/belief that the healthcare professional should incorporate into the care plan or if it is based on misconceptions that need to be addressed with the patient.

I try to understand their [patients'] experience and try to see where they are wrong or right. For example, I have had patients like this [reproducing the dialogue with the patient]: What do you think of insulin? And the patient says: "Terrible, people using insulin die... My brother died because he started using insulin." So then I focus on the brother: What did your brother have? And the patient goes: "Oh, he had diabetes". And did your brother control it? "Hardly, he ate sweets all the time". Then I say: So do you think he died because he used insulin or because he didn't control his diabetes? And the patient goes: "Ah, it's because he didn't control it, isn't it? And I respond: Probably. So then, when the patient gets it, it is easier for me to start talking about insulin and its benefits.

[...] I need to know what patients' expectations are regarding that treatment, to see if their expectation is congruent with reality, with what can be achieved with the treatment. I often ask my patients: "what do you expect to achieve with this treatment?" If the expectation is correct, fine. If not, I know that we need to work on it.

It is important to point out that this strategy does not involve judging the patient. In fact, the professional understands that he/she needs to consider the experience of the patient as they are to contextualize the resolution of that specific problem. One of the participants stressed that she "filters or weighs up" her interventions based on patients' medication experience. Such categorization represents this filter and indicates which course of action the professional should take with the patient. Once the pharmacist understands the patient's experiences, he/she usually takes one of the following courses of action: 1. improve patient's health literacy: when the pharmacist concludes that the patient's experiences need to be further discussed so that the patient better understands his treatment and overcomes the challenges to its adoption. 2. adapt interventions: when the pharmacist recognizes that the patient's experience must be incorporated into the clinical decision to achieve a positive outcome.

These different conducts are further discussed below.

Improving health literacy: helping patients overcome barriers. Health literacy refers to how patients understand the information on health received constantly, and how they use it to make decisions (Adams, Stocks, Wilson, & Hill, 2009). Exploring patients' medication experience is a way of elucidating the patient's health literacy level and it also contributes to the design and implementation of patient-centered interventions, as discussed by this pharmacist:

For example, at the initial assessment the patient clearly shows that she has a fear, reluctance, and that she misunderstands the treatment. So you identify this misunderstanding on the initial assessment, but you make a care plan centered on you, choosing what YOU deem best for the patient. But by doing this, you are keeping the patient at the same health literacy level as she was before. I believe we, healthcare professionals, have this duty to help the patient improve their health literacy level. We do play an educational role.

It is clear from the results presented in this article that pharmacists should use the medication experience as a tool to help improve patients' health literacy. To this end, practitioners should seek strategies that foster patients' understanding of their health status and medications. Patients can then take informed decisions, as noted by another participant:

You should provide the person with the knowledge: "look, such and such situation can happen. If x happens you should do the following, if y happens you should do this instead". The person can then manage it herself. So it's kind of honing the knowledge, providing them with it and saying: "do what's best, if it doesn't work out, contact me and we'll sort it out together".

It is noteworthy that by sharing information with the patient to improve understanding about their health, the pharmacist is fostering patients' involvement in the care process. The pharmacist is also contributing to restoring patient's autonomy by enabling them to make informed decisions about their health.

Misconceptions and held beliefs can hinder or even prevent patients from achieving positive health outcomes. Participants in this study agreed that they should contribute to improving the patient's health literacy by addressing misconceptions and filling knowledge gaps. According to them, perfecting patient's notions and understandings, while respecting the patient's time and clinical condition, helps the patient to overcome barriers to the use of the medication:

And then he [patient] already had a series of complications because starting on insulin was being delayed so much. I had to really work on him... But it was he who made the decision ... I think we met about four times, before he said like "I want to take it". It was one small step at a time, like crawling, I kept showing him what would happen and the benefits of taking the insulin.

In this narrative, the participant revealed how she needed to provide the patient with information in small chunks, so that he understood the role of insulin in his treatment and agreed to start using this medication.

Adapting interventions: matching the pharmacotherapy to the patient. In some situations, pharmacists showed how the medication experience could lead to changes in conduct of the professional, contributing to the achievement of positive health outcomes:

She [patient] came into the office and straight away said "there's no way I'll take this medication [nifedipine]". Then I said "Ok. May I ask why not?" I was trying to understand... Then she said "this medication here is red [referring to the light protection packaging]. Red is the color of the devil and I'm not taking it, I won't take it". Then I thought that perhaps another professional, on impulse, would say "that makes no sense! If you open up the blister pack, you will see that the tablet is white, just the shell is red". But I said ok, I'll think of something else. Then I requested a switch to amlodipine, because the blister pack was transparent, I thought that wouldn't be a problem. I switched to amlodipine, she adhered and her BP was controlled. I think this was the case that struck me the most, because I understood she held a belief and I changed. I said "ok, there is another option that could also be good, and we'll manage to resolve the problem without interfering with what you believe".

In this example, the patient held a strong religious belief about the color of the blister pack that prevented her from taking it. This is a common scenario in Brazil, where religious practices and beliefs are frequently intertwined with the patient's perception of health and illness (Alves, Junges, & Lópes). Although the pharmacist could have explained the process of drug degradation, this information was unlikely to impact the patient's religious belief, from the pharmacist's perspective. In addition, the medication alternatives available allowed the pharmacotherapy to be adapted to the patient's belief without compromising the treatment outcomes. It is important to highlight that the pharmacist's decision in this scenario would probably be different if there were no other therapeutic alternatives to treat the patient's hypertension. Thus, understanding the medication experience helps the practitioner decide on the most suitable alternative, considering the therapeutic alternatives available and the patient's preference.

As previously mentioned, attention to the patients' medication experiences is one of the first steps towards enabling shared therapeutic decision-making between practitioners and patients. It increases patients' involvement in their own treatment, allowing them to actively participate in the process of adapting the pharmacotherapy to best suit their routine:

So now I show him [patient] the different ways of resolving the problem and try to estimate more or less how long it will take to attain that objective, but it's the patient who chooses the course to be taken. I cannot impose a decision on him, nor change his routine so that he follows what I think is best for him. I have to try and incorporate the whole care plan into his routine.

Discussion and conclusion

The results presented in this article emphasize the importance of understanding and incorporating patients' medication experiences into the provision of CMM services, which represents a distinguishing feature of this practice. These results show that patient's medication experiences can be a useful tool to aid the identification of drug therapy problems. Pharmacists collect and assess the patient's experience and categorize it accordingly to determine optimal interventions during the care process. According to the participants, certain experiences need to be further explored, especially when it involves gaps in knowledge and/or misconceptions regarding medications. Thus, professionals can use these medication experiences to assess the patient's level of health literacy and help them overcome barriers to the process of medication use by providing tailored and appropriate counseling. Also, professionals may need to adapt the intervention initially planned after gaining an understanding of the patient's experience, recognizing that the original decision might not have been the best option. In these cases, the new decision should focus on maintaining positive health outcomes while adapting the pharmacotherapy to the patient's routine.

Health literacy is a concept defined as "the degree to which individuals have the capacity to obtain, process, and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions" (Ratzan, & Parker, 2000). Previous studies have shown a positive association between low health literacy and increased mortality risk among elderly (Baker et al., 2007; Baker, Wolf, Feinglass, & Thompson, 2008). Therefore, healthcare professionals need to be attentive to this characteristic and constantly seeking to improve patients' health literacy levels. Understanding

patients' medication experiences proved to be an important element for identifying the patient's level of knowledge on their health, providing further support for interventions in this area. Miller (2016) showed a significant impact on improving patients' level of health literacy and adherence to treatment after implementing health literacy interventions.

These findings showed that the medication experience can serve as a tool for helping professionals identify DTP. It complements the results of other studies showing how these experiences emerge while identifying patients' DTP, and should be considered to enable successful resolution of these problems by professionals (Shoemaker, Ramalho-de-Oliveira, Alves, & Ekstrand, 2011; Ramalho-de-Oliveira, Shoemaker, Ekstrand, & Alves, 2012). Therefore, the experience with medication itself can help the professional identify drug therapy problems or the experience can emerge after identifying the problem.

During the process of exploring medication experiences and assessing the patient's medication-related needs, pharmacists associate this knowledge with the rational method for assessing the patient's pharmacotherapy in terms of its indication, effectiveness, safety, and convenience. The results showed that, drawing on the medication experience, the pharmacist noted that the medication, which the patient was not using, was in fact inappropriate for their clinical condition at the time. Consequently, the practitioner refrained from promoting adherence to a medication not required by the patient. In a recent study, Sorensen et al. (2016) discussed the importance of ensuring that the medication is indicated, effective and safe for the patient before promoting adherence. This is the only way to achieve true optimized use of medications. The authors highlighted that focusing on the promotion of adherence severely limits the control of morbi-mortality associated with inappropriate use of medications. Incorporating the patient's medication experience into the rational decision-making approach helps ensure that medications used by patients are indicated, effective, safe and convenient to be used as prescribed for their health conditions.

The pharmacists included in this study used similar strategies to those reported by Ramalho-de-Oliveira, Shoemaker, Ekstrand, & Alves (2012) to handle patients' experiences with medications. Strategies including listening, building a strong therapeutic relationship, adopting an open and non-judgmental attitude, educating the patient, involving the patient to encourage shared decision making, were identified in both studies.

The results presented in this article show how pharmacists utilized the patient's medication experience to address and resolve a variety of DTPs. Pharmacists actively involved patients in the decision-making process, either by helping them overcome barriers to medication use or by adapting the pharmacotherapy to their routine. Shared decision-making is an approach in which professionals and patients make decisions together using the best available evidence (Elwyn et al., 2010). For shared decision making to take place, the patient must be willing to be involved and the professional must be willing to accept the patient as a team player in the process of exploring different treatment alternatives. These alternatives should be outlined in detail, showing the pros and cons of each option. After providing the patient with sufficient information, the professional should help them explore these viable alternatives and decide on the best option based on the patient's preference (Elwyn et al., 2012; Elwyn et al., 2014). Patients' medication experience can help professionals identify the need to provide patients with alternatives for the resolution of certain DTP, together with any further needed information.

As previously discussed, patients' medication experience is a fundamental concept in the provision of CMM services. All pharmacists interviewed in this study sought to incorporate these experiences into their daily practice. It is important to highlight that even experienced medication management practitioners had difficulties describing how to incorporate the patient's medication experience into the provision of clinical services as discussed by Shoemaker, Ramalho-de-Oliveira, Alves, & Ekstrand, (2011). We suggest that the incorporation of this knowledge into practice may be challenging for students and novice professionals. Therefore, educational strategies should be adopted early on and woven into the curriculum to aid the learning of this important skill. The model outlined in this article can be used as a teaching tool to

illustrate how patients' medication experiences can be incorporated into the decision-making process.

The results presented in this article showed that pharmacists took the patient's medication experience into account when identifying drug therapy problems and defining the best course of action for resolving them. We expanded the current understanding of how these experiences are used in practice and we presented a model for application of this knowledge in the decision-making process from the perspective of the participants. This model further informs professionals on the relevance and applicability of patients' medication experiences to the rational decision-making method in pharmacotherapy.

References

- Adams, R., Stocks, N. P., Wilson, D. H., & Hill, C. L. (2009). Health literacy – a new concept for general practice? *Australian Family Physician*, 38(3), 144 – 147.
- Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J., & Thompson, J. A., Gazmararian, J. A., & Huang J. (2007). Health literacy and mortality among elderly persons. *Archives of Internal Medicine*, 167(14), 1503-1509.
- Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J., & Thompson, J. A. (2008). Health literacy, cognitive abilities, and mortality among elderly persons. *Journal of General Internal Medicine*, 23(6), 723-726.
- Baker, D. W. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 878–883.
- Cipolle, R. J.; Strand, L. M.; Morley, P. C. (2004). *Pharmaceutical care practice: The clinician's guide*. 2 ed. New York: McGraw-Hill, 394 p.
- Cipolle, R. J.; Strand, L. M.; Morley, P. C. (2012). *Pharmaceutical Care Practice: The patient centered approach to medication management*. 3 ed. New York: McGraw-Hill, 697 p.
- Charmaz, K. (2009). *A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa*. [Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis]. (J. Costa Trans.) Porto Alegre: Artmed Editora, 272 p.
- Charmaz, K. (2015). Teaching theory construction with initial grounded theory tools: A reflection on lessons and learning. *Qualitative Health Research*, 25(12), 1610–1622.
- Curtis, L. M., Revelle, W., Waite, K., Wilson, E. A., Condon, D. M., Bojarski, E., Park, D. C., Baker, D. W., & Wolf, M. S. (2015). Development and validation of the

comprehensive health activities scale: A new approach to health literacy measurement. *Journal of Health Communication*, 20(2), 157-164.

Dolovich, L., Nair, K., Sellors, C., Lohfeld, L., Lee, A., & Levine, M. (2008). Do patients' expectations influence their use of medications? Qualitative study. *Canadian Family Physician*, 54, 384–393.

Elwyn, G., Laitner, S., Coulter, A., Walker, E; Watson, P., & Thomson, R. (2010). Implementing shared decision making in the NHS. *BMJ*, 341, 971-973.

Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A., & Barry, M. (2012). Shared decision making: A model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1361–1367.

Elwyn, G., Dehlendorf, C., Epstein, R. M, Marrin, K., White, J., & Frosch, D. L. (2014). Shared decision making and motivational interviewing: Achieving patient-centered care across the spectrum of health care problems. *Annals of Family Medicine*, 12(3), 270-275.

Gialamas, A., Aylward, P., Vanlint, S., & Stocks, N. P. (2011). Cholesterol lowering medication patients' knowledge, attitudes and experiences. *Australian Family Physician*, 40, 519–522.

Lorimer, S., Cox, A., & Langford, N. J. (2012). A patient's perspective: The impact of adverse drug reactions on patients and their views on reporting. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 37, 148–152.

Miller, T. (2016). Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: A meta-analysis. *Patient Education and Counseling*, 99(7), 1079-1086.

Moen, J., Bohm, A., Tillenius, T., Antonov, K., Nilsson, J. L., Ring, L. (2009) "I don't know how many of these [medicines] are necessary."—A focus group study among elderly users of multiple medicines. *Patient Education and Counseling*, 74, 135–141.

Mohammed, M. A., Moles, R. J., & Chen, T. F. (2016). Medication-related burden and patients' lived experience with medicine: A systematic review and metasynthesis of qualitative studies. *BMJ*, 6, doi:10.1136/bmjopen-2015-010035. Retrieved from <http://bmjopen.bmj.com/content/6/2/e010035.full.pdf+html>.

Ramalho de Oliveira, D. (2011). *Atenção Farmacêutica: da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa. [Pharmaceutical care: From philosophy to medication therapy management]*. São Paulo: RCN, 327 p.

Ramalho de Oliveira, D., Alves, M. R. (2014) *Understanding the patient's medication experience: Collaboration for better outcomes*. In: SANDBER, E.; SCHEURE, M (Eds.). *Culture, experience, care: (Re-) Centring the patient*. 1 ed. Oxford: Inter-Disciplinary Press, p. 57-69.

Ramalho de Oliveira, D. (2009). Experiência Subjetiva com a Utilização de Medicamento: conceito fundamental para o profissional da Atenção Farmacêutica. [The medication experience: Essential concept for pharmaceutical care professional]. *Revista Racine*, 19, 90-96.

Ramalho-de-Oliveira, D., & Shoemaker, S. J. Achieving patient centeredness in pharmacy practice: Openness and the pharmacist's natural attitude. *Journal of the American Pharmacists Association*, 46(1), 56–64.

Ramalho-de-Oliveira, D., Shoemaker, S. J., Ekstrand, M., & Alves, M. (2012). Preventing and resolving drug therapy problems by understanding patients' medication experiences. *Journal of American Pharmacists Association*, 52, 71-80.

Rofail, D., Heelis, R., & Gournay, K. (2009). Results of a thematic analysis to explore the experiences of patients with schizophrenia taking antipsychotic medication. *Clinical Therapeutics*, 31, 1488–1496.

Shoemaker, S. J., Ramalho-de-Oliveira, D., Alves, M. R., & Ekstrand, M. L. (2011). The medication experience: Preliminary evidence of its value for patient education and counseling on chronic medications. *Patient Education and Counseling*, 83, 443-450.

Shoemaker, S. J.; Ramalho de Oliveira, D. (2008). Understanding the meaning of medications for patients: The medication experience. *Pharmacy World and Science*, 30, 86-91.

Sorensen, T. D., Pestka, D. L., Brummel, A. R., Rehauer, D. J., & Ekstrand, M. L. (2016). Seeing the forest through the trees: Improving adherence alone will not optimize medication use. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*, 22(5), 598-604.

Strauss, A.; Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks: Sage, 312 p.

Stewart, D. W., Depue, J., Rosen, R. K., Bereolos, N., Goldstein, M. G., Tuitele, J., Nu'usolia, O., & McGarvey, S. T. (2013). Medication-taking beliefs and diabetes in American Samoa: A qualitative inquiry. *Translational Behavioral Medicine*, 3, 30–38.

Thompson, C. (1999). Qualitative research into nurse decision making: Factors for consideration in theoretical sampling. *Qualitative Health Research*, 9(6), 815-828.

Wimpenny, P., & Gass, J. (2000). Interviewing in phenomenology and grounded theory: is there a difference? *Journal of Advanced Nursing*, 31(6), 1485-1492.

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estudantes, docentes e profissionais de saúde (pesquisa qualitativa)

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

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

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

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

Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e, então, retirar-se da pesquisa sem nenhum dano, prejuízo ou constrangimento. Você não será prejudicado em seu vínculo profissional/acadêmico caso decida por não participar. É importante esclarecer ainda que a sua participação será isenta de 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 no serviço de

GTM, de forma a contribuir para melhorias contínuas e para novas experiências com o mesmo escopo. Não haverá incentivos financeiros ou outros bônus para sua participação na pesquisa.

Suas informações são muito valiosas para o desenvolvimento desta pesquisa.

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

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

Data:___/___/___

Assinatura:.....

Pesquisador responsável

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

Data:___/___/___

Assinatura:.....

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

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

Contatos:

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

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

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